

# COORDINACIÓN ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

MEMORIA  
DE ACTIVIDAD  
2020-2022



Principado de  
**Asturias**

Consejería  
de Salud



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



# COORDINACIÓN ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

MEMORIA  
DE ACTIVIDAD  
2020-2022



Principado de  
**Asturias**

Consejería  
de Salud



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS





# ÍNDICE

<b>1. Introducción</b> .....	<b>07</b>
1.1 Contexto. Evolución. Cronología.....	07
1.2 Estructura jerárquica en la coordinación sociosanitaria. Funciones.....	10
1.3 Relación de centros sociosanitarios.....	13
<b>2. Gestión COVID en centros residenciales. Medidas generales</b> .....	<b>15</b>
2.1 Grupo estratégico. Vigilancia, detección y control de la enfermedad en centros sociosanitarios.....	17
2.2 Plan de contingencia.....	17
2.3 Material.....	18
2.4 Formación.....	18
<b>3. Gestión de Casos</b> .....	<b>19</b>
3.1 AÑO 2020.....	19
3.2 AÑO 2021.....	30
3.3 AÑO 2022.....	39
<b>4. Evolución epidemiológica</b> .....	<b>51</b>
<b>5. Educación sanitaria a los centros residenciales</b> .....	<b>65</b>
5.1 Actividades de formación y seguimiento.....	65
5.2 Vacunación frente al COVID.....	66
<b>6. Histórico de pruebas realizadas</b> .....	<b>69</b>
<b>7. Actividades complementarias</b> .....	<b>71</b>
<b>8. Reflexiones</b> .....	<b>73</b>
<b>9. Futuro de la Coordinación Sociosanitaria</b> .....	<b>77</b>
<b>10. Referencias</b> .....	<b>81</b>
<b>11. Agradecimientos</b> .....	<b>83</b>
<b>12. Anexos</b> .....	<b>85</b>
12.1 EPI, colocación, retirada e higiene de manos.....	85
12.2 Tabla resumen de actualizaciones en estrategia de vacunación.....	89
12.3 Ejemplo de informe: centro residencial ERA Valentín Palacio.....	93
12.4 Actualización de las variantes SARS-CoV-2 en España. 20 enero 2023.....	110



## PRÓLOGO

Mi querida y admirada compañera Mónica Armayor me ha pedido que escriba un prólogo para esta Memoria, y les puedo asegurar (mientras tecleo en mi ordenador) que creo que no voy a ser capaz de mostrar la admiración que siento hacia todos los profesionales de la Consejería de Salud y del SESPA que trabajaron en la parte más dura de la Pandemia de la COVID-19.

En esta Memoria se plasman de forma exhaustiva fundamentalmente datos cuantitativos de todo el trabajo que se realizó, que fue inmenso. Trabajo ímprobo, inconmensurable, generoso, agotador, y no exento de momentos terriblemente duros.

Normalmente ocurre que los datos ocultan lo cualitativo, esa realidad que los explica y que les da sentido. En este caso me refiero a los sentimientos, el trabajo, las ganas, la motivación, la ilusión y los esfuerzos generosos de tantas personas para ayudar y cuidar a los más débiles, a los que más han sufrido durante la terrible PANDEMIA: las personas ancianas y dependientes que durante ese horroroso período estaban institucionalizadas. Y todo ello a pesar de las enormes dificultades con que se encontraron y a costa de su propia descanso, del tiempo para su familia y, hasta en ocasiones, a costa su salud.

He tenido la inmensa suerte, y el honor de haber compartido con Mónica, Sergio, Raquel, Estrella, Javier, Estefanía, Mercedes, Sara, Cayetana, Alberto, Ana, Patricia, Ascensión, Laura, Amparo, Xana, Lucía, Susana, Raquel, Alejandro, Julián, Rosendo, Natalia, Margarita, Nevada, Belén, Chefi, Lara, Manuel, Loli, Elena, Ruth... y así hasta más de 50 profesionales, fundamentalmente de enfermería, momentos duros, muy duros y con mucha incertidumbre...

Sin embargo, la experiencia de aquellos TERRIBLES momentos, vistos con la perspectiva que ofrece el tiempo, nos permite apreciar en su justa medida no sólo los resultados cuantitativos que arrojan los datos, sino el inmenso valor de aquellas personas que los hicieron posibles.

Humildemente lo digo, lo escribo y lo siento... Gracias, gracias, gracias compañeras. Gracias por el trabajo bien hecho que ha supuesto un antes y un después en el ámbito de las personas institucionalizadas. Espero que vuestro esfuerzo y ejemplo no haya caído en "saco roto".

Con todo mi agradecimiento y mi admiración...



**Alejandra Fueyo Gutiérrez**

*Directora de Atención y Evaluación Sanitaria del SESPA*



En recuerdo de nuestra compañera  
**Amparo Prieto Lorenzo.**

## DIRECCIÓN

María Josefa Fernández Cañedo

Directora General de la Dirección de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria. Consejería de Salud del Principado de Asturias.

Sergio Valles García

Ex Director General de la Dirección de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria. Consejería de Salud del Principado de Asturias.

Alejandra Fueyo Gutiérrrez

Directora de la Dirección de Atención y evaluación Sanitaria. Servicio de Salud del Principado de Asturias.

## AUTORES

Monica Armayor Prado

Dirección General de cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria. Consejería de Salud

Raquel Mendez Veiguela

Enfermera Coordinación Atención Sociosanitaria Área Sanitaria I

Javier Fernández Allande

Enfermero Coordinación Atención Sociosanitaria Área Sanitaria II

Amparo Prieto Lorenzo

Enfermera Coordinación Atención Sociosanitaria Área Sanitaria III

Laura Alonso González

Enfermera Coordinación Atención Sociosanitaria Área Sanitaria III

Patricia Fanjul Urdangaray

Enfermera Coordinación Atención Sociosanitaria Área Sanitaria IV

Natalia Lobo Lorente

Enfermera Coordinación Atención Sociosanitaria Área Sanitaria V

Manuel Gayol Fernández

Enfermero Coordinación Atención Sociosanitaria Área Sanitaria VI

Sara Herrero Blanco

Enfermera del Área Sanitaria VI

M<sup>a</sup> Dolores Mirón Ortega

Enfermera Coordinación Atención Sociosanitaria Área Sanitaria VII

Ruth Álvarez Oviedo

Enfermera Coordinación Atención Sociosanitaria Área Sanitaria VIII

## COLABORADORES

Alejandra Fueyo Gutiérrrez

Directora de la Dirección de Atención y evaluación Sanitaria. Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Mario Juan Margolles Martins

Jefe del Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud Pública. Consejería Salud del Gobierno del Principado de Asturias.

Marta Huerta Huerta

Dirección General de Salud Pública. Coordinadora del Programa de Vacunaciones. Consejería Salud del Gobierno del Principado de Asturias.

## IMÁGENES

Fuente propia, Astursalud y Luis José Vigil-Escalera Quintanal



# I. Introducción

## I.1 Contexto. Evolución. Cronología.

La Organización Mundial de la Salud elevó el pasado 11 de marzo del 2020 la situación ocasionada por el SARS-CoV-2, de emergencia de Salud Pública, a pandemia.

En nuestro país, el real Decreto 463/2020 de 14 marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, contempla una serie de medidas dirigidas a proteger la salud y la seguridad de la ciudadanía, contener la progresión de la enfermedad y reforzar el sistema de salud pública.

La orden SND/265/2020 del 19 marzo de 2020, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros sociosanitarios, estableció una primera batería de medidas, fundamentalmente de carácter organizativo. A los pocos días, la Orden SND/275/2020, de 23 marzo, establece medidas complementarias, y faculta a la autoridad competente de la Comunidad Autónoma, en función de la situación epidémica y asistencial de cada centro residencial o territorio concreto y siempre atendiendo a principios de necesidad y de proporcionalidad, a intervenir los centros residenciales objeto de esta Orden.

A este respecto, en nuestra Comunidad Autónoma, la Resolución de 26 marzo del 2020 del Consejero de Salud, autoriza la intervención, de acuerdo con los informes emitidos por la Dirección General de Salud Pública, en los centros de servicios sociales de carácter residencial y se ordena al Servicio de Salud del Principado de Asturias a través de la Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria, la designación de un empleado público para dirigir y coordinar la actividad asistencial de los mismos, (surge así y en este contexto, la Coordinación de Centros Sociosanitarios y con ello la figura, en cada área sanitaria, del Coordinador y los Responsables de centros sociosanitarios, (interventores), cuyas funciones se describen en el apartado 1.2). Estas designaciones para la intervención se realizan independientemente de la titularidad del centro, público, concertado o privado.

De este modo, y diariamente, la Dirección General de Salud Pública, a través del Servicio de Vigilancia Epidemiológica de la Consejería de Salud, elabora un listado al que se van añadiendo los centros sociosanitarios en los que surgen casos aislados de infección COVID-19 en pacientes o en profesionales, o brotes de infectados. En base a este listado, se van nombrando los profesionales de las Áreas Sanitarias que van a asumir la responsabilidad de los mismos.

Según lo establecido, a finales de marzo 2020, los responsables designados, iniciamos nuestra labor bajo la supervisión del Coordinador de Centros Sociosanitarios del área correspondiente.

Paralelamente, el Decreto 10/2020 de 3 abril de 2020, establece la centralización en la adquisición de material necesario para paliar la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, de modo que se atribuye al SESPA, la competencia para adquirir y proveer a los centros de equipos de protección individual y productos que garanticen una correcta higiene de manos.

Las medidas de actuación que se desarrollan en Asturias en relación con la protección y prevención COVID-19 en el ámbito sociosanitario, vienen desarrolladas a partir de los documentos elaborados desde el Ministerio de Sanidad, teniendo en cuenta la normativa vigente y actualizándose de forma periódica a través del documento “Procedimiento de actuación frente al COVID-19 en residencias de personas mayores y centros sociosanitarios” elaborado por la Consejería de Salud del Principado de Asturias (Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria).

En líneas generales, y hasta el momento en que fue posible contar con otras medidas de prevención como la vacuna, las directrices a seguir están relacionadas con la vigilancia, la detección y gestión de los casos, prevención y protección, así como generar entornos que disminuyan la circulación y la transmisión de virus. A lo largo de todo este periodo, se vivieron situaciones de alto riesgo epidemiológico, con altas tasas de ataque y letalidad. Cabe destacar, que las diferentes regulaciones normativas, planteaban el necesario equilibrio entre las medidas de protección y aquellos aspectos que favorecieran el bienestar de las personas residentes. Todo ello, sin duda alguna, ha servido, para aminorar el impacto de la infección por SAR-Cov-2 en las personas residentes, especialmente vulnerables en cuanto a incidencia y morbimortalidad en COVID-19 y condicionados por factores como la edad avanzada, enfermedades de base y comorbilidad, y su convivencia en entornos cerrados, entre otros aspectos.

Como dato significativo, en España, las personas mayores cuyo domicilio es un centro residencial son menos del 4% de las mayores de 65 años y menos del 1% de la población general. Sin embargo, entre marzo de 2020 y febrero de 2021, esta población vulnerable representa el 43% del total de defunciones ocurridas en estos 12 primeros meses de pandemia (30.117 de las 69.909 que suponen el total).

Sin embargo, en nuestra Comunidad, y con la actuación mantenida en los centros, se ha estimado un defecto de mortalidad en las olas 1 y 2, (primeros 12 meses de pandemia), de un -30% sobre la mortalidad esperada en Asturias (1).



▲ Exceso de mortalidad en residencias en los primeros 12 meses de pandemia. Imagen adaptada del Artículo “El exceso de mortalidad por covid-19 en las personas mayores que viven en las residencias de España: variaciones entre comunidades autónomas” (1).

El curso de la pandemia de COVID ha sido modificado por la eficacia y la seguridad de la vacuna. Su ansiada llegada, (la campaña de vacunación en centros residenciales y de discapacidad tuvo su inicio en Asturias el 27 de diciembre de 2020), va asociada al descenso en los marcadores epidemiológicos y por ello favorables, en el momento en que se alcanzan altas cotas de vacunación tanto en residentes como en los trabajadores de los centros. En el periodo post-vacunal se observa que los casos de infección se suelen resolver como una enfermedad leve de forma mayoritaria, y en las que no se requiere hospitalización (apartado 5.2. Vacunación frente al COVID).

Así, el 4 de marzo de 2021, la Comisión de Salud Pública aprueba un documento de “Adaptación de las medidas en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial en el marco de la vacunación”. En el mismo, se plantea la necesidad de revisar y adecuar las medidas en materia de Salud Pública vigentes hasta el momento, al existir un cambio en el escenario epidemiológico. Por su parte y en este contexto, el informe de la Dirección General

de Salud Pública de 9 de Abril de 2021 señala que la situación epidemiológica era la adecuada en ese momento para trasladar la regulación de las condiciones de estos centros de forma plena, de la Consejería de Salud, a la Consejería competente por razón de materia, Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, sin perjuicio de mantener la autoridad sanitaria, y que el Servicio de Salud de Principado de Asturias continúe con las medidas que en materia de vigilancia o atención sanitaria siguen y seguirán siendo necesarias para controlar y vigilar la transmisión del virus, de la misma forma que se controlan y vigilan otros problemas de salud que ocurrieron y ocurrirán en estos centros. Se trata por tanto de adecuar, normalizar y equipar la atención de esta patología, su vigilancia y control, a lo que ocurre en otras enfermedades y que pudieran acaecer en el ámbito sociosanitario epidemiológico.

De conformidad con este informe, la Resolución de 9 abril de 2021, de la Consejería de Salud, de séptima modificación de las medidas urgentes de prevención, contención y coordinación necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 tras la expiración de la vigencia del estado de alarma, (Resolución de 19 junio de 2020), recoge en su anexo distintas medidas aplicables a los centros residenciales de personas mayores y con discapacidad del Principado de Asturias que permiten efectuar la desintervención de los mismos. A este respecto, la Dirección Gerencia del SESPA, en su Resolución del 16 abril de 2021, puso fin al nombramiento como

supervisor/as de lo/as enfermero/as que realizaban las funciones de dirección y coordinación de la actividad asistencial de los centros intervenidos por el Servicio de Salud, permaneciendo únicamente la figura de Coordinador sociosanitario de cada área.

Para ello, de una forma resumida, se establecen las siguientes acciones:

- ▲ Los procedimientos que hasta el momento eran realizados por la Consejería de Salud, Servicio de Vigilancia Epidemiológica y coordinados por un grupo de trabajo de la Dirección de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria, pasan a ser elaborados por la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar. Dicho documento cuenta con el asesoramiento y la valoración de la Consejería de Salud, y es revisado de forma periódica entre ambas consejerías hasta la finalización del estado de alarma de modo que posterior a esta fecha, dichas revisiones se realizan en el seno de la Comisión de Coordinación Sociosanitaria.
- ▲ Se procede a la descentralización del asesoramiento y de la gestión, trasladándose estas competencias, de forma progresiva, al área sanitaria. La gestión de los casos de sospecha que pudieran ocurrir se realiza en coordinación entre el SESPA y los equipos correspondientes de la Consejería de Salud (servicios de vigilancia COVID -19 específicos creados a tal efecto a lo largo de la pandemia) teniendo un protagonismo clave en la gestión de estos casos, la persona Coordinadora de Centros Sociosanitarios que tiene designada cada área sanitaria desde el SESPA. Esta gestión de los casos se hará siempre en estricta coordinación con la dirección de los centros residenciales y con los responsables asistenciales de los mismos.
- ▲ En el caso que en el proceso de gestión de casos COVID-19, se detecte alguna situación excepcional con carácter epidemiológico o asistencial, se podrá proceder a la solicitud de la intervención de los centros residenciales.

A partir de este momento, los titulares de los centros sociosanitarios, velarán para que su normal actividad, se desarrolle en condiciones que permitan en todo momento prevenir los riesgos de la transmisión de la COVID-19. Así, cada centro residencial, designará un/a Responsable Asistencial, que contará con un perfil competencial de dirección, evaluación y prestación de los cuidados orientados a la promoción y mantenimiento de la salud, con la dedicación horaria que le permita el cumplimiento de las siguientes funciones:

- a) Dirigir y coordinar la actividad asistencial del centro.
- b) Supervisar el cumplimiento de las medidas de prevención y protección
- c) Garantizar la calidad y seguridad en la prestación de los cuidados necesarios a cada residente.
- d) Coordinación con los recursos sanitarios de la Zona Básica de Salud y del Área Sanitaria correspondiente en lo relativo a la salud de los residente

## I.2 Estructura jerárquica en la coordinación sociosanitaria. Funciones.

La intervención de los centros residenciales, durante el estado de alarma, como se ha descrito anteriormente, conllevó, entre otras cosas:

- a) La ordenación por motivos de salud pública justificados, el alta, la baja, reubicación o traslado de los residentes a otros centros residenciales
- b) La designación de un empleado público para dirigir y coordinar la actividad asistencial de estos centros.

En el contexto de la intervención, se describen a continuación las funciones tanto del Responsable o Interventor (se designaron varios responsables por área cada uno de ellos al cargo de uno o más centros sociosanitarios) como del Coordinador de centros sociosanitarios (coordina en cada área la actividad de los responsables asistenciales):

Responsable:

- a) Aquellas descritas en el procedimiento "Prevención y control frente a COVID-19 en Residencias de mayores y Centros Sociosanitarios" publicado en Astursalud y vigente en su día.
- b) Es el enlace en la comunicación con el Servicio de Vigilancia Epidemiológica.
- c) Vigila que se hayan adoptado las medidas establecidas sobre la ubicación y aislamiento de pacientes, limpieza, coordinación para el diagnóstico, seguimiento y, en su caso, derivación de residentes.
- d) Es el responsable de realizar la monitorización clínica y seguimiento adecuado junto con el equipo de profesionales médicos y enfermeras que se establezcan por parte de la Gerencia del Área Sanitaria.
- e) La valoración clínica se realizará según el procedimiento "Niveles de Atención y Criterios Clínicos de Clasificación de Pacientes. Circuito específico para centros sociosanitarios".
- f) Será el responsable de garantizar el aislamiento adecuado de pacientes confirmados o pacientes con sospecha. En el caso de agrupaciones de pacientes, se valorará la mejor estrategia de sectorización para garantizar el aislamiento.
- g) Será el responsable de garantizar todas aquellas medidas de control de infección por COVID-19 y de que se realicen las medidas de protección descritas en el protocolo vigente de cara a la seguridad de residentes y de los profesionales de los centros. En particular, debe garantizar que se cumplen las medidas relativas a limpieza, así como la adopción de medidas de coordinación para el diagnóstico, seguimiento y derivación de pacientes.
- h) Será el responsable de garantizar medidas de prevención y protección en el personal sociosanitario, mediante formación y abastecimiento del equipamiento adecuado.

Las funciones del Coordinador del Área Sanitaria para centros sociosanitarios:

- a) Se ocupa de que los responsables de cada centro sociosanitario intervenido actúen con homogeneidad.
- b) Es el interlocutor con la Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria del SESPA.
- c) Realiza una vigilancia de todos los centros sociosanitarios del área en coordinación con el Servicio de Vigilancia Epidemiológica.
- d) Es el responsable de activar de forma urgente y prioritaria el circuito de toma de muestras y valoración clínica cuando se establezca un brote en un centro.
- e) Colabora, si es preciso, con el Servicio de Inspección de Servicios Sanitarios de la Dirección General de Planificación y Política Sanitaria en la inspección sanitaria de aquellas residencias que proponga la Dirección General de Salud Pública.
- f) Se ocupa de trasladar los informes realizados por los responsables de cada residencia a la Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria del SESPA. Ver anexos, ejemplo de informe.

Con el fin de la intervención en los centros residenciales, se publica un procedimiento diseñado a establecer las líneas actuación enmarcadas a una desescalada progresiva, orientada a la recuperación de la normalidad en el ámbito socio-sanitario, teniendo como eje principal la seguridad y la gestión de los casos sospechosos y positivos de COVID-19. El objetivo es definir los circuitos de actuación entre los profesionales de las áreas sanitarias del SESPA (equipos directivos, coordinadores sociosanitarios y resto de profesionales involucrados en los cuidados y la asistencia) y los profesionales que realizan el seguimiento de los casos y contactos COVID-19 de la Dirección General de Salud Pública. De este modo, y como se comenta anteriormente, finaliza la labor in situ en los centros de los interventores como tal, y continúa la figura de Coordinador de Centros Residenciales de personas mayores y discapacidad del Área Sanitaria.

Sus funciones, que se redefinen y adecuan, se exponen a continuación:

- a)** Promover estrategias de cuidados sociosanitarios para la mejora de la atención y coordinación sociosanitaria.
- b)** Coordinar los recursos del área, para prestar la mejor atención sanitaria posible a las personas residentes.
- c)** Ejercer la interlocución con las personas titulares de los centros y/o responsables asistenciales de los mismos, así como con el equipo directivo del Área Sanitaria y el Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- d)** Informar sobre las medidas preventivas y de actuación en materia sanitaria en relación con la COVID-19:
  - ▲ Asesorar y colaborar con las personas titulares y/o las personas responsables asistenciales de cada centro residencial para que actúen con la mayor homogeneidad teniendo en cuenta las diferencias notables entre los centros, tanto en infraestructura como en volumen de personas residentes y trabajadores.
  - ▲ Ante la aparición de un caso positivo y/o sospechoso de COVID-19 en un centro residencial, definir la estrategia de población a cribar, la periodicidad de los mismos, así como la calificación del riesgo generado.
  - ▲ Gestionar la realización de cribados periódicos, si los hubiese, en base a los criterios fijados por la autoridad sanitaria.
  - ▲ Activar de forma urgente y prioritaria el circuito de vacunación establecido para las personas residentes y/o trabajadoras de los centros residenciales del Área Sanitaria.
  - ▲ Trasladar informe justificativo a la Dirección General de Salud Pública, en aquellos casos excepcionales, en los que en función de la situación epidemiológica y asistencial, sea necesaria la intervención de un centro residencial, independientemente de su titularidad, y siempre de acuerdo con los principios de necesidad y proporcionalidad.

Los profesionales de enfermería que han participado en la Coordinación Sociosanitaria de las diferentes Áreas desde el inicio de la pandemia son los que se detallan a continuación:

- ▲ Coordinador del Área I (Jarrio): Raquel Méndez Veiguela.
- ▲ Coordinadores del Área II (Cangas del Narcea): Estrella Bosque Morán, Javier Fernández Allande.
- ▲ Coordinadores del Área III (Avilés): Amparo Prieto Lorenzo, Laura Alonso González.
- ▲ Coordinadores del Área IV (Oviedo): Ana Reyero Hidalgo, Patricia Fanjul Urdangaray, Xana Menéndez García.
- ▲ Coordinadores del Área V (Gijón): Rosendo Macía Pérez, Natalia Lobo Llorente, Nerea Bernardo del Rey.
- ▲ Coordinadores del Área VI (Arriondas): Manuel Gayol Fernández, Sara Herrero.
- ▲ Coordinador del Área VII (Mieres): Ana Cao Fernández / Dolores Mirón Ortega.
- ▲ Coordinador del Área VIII (Langreo): Ruth Álvarez Oviedo.

Asimismo, los profesionales que desarrollaron su labor durante el periodo de la intervención en el estado de alarma y periodo posterior, hasta el fin de los nombramientos el 16 de abril de 2021, y que desarrollaron funciones de dirección y coordinación de la actividad asistencial de los centros residenciales de personas mayores y centros de discapacidad son los siguientes:

### ▲ **Área I: 7 profesionales**

- ▶ Celia Prieto Cotarelo, Eliazar García Martínez, Faustina Vega García, M<sup>a</sup> Jesús Oliveros Pérez, Nancy Pérez López, M<sup>a</sup> Mar Rodríguez Rodríguez, Lucía Fernández García.

### ▲ **Área II: 3 profesionales.**

- ▶ Manuel Otero de la Roza, María Fernández López, Estefanía García Palacio.

### ▲ **Área III: 15 profesionales**

- ▶ Laura Alonso González, Cayetana Arias Arias, Sara Ruíz Fernández, Lara Rodríguez Suárez, Irene Sánchez Méndez, Yoana Martínez López, Alberto Alonso Pereira, Carmen González Carreño, Patricia Fernández Martínez, María Antonia García Rodríguez, María Rodríguez Álvarez, Rosa Isabel Fernández Raigada, Dolores Martínez Andrade, Mercedes Vega Gutiérrez, Amparo Prieto Lorenzo.

### ▲ **Área IV: 17 profesionales**

- ▶ Alejandro Hicke Pérez, Ana Isabel Prado Vilata, Ana Rejero Hidalgo, Andrea Marta Smith Plaza, Antonio Martínez Pubil, Arantxa González Álvarez, Ascensión Jiménez Navarrete, Javier García Fernández, Jorge Fernández Arias, Julián Díaz Alonso, Lucía Fernández Arce, María Nemesia Rodríguez Suárez, Mónica Lago Bermúdez, Patricia Fanjul Urdangaray, Raquel Ruíz Ramírez, Susana Yugueros Fernández, Xana Menéndez García.

### ▲ **Área V: 22 profesionales**

- ▶ Elena Criado Domínguez, Anai Izaguirre Riesgo, Belén García cueto, Clara Insúa Pastrana, Dolores Escudero Nava, Eduardo Guerra Garrido, Eva Prida Villa, Jesús Guzmán Hernández, Lara Menéndez González, M<sup>a</sup> Jesús Barrio Quirós, M<sup>a</sup> Nieves Morís de la Tassa, Margarita Álvarez Gutiérrez, Natalia Lobo Llorente, Silvia Fernández Rodríguez, Belén García Hernández, Luis Arguelles Otero, Nerea Bernardo de Rey, Lorena Castro Trabanco, Elisabet Castrillón Chamadoira, Iris Castaño García, Rubén Delgado Fernández, Sara Macías Posadas.

### ▲ **Área VI: 10 profesionales**

- ▶ Alberto García Suarez, Nuria Estrada Estévez, José Luis Llera Suardíaz, Noemí García Lanza, Alba Martínez Rozada, Esther Romano Lobeto, Jesús Rodríguez Martín, Lara Lombraña Noriega, Sara Herrero Blanco, Manuel Gayol Fernández.

### ▲ **Área VII: 7 profesionales**

- ▶ Adelina González Torre, Jonathan Martínez Corral, Rosario María Riestra Suárez, Patricia Ordás Vázquez, Patricia Martínez Lindo, Alba Noriega Pérez y M<sup>a</sup> Dolores Mirón Ortega.

### ▲ **Área VIII: 3 profesionales**

- ▶ Luis Vigil-Escalera Quintanal, Margarita Fernández García, Ruth Álvarez Oviedo.

### I.3 Relación de centros sociosanitarios.

A continuación, se describe la relación de centros residenciales, con el desglose por área sanitaria. El total de residentes es de 12.299 y el número de trabajadores ascienden a 8.222 (datos tomados al inicio de la pandemia).

ÁREAS SANITARIAS	Nº TOTAL DE CENTROS	CENTROS INTERVENIDOS	USUARIOS	TRABAJADORES
I	13	7	510	301
II	3	3	163	114
III	27	16	1.474	950
IV	89	60	3.804	2.594
V	70	60	3.826	2.376
VI	19	14	850	654
VII	14	9	860	581
VIII	22	10	812	652







## 2. Gestión COVID en centros residenciales. Medidas generales

Las primeras medidas adoptadas, fueron dadas desde el Ministerio de Salud, las publicaron en el BOPA 19/03/2020, donde nos transcribieron como debíamos de iniciar la gestión en los centros sociosanitarios hasta la finalización de la declaración del periodo del estado de alarma o prórrogas del mismo.

- a)** Las medidas relativas a todo el personal, sanitario y no sanitario, que preste servicio en las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios.

Todos los trabajadores que por razón de su actividad profesional tengan contacto directo con los residentes deben seguir las medidas de protección recomendadas por el Ministerio de Sanidad, según al nivel de riesgo al que están expuestos.

En la medida de lo posible, se debe reducir al mínimo el número de trabajadores en contacto directo con un residente afectado por un caso posible o positivo de COVID-19, así como el tiempo de su exposición. Con este objetivo, los trabajadores de estos centros deben ser asignados a cada uno de los grupos de residentes, garantizando que sean los mismos los que interactúen en los cuidados de cada uno de estos grupos. No se deben producir rotaciones de personal asignado a diferentes zonas de aislamiento.

- b)** Medidas relativas a la ubicación y aislamiento de pacientes COVID-19 en las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios.

Los residentes los podíamos clasificar en estos grupos:

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

En el caso de que un residente presente infección respiratoria aguda leve, debe ser aislado del resto de residentes.

En el caso de que haya más un residente con infección respiratoria aguda leve, y no sea posible el aislamiento individual, puede recurrirse al aislamiento por cohorte.

En el caso de residentes con diagnóstico COVID-19 confirmado, debe ser aislado del resto de residentes.

En el caso de que haya más de un residente con infección confirmada por COVID-19, puede recurrirse al aislamiento por cohortes.

En cualquier caso, estos residentes, casos posibles o casos confirmados de COVID-19, deben mantenerse aislados del resto de residentes.

En el caso de que las condiciones del centro lo permitan, es preferible el aislamiento vertical o por plantas, como criterio de agrupación preferible para cada uno de los grupos de residentes señalados.

El centro debe utilizar la sectorización de incendios ya definida como área de ubicación de cada uno de los grupos señalados, salvo que esto no sea posible por el tamaño de la residencia.

El centro deberá atender especialmente, el mantenimiento en la zona de aislamiento que le corresponda a aquellas personas deambulantes o errantes, con trastorno neurocognitivo, de manera que se le permita deambular sin que le resulte posible salir de esa zona de aislamiento, evitando la utilización de sujeción mecánica o química.

**c)** Medidas relativas a la limpieza en las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios.

Se deben adoptar medidas extremas de limpieza con desinfectantes recomendados por la autoridad sanitaria en todo el centro, con especial atención en las siguientes zonas:

1. En el acceso/salida de los sectores de aislamiento, como pueden ser puertas, escaleras, ascensores, entre otros, para reducir el riesgo de transmisión del COVID-19.
2. Zonas accesibles para las personas deambulantes.

**d)** Medidas relativas a los profesionales sanitarios en relación con la atención sanitaria en las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios.

La autoridad sanitaria de la comunidad autónoma podrá modificar la prestación de servicios del personal médico, de enfermería u otro tipo de personal sanitario vinculado con las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios, con independencia de su titularidad pública o privada, así como la correspondiente a ese tipo de personal vinculado con atención primaria o atención hospitalaria o especializada extrahospitalaria, en su caso, para adaptarlos a las necesidades de atención en las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios.

Si el personal sanitario médico, de enfermería u de otro tipo, ha tenido contacto estrecho con un caso posible o confirmado de COVID-19 y no presenta síntomas, seguirá realizando su actividad normal así como la vigilancia de síntomas.

**e)** Medidas de coordinación para el diagnóstico, seguimiento y derivación COVID-19 en residencias de mayores y otros centros sociosanitarios y el Sistema Nacional de Salud.

Con carácter general, y siempre que exista disponibilidad, deberá realizarse la prueba diagnóstica de confirmación a los casos que presenten síntomas de infección respiratoria aguda para confirmar posible infección por COVID-19. Para ello, el personal de la residencia deberá ponerse en contacto con el centro de Atención Primaria asignado, que actuará de forma coordinada con el médico de la residencia si se cuenta con este recurso. Tras una primera valoración del caso y si presenta síntomas leves, el paciente permanecerá en aislamiento en la residencia garantizando que se realiza seguimiento del caso. No obstante, si se cumplen criterios de derivación a un centro sanitario, se activará el procedimiento establecido para tal efecto.

Seguimiento de casos. En el caso que sea necesario la autoridad sanitaria competente establecerá el procedimiento y la información requerida para el seguimiento y/o gestión de la atención de los COVID-19 residentes en estos centros de mayores y/o sociosanitarios.

Desarrollo y ejecución. Corresponde a las autoridades sanitarias competentes de cada comunidad autónoma dictar las resoluciones, disposiciones e instrucciones interpretativas que, en la esfera específica de su actuación, sean necesarias para garantizar la eficacia de lo dispuesto en esta orden. En este punto, se establecieron unos circuitos desde Salud Pública del Principado de Asturias, de cómo realizar el diagnóstico mediante los cribados (cada Área Sanitaria tenía su circuito). Seguimiento de los casos (valoración de los residentes en sus centros por equipos de designados para ello). Derivaciones a centros sanitarios o de aislamiento (circuito de centros en el Principado para derivar a los residentes o usuarios de sus domicilios para aislamiento o seguimiento de Infección Covid).

Posteriormente, se comenzó a puntualizar en temas necesarios para el control de los brotes, como se recogieron en el BOPA 03/04/20202.

## 2.1 Grupo estratégico. Vigilancia, detección y control de la enfermedad en centros sociosanitarios.

Los titulares de los centros sociosanitarios velarán para que su normal actividad se desarrolle en condiciones que permitan en todo momento prevenir los riesgos de la transmisión de la COVID-19. La Consejería de Salud llevará a cabo un control y supervisión especial para la vigilancia, detección y control de casos COVID-19 en todos los centros sociosanitarios, independientemente de su titularidad pública o privada. Se creará un grupo técnico coordinado por la Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria y la Dirección General de Salud Pública para la actualización de los procedimientos de actuación en estos centros y para establecer los mecanismos adecuados para la vigilancia y control de los mismos. Esas medidas serán recogidas en el documento "Procedimiento de actuación frente al COVID-19 en residencias de personas mayores y centros sociosanitarios" que será actualizado periódicamente y estará disponible en la página web de Astursalud.

Cada centro residencial designará un/a responsable asistencial, que contará con un perfil competencial de dirección, evaluación y prestación de los cuidados orientados a la promoción y mantenimiento de la salud, con la dedicación horaria que le permita el cumplimiento de las siguientes funciones:

- a) Dirigir y coordinar la actividad asistencial del centro.
- b) Supervisar el cumplimiento de las medidas de prevención y protección.
- c) Garantizar la calidad y seguridad en la prestación de los cuidados necesarios a cada residente.
- d) Coordinación con los recursos sanitarios de la Zona Básica de Salud y del Área Sanitaria correspondiente en lo relativo a la salud de los residentes.

## 2.2 Plan de contingencia.

Los centros residenciales de personas mayores y de discapacidad con 20 o más plazas deberán disponer de al menos el cinco por ciento de plazas libres para tener la posibilidad de realizar un aislamiento, en habitación individual con baño propio, ante la presencia de un caso sospechoso o como medida preventiva. Aquellas residencias que tengan las plazas al completo y no puedan mantener este porcentaje, en caso de baja permanente de la plaza no podrán volver a ocuparla, con objeto de lograr ese cinco por ciento libre de ocupación. Las residencias de menos de 20 plazas deberán reservar una habitación con baño para este fin.

Los titulares de los centros dispondrán un plan de contingencia:

- a) Identificación precoz de posibles casos entre residentes y trabajadores y comunicación de la sospecha a la autoridad sanitaria.
- b) El Plan de actuación, ante un caso, para la sectorización de residentes en cuatro cohortes:
  - 1º. Residentes sin síntomas y sin contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19
  - 2º. Residentes sin síntomas, en aislamiento preventivo por contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19.
  - 3º. Residentes con síntomas compatibles con la COVID-19.
  - 4º. Casos confirmados de COVID-19.
- c) Circuito de procedimiento de la realización de pruebas diagnósticas periódicas, acorde a los criterios establecidos por la autoridad sanitaria.

- d) Medidas organizativas en materia de recursos humanos. En la medida de lo posible, se debe reducir al mínimo el número de trabajadores en contacto directo con un residente afectado por un caso posible o positivo de COVID-19, así como el tiempo de su exposición. Con este objetivo, los/las trabajadores/as de estos centros deben ser asignados a cada uno de los grupos de residentes, garantizando que sean los mismos los que interactúen en los cuidados de cada uno de estos grupos. No se deben producir rotaciones de personal asignado a diferentes zonas de aislamiento.
- e) Planificación de la reserva estratégica de material de protección que garantice el cumplimiento de las obligaciones que ostentan los titulares de los centros con el fin de asegurar que todos los/las trabajadores/as que por razón de su actividad profesional tengan contacto directo con los residentes dispongan del equipo o equipos de protección individual (EPIs) y/o de protección colectiva, según el riesgo de exposición fijado por su Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
- f) Los centros deberán contar con un plan anual de formación específica en materia de COVID-19 (y/o enfermedades infecciosas) y de usos y manejo de EPIs para todos sus trabajadores.
- g) Se incluirán, asimismo, los procedimientos que garanticen la actividad normal en los centros, concretamente, las visitas, paseos y nuevos ingresos, guardando las medidas de prevención adecuadas y proporcionadas al riesgo existente en cada momento. En cualquier momento en que sea requerido dicho Plan deberá ponerse a disposición de la autoridad competente del área sanitaria, así como de la Consejería de Salud y de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar.

Los criterios de realización de pruebas en personal trabajador o en residentes con el objeto de controlar el acceso a residencias, cribados periódicos en personas asintomáticas, diagnóstico precoz u otros serán definidos en el documento "Procedimiento de actuación frente al COVID-19 en residencias de personas mayores y centros sociosanitarios" que será actualizado periódicamente.

### 2.3 Material.

Se atribuye al Servicio de Salud del Principado de Asturias la competencia para adquirir equipos de protección individual (mascarillas, gafas y pantallas protectoras, guantes, batas y, en su caso, monos o buzos) y productos que garanticen una correcta higiene de manos (solución/gel hidroalcohólico), con objeto de prevenir la pandemia del COVID-19, destinados a la Administración del Principado de Asturias y su sector público y los Ayuntamientos de la Comunidad Autónoma que así lo soliciten.

Durante el estado de alarma, al haber problemas para la adquisición de material, desde el SESPA, se les ayudó a los Centros Residenciales públicos y privados con la obtención de dicho material.

### 2.4 Formación.

En las distintas Áreas Sanitarias, se dio formación a los trabajadores de los centros sociosanitarios en medidas de prevención, medidas de control, procedimientos a seguir, utilización de EPI, y abastecimiento del material necesario.



## 3. Gestión de Casos

El 14 de marzo del 2020 se declara el estado de alarma para la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Referente a que los usuarios de los centros residenciales y sociosanitarios se hayan en una situación de mayor vulnerabilidad ante la infección covid-19, se considera necesario realizar un planteamiento específico y una atención más especial.

El 26 de marzo de 2020, se autorizan las intervenciones de los centros sociales residenciales con casos activos, por parte de la Consejería de Salud, designando un Interventor público para dirigir y coordinar la actividad asistencial en los centros.

Posteriormente se crea la figura de la coordinación sociosanitaria, una persona en cada una de las ocho áreas sanitarias, con la función de gestionar los brotes de covid-19 de los centros residenciales, en colaboración con el grupo de residencias de la Consejería. También trabajarán en dicha función con las personas interventoras de las residencias, las direcciones de los centros sociosanitarios y los equipos de realización de toma de muestras. Colaborando activamente con el servicio de Medicina Preventiva y Prevención de Riesgos Laborales.

Tras la revisión de la documentación relacionada con el abordaje del COVID-19 en los centros residenciales y sociosanitarios, destacaremos los puntos más relevantes.

### 3.1 AÑO 2020.

Definición y Clasificación de los casos.

- a) **Caso sospechoso.** Persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda, que cursa con fiebre, tos o sensación de falta de aire. Otros síntomas: odinofagia, anosmia, ageusia, dolores musculares, diarreas, dolor torácico o cefaleas.
- b) **Caso probable.** Persona con infección respiratoria aguda grave, con un cuadro clínico y radiológico compatible con Covid-19 y resultados de PCR negativos, o casos sospechosos con una PCR no concluyente.
- c) **Caso confirmado.**
  - ▲ Con Infección activa:
    - ▶ Persona que cumple el criterio de caso sospechoso y con PCR positiva.
    - ▶ Persona que cumple el criterio de caso sospechoso, con dos PCR negativas, y un resultado positivo por IgM serología.
    - ▶ Persona asintomática con PCR positiva y una IgG negativa o no realizada.
  - ▲ Con infección resuelta: Persona asintomática con IgG positiva (por serología) independientemente del resultado PCR.

- d) Caso descartado.** Caso sospechoso con PCR negativa e IgM negativa, sin alta sospecha clínica.
- e) Contactos estrechos.** Personas que desde 2 días antes hayan proporcionado cuidados a un caso confirmado sin las medidas de protección adecuadas, convivientes, familiares y personas que tengan contacto físico.

#### **Recomendaciones a Centros Socio-sanitarios para el Covid-19. Ministerio de Sanidad. 5 marzo 2020.**

- ▲ Se resalta la importancia de una buena prevención, vigilancia de síntomas, higiene de manos y respiratoria, no permitir visitas sintomáticas, carteles informativos, soluciones hidroalcohólicas.
- ▲ Los aislamientos se realizarán en habitación individual con baño, ventilada y puerta cerrada.
- ▲ Trabajadores seguirán estrictamente las medidas de protección indicadas.
- ▲ Vigilancia para detectar precozmente aparición síntomas

#### **Procedimientos de actuación frente al COVID-19 en Asturias. 15 marzo 2020.**

- ▲ Los centros sociosanitarios deberán descartar de forma rápida si un paciente con Infección respiratoria aguda, presenta Covid-19. A esta persona se le pondrá mascarilla quirúrgica y se le separará del resto de residentes hasta el resultado de la prueba diagnóstica
- ▲ El personal que atienda los casos de infección por covid-19, deben llevar un Equipo de Protección individual (EPI), para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto, que incluya bata, mascarilla (quirúrgica o FFP2), guantes y protección ocular antisalpicaduras.
- ▲ El equipo de protección se colocará antes de entrar en la habitación del paciente. Una vez finalizada la actividad, el EPI se eliminará dentro de la habitación, excepto la protección respiratoria, que se retirará fuera.
- ▲ Se debe cumplir una estricta higiene de manos en todos los momentos necesarios, antes y después del contacto con pacientes y tras la retirada del EPI.

#### **BOE. 19 marzo 2020.**

- ▲ Los trabajadores deben ser asignados a cada grupo de residentes, no se aconsejan las rotaciones.
- ▲ En caso de no ser posible el aislamiento individual, puede recurrirse al aislamiento por cohortes.
- ▲ Es preferible el aislamiento vertical o por plantas (sectorización). Unidades de convivencia estable que faciliten la trazabilidad de posibles casos.
- ▲ Las personas con deterioro cognitivo, pueden deambular, sin salir de la zona de aislamiento, evitando la sujeción mecánica.
- ▲ La comunicación de casos, se realizará a la persona coordinadora de residencias del área sanitaria, quién definirá la estrategia para los cribados, periodicidad de los mismos y el riesgo generado (en colaboración con el Servicio de Vigilancia Epidemiológica de la Consejería de Salud).

#### **Procedimiento para el manejo de cadáveres de casos de COVID-19. 20 marzo 2020.**

- ▲ El cadáver debe ser transferido lo antes posible al depósito después del fallecimiento.
- ▲ Antes del traslado, debe permitirse el acceso de los familiares más cercanos, para una despedida sin establecer contacto físico ni con la persona ni con las superficies u otros enseres contaminados. Se deben tomar las precauciones de transmisión por contacto y gotas.
- ▲ Las personas que participen en el traslado del cadáver deberán estar provistas de equipos de protección individual adecuados.

- ▲ El cadáver debe introducirse en una bolsa estanca biodegradable, que reúna las características técnicas sanitarias de resistencia a la presión de los gases en su interior, estanqueidad e impermeabilidad. Se debe realizar dentro de la habitación de aislamiento y se pulverizará la bolsa con desinfectante de uso hospitalario.
- ▲ Traslado al tanatorio.

### **Procedimiento de atención sanitaria a casos posibles y confirmados por SARS-Cov-2 (COVID-19) de residencias de personas mayores y centros sociosanitarios en Asturias. 23 marzo 2020.**

- ▲ Con el objetivo de organizar los recursos asistenciales, se establece un circuito de pacientes en función de su situación clínica, reservando la hospitalización para necesidades especiales. Recursos especiales (CREDINE).
- ▲ Las decisiones sobre las derivaciones de las personas a los distintos centros se realizan en sesión conjunta Consejería de Salud, Consejería de Derechos Sociales, ERA y SESPA.

### **Procedimiento de actuación para la vigilancia y actuación COVID-19 en residencias de personas mayores y centros sociosanitarios. 23 marzo 2020.**

- ▲ El objetivo es organizar los recursos para garantizar una atención adecuada a pacientes con infección SARS-CoV-2.
- ▲ Niveles de atención del 1 al 6, siendo uno lo más leve y seis lo más grave.
- ▲ Circuito para personas institucionalizadas: ante una sospecha de caso posible llamar SAMU (112) Tfno. Residencias (610400133). Se realizará una valoración clínica y epidemiológica que facilite la decisión posterior sobre toma de muestras y nivel de atención.
- ▲ Toda la información recogida de cada paciente: información clínica, epidemiológica y muestras/resultados se centralizan en el gestor de casos de cada área sanitaria, Dirección de Atención Sanitaria y Salud Pública. Quienes decidirán los recursos correspondientes en el nivel 5, comunicándolo a la dirección de la residencia.

### **Anexo 2. Niveles de Atención y Criterios en residencias y centros sociosanitarios.**

- ▲ **Nivel 3:** residente positivo dependiente, con síntomas leves, que no puede realizar aislamiento en su centro.
- ▲ **Nivel 4:** residente positivo con criterios de hospitalización (insuficiencia respiratoria, saturación < 90, descompensación de patología). + > 80 a. Dependencia funcional grave (Barthel 20-85) o Deterioro cognitivo leve/moderado (Pfeiffer 3-7, MMSE 10-24).
- ▲ **Nivel 4:** derivación a urgencias: residente positivo < 80a. con dependencia funcional moderada o grave (Barthel 20-55) y Deterioro cognitivo leve o moderado (Pfeiffer 3-7, MMSE 10-24).
- ▲ **Nivel 5:** derivación a urgencias: residente positivo con criterios de hospitalización (insuficiencia respiratoria y descompensación de su patología de base:  
Dependencia funcional total (Barthel < 15)

### **Guía de prevención y control frente al COVID-19 en residencias de personas mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial. 24 marzo 2020.**

- ▲ Los centros sanitarios deben disponer de planes de contingencia adaptados a las características de cada centro, dirigidos a la prevención y pronta respuesta ante la aparición de casos y brotes de con infección SARS-CoV-2.
- ▲ Se debe considerar la realización de test diagnósticos en personas con cuadro clínico de infección respiratoria aguda, independientemente de su gravedad, en residentes y trabajadores de centros sociosanitarios.
- ▲ Si se detecta un caso positivo, se deberá designar en el centro un área diferenciada para residentes con y sin infección con el objetivo de disminuir el riesgo de que se genere un brote en la residencia y hacer el estudio y seguimiento de sus contactos estrechos.

- ▲ En el escenario actual se deben suspender todas las visitas a los centros sociosanitarios.
- ▲ Se deben suspender todas las salidas de la residencia.
- ▲ Se deben clausurar las zonas comunes.

#### **Procedimientos de actuación frente al Covid-19 en Asturias. Prevención y control frente a COVID-19 en residencias de mayores y centros sociosanitarios. 25 marzo 2020.**

- ▲ Los centros socio-sanitarios deben disponer de planes de contingencia adaptados a las características de cada centro y dirigidos a la prevención y a la respuesta ante la aparición de casos y brotes COVID-19.
- ▲ Se debe considerar la realización de test diagnósticos en personas con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda en personas que residan en un centro sociosanitario y a los trabajadores en contacto con los residentes.
- ▲ En el escenario actual se deben suspender todas las visitas y todas las salidas
- ▲ Se deben clausurar las zonas comunes.

#### **Confinamiento y acompañamiento en el proceso final de la vida. Centros residenciales de personas mayores y centros de atención social. 23 abril 2020.**

- ▲ Según la Ley del Principado de Asturias 5/2018 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y ofrecer una atención integral centrada en conseguir la mayor calidad de vida posible durante el final de la vida.
- ▲ El derecho al alivio del sufrimiento con una asistencia que sea respetuosa con sus propios valores, su voluntad, derecho a la intimidad y al acompañamiento familiar.
- ▲ Se nombrará un interlocutor familiar, para la comunicación del estado de salud de la persona.
- ▲ Cuando la persona está en una situación crítica, se intentará una despedida de manera presencial, cumpliendo las medidas de seguridad; en el caso de que no se pudiese esta, se hará mediante audios o videollamadas.
- ▲ Explorar las necesidades espirituales, hacerles llegar recuerdos significativos, fotos.
- ▲ Fomentar el apoyo social y familiar con llamadas telefónicas, mensajes, videollamadas, de esta forma el familiar y la persona enferma pueden seguir comunicándose con el resto de personas significativas, sintiéndose conectadas y arropadas en estos momentos difíciles.
- ▲ La permanencia en la habitación del familiar no deberá ser superior a 4 horas.
- ▲ Una vez realizada la visita, no será posible hacer más, manteniendo contacto con el portavoz familiar, para informarle de la evolución.
- ▲ Una vez fallecido se comunicará a la familia, intentando apoyarles emocionalmente.

#### **Protocolo para la salida de residentes en centros para personas con discapacidad del Principado de Asturias. 2 mayo 2020.**

- ▲ Desde el día 2 de mayo, por orden ministerial, la personas usuarias de centros residenciales y viviendas tuteladas con discapacidad, podrán realizar paseos acompañados.
- ▲ Las salidas serán de forma individual y acompañados de un cuidador.
- ▲ Los paseos no superará un kilómetro de distancia desde el centro residencial y con una duración máxima de una hora.
- ▲ No podrán realizar esta actividad las personas sintomáticas, en aislamiento por COVID o contacto estrecho en cuarentena.
- ▲ Evitar espacios concurridos y realizarlas horarios de menor tránsito.
- ▲ Cumplir las medidas de prevención e higiene frente al COVID: higiene de manos, mascarilla quirúrgica, cambiar y limpiar el calzado tras llegar al centro.

### **Fase de transición de la pandemia SRS-CoV-2. Plan de acción del servicio de Salud del Principado de Asturias. Mayo 2020.**

- ▲ Designar la intervención de los centros residenciales que cuenten con los siguientes casos: residentes con síntomas en aislamiento preventivo por contacto estrecho y/o caso confirmado de COVID-19 en residentes con síntomas compatibles y/o casos confirmados de COVID-19.
- ▲ Se nombrará un empleado público para dirigir y coordinar la actividad asistencial de estos centros, en los siguientes casos: crecimiento no esperado de fallecimientos durante la epidemia COVID-19, imposibilidad de cumplir las medidas de aislamiento, imposibilidad de gestionar adecuadamente la conservación y retirada de cadáveres y/o cualquier otra circunstancia que suponga un grave peligro.
- ▲ La Dirección Gerencia nombra a profesionales del SESPA designados para dirigir y coordinar la actividad asistencial de los centros residenciales, establecidos por la Dirección General de Salud Pública del Principado de Asturias.
- ▲ Estas designaciones se realizan independientemente de la titularidad del centro, tanto en servicios públicos, como concertados y privados.
- ▲ Asimismo, cada Área Sanitaria establece un Coordinador de los centros sociosanitarios de la misma.
- ▲ Diariamente, la Dirección General de Salud Pública, a través del servicio de Vigilancia Epidemiológica, elabora un listado al que se van añadiendo los centros sociosanitarios en los que surgen casos aislados de infección COVID-19 en residentes o en profesionales, o brotes de infectados. En base a este listado, se nombran los profesionales de las Áreas Sanitarias que van a asumir la responsabilidad de estos centros.
- ▲ El Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios de la Consejería, realiza inspecciones y elabora informes de centros socio-sanitarios, en los que en ocasiones se determina la intervención del SESPA mediante el nombramiento de un interventor.
- ▲ Las intervenciones de los coordinadores de Área, se realizará de forma coherente y coordinada con las instrucciones que haya iniciado el Servicio de Vigilancia Epidemiológica y la Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria del SESPA.
- ▲ Funciones de la Coordinación del área sanitaria: anteriormente desarrolladas en el punto 1.2. Estructura jerárquica en la coordinación sociosanitaria.
- ▲ Se comenzará a trabajar en estructuras de coordinación sociosanitaria posteriores a esta situación de pandemia, potenciando la presencia de unidades de geriatría y de profesionales de enfermería gestores de casos en cada área de salud que permitirán mantener y establecer nuevos modelos de relación con las residencias sociosanitarias y fomentar los cuidados de la población más vulnerable.

### **Instrucciones para la reincorporación de profesionales en los centros residenciales para personas mayores y con discapacidad del Principado de Asturias. 8 mayo 2020.**

- ▲ Se considera necesaria la reincorporación de los profesionales de psicología, fisioterapia, terapia ocupacional, podología y animación sociocultural.
- ▲ Adecuar la organización de los servicios, para dar cobertura a estos servicios sin rotación de los profesionales, entre los distintos centros.
- ▲ No está permitido la atención, por parte de un profesional en dos servicios de un mismo centro (centro de día y residencia).
- ▲ Estos profesionales prestarán atención únicamente a residentes sin síntomas, ni contactos, ni contagiados.
- ▲ Se ha de planificar su actividad para la atención individual, con las mismas medidas de seguridad que el resto de profesionales.
- ▲ Deberán realizar previo a su reincorporación una PCR y una valoración epidemiológica del servicio de prevención de riesgos laborales.

#### **Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la Pandemia de COVID-19 Indicadores de seguimiento. 12 mayo 2020.**

- ▲ En los casos confirmados en residencias, se indicará aislamiento, mínimo 14 días desde el inicio de los síntomas. Si no puede garantizarse un aislamiento efectivo, se indicarán otras instalaciones habilitadas para ese motivo.
- ▲ Ante un caso confirmado en residencia, se considera brote. Indicando cuarentena (14 días) y seguimiento a los contactos estrechos, realizando cribados a residentes y trabajadores según el criterio de cada Comunidad autónoma.

#### **Instrucciones sobre el Procedimiento de actuación frente al COVID-19 en Asturias en Centros Sociosanitarios. 22 mayo 2020.**

- ▲ Es obligatorio ser muy estrictos en las medidas de protección y no relajar el uso de higiene de manos, distancia de dos metros y mascarilla.
- ▲ Ningún trabajador con síntomas, o que haya sido contacto de un caso confirmado puede acudir a trabajar. Debe aislarse en su domicilio.
- ▲ Atención precoz de aquellas personas con síntomas sospechosos de Covid.
- ▲ Estricta vigilancia de la situación epidemiológica.
- ▲ Toda decisión en el ámbito de los centros residenciales será valorada en términos de necesidad, proporcionalidad y prudencia.

#### **Instrucciones para la realización de visitas a viviendas tuteladas, centros residenciales de personas mayores y con discapacidad del Principado de Asturias. 23 mayo 2020.**

- ▲ En el caso de los centros residenciales de personas mayores, estas visitas se realizarán únicamente, en supuestos excepcionales, tales como el final de la vida o el alivio de descompensación neurocognitiva del residente.
- ▲ Solo se permiten la realización de visitas a residentes, en los supuestos descritos, que no presenten síntomas, que no estén en aislamiento y que no se encuentren en cuarentena, por haber tenido contacto con un caso positivo.
- ▲ Se permitirá una visita al día por residente, se recomienda que sea la misma persona.
- ▲ Se concertará la cita, y el familiar no podrá tener sintomatología.
- ▲ Durante la visita será obligatorio el uso de equipos de protección adecuados al nivel de riesgo.
- ▲ Deberán mantener la distancia interpersonal 2 m.
- ▲ Utilizarán mascarilla quirúrgica
- ▲ Realizar higiene de manos
- ▲ Se deberá limpiar y desinfectar, tras la visita.
- ▲ Registro de las personas que acudieron
- ▲ Deberán comunicar el inicio de cualquier síntoma sospechoso.

#### **Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en el contexto de covid-19. 10 junio 2020.**

- ▲ En las residencias Sociosanitarias, no se recomienda el uso de mascarilla, salvo que se conviva con un caso confirmado.

### **Procedimientos de actuación frente al COVID-19 en Asturias. Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19. 18 junio 2020.**

- ▲ La detección precoz de todos los casos compatibles con COVID-19, es uno de los puntos clave para controlar la transmisión.
- ▲ La realización de pruebas PCR debe priorizarse frente a otras estrategias.
- ▲ Toda persona con sospecha de infección por SARS-CoV-2 se le realizará PCR en primeras 24h. Si resulta negativa y hay sospecha clínica se repetirá a las 48 h. Si la segunda es negativa también se realizará una prueba serológica (ELISA).
- ▲ La OMS solo recomienda el uso de test rápidos para determinadas situaciones, estudios y con fines de investigación.
- ▲ La detección de un solo caso se considerará un brote para las medidas de actuación.
- ▲ Solo se aconseja la realización de PCR a personas asintomáticas para la detección precoz de casos entre los contactos de poblaciones vulnerables en el contexto de brotes, o de forma previa a algunas actuaciones asistenciales.
- ▲ No está indicado realizar PCR a las personas asintomáticas que ya fueron positivos y se negativizó (test serológico alto rendimiento, para confirmar infección resuelta).
- ▲ Manejo de contactos: vigilancia activa y cuarentena 14 d. Posteriores; control de temperatura diario, control síntomas. A criterio del servicio de Vigilancia Epidemiológica se realizarán PCR al inicio y durante el seguimiento. Se realizará PCR a los 10 d. De contacto con el caso, pudiendo suspenderse la cuarentena si el resultado es negativo.
- ▲ La gestión del brote se realizará la coordinadora sociosanitaria en coordinación con el servicio de vigilancia epidemiológica.

### **Protocolo para el ingreso de nuevas personas usuarias en centros residenciales y viviendas tuteladas con discapacidad del Principado de Asturias. 26 junio 2020.**

- ▲ La reincorporación de residentes se realizará bajo criterios de seguridad y control de la evolución epidemiológica, pudiendo adoptarse medidas de suspensión de ingresos en determinados centros.
- ▲ Los centros residenciales de 20 plazas deberán disponer 5% plazas libres para poder realizar un aislamiento.
- ▲ Se informará a la familia de la situación epidemiológica del centro.
- ▲ No se realizará el ingreso de personas con síntomas compatibles de COVID-19, contacto estrecho de caso sospechoso o confirmado.
- ▲ Se realizará en las 72 horas previas una PCR que debe ser negativa.
- ▲ Si el ingreso procede del hospital realizará aislamiento preventivo 7 días, con PCR negativa para su finalización.

### **Indicaciones para la realización de pruebas COVID-19 en Asturias. 14 julio 2020**

- ▲ La toma de decisiones de realización de pruebas diagnósticas se modifica en función de la situación epidemiológica de cada momento.
- ▲ Se hace necesario realizar una rápida actuación ante síntomas de sospecha para poner en marcha, la realización de pruebas e instaurar los estudios de contactos pertinentes para frenar la cadena de transmisión.
- ▲ Dada la situación de vulnerabilidad de los residentes, se plantea la posibilidad de continuar con los cribados en trabajadores asintomáticos en centros sociosanitarios.
- ▲ La prueba fundamental diagnóstica sigue siendo la PCR, la indicación de test rápidos de anticuerpos se limita a determinadas situaciones (personal asintomático de centros sin casos activos), y test serológico ELISA.

#### **Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19. 7 de septiembre 2020.**

- ▲ En los casos confirmados de residentes, se indicará aislamiento con un mínimo de 10 días desde el inicio de los síntomas.
- ▲ La detección de un solo caso se considera brote a efectos de intervención.
- ▲ Cribados a todos los residentes y trabajadores en la forma que establezca CCAA.
- ▲ Los contactos estrechos: vigilancia y cuarentena durante 14 d. Posterior al último contacto con un caso confirmado. Realización de PCR al inicio, y a los 10 días, pudiendo suspenderse la cuarentena si fuese negativa.

#### **Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19. 25 de septiembre 2020.**

- ▲ En los casos confirmados de residentes, se indicará aislamiento con un mínimo de 10 días desde el inicio de los síntomas.
- ▲ Un solo caso será considerado brote a efectos de intervención.
- ▲ Cribados a todos los residentes y trabajadores en la forma que establezca CCAA.
- ▲ Los contactos estrechos: vigilancia y cuarentena durante 10 d. Posterior al último contacto con un caso confirmado. Realización de PCR al inicio y a los 10 días.
- ▲ Se recomienda realizar PCR para ingresos en centros sociosanitarios

#### **Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19 Ministerio de Sanidad. 12 noviembre 2020.**

- ▲ Se dispone de dos pruebas de detección de la infección: prueba rápida de antígenos y una detección de ARN viral mediante PCR. La realización de una u otra, dependerá del ámbito de realización, la disponibilidad y los días de evolución de los síntomas.
- ▲ A toda persona con sospecha de infección por SARS-CoV-2 se le realizará una prueba diagnóstica en las primeras 24 horas. Si la PDIA resulta negativa y hay sospecha de COVID, se repetirá la prueba. Si inicialmente se realizó test de antígenos, se realizará PCR. En el caso de haber realizado PCR inicialmente, se repetirá a las 48 horas. En caso de seguir siendo negativa realizar prueba serológica tipo ELISA.
- ▲ A los pacientes sintomáticos que no se les pueda extraer muestra de exudado faríngeo, se realizará, excepcionalmente PCR en saliva, teniendo en cuenta las limitaciones de sensibilidad de esta prueba.
- ▲ Los residentes positivos en COVID, realizarán un aislamiento de 14 días, mínimo desde el inicio de los síntomas o confirmación del diagnóstico.
- ▲ Los contactos estrechos realizarán una cuarentena de 10 días. Tras la exposición.
- ▲ Para el estudio de cribado en trabajadores y residentes, se plantea utilizar PCR en exudado nasofaríngeo.
- ▲ Nuevos ingresos, se debe solicitar PCR.

#### **Criterios generales para una adecuada valoración individual de las salidas y reingresos en residencias de personas mayores y de discapacidad en las fechas navideñas. 15 diciembre 2020.**

- ▲ Las salidas en periodo navideño tendrán una duración mínima de 14 días (periodo máximo de incubación de la enfermedad)
- ▲ La solicitud de salida debe incluir el día previsto del reingreso, y debe ser enviada previamente 7 días.
- ▲ Todo centro debe tener un plan de salida y un plan de recepción del reingreso de los residentes.
- ▲ No deberían salir más personas de las que cada centro tenga capacidad de aislar efectivamente durante 14 días, tras el retorno al centro (se debe reservar el 5% de la capacidad).
- ▲ Los aislamientos deberán hacerse en habitación individual con baño propio.

- ▲ Se recomienda que no vayan a domicilios en los que haya habido casos positivos en los últimos 14 días previos a la salida.
- ▲ Dada la situación de alerta sanitaria, y que Asturias tiene cerrada su frontera, se aconseja no salir del territorio.
- ▲ La familia debe responsabilizarse de que el residente no contacte con muchas personas y siempre con medidas de control.
- ▲ Deberá mantener una burbuja social de convivencia estable que no exceda de 10 personas.
- ▲ El residente no puede realizar visitas a otras personas en diferentes domicilios.
- ▲ Deberán realizar un listado con todas las personas que tenga contacto.
- ▲ Al reingreso deberá presentar una PCR (-) previas 72 horas y realizar una cuarentena de 14 días, para proteger a la comunidad residencial. En el caso de ser positivo, no podrá reingresar.
- ▲ En ningún caso podrá reingresar en el centro en los que haya habido casos positivos en los últimos 14 días.



## PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO FECHA	INGRESOS	CRIBADOS	VISITAS Y SALIDAS	AISLAMIENTOS
<b>24/03/2020</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prohibidos ingresos.</li> <li>Salvo por orden judicial y urgencia social, con informe y valoración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Residentes y Trabajadores: según criterio V.E. (vigilancia epidemiológica).</li> <li>Nuevas incorporaciones y reincorporaciones, tras 7 días ausentes.</li> </ul>	Se suspenden las visitas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caso confirmado: 14 días + PCR (-).</li> <li>Contacto estrecho: 14 días + PCR (-).</li> <li>Sospecha: 14 días + PCR (-).</li> </ul>
<b>22/05/2020</b>	Sin casos activos: <ul style="list-style-type: none"> <li>PCR negativa ( 72 h. previas )</li> <li>Aislamiento 14 días.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Residentes y Trabajadores: según criterio V.E</li> <li>Incorporaciones y reincorporaciones, tras 7 d. ausentes.</li> </ul>	Con caso activo/ cuarentena suspender visitas y salidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caso confirmado: 14 d. PCR (-). Contacto estrecho: 14 días PCR (-).</li> <li>Sospecha: Aislamiento hasta confirmación o descarte del caso.</li> </ul>
<b>28/05/2020</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PCR negativa 72 h. previas)</li> <li>Aislamiento 14 días.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cribados trabajadores 28 d.</li> <li>Cribados de residentes variables según situación epidemiológica y del centro.</li> <li>Incorporaciones y reincorporaciones, tras 7 d. ausentes.</li> </ul>	Sin casos activos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Final de vida</li> <li>Descompensación cognitiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caso confirmado: 14 d. PCR (-)</li> <li>Contacto estrecho: 14 días PCR (-).</li> <li>Sospecha: Aislamiento hasta confirmación o descarte del caso.</li> </ul>
<b>21/06/2020</b>	PCR negativa (72 h. previas). Aislamiento 7 días.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cribados de residentes y trabajadores según estado centro.</li> <li>Incorporaciones y reincorporaciones, tras 7 d. ausentes.</li> </ul>	Sin casos activos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Cita previa.</li> <li>Registro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caso confirmado: 14 d. PCR (-)</li> <li>Contacto estrecho: 14 días PCR (-).</li> <li>Sospecha: Aislamiento hasta confirmación o descarte del caso.</li> </ul>
<b>31/07/2020</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PCR negativa (72 h. previas).</li> <li>Aislamiento 7 días.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cribados de residentes y trabajadores según estado centro.</li> <li>Incorporaciones y reincorporaciones, tras 7 d. ausentes.</li> </ul>	Sin casos activos visitas : <ul style="list-style-type: none"> <li>Cita previa.</li> <li>Registro.</li> <li>1 persona.</li> <li>1 h.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caso confirmado: 14 d. PCR (-)</li> <li>Contacto estrecho: 14 días PCR (-).</li> <li>Sospecha: Aislamiento hasta confirmación o descarte del caso.</li> </ul>

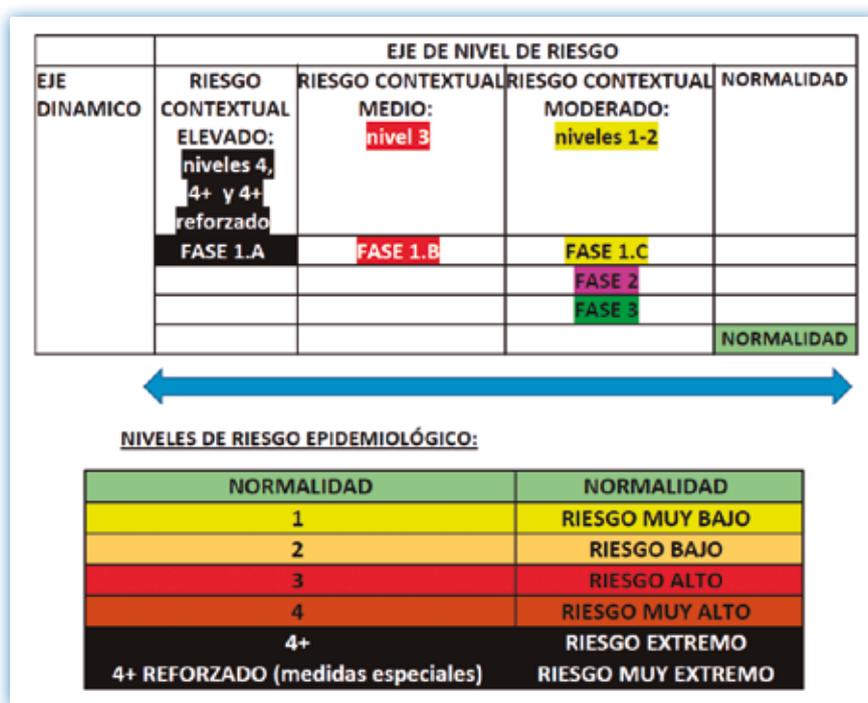
## PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO FECHA	INGRESOS	CRIBADOS	VISITAS Y SALIDAS	AISLAMIENTOS
<b>20/08/2020</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCR negativa (72 h. previas).</li> <li>• Aislamiento 7 días.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cribados de residentes y trabajadores según estado centro.</li> <li>• Incorporaciones y reincorporaciones, tras 7 d. ausentes.</li> </ul>	Sin casos activos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas con cita previa y registro</li> <li>• Salidas limitadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso confirmado: 14 d. PCR (-)</li> <li>• Contacto estrecho: 14 días PCR (-).</li> <li>• Sospecha: Aislamiento hasta confirmación o descarte del caso.</li> </ul>
<b>10/09/2020</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCR negativa (72 h. previas).</li> <li>• Aislamiento 7 días.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cribados de residentes y trabajadores según estado centro.</li> <li>• Incorporaciones y reincorporaciones, tras 7 d. ausentes.</li> </ul>	Sin casos activos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas concertadas, 1 persona, no más 1 h.</li> <li>• Salidas limitadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso confirmado: 14 d. PCR (-)</li> <li>• Contacto estrecho: 14 días PCR (-).</li> <li>• Sospecha: Aislamiento hasta confirmación o descarte del caso.</li> </ul>
<b>06/11/2020</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCR negativa (72 h. previas)</li> <li>• Aislamiento 10 días.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cribados trabajadores 28 d.</li> <li>• Cribados de residentes variables según situación epidemiológica y del centro</li> <li>• Incorporaciones y reincorporaciones, tras 7 d. ausentes (PDIA).</li> </ul>	Sin casos activos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 visita por residente.</li> <li>• Limitar salidas</li> <li>• Registro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso confirmado: 14 d. PCR (-).</li> <li>• Contacto estrecho: 14 días PCR (-).</li> <li>• Sospecha: Aislamiento hasta confirmación o descarte del caso.</li> </ul>
<b>10/12/2020</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCR negativa (72 h. previas).</li> <li>• Aislamiento 14 días.</li> <li>• Alta hospitalaria serología IgG (+) no precisa aislamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cribados de residentes y trabajadores según estado centro.</li> <li>• Incorporaciones y reincorporaciones, tras 7 d. ausentes.</li> </ul>	Sin casos activos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 visita por residente.</li> <li>• Limitar salidas.</li> <li>• Registro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso confirmado: 14 d. IgG (+).</li> <li>• Contacto estrecho: 14 días PCR (-).</li> <li>• Sospecha: Aislamiento hasta confirmación o descarte del caso.</li> </ul>

### 3.2 AÑO 2021.

Recomendaciones post-vacunación en centros residenciales de personas mayores y discapacidad. 09 marzo 2021.

Se realiza una segmentación de propuestas de aquellos elementos transversales más importantes en el manejo del riesgo epidemiológico en las residencias atendiendo a la nueva situación vacunal y a las experiencias adquiridas en los últimos meses: CRIBADOS, AISLAMIENTOS, VISITAS, SALIDAS, INGRESOS, REINGRESOS, con los diferentes criterios previstos en función de una segmentación por el CONTEXTO DEL CONCEJO, SITUACION VACUNAL, ROL EN LA RESIDENCIAS y LUGAR DE PROCEDENCIA. A dicha segmentación se añade un proceso dinámico de modificación de actuaciones, que tendrán en cuenta la información que, sobre las actuaciones precedentes, a través de una monitorización adecuada, se vayan obteniendo para un mejor ajuste de las mismas en un proceso gradual de consolidación de actuaciones y vuelta a la normalidad, salvo un nuevo repunte de casos o se modificarán los condicionantes detectados. La propuesta es una segmentación articulada (CONTEXTO) de actuación centrada en el proceso dinámico de fases diferenciada (FASES) con esos dos ejes y propuesta de actuaciones en cada una de ellas en las diferentes dimensiones a articular:



Para cada fase se establecerían medidas específicas de las dimensiones a analizar para las diferentes propuestas: Dimensiones de actuaciones, cribados, aislamientos, visitas, salidas, aparición de casos positivos, uso de zonas comunes, personas trabajadoras, uso de mascarillas.

Las fases, a priori, serían fases de desescalada dinámica de actuaciones en función de los ejes planteados, con una duración mínima de 7 días. Poco antes de finalizar las mismas, se valorarán los resultados obtenidos y el riesgo contextual y se decidirá si se progresa a la siguiente fase con un análisis municipal.

A continuación se detallan las medidas a aplicar en la fase I, principalmente, y una aproximación a las correspondientes de las fases 2 y 3 que deben ser analizadas, valoradas y ajustadas atendiendo a las propuestas para la fase I, atendiendo lo detectado en el monitoreo durante la fase I. el avance de fases se llevará a cabo siempre fase a fase, no pudiendo saltar de fase I a fase 3. se podrá retroceder de fase si el estado del centro residencial y/o municipio así lo aconseje, pudiendo pasar a fase I tanto desde fase 2 como desde fase 3.



### **Protocolo de actuación frente al covid-19 en el ámbito de los servicios sociales en el Principado de Asturias. 09 abril 2021.**

### **Protocolo de actuación frente al covid-19 en el ámbito de los servicios sociales en el Principado de Asturias. 09 mayo 2021.**

Modificaciones: En el capítulo 3 MEDIDAS RELATIVAS A CENTROS RESIDENCIALES DE PERSONAS MAYORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

En su apartado 3.1.1. se modifica el punto 3.

- ▲ En su apartado 3.1.4 Uso de espacios comunes se incorpora en el punto 2 “y según la sectorización establecida, pudiendo limitarse al sector donde resida la persona usuaria o trabaje el/la profesional afectado”.
- ▲ En el apartado 3.1.7. En el punto 7 se sustituye “En el caso de las personas vacunadas se requerirá una PCR negativa con periodo no superior a las 72 horas del ingreso efectivo en la residencia y se realizará aislamiento salvo constancia de resultado positivo de un análisis de IgG específico de proteína S.” por la siguiente redacción “En el caso de las personas vacunadas se requerirá una PCR negativa con periodo no superior a las 72 horas del ingreso efectivo en la residencia debiendo ser de resultado negativo”.
- ▲ En el apartado 3.1.9., en el punto 5 se añade “Se exceptúan personas no vacunadas en residencias para discapacidad a quienes se les permitirán las salidas de fin de semana a sus domicilios a fin de favorecer su integración sociofamiliar. En estos casos no es necesario realizar PCR ni aislamiento preventivo al retorno.”
- ▲ Se modifica el apartado 3.1.10. Aislamientos de personas residentes.

### **Protocolo de estudio de brotes de COVID-19 en centros residenciales. Junio 2021.**

Se establecen las pautas para la realización de un estudio de brotes con los siguientes objetivos:

- ▲ Detectar e investigar de forma precoz los brotes de COVID-19 en las residencias de mayores a nivel autonómico y nacional, para la implementación de medidas de control oportunas.
- ▲ Conocer la incidencia, distribución, características y evolución temporal a nivel nacional y de comunidad autónoma de estos brotes entre residentes y trabajadores de residencias de mayores vacunados.
- ▲ Monitorizar la gravedad de las infecciones en los residentes y trabajadores vacunados, según marca de vacuna y variante de SARS-CoV-2 (VOC y VOI).
- ▲ Informar las evaluaciones rápidas de riesgos nacionales y del ECDC.
- ▲ Contribuir a la mejora de las medidas de prevención y control de los brotes de COVID-19 en residencias.

### **Protocolo de actuación frente al covid-19 en el ámbito de los servicios sociales en el Principado de Asturias. 11 junio 2021.**

Modificaciones: el apartado 1.1.2. Información en su punto segundo eliminando la necesidad de contar con declaración responsable.

- ▲ Se añade un último punto en el 1.1.3. Profesionales en relación a profesionales no vacunados: Se extremarán las medidas de prevención por parte de profesionales no vacunados y, si la organización del centro lo permite, se evitará en la medida de lo posible la atención directa a personas no vacunadas.

- ▲ En el apartado 1.1.4. Uso de espacios comunes: Se sustituye el tercer punto del por el siguiente punto: "Se permitirá el uso de espacios comunes por residentes de diferentes sectores siempre y cuando se garantice el cumplimiento del resto de medidas preventivas. En la medida de lo posible, se delimitarán zonas de uso exclusivo para los residentes cada sector dentro de cada uno de los espacios". En el penúltimo punto se elimina la prohibición: "No está permitido el uso de la cafetería por parte de personas ajenas al centro".
- ▲ En apartado 1.1.8. Visitas a centros residenciales se modifica la redacción explicitando: "El régimen de visitas de las personas residentes que no están en aislamiento, se mantendrá en general con normalidad, si bien podrá adaptarse ante la aparición de un caso en función de la valoración por la coordinación de residencias del área sanitaria de la situación epidemiológica y la estructura de cada centro".
- ▲ En el apartado 1.1.8.6 Salidas al entorno comunitario: Para facilitar la comprensión, se añade un texto idéntico al anterior en relación a la adaptación del régimen de salidas. Se añade el punto "Excursiones. A partir del 1 de julio, se podrán organizar excursiones al entorno comunitario. Estas excursiones tendrán como destino ambientes de bajo riesgo y de poca afluencia de población y, preferiblemente, al aire libre (actividades culturales, entornos naturales, etc.). Durante las mismas se garantizarán todas las medidas de prevención. Se diseñarán los grupos en atención a los sectores o grupos de convivencia, especialmente en los desplazamientos en transporte compartido. Se llevará un registro de las excursiones y agrupamientos." En el antepenúltimo punto se elimina: pudiendo detallar a su regreso la actividad realizada con el objeto de identificar posibles contactos en el caso de que apareciera sintomatología compatible con el COVID-19 en días posteriores.
- ▲ En el apartado 1.1.9 Aislamientos de personas residentes se modifica la redacción "En el contexto, epidemiológico actual con un riesgo externo más bajo, el aislamiento en nuevos ingresos de personas vacunadas no será necesario siempre y cuando se cuente con PCR negativa con periodo no superior a las 72 horas del ingreso efectivo en la residencia
- ▲ En el apartado 1.1.10. Realización de cribados: Cribados periódicos: Actualmente no se recomienda la realización de cribados periódicos entre los trabajadores vacunados. Cribados de reincorporación tras ausencia de la residencia de al menos 7 días: se considera necesaria la realización de PDIA (preferentemente PCR) tras periodos vacacionales o de ausencia igual o superior superiores a 7 días, tanto para profesionales vacunados como no vacunados. Siempre que sea posible se esperará a la incorporación efectiva al trabajo hasta disponer del resultado de PDIA negativo.
- ▲ En el apartado 3.1.3. Profesionales se añade el punto: Se extremarán las medidas de prevención por parte de profesionales no vacunados y, si la organización del centro lo permite, se evitará en la medida de lo posible la atención directa a personas no vacunadas. En el apartado 3.1.4. Higiene, limpieza y ventilación se modifica el segundo punto.

### **Protocolo de actuación frente al COVID-19 en el ámbito de los servicios sociales en el Principado de Asturias. 15 junio 2021.**

Modificación: Cribados de incorporación o reincorporación tras ausencia de la residencia de al menos 7 días: Se considera necesaria la realización de cribado, en caso de nueva incorporación, así como tras periodos vacacionales o de ausencia igual o superior a 7 días, tanto para profesionales vacunados como no vacunados. Siempre que sea posible se esperará a la incorporación efectiva al trabajo hasta disponer del resultado de PCR negativa.

### **Manejo en Atención Primaria de COVID-19. 10 julio 2021**

En el manejo de cuarentena y solicitud de PCR a los Contactos Estrechos de casos COVID positivos, se procederá como establece el documento de Estrategia de Detección precoz, Vigilancia y Control de COVID-19 del Ministerio de Sanidad, adaptando dicho procedimiento al momento epidemiológico actual, conforme al siguiente procedimiento:

- 1. Contactos Estrechos no vacunados:** cuarentena 10 días, vigilancia de síntomas (si aparecen síntomas pasa a ser caso sospechoso y deberá contactar con su Equipo de Atención Primaria) y alta tras PCR de fin de cuarentena.
- 2. Contactos Estrechos vacunados y/o correctamente inmunizados:** no precisan cuarentena, se recomendará extremar medidas de protección y restricción de vida social, vigilancia de síntomas (si aparecen síntomas pasa a ser caso sospechoso y deberá contactar con su Equipo de Atención Primaria) y se solicitará PCR inicial (si el margen temporal tras contactar con el sistema lo permite) y PCR de séptimo día.

#### **Protocolo de actuación frente al COVID-19 en el ámbito de los servicios sociales en el Principado de Asturias. 23 julio 2021.**

Modificaciones: 2.1.4. Uso de espacios comunes se modifica la redacción del punto 6 con la siguiente redacción: "No será obligatorio, aunque si recomendable, el uso de mascarilla en aquellos centros que acrediten una cobertura vacunal del 80% de profesionales y residentes en pauta completa. Se mantendrá una distancia interpersonal de al menos 1.5 metros, de no ser posible se recomienda mantener el uso de la mascarilla". 2.1.4. Higiene, limpieza y ventilación se modifica la redacción de los puntos 7 y 8 con la siguiente redacción: "7. Para alcanzar una correcta renovación del aire en los espacios interiores se llevará a cabo ventilación natural, cruzada y permanente, favoreciendo la circulación de aire exterior mediante la apertura de puertas y/o ventanas en lados opuestos. Esta medida es especialmente importante en espacios compartidos y de mayor concentración de personas." "8. Cada centro deberá disponer de medidores de CO2 al menos para la realización periódica de mediciones en los espacios con más riesgo. Se considera que la calidad de la ventilación es adecuada cuando los niveles de CO2 están por debajo de 700-800ppm"

- ▲ Incorporación, reincorporación y rotación de profesionales se modifica el punto 1: "1. Se recomendará activamente la vacunación al personal de nuevo ingreso, En el caso de que el nuevo trabajador/a no tenga la pauta de vacunación completa se programará lo antes posible y extremarán las medidas de precaución hasta que la persona esté inmunizada."
- ▲ 2.1.7. Ingresos en el centro se modifica el punto 2 con la siguiente redacción: "2. No se permitirá el ingreso de personas con síntomas compatibles de COVID-19, que estén en periodo de cuarentena por ser contacto estrecho de un caso confirmado positivo o en periodo de aislamiento por ser un caso confirmado positivo de COVID-19 hasta la resolución de su situación epidemiológica."
- ▲ 2.1.8. Visitas en centros residenciales, se modifican el punto 5 apartado d y f) con la siguiente redacción: "d. Las personas visitantes deberán utilizar mascarilla quirúrgica evitando las mascarillas higiénicas o de tela. "f) En ningún caso se facilitará la entrada al centro residencial si la persona visitante presenta síntomas o está en aislamiento debido a un diagnóstico por COVID-19, así como si se encuentra en período de cuarentena por haber tenido contacto con alguna persona diagnosticado de COVID-19. Tampoco se permitirá el acceso de una persona contacto estrecho vacunada dado que aunque esté exenta de cuarentena, se recomienda evitar el contacto con personas vulnerables"
- ▲ 2.1.9. Salidas al entorno comunitario se modifica el punto 5: "5. De manera general no se podrán limitar las salidas orientadas a a. asistencia a consultas sanitarias. b. trámites administrativos/judiciales/bancarios ineludibles. c. situaciones excepcionales previa autorización de la dirección del centro."
- ▲ 2.1.10. Aislamientos de personas residentes se modifica el punto 1 apartado b) con la siguiente redacción: b) Caso contacto estrecho de positivo: Se mantendrá el aislamiento durante 14 días y será necesaria PCR negativa para la finalización del mismo. En el caso de ser una persona residente con pauta de vacunación completa, el aislamiento será de 7 días, siendo necesaria PCR negativa para la finalización del mismo.
- ▲ Realización de cribados se modifica el punto 2 con la siguiente redacción: "1. PCR previa incorporación o reincorporación tras ausencia de la residencia de al menos 7 días: Se considera necesaria la realización de cribado, en caso de nueva incorporación, así como tras periodos vacacionales o de ausencia igual o superior a 7 días, tanto para profesionales vacunados como no vacunados. Siempre que sea posible se esperará a la incorpo-

ración efectiva al trabajo hasta disponer del resultado de PCR negativo. En caso de no disponer de resultado de PCR previa a la incorporación o reincorporación, se puede valorar la realización de Test de Antígenos en el propio centro residencial como medida de protección adicional transitoria hasta disponer del resultado de PCR.”

- ▲ 2.1.12. Actuación ante un posible caso sospechoso y caso confirmado de COVID-19 se modifica el punto 1: 1. Ante la aparición de un caso sospechoso en una persona residente o trabajadora se procederá al aislamiento del caso hasta la obtención de resultado de la Prueba Diagnóstica de Infección Activa (PDIA). Se añade el punto 5: 5. Las personas profesionales que sean consideradas contacto estrecho de un caso positivo externo al centro estarán exentas de cuarentena si están vacunadas y utilizan EPIs adecuados siguiendo lo establecido por el SPRL. Se evitará la atención directa a personas no vacunadas por parte de estos profesionales.

### **Protocolo de actuación frente al COVID-19 en el ámbito de los servicios sociales en el Principado de Asturias. 13 agosto 2021.**

Modificaciones: Dentro del apartado 2.1.2. Información se añade un nuevo punto 5 “5. Se debe promover de forma activa la vacunación, identificar las causas que reducen el acceso o la aceptación de la misma y desarrollar estrategias para incrementar al máximo las coberturas, siempre con la participación de los centros

- ▲ “Dentro del apartado 2.1.4. Higiene, limpieza y ventilación se modifica el punto 5 con la siguiente redacción: “Se realizará una limpieza, desinfección y ventilación adecuada de las estancias. Se intensificarán y revisarán las medidas de ventilación en el centro, especialmente en las zonas comunes y comedores”.
- ▲ En el apartado 2.1.8. Visitas, dentro del punto 5 se modifica el apartado d con la siguiente redacción “Se debe garantizar que las personas visitantes mantengan las medidas de higiene y prevención, tales como uso de mascarilla, higiene de manos y distancia de seguridad”. Y el apartado j, con la siguiente redacción “Se intensificarán las medidas de limpieza, desinfección y ventilación de los espacios donde tenga lugar la visita. Además, se implementarán programas intensificados de limpieza de las zonas donde puedan transitar mayor número de personas así como de las superficies de contacto frecuente; barandillas y pasamanos, botones, pomos de puertas, mesas, etc.”
- ▲ Se modifica el punto 2.1.1.1. Realización de cribados y pruebas diagnósticas a profesionales con la siguiente redacción: 2.1.1.1. Realización de cribados y pruebas diagnósticas a profesionales 1. Cribados periódicos: En trabajadores sociosanitarios con vacunación se realizará un cribado con pruebas de detección de infección activa (PDIA) en el momento actual y se valorará su repetición cada 15 o 30 días según la evolución de la situación epidemiológica. En el caso de trabajadores sociosanitarios sin vacunación y habida cuenta del riesgo que supone esta situación para terceros se realizará un cribado con PDIA al menos dos veces por semana.

### **Protocolo de actuación frente al COVID-19 en el ámbito de los servicios sociales en el Principado de Asturias. 13 septiembre 2021.**

Modificaciones: Se modifica el apartado 2.1.8. Visitas en centros residenciales.

### **Protocolo de actuación frente al COVID-19 en el ámbito de los servicios sociales en el Principado de Asturias. 08 octubre 2021.**

### **Protocolo de actuación frente al COVID-19 en el ámbito de los servicios sociales en el Principado de Asturias. 17 diciembre 2021.**

#### **Protocolo de actuación frente al COVID-19 en el ámbito de los servicios sociales en el Principado de Asturias. 28 diciembre 2021.**

El documento de Recomendaciones de actuación frente a la COVID-19 en el ámbito de los Servicios Sociales del Principado de Asturias (28/12/2021) sustituye al publicado el día 17 de diciembre de 2021, para actualizarlo en base a las consideraciones de:-La actualización del 22 de diciembre de 2021 de la "Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19" del Ministerio de Sanidad, aprobada por la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta y por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial. -El Real Decreto-ley 30/2021, de 23 de diciembre, por el que se adoptan medidas urgentes de prevención y contención para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 (BOE 23/12/2021)-Acuerdo de 24 de diciembre de 2021, del Consejo de Gobierno: Acuerdo por el que se aprueba la medida urgente de requerimiento de certificado COVID-19, de carácter extraordinario y temporal de prevención, contención y coordinación, necesaria para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19(Suplemento 1 del BOPA 27/12/2021) Acuerdo de 24 de diciembre de 2021, por el que se establecen medidas especiales de carácter extraordinario, urgente y temporal de prevención, contención y coordinación necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, en el territorio del Principado de Asturias(Suplemento 2 del BOPA 27/12/2021).La Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, órgano competente para el desarrollo de políticas específicas para personas mayores y con discapacidad según el Decreto 13/2019, de 24 de julio, del Presidente del Principado de Asturias, de reestructuración de las Consejerías que integran la Administración de la Comunidad Autónoma, recoge así las siguientes recomendaciones desde la continua revisión y adaptación a la situación epidemiológica, la normativa vigente y la información disponible, contando para ello con el asesoramiento y apoyo de la Comisión Técnica de Coordinación Sociosanitaria en su carácter de órgano técnico-consultivo. Las recomendaciones específicas que se detallan a lo largo del documento podrán ser modificadas en base a las indicaciones del Ministerio de Sanidad y de la Consejería de Salud del Principado de Asturias. Esta última marcará las líneas generales de actuación en el Principado y adaptará las actuaciones en función de la evolución epidemiológica de la región.

Dada la relevancia de las recomendaciones recogidas en el presente documento, se espera la suficiente diligencia en la implementación de las mismas por parte de los centros y servicios del Sistema Asturiano de Servicios Sociales, acorde a la disponibilidad de medios humanos, técnicos y materiales y en base a criterios de prevención, protección y proporcionalidad, velando en todo momento por la preservación de los derechos, libertades y dignidad de las personas usuarias. Aquellas cuestiones que superen el rango de recomendación, al ser de obligado cumplimiento, contendrán una referencia al documento oficial que las recoge. El documento ofrece un marco general de actuación, siendo preciso valorar de forma particular aquellas situaciones que, por su excepcionalidad, precisen de un análisis pormenorizado. Las consultas podrán ser elevadas a través de las direcciones/gerencias del centro/s o servicios al Servicio de Inspección y Calidad de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, que contará con el apoyo y asesoramiento de la Comisión Técnica de Coordinación Sociosanitaria.



## PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO FECHA	INGRESOS	CRIBADOS	VISITAS Y SALIDAS	AISLAMIENTOS
09/04/2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCR negativa previa (al menos 72 horas antes)</li> <li>• Aislamiento 14 días.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores periódicos.</li> <li>• Nuevas incorporaciones y reincorporaciones, tras 7 días ausentes.</li> </ul>	Permitidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso confirmado: 14 días + PCR (-).</li> <li>• Contacto estrecho: 14 días + PCR (-).</li> <li>• Sospecha: 14 días + PCR (-).</li> </ul>
09/05/2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCR negativa previa (al menos 72 horas antes)</li> <li>• Aislamiento 14 días.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores periódicos.</li> <li>• Nuevas incorporaciones y reincorporaciones, tras 7 días ausentes.</li> </ul>	Permitidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso confirmado: Según pauta indicada por coordinación sociosanitaria.</li> <li>• Contacto estrecho: 14 días + PCR (-).</li> <li>• Sospecha: Aislamiento hasta confirmación o descarte del caso.</li> </ul>
11/06/2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCR negativa previa (al menos 72 horas antes)</li> <li>• Aislamiento 14 días, <b>sólo No vacunados.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Se eliminan cribados periódicos.</b></li> <li>• Nuevas incorporaciones y reincorporaciones, tras 7 días ausentes (PDIA).</li> </ul>	Permitidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso confirmado: Según pauta indicada por coordinación sociosanitaria.</li> <li>• Contacto estrecho: 14 días + PCR (-).</li> <li>• Sospecha: Aislamiento hasta confirmación o descarte del caso.</li> </ul>
23/07/2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCR negativa previa (al menos 72 horas antes)</li> <li>• Aislamiento 14 días, sólo No vacunados.</li> </ul>	Nuevas incorporaciones y reincorporaciones, tras 7 días ausentes (PDIA).	Permitidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso confirmado: Según pauta indicada por coordinación sociosanitaria.</li> <li>• <b>Contacto estrecho: 14 días + PCR (-) en No vacunados y 7 días + PCR (-) en vacunados</b></li> <li>• Sospecha: Aislamiento hasta confirmación o descarte del caso</li> </ul>
13/21	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCR negativa previa (al menos 72 horas antes)</li> <li>• Aislamiento 14 días, sólo no vacunados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores: Un cribado con PDIA puntual y valorar repetir cada 15 ó 30 días</li> <li>• No vacunados 2 veces por semana.</li> </ul>	Permitidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso confirmado: Según pauta indicada por coordinación sociosanitaria.</li> <li>• Contacto estrecho: 14 días + PCR (-) en No vacunados y 7 días + PCR (-) en vacunados.</li> <li>• Sospecha: Aislamiento hasta confirmación o descarte del caso.</li> </ul>

## PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO FECHA	INGRESOS	CRIBADOS	VISITAS Y SALIDAS	AISLAMIENTOS
<b>13/09/2021</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCR negativa previa (al menos 72 horas antes)</li> <li>• Aislamiento 14 días, sólo no vacunados</li> </ul>	Trabajadores no vacunados 2 veces por semana.	Permitidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso confirmado: Según pauta indicada por coordinación sociosanitaria.</li> <li>• Contacto estrecho: 14 días + PCR (-) en No vacunados y 7 días + PCR (-) en vacunados.</li> <li>• Sospecha: Aislamiento hasta confirmación o descarte del caso.</li> </ul>
<b>08/10/2021</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCR negativa previa (al menos 72 horas antes).</li> <li>• Aislamiento 14 días, solo no vacunados.</li> </ul>	Trabajadores no vacunados 2 veces por semana.	Permitidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso confirmado: Según pauta indicada por coordinación sociosanitaria.</li> <li>• Contacto estrecho: 14 días + PCR (-) en No vacunados y 7 días + PCR (-) en vacunados.</li> <li>• Sospecha: Aislamiento hasta confirmación o descarte del caso.</li> </ul>
<b>17/12/2021</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCR negativa previa (al menos 72 horas antes)</li> <li>• Aislamiento 14 días, sólo no vacunados.</li> </ul>	Trabajadores no vacunados 2 veces por semana.	Permitidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso confirmado: Según pauta indicada por coordinación sociosanitaria.</li> <li>• Contacto estrecho: 14 días + PCR (-) en No vacunados y 7 días + PCR (-) en vacunados.</li> <li>• Sospecha: Aislamiento hasta confirmación o descarte del caso.</li> </ul>
<b>28/12/2021</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCR negativa previa (al menos 72 horas antes)</li> <li>• Aislamiento 14 días, sólo no vacunados.</li> </ul>	Trabajadores no vacunados 2 veces por semana.	Permitidas. <b>Exhibir certificado COVID-19</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso confirmado: Según pauta indicada por coordinación sociosanitaria. Contacto estrecho: 14 días + PCR (-) en No vacunados y 7 días + PCR (-) en vacunados.</li> <li>• Sospecha: Aislamiento hasta confirmación o descarte del caso.</li> </ul>

### 3.3 AÑO 2022.

#### **Recomendaciones, actuación ante la COVID-19 en el ámbito de los servicios sociales del Principado de Asturias. Revisión 5 de enero del 2022.**

Actualización en base a las consideraciones de:

“La adaptación de la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19 en periodo de alta transmisión comunitaria (30/12/2021)”, de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial.

La Consejería de Derechos Sociales y Bienestar recoge las siguientes recomendaciones, desde la continua revisión y adaptación a la situación epidemiológica, la normativa vigente y la información disponible, contando para ello con el asesoramiento y apoyo de la Comisión Técnica de Coordinación Sociosanitaria en su carácter de órgano técnico-consultivo.

Situación epidemiológica del Principado de Asturias.

Asturias se encuentra en niveles de riesgo muy alto para los indicadores de transmisión y en situación de riesgo alto en los indicadores de presión asistencial.

En relación a los distintos grupos de edad, los mayores de 70 años siguen manteniendo la menor incidencia de todos los grupos de edad.

La situación de expansión con la variante Ómicron plantea una preocupación evidente.

#### **Implicaciones principales del Real Decreto Ley 30/2021, de 23 de diciembre.**

Modificaciones del Artículo 6. Uso obligatorio de mascarillas de la Ley 2/ 2021 que afectan directamente a los centros y servicios del Sistema Asturiano de Servicios Sociales:

**1.** Las personas de 6 años en adelante, quedan obligadas al uso de mascarillas en los siguientes supuestos:

- ▲ En cualquier espacio cerrado de uso público o que se encuentre abierto al público.
- ▲ En cualquier espacio al aire libre de uso público. O que se encuentra abierto al público.

**2.** La obligación contenida en el apartado anterior no será exigible en los siguientes supuestos:

- ▲ Personas que presenten algún tipo de enfermedad o dificultad respiratoria que pueda verse agravada por el uso de la mascarilla o que, por su situación de discapacidad o dependencia, no dispongan de autonomía para quitarse la mascarilla, o bien, presenten alteraciones de conducta que hagan inviable su utilización.
- ▲ En aquellos lugares o espacios cerrados de uso público que formen parte del lugar de residencia de los colectivos que allí se reúnen, siempre y cuando dichos colectivos y los trabajadores que allí ejerzan sus funciones, tengan coberturas de vacunación contra el SARS- CoV-2 superiores al 80% con pauta completa y de la dosis de recuerdo.

Esta última excepción no será de aplicación a los visitantes externos, ni a los trabajadores de los centros asistenciales de personas mayores o con diversidad funcional, ya que en este caso sí es obligatorio el uso de mascarilla.

#### Implicación principal del Acuerdo del Consejo de Gobierno del 24 de diciembre

La implicación con mayor impacto para el Sistema Asturiano de Servicios Sociales es el Requerimiento de certificado COVID-19 para visitas a centros sociosanitarios

- ▲ Dicha acreditación no será exigible en ningún caso a menores de 12 años, y solo podrá ser solicitada en el momento de acceso al establecimiento o recinto.

Asimismo, en el citado acuerdo se detallan una serie de medidas esenciales de carácter extraordinario, urgente y temporal en relación con el incremento de Variante Preocupación Ómicron.

- ▲ Las medidas más relevantes para el ámbito de los Servicios Sociales, tanto para profesionales como para personas usuarias y sus familiares o allegados, son:

1. Intensificación de la comunicación sobre las medidas de protección generales.
2. Recomendación general. De no participar ni celebrar actividades o eventos, fundamentalmente en interiores.
3. En relación a las reuniones en el ámbito familiar y social privado, Se recomienda limitar los participantes a un número máximo de 10 y dos grupos de convivencia estable.

Asimismo, se recomienda limitar la actividad social los días previos a la celebración de eventos familiares, y no asistir a ninguna reunión familiar o social a aquellas personas que tengan cualquier síntoma catarral o gripal, estén esperando resultados de una prueba diagnóstica de COVID-19 y/o no estén vacunados.

4. Se recomienda asimismo limitar a un número máximo de 10 personas y los grupos de convivencia estable a todos los encuentros que se puedan desarrollar fuera del ámbito familiar y social privado.

Medidas de actuación en centros asistenciales para personas mayores y con discapacidad.

1. Actualización por parte del centro del plan de contingencia, que deberá ser público y estará a disposición del servicio de inspección y calidad.

- ▲ Recogerá explícitamente como el centro prevé la realización de aislamiento en habitación individual con baño propio o habitación doble en caso de personas convivientes, ante la presencia de un caso sospechoso, así como la organización que permita la aplicación de medidas de sectorización en caso de brote.
- ▲ En centros con más de 20 plazas. Se considera conveniente contar con una disponibilidad de aislamiento aproximada de un 3% de la ocupación del centro.
  - ▶ Se recomienda organizar la atención mediante grupos estables, y llevar un registro de la asignación de profesionales /residentes.
  - ▶ Se procurará la mayor normalización posible de actividades.

#### 2. Información

- ▲ Se informará a residentes y familias en relación a la realización de visitas y paseos del riesgo de transmisión si se ha mantenido alguna actividad de riesgo, así como la obligatoriedad establecida en el acuerdo del Consejo de Gobierno del 24 de diciembre del 2021 de exhibir el certificado COVID-19 para la realización de las visitas en centros sociosanitarios.
- ▲ Se promoverá de forma activa la vacunación.

### 3. Profesionales

- ▲ Todas las personas trabajadoras encargadas de la atención sanitaria y no sanitaria deben seguir las medidas de protección encaminadas a controlar y reducir la transmisión de coronavirus: higiene de manos, uso de mascarillas obligatorio ante toda la jornada laboral (debiendo cambiarse esta cuando esté sucia, deteriorada o haya finalizado su tiempo estimado de uso).
- ▲ Se extremarán medidas de prevención por parte de profesionales no vacunados.

### 4. Medidas generales

- ▲ Restricción del uso de espacios comunes únicamente en el caso de que el centro se encuentre activo epidemiológicamente. Esta limitación, conforme a la sectorización establecida, se aplicará al sector donde resida la persona usuaria o trabaje el/la profesional afectado.

### 5. Higiene, limpieza y ventilación.

- ▲ Se recomienda la ventilación natural, a ser posible de una forma continua, cruzada y distribuida de forma permanente en los espacios interiores de los establecimientos de uso público. Si esta no es posible, se recomienda la ventilación forzada mecánica. Se establecerán pautas de apertura de puertas y/o ventanas al objeto de lograr una adecuada renovación del aire con especial atención a los momentos de máxima ocupación, así como ajustar los sistemas de ventilación mecánica (máxima renovación posible, minimizando la recirculación del aire).

En los espacios interiores donde el uso de mascarilla no se puede garantizar, se debe disponer de sistemas de medición e información de la concentración de CO<sub>2</sub> en lugar visible para los usuarios y profesionales, garantizando que la concentración de CO<sub>2</sub> no supere en ningún momento los 800 ppm.

- ▲ Se recomienda realizar limpieza exhaustiva en el centro, con especial atención a las zonas donde pueden transitar mayor número de personas, así como disponer en los espacios comunes de productos de higiene de manos y respiratoria.

### 6. Incorporación, reincorporación, rotación de profesionales.

- ▲ Se recomienda activamente la vacunación al personal de nuevo ingreso.
- ▲ En la medida de lo posible, se recomienda evitar la rotación de profesionales entre distintos centros, sean propios o externos.

### 7. Ingresos en el centro.

- ▲ Los nuevos ingresos / traslados quedarán supeditados a la situación epidemiológica de los centros.
- ▲ Se recomienda que los nuevos ingresos ordinarios presenten un PCR negativa, con periodo no superior a las 72 horas anteriores al ingreso efectivo en la residencia.
- ▲ Las personas vacunadas, no requerirán aislamiento preventivo, tal es el ingreso.
- ▲ En caso de personas no vacunadas, se recomienda aislamiento preventivo en el centro de una duración mínima de información, desde la fecha de realización de la PCR, precisando PCR con resultado negativo para finalizar el aislamiento.
- ▲ Se recomienda la realización de una prueba diagnóstica de infección activa (PDIA) previa por reincorporación tras ausencia de residencia de al menos 7 días, tanto para residentes vacunados como no vacunados, así como mantener una vigilancia estrecha ante la aparición de posibles síntomas.
- ▲ Como norma general, no se permitirá el ingreso de personas con síntomas compatibles de COVID-19 que estén en periodo de cuarentena por ser contacto estrecho de un caso confirmado positivo, o en periodo de aislamiento por ser un caso confirmado positivo, hasta la resolución de su situación epidemiológica.
- ▲ Se recomienda que los ingresos por situación de urgencia social documentada cuenten con una PCR negativa en las 72 horas anteriores al ingreso efectivo. Si existiera impedimento, se notificará al Servicio de Inspección y Calidad.

- ▲ Si el centro se encuentra activo epidemiológicamente y surge una situación de ingreso por urgencia social, se puede derivar el caso, temporalmente, a otro centro no activo epidemiológicamente a elección de la persona usuaria, hasta que la situación epidemiológica del centro mejore.

#### 8. Visitas en centros residenciales.

- ▲ En el momento actual, se tendrán especialmente en cuenta las medidas esenciales de carácter extraordinario, urgente y temporal en relación con el incremento de la variante preocupación (VOC) Ómicron.
- ▲ Será obligatorio exhibir el certificado COVID-19 previo a la realización de visitas en los centros residenciales.
- ▲ Se mantiene la recomendación complementaria de que las personas no vacunadas se abstengan de realizar visitas en centros sociosanitarios. Asimismo, se recomienda a las personas visitantes que en caso de presentar síntomas compatibles con la COVID-19 o encontrarse a la espera del resultado de PGR, no acudan al centro.
- ▲ Cumplida la media de acceso mediante exhibición del certificado COVID digital, en ningún caso se ubicarán visitas en situación de: Descompensación neuro cognitiva, grave deterioro de la situación psicoafectiva /emocional, fin de vida.
- ▲ Se recomienda llevar un registro de las personas que han realizado y recibido visitas.

#### 9. Salidas al entorno comunitario.

- ▲ En el momento actual, se tendrán especialmente en cuenta las medidas esenciales de carácter extraordinario, urgente y temporal en relación con el incremento de la variante preocupación (VOC) Ómicron.
- ▲ Se recomienda disponer de un registro de salidas. Por su duración, las salidas se diferencian entre salidas con pernocta y salidas sin pernocta, en las segundas se aplicará la recomendación para la incorporación al centro tras un periodo de ausencia igual o superior a 7 días.

#### 10. Aislamientos de personas residentes.

- ▲ Los centros residenciales de personas mayores y con discapacidad deberán disponer de la posibilidad de realizar un aislamiento Si se produce:
  - a) Caso sospechoso. Aislamiento hasta la confirmación o descarte del caso.
  - b) Caso contacto estrecho de positivo. Aislamiento durante 10 días. PCR negativa para la finalización del mismo. En el caso de ser una persona residente con pauta de vacunación completa, el aislamiento será de 7 días, siendo necesaria la PCR negativa para la finalización del mismo.
  - c) Caso positivo. el ambiente se mantendrá siguiendo las pautas indicadas por el personal sanitario.
- ▲ El aislamiento deberá realizarse una habitación individual, con buena ventilación e idealmente con baño propio. Podrá ser doble en el caso de que los ingresos sean convivientes.

#### 11. Recomendaciones de realización de cribados y pruebas diagnósticas a profesionales.

- ▲ Cribados periódicos. Cribado con PDIA, al menos 2 veces por semana, en el caso de trabajadores sanitarios sin vacunación.
- ▲ PCR previa incorporación o reincorporación tras ausencia de la residencia de al menos 7 días, tanto para profesionales vacunados como no vacunados. En el caso de no disponer del resultado de la PCR previa, se puede valorar la situación de un Test de Antígenos en el centro residencial, hasta disponer del resultado de la misma.
- ▲ Después de la aparición de un caso positivo, sea en persona trabajadora o residente. Se procederá a establecer cribados postcaso dependiendo de la capacidad de sectorización y de riesgo general, que será valorado por la persona coordinadora de referencia del Área sanitaria en colaboración con el responsable asistente.

**12.** Actuación ante un posible caso sospechoso y caso confirmado de COVID-19.

- ▲ Ante la aparición de un caso sospechoso en una persona, residente o trabajadora, se procederá al aislamiento del vaso hasta la obtención de resultados de la PDIA.
- ▲ Si el resultado es positivo, se procederá al aislamiento del caso, realización de PDIA Y manejo de los contactos estrechos según lo establecido en la Estrategia de Detección Precoz, Vigilancia y Control de COVID-19, así como la sectorización en unidades de convivencia estables que faciliten el desarrollo de las prestaciones residenciales, y la trazabilidad de posibles casos.
- ▲ Cualquier caso sospechoso y/o confirmado, se comunicará a la persona coordinadora sociosanitaria del área, quién definirá la estrategia de población a cribar, la periodicidad de los cribados, así como la calificación del riesgo generado.
- ▲ Las personas profesionales consideradas contacto estrecho de un caso positivo externo al centro, estarán exentos de cuarentena si están vacunados y utilizan EPIS adecuados, siguiendo lo establecido por el SPRL. Se evitará la atención directa a personas no vacunadas por parte de estos profesionales.

**Recomendaciones de actuación ante la COVID-19 en el ámbito de los Servicios Sociales del Principado de Asturias. Revisión del 26 de enero del 2022.**

El presente documento de Recomendaciones de actuación frente a la COVID, 19 en el ámbito de los servicios sociales del Principado de Asturias, 25 /01/2022, sustituye al publicado el día 5 de enero de 2022, para actualizarlo en base a la evolución de la situación epidemiológica en la región.

Se mantienen las actualizaciones relativas a los siguientes documentos:

- ▲ "Adaptación de la Estrategia de Detección precoz, vigilancia y control de COVID-19 en periodo de alta transmisión comunitaria (30/12/2021)" De la Comisión de Salud Pública del Consejo interterritorial.
- ▲ Actualización del 22 de diciembre de 2021, de la "Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19" del Ministerio de Sanidad.
- ▲ Real Decreto Ley 30/2021 de 23 de diciembre por el que se adoptan medidas urgentes de prevención y contención para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19(BOE 23/12/2021).
- ▲ Acuerdos de 24 de diciembre de 2021, del Consejo de Gobierno.

Medidas actuación en centros residenciales para personas mayores y con discapacidad.

**13.** Recomendaciones de realización de cribados y pruebas diagnósticas a profesionales.

- ▲ Cribados periódicos. Cribado con PDIA, al menos 2 veces por semana, en el caso de trabajadores sanitarios sin vacunación.
- ▲ PDIA previa incorporación al centro. Se considera necesaria la realización de prueba para profesionales vacunados y no vacunados en caso de nueva incorporación al centro. En caso de que haya continuidad de contratos no será necesaria su realización sí entre ambos no transcurren más de 15 días. En el caso de no disponer del resultado de la PCR previa, se puede valorar la situación de un Test de Antígenos en el centro residencial, hasta disponer del resultado de la misma.
- ▲ Reincorporación del personal tras ser caso positivo. Se establece un período de 7 días para el aislamiento de casos confirmados o sintomáticos o con síntomas leves. Si en el momento de finalizar dicho período la persona está asintomática.

Se realizará test de antígenos el día 7, antes de su reincorporación al trabajo, y solo se podrá realizar la misma si este es negativo y la enfermedad es leve o asintomática, y hayan transcurrido al menos 3 días tras la resolución de síntomas. En caso de que la enfermedad hubiera sido grave o existiera inmunosupresión, se mantiene el periodo mínimo de aislamiento de 21 días.

- ▲ Después de la aparición de un caso positivo, sea en persona trabajadora o residente. Se procederá a establecer cribados postcaso dependiendo de la capacidad de sectorización y de riesgo general, que será valorado por la persona coordinadora de referencia del Área sanitaria en colaboración con el responsable asistencial.

#### **Recomendaciones de actuación ante la COVID-19 en el ámbito de los servicios sociales del Principado de Asturias, Asturias. Revisión del 14 de febrero de 2022.**

El presente documento de Recomendaciones de actuación frente a la COVID, 19 en el ámbito de los servicios sociales del Principado de Asturias, 14 /02/2022, sustituye al publicado el día 31 de enero de 2022, para actualizarlo Conforme a los últimos cambios normativos.

Se mantienen las actualizaciones relativas a los siguientes documentos:

- ▲ “Adaptación de la Estrategia de Detección precoz, vigilancia y control de COVID-19 en periodo de alta transmisión comunitaria (30/12/2021)” De la Comisión de Salud Pública del Consejo interterritorial.
- ▲ Actualización del 22 de diciembre de 2021, de la “Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19” del Ministerio de Sanidad.
- ▲ Real Decreto Ley 30/2021 de 23 de diciembre por el que se adoptan medidas urgentes de prevención y contención para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19(BOE 23/12/2021).
- ▲ Acuerdos de 24 de diciembre de 2021, del Consejo de Gobierno.
- ▲ Acuerdo de 28 de enero del 2022 del Consejo de Gobierno, por el que se efectúa la tercera modificación del Acuerdo de 8 de octubre del 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen medidas especiales de carácter extraordinario, urgente y temporal de prevención, contención y coordinación, necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria Ocasionada por el COVID-19 en el territorio del Principado de Asturias. (Suplemento I del BOPA 28 del I del 22).

Se introducen las modificaciones derivadas de la aprobación del Real Decreto 115/ 2022 De 8 de febrero, por el que se modifica la obligatoriedad del uso de mascarillas durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, el cual modula el uso de mascarilla en el exterior y elimina la obligatoriedad de uso en dichos espacios.

Evolución de la situación epidemiológica en el Principado de Asturias.

De acuerdo con el informe de la Dirección General de Salud Pública, de 25 de enero de 2022, la situación epidemiológica en el Principado de Asturias presenta la siguiente evolución:

- ▲ Asturias comienza a presentar un cambio de tendencia en los últimos días, con una estabilización de la misma, a excepción del grupo de menores de 12 años, cuya evolución es al alza.
- ▲ En relación al impacto de esta onda epidémica en el sistema sanitario, se ha detectado un incremento, ya esperado tras el incremento de la incidencia.
- ▲ Asturias presenta un nivel de alerta alto,3 de 4.

Implicaciones principales del Real Decreto 115/ 2022 de 8 de febrero.

El Real Decreto 115/2022, de 8 de febrero, por el que se modifica la obligatoriedad del uso de mascarillas durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, modula el uso de mascarilla en el exterior y elimina la obligatoriedad de uso en dichos espacios.

Las modificaciones que este Real Decreto introduce, y que afectan directamente a los centros y servicios o Sistema Asturiano de Servicios Sociales son.

- ▲ Las personas de 6 años en adelante quedan obligadas al uso de mascarillas en los siguientes supuestos:
  - a) En cualquier espacio cerrado de uso público que se encuentre abierto al público.
  - b) En los medios de transporte aéreo, en autobús o por ferrocarril, incluyendo los andenes y estaciones de viajeros, así como en transportes públicos y privados en vehículos de hasta 9 plazas, si los ocupantes de los vehículos de turismo no conviven en el mismo domicilio.
- ▲ La obligación contenida en el apartado anterior; no será exigible en los siguientes supuestos:
  - a) Personas que presenten algún tipo de enfermedad o dificultad respiratoria que pueda verse agravada por el uso de la mascarilla o que, por su situación de discapacidad o dependencia, no dispongan de autonomía para quitarse la mascarilla, o bien, presenten alteraciones de conducta que hagan Inviabile su utilización
  - b) En aquellos lugares o espacios cerrados de uso público que formen parte del lugar de residencia de los colectivos que allí se reúnen, siempre y cuando dichos colectivos y los trabajadores que allí ejerzan sus funciones, tengan coberturas de vacunación contra el SARS- CoV-2 superiores al 80% con pauta completa y de la dosis de recuerdo.  
Esta última excepción no será de aplicación a los visitantes externos, ni a los trabajadores de los centros asistenciales de personas mayores o con diversidad funcional, ya que en este caso sí es o
  - c) En el caso de que, por la propia naturaleza, las actividades, el uso de la mascarilla resulta incompatible con arreglo a las indicaciones nosotros, autoridades sanitarias.

Implicación principal del acuerdo del Consejo de Gobierno el 24 de diciembre.

Queda sin efecto la medida de requerimiento de certificado COVID-19 en el territorio Principado de Asturias, al finalizar el mes de su aplicación.

Medidas de actuación en centros residenciales para personas mayores y con discapacidad.



## PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO FECHA	INGRESOS	CRIBADOS	VISITAS Y SALIDAS	AISLAMIENTOS
<b>05/01/2022</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCR negativa previa (al menos 72 horas antes). Vacunados → No aislamiento</li> <li>• No vacunados → 10 días aislamiento + Pcr negativa para finalización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores no vacunados periódicos (PDIA/2 veces por semana)</li> <li>• Nuevas incorporaciones y reincorporaciones, tras 7 días ausentes.</li> <li>• Cribados postcaso positivo (sea trabajador o residente).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitidas</li> <li>• Obligatorio exhibir certificado COVID-19 previo a la realización de visitas a mayores de 12 años.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso confirmado: Según pauta indicada por coordinación sociosanitaria.</li> <li>• Contacto estrecho:</li> <li>• No vacunados → Aislamiento 10 días + Pcr negativa.</li> <li>• Vacunados → Aislamiento 7 días + Pcr negativa.</li> <li>• Sospecha: Aislamiento hasta confirmación o descarte.</li> </ul>
<b>26/01/2022</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCR negativa previa (al menos 72 horas antes)</li> <li>• Vacunados → No aislamiento</li> <li>• No vacunados → 10 días aislamiento + Pcr negativa para finalización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores no vacunados periódicos (PDIA/2 veces por semana)</li> <li>• Nuevas incorporaciones y reincorporaciones PDIA si entre contratos transcurren más de 15 días. Cribados postcaso positivo (sea trabajador o residente) + en trabajadores → para incorporación test antígenos negativo 7º día + 3 días asintomáticos./ Inmunodeprimidos 21 días.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitidas</li> <li>• Obligatorio exhibir certificado COVID-19 previo a la realización de visitas a mayores de 12 años.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso confirmado: Según pauta indicada por coordinación sociosanitaria.</li> <li>• Contacto estrecho:</li> <li>• No vacunados → Aislamiento 10 días + PCR negativa..</li> <li>• Vacunados → Aislamiento 7 días + PCR negativa.</li> <li>• Sospecha: Aislamiento hasta confirmación o descarte.</li> </ul>
<b>14/02/2022</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCR negativa previa (al menos 72 horas antes)</li> <li>• Vacunados → No aislamiento</li> <li>• No vacunados → 10 días aislamiento + Pcr negativa para finalización.</li> <li>• Al alta hospitalaria tras caso positivo, aislamiento según indicación del personal facultativo o criterio general si no existe la misma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores no vacunados periódicos (PDIA/2 veces por semana)</li> <li>• Nuevas incorporaciones y reincorporaciones PDIA si entre contratos transcurren más de 15 días.</li> <li>• Cribados postcaso positivo (sea trabajador o residente) + en trabajadores → para incorporación test antígenos negativo 7º día + 3 días asintomáticos./ Inmunodeprimidos 21 días.</li> </ul>	Permitidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso confirmado: Según pauta indicada por coordinación sociosanitaria.</li> <li>• Contacto estrecho: No vacunados → Aislamiento 10 días + PCR negativa.. Vacunados → Aislamiento 7 días + PCR negativa.</li> <li>• Sospecha: Aislamiento hasta confirmación o descarte.</li> </ul>

## PROCEDIMIENTOS

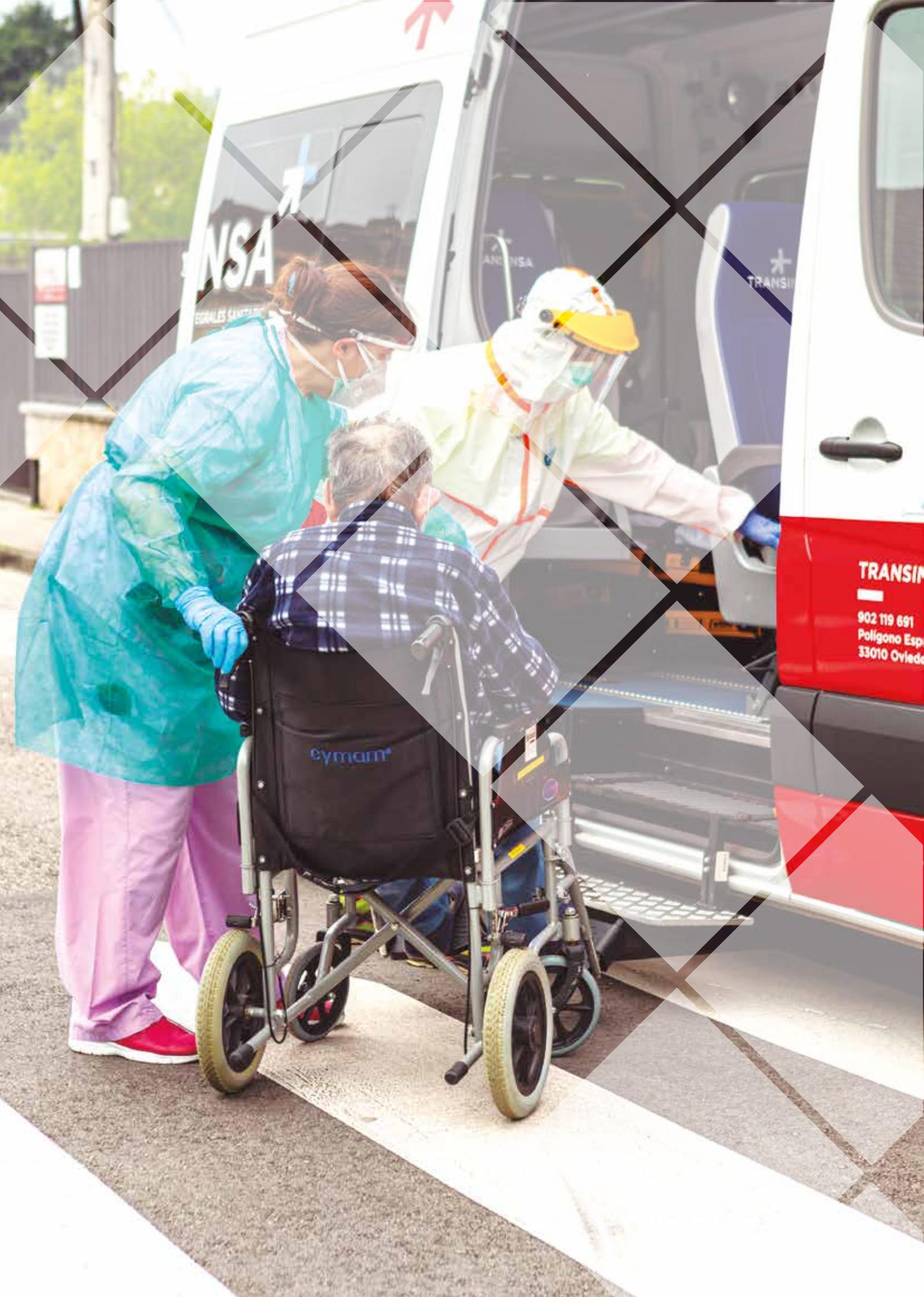
PROCEDIMIENTO FECHA	INGRESOS	CRIBADOS	VISITAS Y SALIDAS	AISLAMIENTOS
<b>16/03/2022</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCR negativa previa (al menos 72 horas antes)</li> <li>• No aislamiento preventivo.</li> <li>• Al alta hospitalaria tras caso positivo, aislamiento según indicación del personal facultativo o criterio general si no existe la misma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores no vacunados periódicos(PDIA/2 veces por semana)</li> <li>• Nuevas incorporaciones y reincorporaciones PDIA si entre contratos transcurren más de 15 días.</li> <li>• Cribados postcaso positivo(sea trabajador o residente)+ en trabajadores →para incorporación test antígenos negativo 7º día+ 3 días asintomáticos./ Inmunodeprimidos 21 días</li> </ul>	Permitidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso confirmado: 7 días aislamiento con test antígenos negativo+3 días asintomático.</li> <li>• Contacto estrecho: Aislamiento 7 días + PDIA negativa.</li> <li>• Sospecha: Aislamiento hasta confirmación o descarte.</li> </ul>
<b>22/04/2022</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCR negativa previa (al menos 72 horas antes)</li> <li>• No aislamiento preventivo.</li> <li>• Al alta hospitalaria tras caso positivo, aislamiento según indicación del personal facultativo o criterio general si no existe la misma.</li> <li>• Alta hospitalaria sin PCR, realización de test de antígenos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores no vacunados periódicos(PDIA/2 veces por semana)</li> <li>• Nuevas incorporaciones y reincorporaciones PDIA si entre contratos transcurren más de 15 días.</li> <li>• Cribados postcaso positivo(sea trabajador o residente)+ en trabajadores →para incorporación test antígenos negativo 5º día/repetir cada 24h hasta negativizar si contacto directo residentes+ 1 día asintomático</li> </ul>	Permitidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso confirmado: 7 días aislamiento con test antígenos negativo+24 horas asintomático.</li> <li>• Contacto estrecho: No aislamiento-reducir interacciones + mascarilla. Test antígenos 3-5 día+ 10 días vigilancia síntomas. Sospecha: Aislamiento hasta confirmación o descarte.</li> <li>• Caso confirmado reinfección: 90 días tras infección activa previa/30 días infección activa previa y PDIA con carga viral alta.</li> </ul>

## PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO FECHA	INGRESOS	CRIBADOS	VISITAS Y SALIDAS	AISLAMIENTOS
<b>18/05/2022</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCR negativa previa (al menos 72 horas antes)</li> <li>• No aislamiento preventivo, excepto ingresos excepcionales de personas con síntomas o aislamientos por ser caso positivo.</li> <li>• Al alta hospitalaria tras caso positivo, aislamiento según indicación del personal facultativo o criterio general si no existe la misma.</li> <li>• Alta hospitalaria sin PCR, realización de test de antígenos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores no vacunados periódicos (PDIA/2 veces por semana)</li> <li>• Nuevas incorporaciones y reincorporaciones PDIA si entre contratos transcurren más de 15 días.</li> <li>• Cribados postcaso positivo (sea trabajador o residente)+ en trabajadores: para incorporación test antígenos negativo 5º día/repetir/ 24h hasta (-) si c. directo</li> <li>• Residentes+ 1 día asintomáticos</li> </ul>	Permitidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso confirmado: 7 días aislamiento +24 horas asintomático. No PDIA al alta.</li> <li>• Contacto estrecho: No aislamiento-reducir interacciones + mascarilla. Test antígenos 3-5 día+ 10 días vigilancia síntomas.</li> <li>• Sospecha: Aislamiento hasta confirmación o descarte.</li> <li>• Caso confirmado reinfección: 90 días tras infección activa previa/30 días infección activa previa y PDIA con carga viral al</li> </ul>

## PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO FECHA	INGRESOS	CRIBADOS	VISITAS Y SALIDAS	AISLAMIENTOS
1/08/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>No precisan PDIA.</li> <li>No aislamiento preventivo, excepto ingresos excepcionales de personas con síntomas o aislamientos por ser caso positivo.</li> <li>Al alta hospitalaria tras caso positivo, aislamiento según indicación del personal facultativo o criterio general si no existe la misma.</li> <li>Alta hospitalaria CON SÍNTOMAS sin PCR, realización de PDIA.</li> </ul>	No se realizarán cribados.	Permitidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caso confirmado:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Residente→5 días aislamiento +24 horas asintomático. No PDIA al alta.</li> <li>Trabajador→5 días no acudirá al centro+24h asintomático + test antígenos al personal con contacto directo residentes. Al 7º día incorporación si asintomático sin PDIA.</li> </ul> </li> <li>Contacto estrecho:               <ul style="list-style-type: none"> <li>No aislamiento-reducir interacciones +mascarilla.</li> <li>Test antígenos 3-5 día+ 10 días vigilancia síntomas.</li> </ul> </li> <li>Sospecha: Aislamiento hasta confirmación (búsqueda de contactos estrechos—personal sociosanitario que no haya utilizado las medidas de protección adecuadas) o descarte.</li> <li>Caso confirmado reinfección:               <ul style="list-style-type: none"> <li>90 días tras infección activa previa/30 días infección activa previa y PDIA con carga viral alta</li> </ul> </li> </ul>



ANSA

ESGRALES SANITARIAS

ANSA

TRANSIN

TRANSIN  
902 119 691  
Poligono Esp  
33010 Oviedo

eyman



## 4. Evolución epidemiológica

Desde el inicio de la pandemia, quedó patente la especial vulnerabilidad de las personas mayores frente al COVID-19 en el contexto de los centros residenciales. Vulnerabilidad sobrevenida en relación a la edad, pluripatología o afecciones médicas subyacentes así como, condicionantes sociales, de convivencia y ubicación en entornos que predisponen especialmente a riesgo de enfermedad grave y mortalidad. Y es que las residencias de ancianos tienen un riesgo añadido en propagación de la propia infección, pues las personas residentes conviven en alto número en lugares cerrados. Añadido de igual modo, el riesgo en relación al personal, con entradas y salidas a diario y que los convierte en eficaces mecanismos de transmisión entre los distintos centros.

En este escenario epidémico y social sobrevenido y novedoso para todos, el objetivo fundamental desde el punto de vista sanitario fue proteger la vida de las personas residentes y evitar en la medida de lo posible que el virus entrara en los centros. Es por ello que las directrices respecto a medidas de actuación que se han venido desarrollando en Asturias en relación con la protección y prevención COVID-19 se han ido actualizando como ya hemos mencionado a partir de los documentos elaborados desde el Ministerio de Sanidad a través del "Procedimiento de actuación frente al COVID – 19 en residencias de personas mayores y centros sociosanitarios" (6).

Con el establecimiento del estado de alarma, el 14 marzo del 2020, las directrices de actuación a seguir fueron sin duda restrictivas en la organización de los centros, respecto a la entrada y salida de los residentes, visitas, cierre de actividades comunes, prohibición respecto a los trabajadores de desarrollar su labor en más de un centro, cuarentenas, sectorización... En este periodo, y durante la transición, una vez finalizado el estado de alarma, el 9 de mayo del 2021, estas medidas y la realización de pruebas diagnósticas de detección precoz con el conllevado aislamiento de los casos, sin duda alguna contribuyeron en nuestra comunidad a reducir la incidencia y mortalidad asociada de manera muy significativa.

En Asturias, este sistema de gestión coordinada y operativa como medida no farmacológica, sin duda resultó muy útil y disminuyó los índices epidemiológicos de morbimortalidad, de modo que en estos centros finalmente han enfermado y fallecido menos personas, relativamente y respecto a otros ámbitos.

Como se ha mencionado anteriormente, se ha estimado un defecto de mortalidad en las olas 1 y 2 de la pandemia, de un -30% sobre la mortalidad esperada en Asturias (2,8).

Como dato significativo, en España, las personas mayores cuyo domicilio es un centro residencial son menos del 4% de las personas mayores de 65 años y menos del 1% de la población general. Sin embargo, entre marzo de 2020 y febrero de 2021, esta población vulnerable ha contribuido con el 43% del total de defunciones ocurridas en estos 12 primeros meses de pandemia (30.117 de las 69.909 que suponen el total) (2,3)

A nivel internacional, la mortalidad por COVID-19 en los centros residenciales de personas mayores durante los primeros meses varió entre el 24% y el 82%, lo que puede indicar diferencias en la calidad de los servicios residenciales y en la gestión de la pandemia (2).

Describimos a continuación la magnitud en términos de morbimortalidad acontecidos a lo largo de este periodo de pandemia. Los datos se han obtenido principal y mayoritariamente a través de la siguiente fuente: Observatorio de la Salud en Asturias, Consejería de Salud

En estos términos de morbilidad o mortalidad con coronavirus, la referencia es a casos confirmados con infección activa o resuelta con prueba diagnóstica de laboratorio es decir, técnica de PCR y test de Antígenos o bien los diferentes tipos de análisis serológico. Para los fallecidos, se establece un límite de tres meses con posterioridad al proceso infeccioso para considerar un caso como tal, ya que es en este periodo cuando se producen los eventos estudiados tanto durante la propia enfermedad activa como su convalecencia. Sin embargo, se han excluido aquellos casos en los que consta una causa externa como causa principal de fallecimiento y que no hayan tenido alguna posible afectación que se pudiera considerar complicación del COVID -19.

En los primeros momentos de la pandemia, la aparición de los casos era puntual lo que facilitaba el estudio de los contactos estrechos y la aparente contención en la transmisión del virus. La falta de información y las limitaciones en los procesos diagnósticos en este inicio, pueden haber contribuido a este hecho. A medida que discurren las semanas, el escenario cambia sustancialmente, de modo que la aparición de brotes simultáneos y múltiples denota la transmisión comunitaria.

Es en este momento donde el fenómeno se acelera considerablemente, definiéndose el modelo de intervención, descrito anteriormente, de contención, con la detección precoz, estudio y aislamiento de casos y contactos, cuya finalidad y principal objetivo fue mitigar este inevitable progreso. A mediados del mes de abril, el proceso parece ralentizarse, y las curvas se aplanan considerablemente. Posteriormente, se han sucedido en Asturias varias oleadas u olas pandémicas. La introducción de la vacuna, paulatinamente a partir de la ola 3 supuso en gran medida un descenso en los marcadores epidemiológicos, no tanto en la incidencia en modo comparativo entre diferentes y sucesivas olas, pero si en hospitalización, morbilidad y mortalidad, de modo que tras la administración vacunal, se observa que los casos de infección se suelen resolver de modo más favorable y como una enfermedad leve en la mayoría de los casos.

Con datos actualizados del 15 de diciembre 2022, se han realizado en Asturias desde el inicio de la pandemia un total de 2.814.770 pruebas diagnósticas, el 79.8% PCR, el 14.18% a través de Test de Antígenos y el 6.02% pruebas de anticuerpos. Un total de 930.629 personas tienen pauta completa en Asturias, lo que supone el 91.35% (la población diana, que representa el 94.14%).

En el conjunto de todas las áreas sanitarias, en residencias, el porcentaje de vacunación respecto a la pauta completa con 4ª dosis representa el 92 % y prácticamente el 100% de las personas mayores de 60 años se han vacunado con alguna dosis.

La evidencia actual indica que las diferentes vacunas contra la COVID-19 tienen una efectividad muy alta para reducir las formas moderadas y graves de la enfermedad, así como la letalidad. Sin embargo, las vacunas actuales, aunque reducen la probabilidad de infección, son menos eficaces para evitar de forma completa la replicación del virus en la mucosa de las vías respiratorias superiores de la persona vacunada por lo que es posible la transmisión a partir de personas vacunadas que se hayan infectado incluso si la enfermedad es leve o asintomática. Hay varios factores que han contribuido a la diferente evolución de los indicadores epidemiológicos, no sólo la vacuna por supuesto. Cabe destacar, como tal, la evolución microbiológica del virus a lo largo de este periodo por ejemplo. Las subvariantes predominantes en España, en el momento de redacción de esta memoria, BA.4 y BA.5, se caracterizan por su elevada transmisibilidad, mayor que con variantes anteriores y la capacidad de escape a los anticuerpos neutralizantes inducidos por las infecciones previas (alfa, beta y subvariantes iniciales de Ómicron) es mayor. Estas características de Ómicron, con mayor capacidad contagiante, han propiciado una elevadísima incidencia en estas últimas olas pandémicas, y aunque la mayoría de los casos se desarrollan con sintomatología leve o ausencia de la misma, la presión sobre los centros hospitalarios y de Atención Primaria ha sido notable, aunque con un porcentaje de ocupación hospitalaria y de camas UCI inferior en comparación con lo que se ha producido anteriormente en el resto de la pandemia (9).

Aunque las cotas de vacunación, como hemos comentado son elevadas, la protección frente a enfermedad grave puede verse comprometida en personas especialmente vulnerables, como las personas de edad avanzada, con enfermedades subyacentes o inmunocomprometidas que no hayan desarrollado una inmunidad suficiente. La disminución en la inmunidad natural de la población según nos alejamos del momento vacunal, y la aparición de nuevas variantes, determinará sin duda, la evolución de las olas sucesivas.

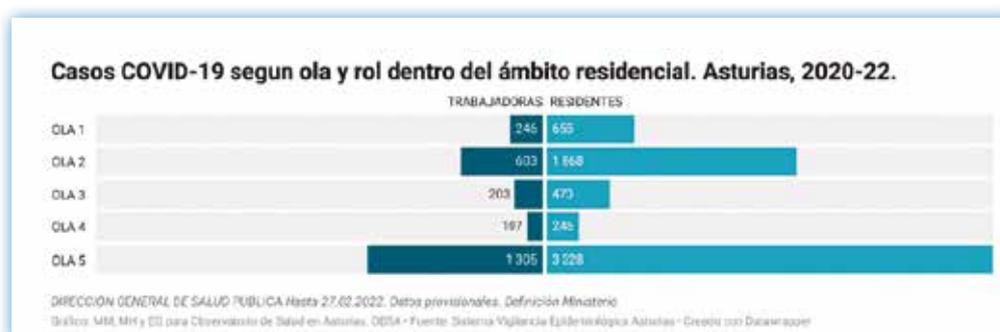
En Asturias, la ola 1, comprende el periodo desde el comienzo de la pandemia, el 29 de febrero de 2020, hasta el 27 de junio y la ola 2 comenzaría el 28 de junio y finalizaría el 31 de diciembre de 2020. La ola 3 comenzaría el 1 de enero de 2021 y se prolonga hasta el 8 de junio del mismo año. La ola 4 comienza el día 9 de junio de 2021 y finaliza el 10 de octubre de 2021. La ola 5 comienza el 11 de octubre de 2021 (equivale a la ola 6 en España) y continúa actualmente, de modo que hemos incluido los datos recogidos en este periodo y hasta el momento de redacción o actualización de este documento, entre Agosto y Diciembre de 2022.

Desde el inicio de la pandemia en el contexto de residencias, y según los criterios establecidos por el Ministerio de Sanidad se han declarado o confirmado un total de 12252 casos en Asturias y la distribución por olas se describe a continuación:

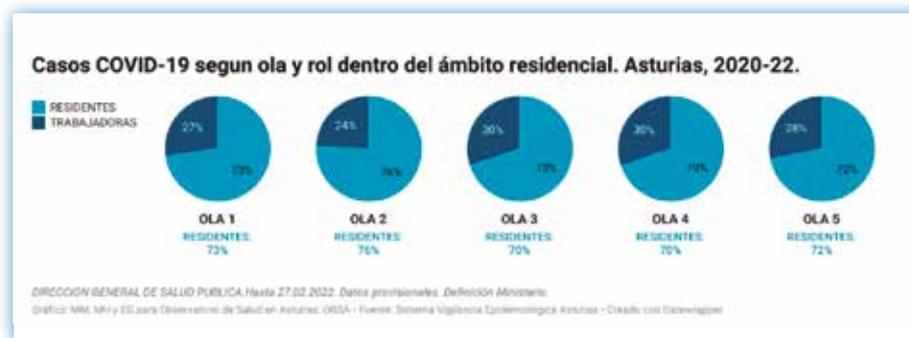
OLA EPIDEMIOLÓGICA	1	2	3	4	5	Total
CASOS	906	2463	681	327	7875	12.252

De los 12.252 casos confirmados, en el global de residencias de las 8 Áreas Sanitarias y a lo largo de todo este periodo, un 72.69% son mujeres, 8.906 y el 27.30% hombres, 3.346 (datos recogidos en Agosto 2022).

Como pudimos apreciar, durante las sucesivas olas pandémicas, el SARS-Cov-2 circuló por las residencias sin dificultad. El impacto en la ola 2 y así lo traducen los marcadores e indicadores epidemiológicos, fue notablemente superior respecto a la ola 1, posiblemente la logística respecto a la detección de casos a través de las diferentes pruebas diagnósticas y la realización protocolizada de cribados de detección precoz, ha influido entre otros factores en este hecho. La evolución microbiológica del virus a lo largo de estos dos años como comentábamos hacia nuevas variantes que ganan en transmisibilidad, añadido a una mayor laxitud en las actuaciones preventivas y descritas en los procedimientos de manera paulatina y desde la finalización del estado de alarma, sin duda son determinantes a tener en cuenta respecto a la ola 5, en donde el número de casos detectados fue sustancialmente mayor, con 7875 casos frente al total de casos en todas las olas 12252, lo que representa un 64,27% del total. Cabe recordar que el fin de las restricciones como tal aconteció en la semana 75 (31 mayo – 6 junio 2021).



▲ Gráfico adaptado de MM, MH y EG para Observatorio de Salud en Asturias. OBSA.



▲ Gráfico adaptado de MM, MH y EG para Observatorio de Salud en Asturias. OBSA.

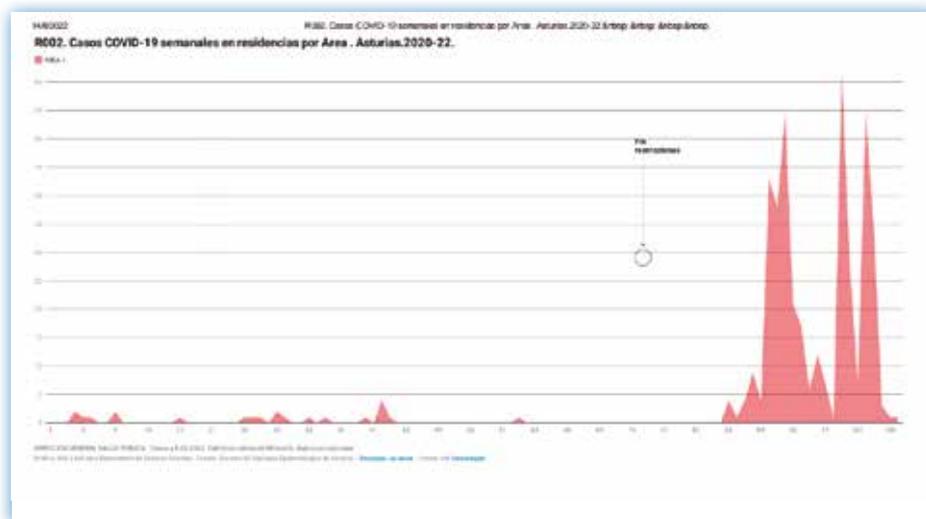
Actualmente las medidas de contención se han visto limitadas en la mayoría de los países en relación al impacto social y económico sufrido, y al “cansancio pandémico”. El control de la transmisión del SARS-CoV-2 se topa con dificultades a tener en cuenta, como la baja aceptabilidad de medidas restrictivas de la movilidad e interacción social y del uso de las mascarillas faciales. La elevada incidencia actual, de la infección sintomática, en general como se ha mencionado de carácter leve, y la paulatina y menguante efectividad vacunal frente a la infección y la enfermedad sintomática, definen actualmente el desarrollo de las actuaciones. Es así que, en el momento actual, varios son los motivos desde el punto de vista microbiológico, para determinar la finalización del aislamiento de los residentes, entre los que se destaca la persistencia de una PCR positiva tras la infección COVID en pacientes que presentan un cultivo del virus negativo. Es por ello, que en la práctica asistencial, se hay optado por considerar los criterios clínicos y no los analíticos en este aspecto y que los periodos de aislamiento de los casos se hayan ido acortando a medida de que evolucionaba la pandemia y se disponía de más información al respecto. La reinfección por SARS-CoV-2 ha sido poco notificada a lo largo de la pandemia, aunque es sabido que aumenta en las personas mayores, sobre todo las que residen en centros sociosanitarios, los pacientes inmunocomprometidos, y los que refieren comorbilidades o riesgo de exposición. Se entiende el concepto de reinfección, como la recidiva de síntomas con una prueba PCR positiva después de 90 días tras un resultado positivo inicial de la prueba. En la actualidad, como mencionamos, se ha consensuado la estrategia clínica basada en síntomas para determinar el final del aislamiento, por lo que en la población general no se confirma la negatividad de la PCR tras la recuperación clínica (10).

Se describe a continuación, la evolución en la incidencia de casos por semanas desde el inicio de la pandemia, periodo comprendido entre Marzo 2020 y el 31 Mayo 2022, por áreas sanitarias.



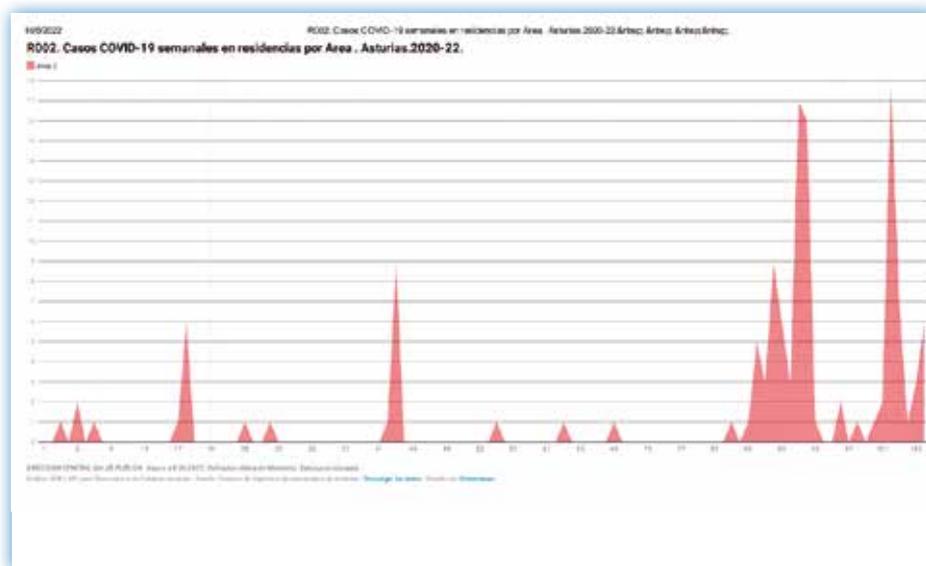
Casos COVID-19 semanales en residencias por Área. Asturias 2020-22.

ÁREA I



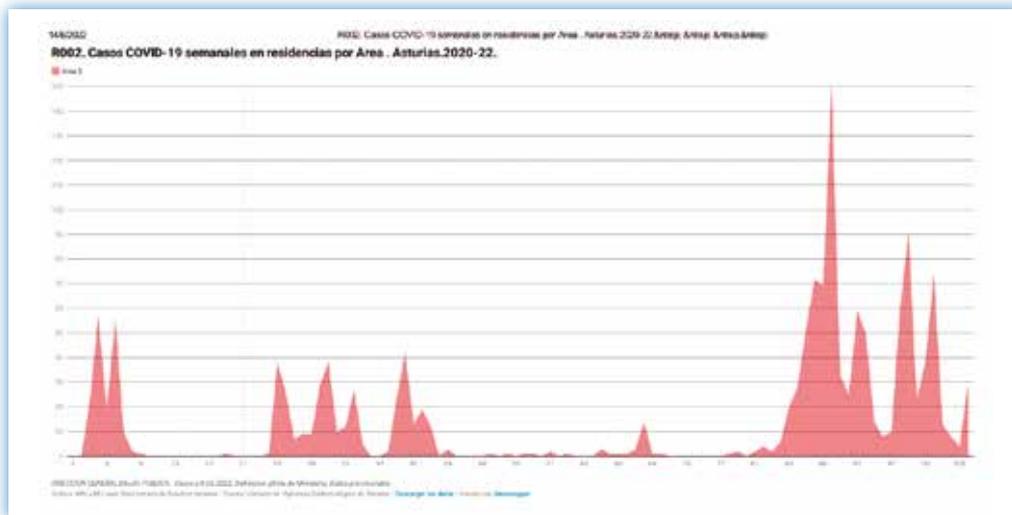
▲ Gráfico adaptado de MM, MH y EG para Observatorio de Salud en Asturias. OBSA.

ÁREA II



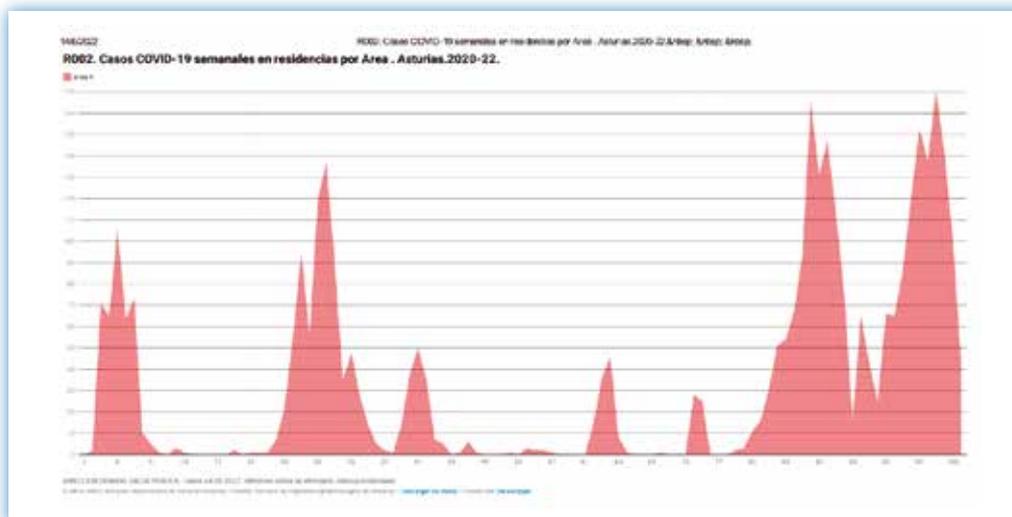
▲ Gráfico adaptado de MM, MH y EG para Observatorio de Salud en Asturias. OBSA.

ÁREA III



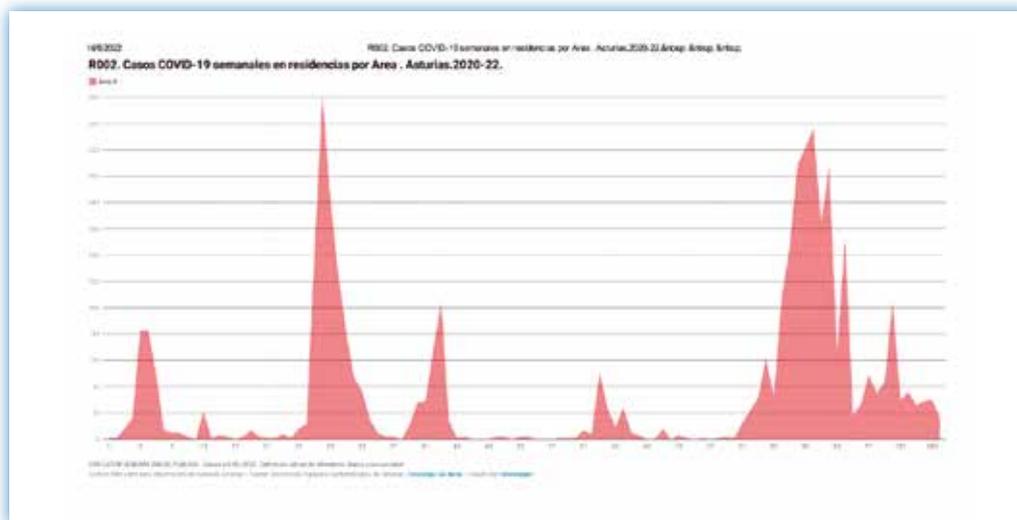
▲ Gráfico adaptado de MM, MH y EG para Observatorio de Salud en Asturias. OBSA.

ÁREA IV



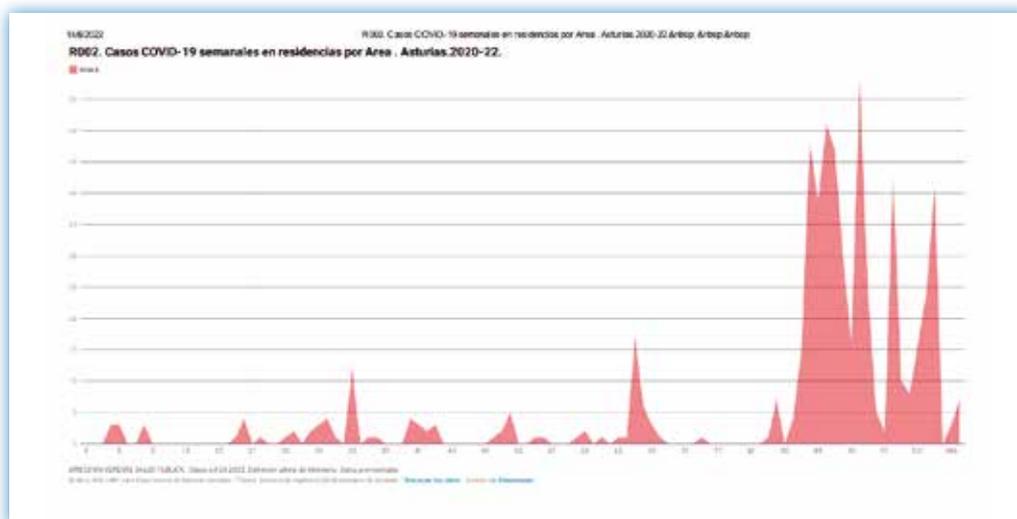
▲ Gráfico adaptado de MM, MH y EG para Observatorio de Salud en Asturias. OBSA.

ÁREA V



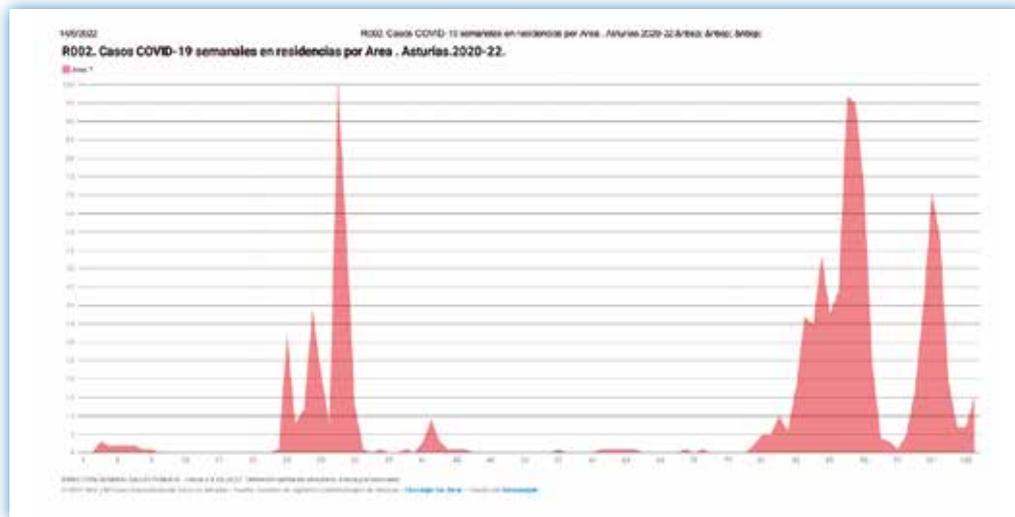
▲ Gráfico adaptado de MM, MH y EG para Observatorio de Salud en Asturias. OBSA.

ÁREA VI



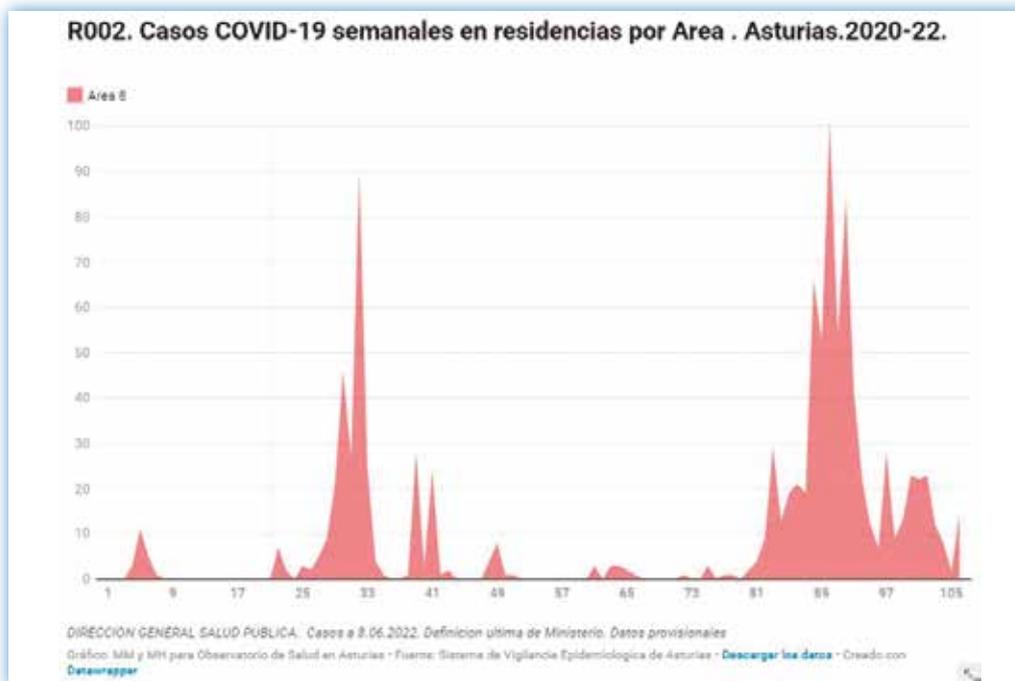
▲ Gráfico adaptado de MM, MH y EG para Observatorio de Salud en Asturias. OBSA.

ÁREA VII



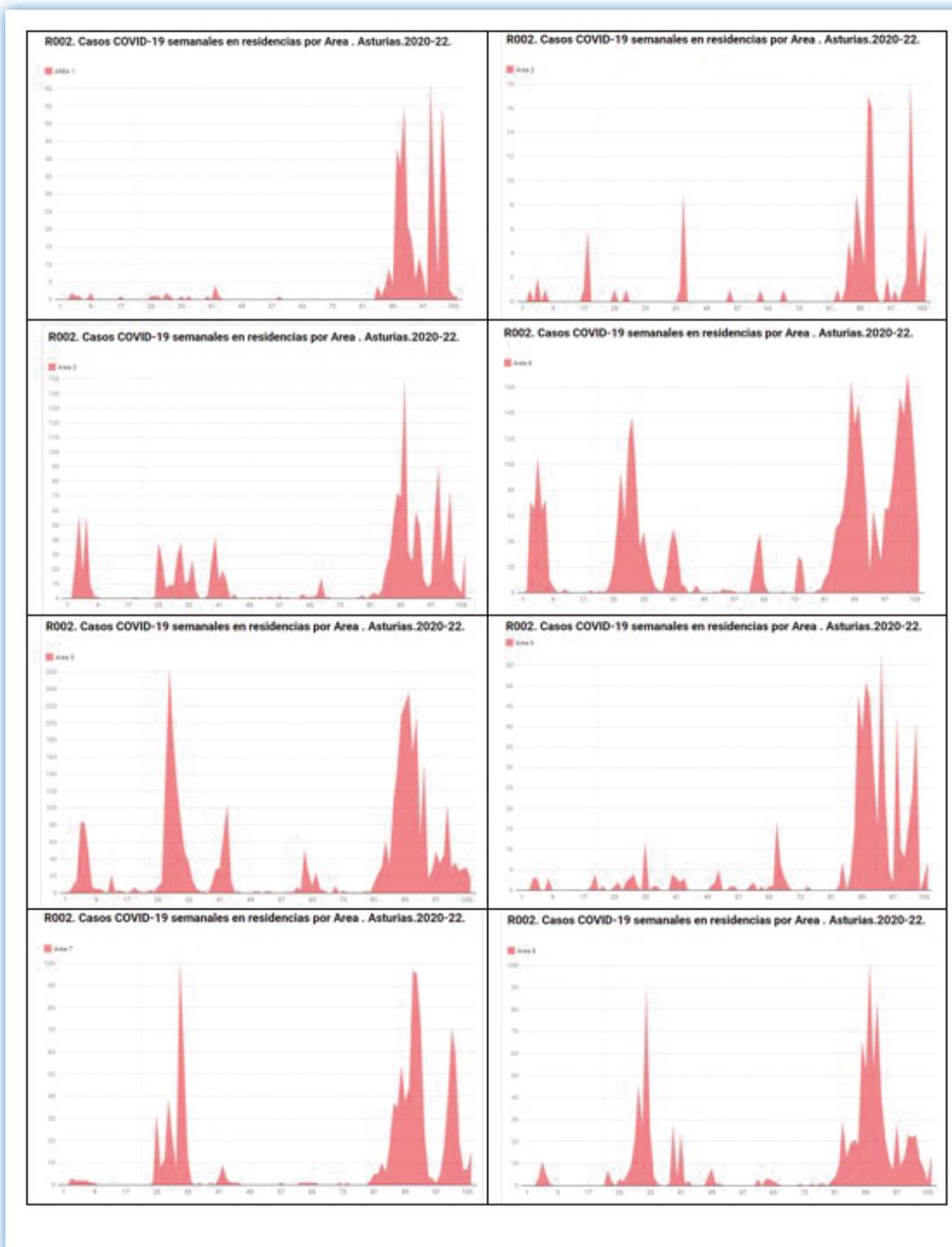
▲ Gráfico adaptado de MM, MH y EG para Observatorio de Salud en Asturias. OBSA.

ÁREA VIII



▲ Gráfico adaptado de MM, MH y EG para Observatorio de Salud en Asturias. OBSA.

Comparativo, casos COVID-19 semanales en residencias por Área.



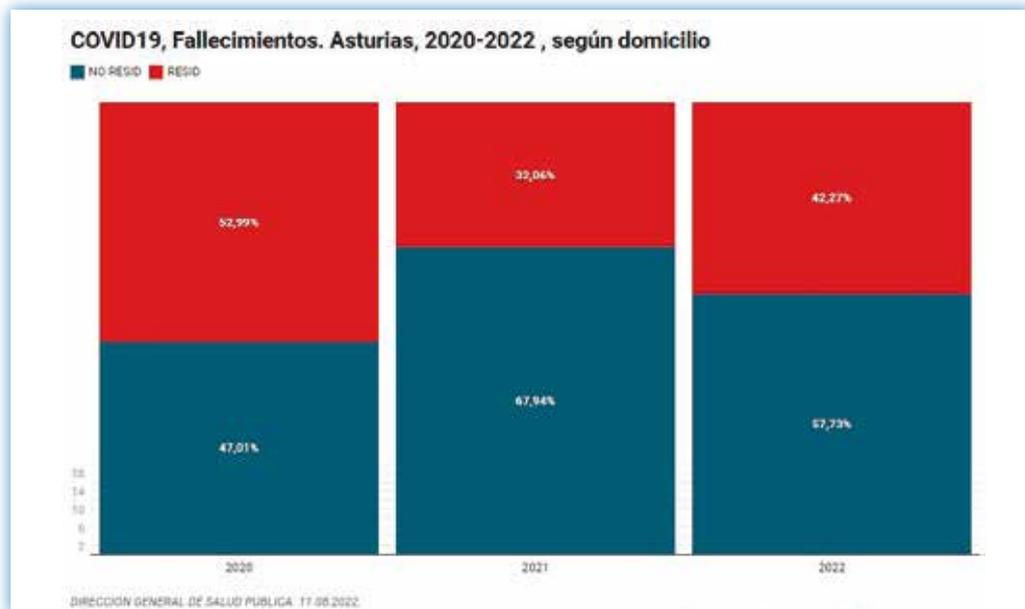
▲ Evolución de casos residencias en Asturias por Área Sanitaria de residencia. 2020-2022.

MORTALIDAD

Desde el inicio de la pandemia y con datos recogidos hasta el 21 agosto de 2022, se han notificado un total de 4504 muertes en Asturias en relación al COVID-19. De ellos el 52,5% son mujeres (2366) y el 47,5% son hombres (2138). Del total, el 42.5% de las personas fallecidas tienen domicilio en residencias, 1913 personas de las cuales 679 son hombres, (35.5%) y 1234 mujeres (64.5%).

Mortalidad por año y según domicilio:

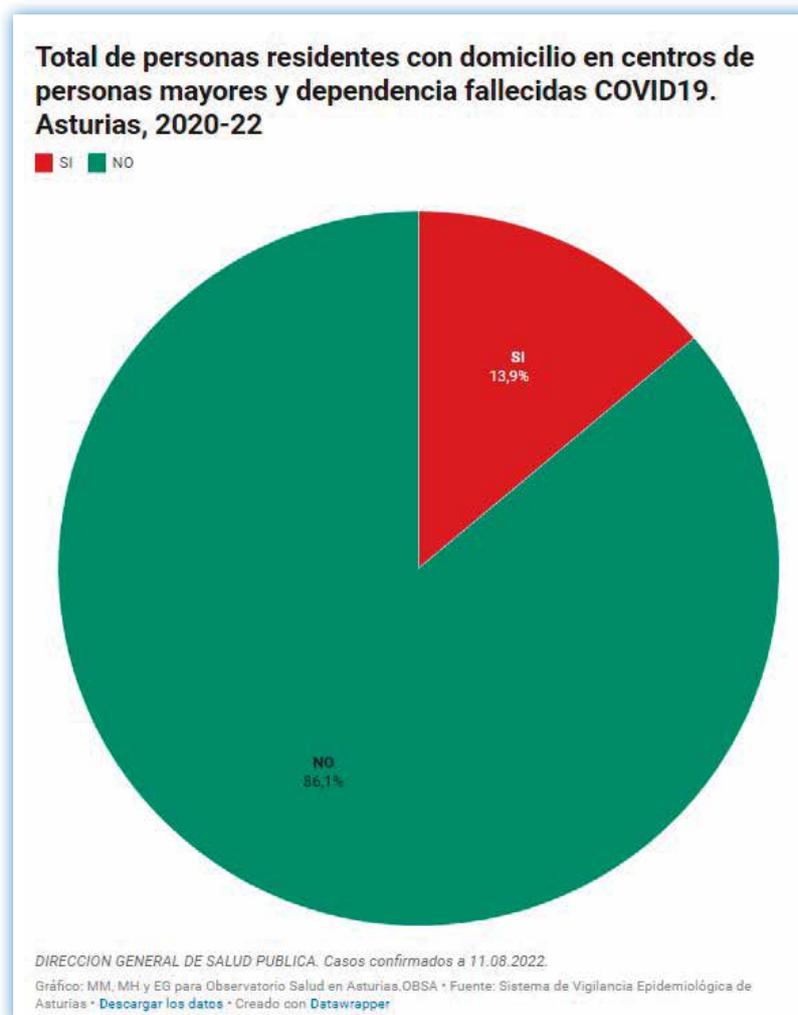
AÑO	RESIDENCIA	NO RESIDENCIA	TOTAL
2020	738	832	1.570
2021	998	471	1.469
2022	814	596	1.410



▲ Gráfico adaptado de MM, MH y EG para Observatorio de Salud en Asturias. OBSA.

Mortalidad por sexo según domicilio a 21 agosto 2022

SEXO	RESIDENCIA	NO RESIDENCIA	TOTAL
HOMBRES	670 (35%)	1.450 (56%)	2.120 (47%)
MUJERES	1.243 (65%)	1.140 (44%)	2.383 (53%)
TOTAL	1.913 (100%)	2.591 (100%)	4.503(100%)



▲ Gráfico adaptado de MM, MH y EG para Observatorio de Salud en Asturias. OBSA.

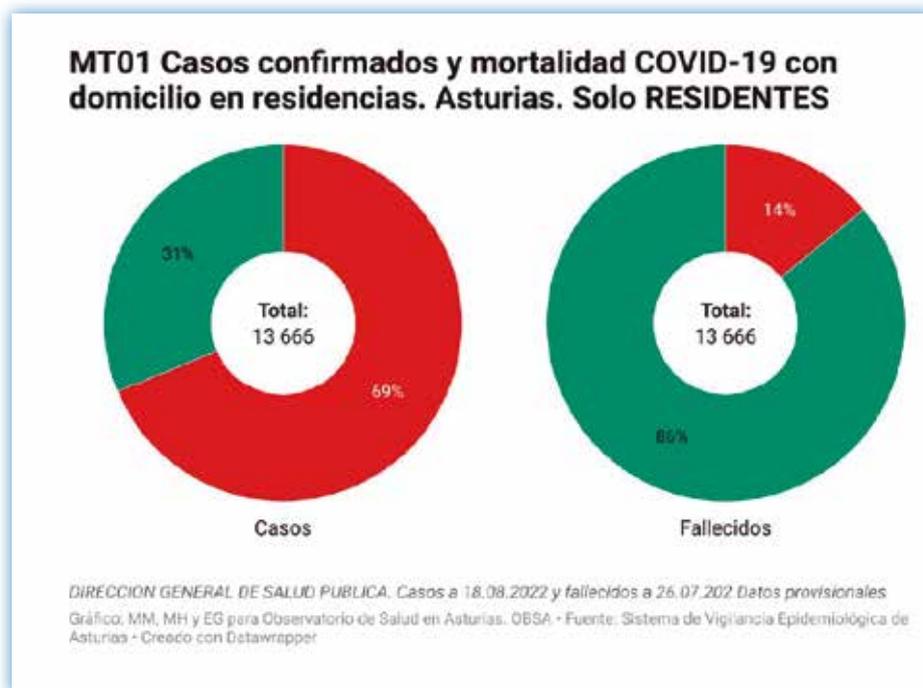
#### 4. Evolución epidemiológica

Hasta el 11 de agosto se han recogido los siguientes datos, en mortalidad, por ola, en el conjunto de las áreas sanitarias.

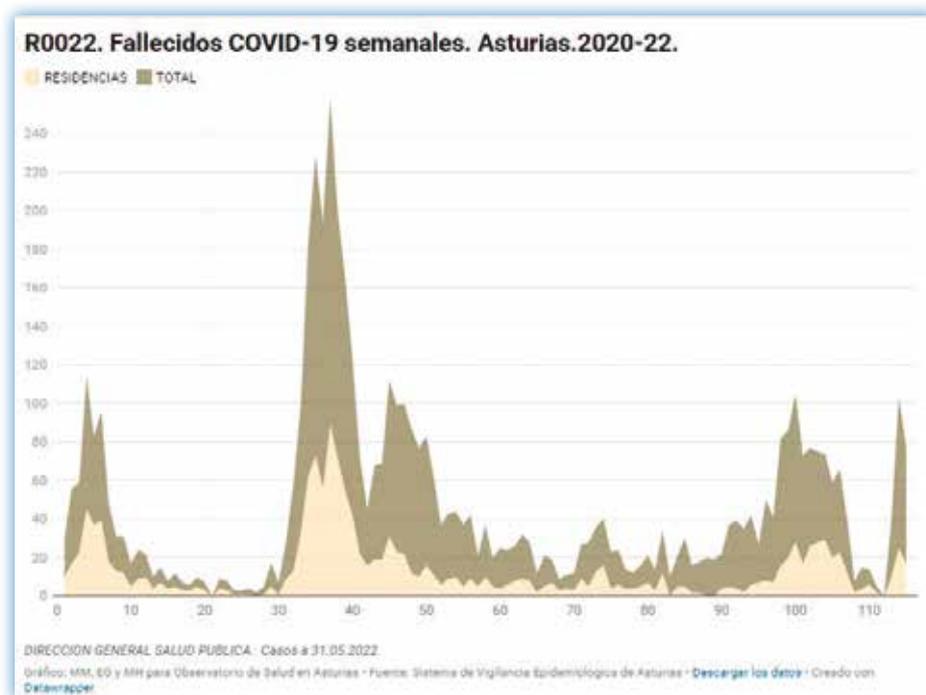
OLA EPIDEMIOLOGICA	1	2	3	4	5	Total
<b>CASOS</b>	344	712	132	44	663	1.895
<b>PORCENTAJE</b>	18.15%	37.57%	6.97%	2.32%	34.99%	100%



▲ Gráfico adaptado de MM, MH y EG para Observatorio de Salud en Asturias. OBSA.



▲ Gráfico adaptado de MM, MH y EG para Observatorio de Salud en Asturias. OBSA.



▲ Gráfico adaptado de MM, MH y EG para Observatorio de Salud en Asturias. OBSA.







## 5. Educación sanitaria a los centros residenciales

La educación sanitaria fue y es uno de los pilares fundamentales de actividad que desarrolla la coordinación sociosanitaria.

Surge de la necesidad de que la población comprenda, integre y participe en los programas de salud pública. Es una actividad esencial para llevar a cabo la prevención primaria con la modificación de hábitos de vida perjudiciales, programas de vacunación, etc. Así como la prevención secundaria con la detección precoz de enfermedades.

La educación sanitaria comprende el trasvase de información hacia los profesionales y usuarios de los centros sociosanitarios de manera activa, adaptada y reiterada a las necesidades de estas personas, para lograr el mayor éxito posible.

Se ha realizado educación sanitaria en el contexto de la COVID en todos los aspectos que incluyen la prevención, detección y cuidados de los enfermos. También se ha realizado el mismo esfuerzo con patologías infecciosas o no detectadas, por ejemplo: gripe, zoonosis, lesiones cutáneas, contenciones, etc. No podemos olvidar la educación sanitaria en hábitos de vida saludable eje fundamental de la prevención de la aparición de patologías tanto en los usuarios y trabajadores de los centros sociosanitarios, en las que podemos incluir: alimentación, higiene, vacunación, higiene postural, etc.

### 5.1 Actividades de formación y seguimiento.

En cumplimiento de la competencia de la enfermera sociosanitaria en el ámbito de la formación se realiza un seguimiento y apoyo de las demandas de los diferentes centros residenciales y otros dispositivos asimilables.

Para favorecer la organización de la información y el seguimiento de la misma, desde las diferentes áreas sanitarias se han establecido canales de comunicación bien por correo electrónico, teléfono o videoconferencia, donde los responsables de los establecimientos pueden demandar la nueva formación que requieran o la reiteración de alguna formación ya impartida en el pasado.

Esta comunicación y seguimiento de la formación permite que las nuevas incorporaciones de personal en las residencias obtengan la formación adecuada y que el personal habitual pueda estar actualizado en los protocolos vigentes, en los que se establece colaboración entre la Consejería de Salud y los centros residenciales y afines.

Debido a esta sinergia y al seguimiento que se hace la de la misma, se abre camino a la posible explotación de los datos de los de formación en las diferentes áreas sanitarias y centros sociosanitarios para que se puedan desarrollar investigaciones que ayuden a expandir una cultura de cuidados basada en la evidencia, que es una inversión fundamental en el futuro a corto y largo plazo para una mejora en la calidad de vida de los residentes y usuarios.

A los aspectos positivos anteriores se puede añadir que el aumento en la calidad de cuidados también influye en la motivación del personal cuidador de manera positiva elevando la motivación y la satisfacción con el desempeño de sus labores.

## 5.2 Vacunación frente al COVID.

En el inicio de la vacunación frente al Covid-19, definida por la disponibilidad de una cantidad limitada de dosis, se realiza una priorización de los grupos de población a vacunar. De esta manera se concreta como primer grupo a vacunar el llamado, "Grupo I: Residentes y personal sanitario y socio sanitario que trabaja en residencias de personas mayores y de atención a grandes dependientes". Se prioriza la vacunación de las personas residentes y trabajadores con las dosis disponibles de ARNm como población vulnerable con mayor riesgo de exposición.

Para ello el 17 de diciembre de 2020 se envía una carta informativa desde la Consejería de Salud, con el objeto de organizar el plan de vacunación. En esta carta se solicitaba el envío a través de una base de datos en EXCEL la información de las personas trabajadoras y residentes de los centros residenciales de personas mayores y discapacidad. En la documentación remitida por las áreas sanitarias se solicitó la siguiente información:

Listado de los residentes y listado de trabajadores (se incluyen todas las personas que trabajan en el centro, sean sanitarios, o no) y su aceptación o rechazo a la vacuna COVID, así como antecedentes de reacción alérgica grave (Shock anafiláctico).

SOLO RESIDENTES															
NOMBRE	APELLIDO 1	APELLIDO 2	DNI	ÁREA DEL CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	ORIGEN	ROL	VACUNA	MOTIVO NEGATIVA	HECTORIA DE RECCIÓN (*)	ENFERMEDAD COVID	CONDICIÓN DE ALTO RIESGO (**)	CONDICIÓN DE RIESGO GENERAL (***)
			OBIGATORIO NOMBRE Y LETRA				NO OBIGATORIO	NO OBIGATORIO	NOMBRE DE LA RESIDENCIA	RESIDENTE O TRABAJADOR	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO

- \* REACCIÓN ANAFILÁCTICA GRAVE: la que provoca atención sanitaria urgente e inmediata.
- \*\* CONDICIÓN DE ALTO RIESGO PARA COVID: enfermedad cardiovascular (excluyendo HTA), diabetes mellitus tipo 2, EPOC, cáncer, estado de trasplante de órgano sólido, enfermedad renal crónica, obesidad (IMC > 35).
- \*\*\* CONDICIÓN DE RIESGO GENERAL PARA COVID: HTA, DM tipo 1, ASMA, inmunosupresión.

Figura 1. Ejemplo de cabecera EXCEL enviado a los centros residenciales

Desde los equipos de las áreas se trabajaron los listados para la solicitud de los stocks necesarios para la cobertura vacunal de las residencias. Por otra parte se llevó a cabo la adecuación de la vacunación en los centros residenciales. Se coordinaron los circuitos para poder salvar las especificaciones sobre transporte, durabilidad de los viales y mantenimiento de la cadena de frío de la vacunación.

De cara al manejo y el registro se realizan formaciones específicas con los diferentes equipos de vacunación. Tras dos semanas de preparativos el 27 de diciembre de 2020 se pone la primera dosis de vacuna contra el Covid 19 en Asturias en el Establecimiento Residencial del Área V "La Mixta".

Tras el inicio de la vacunación y tras las suspicacias levantadas a raíz de la pertinencia de la inclusión de determinadas personas en el llamado Grupo I, se solicita a todas las residencias una declaración responsable de la veracidad de los datos aportados.

De esta manera, en el primer trimestre del año 2021, se podía considerar la primo vacunación del Covid en los centros residenciales establecida.

Mes	Semana	Pauta		Grupos
		Pfizer-BioNTech		
		1ª dosis	2ª dosis	G.1
dic-20	53/2020	X		X
ene-21	1/2021	X		X
ene-21	2/2021	X		
ene-21	3/2021		X	X
ene-21	4/2021		X	X
feb-21	5/2021		X	
feb-21	6/2021	X		X
feb-21	7/2021	X		
feb-21	8/2021	X		
mar-21	9/2021	X	X	X
mar-21	10/2021	X	X	
mar-21	11/2021		X	
mar-21	12/2021		X	
mar-21	13/2021		X	

▲ Figura adaptada de INSTRUCCIÓN 02/2021 de la Dirección General de Salud Pública sobre actualización de la Estrategia de Vacunación frente a la COVID 19.

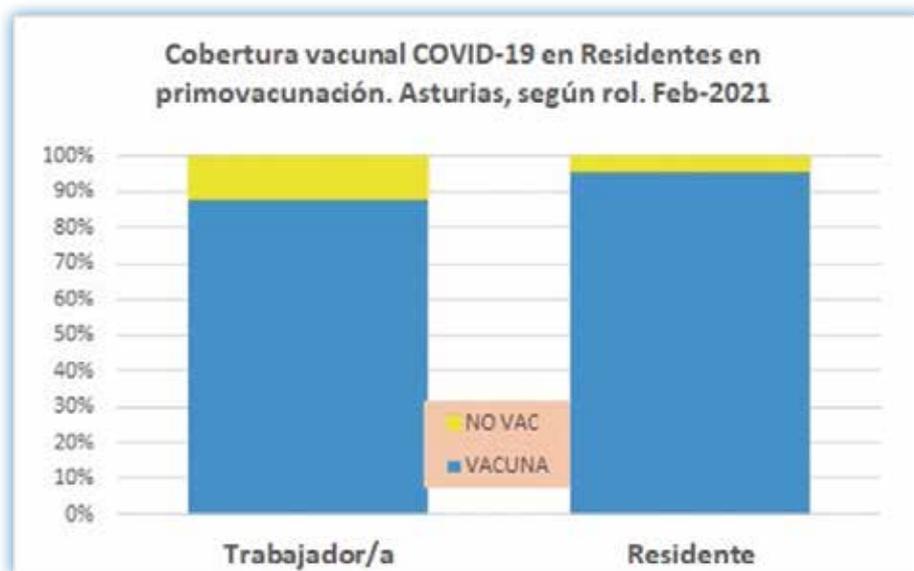
Tras este proceso de primo vacunación y con la experiencia adquirida se realizan las diversas campañas posteriores de vacunación de dosis adicionales.

La vacunación en las sucesivas campañas de dosis adicionales se realiza con ligeras variaciones basándose en las estructuras desarrolladas en las primeras campañas, contando siempre con el fundamental apoyo del personal de los centros sociosanitarios y los diferentes profesionales sanitarios del SESPA.

Datos de cobertura de vacunal frente al COVID según las diferentes campañas de vacunación facilitados por la Consejería de Salud.

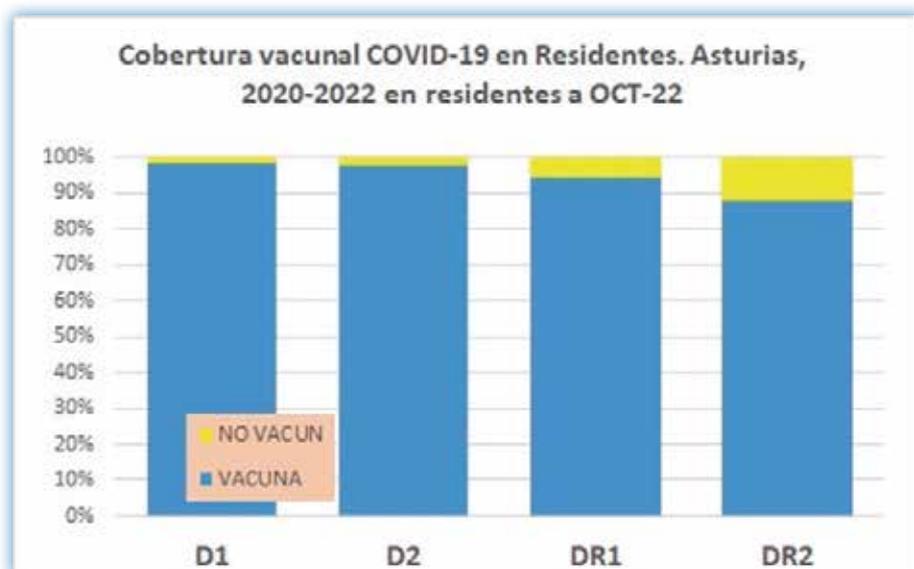
Datos sobre residentes y trabajadores sociosanitarios respecto a la primo vacunación a fecha de 21 de febrero de 2021:

- ▲ Residentes: 11603 Vacunados, 577 no vacunados, obteniendo una cobertura del 95,3%
- ▲ Trabajadores Sociosanitarios: 9266 vacunados; no vacunados 1306, alcanzado una cobertura del 88,0%



Datos sobre cobertura vacunal frente al COVID 19 hasta noviembre del 2022 en residentes de residencias de mayores de Asturias en función de las dosis. D1 dosis 1, D2 dosis 2, DR 1 dosis recuerdo 1, DR2 Dosis recuerdo 2.

Dosis	% VAC
D1	98,0
D2	97,5
DR1	94,5
DR2	87,7



## 6. Histórico de pruebas realizadas

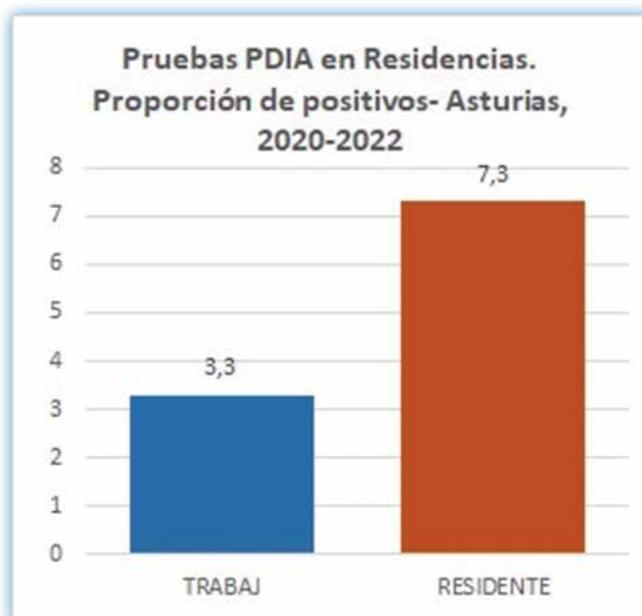
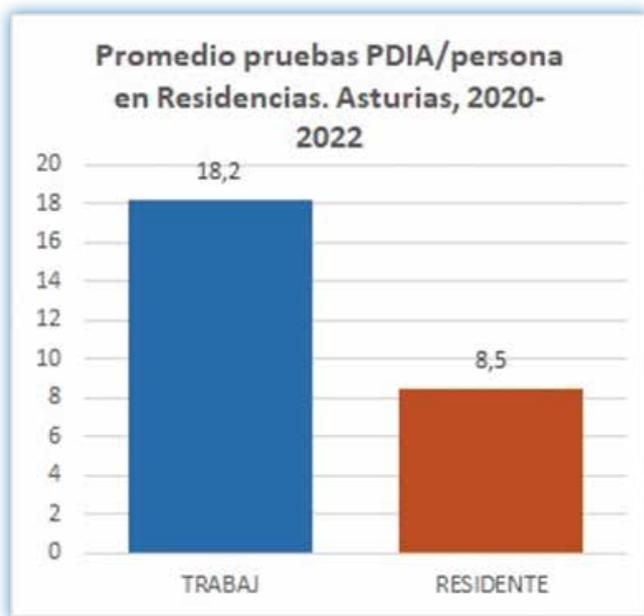
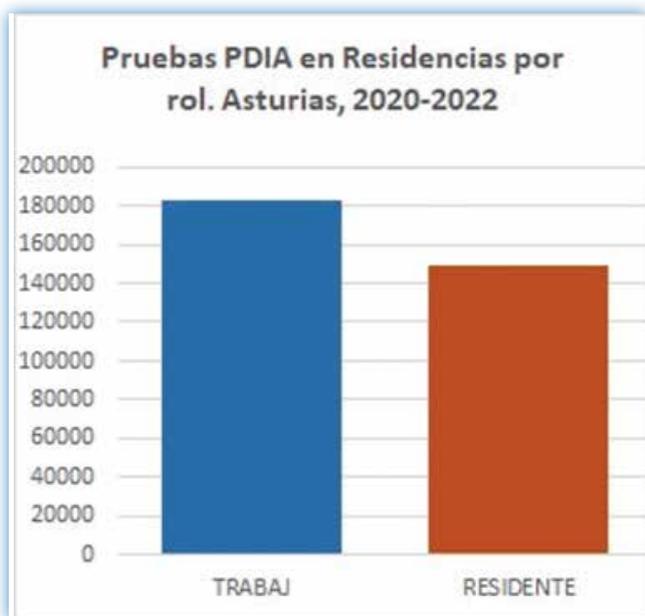
Para total de 13.666 residentes y 8.000 trabajadores al inicio de la pandemia se realizaron en Asturias 260.752 pruebas diagnósticas del total de 332.082 (media de 15,3 por persona, 18,2 (55,5%) dirigidas a trabajadores y 8,5 (44,5%) a residentes en el periodo comprendido desde Marzo 2020 hasta Marzo de 2022, de las cuales han resultado positivas un 3,3% de las PCR dirigidas a trabajadores y 7,3% en residentes (un 4,5% del total respecto a los datos recogidos en la población general). En las personas que fallecieron, el promedio de pruebas realizadas es inferior (9,6/residente) (7).

Puede concluirse de estos datos, que, la puesta en marcha de la realización de cribados, inicialmente con PCR y posteriormente con test de antígenos, ha servido para prevenir los casos y mitigar la diseminación de la infección en residencias de personas mayores, a través del diagnóstico precoz y ha sido ampliamente aplicada, alcanzando niveles elevados que pudieran haber sido un factor fundamental para que en Asturias hayan enfermado y fallecido menos personas relativamente, en estos centros que en otros ámbitos.

- ▲ Residentes al inicio de la pandemia: 13.666
- ▲ Trabajadores: 8.000
- ▲ Casos totales: 9.031
- ▲ Casos confirmados en residentes: 6.567 (46%)
- ▲ Casos confirmados en trabajadores: 2.464 (31%)
- ▲ Casos en la ola 1-2 con sistema coordinado de gestión de riesgos: 3.362
- ▲ Casos en la ola 6 sin sistema coordinado de gestión de riesgos: 4.633, con administración vacunal en los 14 meses previos.
- ▲ Pruebas totales PCR (Marzo 2020-Marzo 2022): 260.752
- ▲ Pruebas PCR en residentes (Marzo 2020-Marzo 2022): 115.562
- ▲ Pruebas PCR en trabajadores (Marzo 2020-Marzo 2022): 145.190



▲ Gráfico adaptado de MM, MH y EG para Observatorio de Salud en Asturias. OBSA.



▲ Gráfico adaptado de MM, MH y EG para Observatorio de Salud en Asturias. OBSA.

## 7. Actividades complementarias

En las distintas áreas sanitarias se llevan a cabo diferentes programas y actividades de formación, según las necesidades expresadas por los centros sociosanitarios o en el contexto de programas de coordinación entre SESPA/Consejería de Salud y ERA/Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, entre los que se pueden destacar entre otros:

- ▲ Programa de inclusión de coagulometría descentralizada en residencias de ancianos.
- ▲ Formación en detección y cuidados del Síndrome Geriátrico.
- ▲ Formación en prevención y cuidados de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia.
- ▲ Promoción de la vacunación de residentes y trabajadores de las diferentes vacunas recomendadas (gripe, COVID, neumococo, tétanos, etc.).
- ▲ Programa de acogida los migrantes desplazados por la guerra de Ucrania.







## 8. Reflexiones

El 14 de marzo de 2020 el Gobierno de España declaró el estado de alarma para limitar la transmisión del coronavirus. Esto supuso un conjunto de medidas restrictivas basadas fundamentalmente en la reducción de los contactos interpersonales, el cierre de cualquier actividad social y restricción de la movilidad. Se insto a la población a permanecer en sus domicilios, con excepción de las personas que realizaban labores consideradas como esenciales (profesionales de salud, farmacias, etc.).

Desde ese momento las residencias para mayores y los centros sociosanitarios se convirtieron en el epicentro de la pandemia. Los residentes y usuarios de estos centros se encuentran en situación de vulnerabilidad por varios motivos:

- ▲ Edad avanzada
- ▲ Patología de base o comorbilidades
- ▲ Polifarmacia
- ▲ Deterioro cognitivo
- ▲ Algún tipo de dependencia que requiere de ayuda para las ABVD

A estos factores hay que añadir los institucionales: espacios físicos que obligan a un contacto estrecho casi permanente con otros convivientes (habitaciones dobles e incluso triples), actividades comunes y compartidas (gimnasio, comidas, etc.) o el propio personal que en muchas ocasiones prestaba asistencia en varias residencias.

Se impuso un nuevo modelo de trabajo tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, que adoptaba unas medidas para atender a los pacientes en circuitos bien diferenciados según sintomatología sugestiva de COVID o no y se recomendó evitar la consulta presencial.

En el caso de las residencias y centros sociosanitarios en los primeros meses de la pandemia se adoptaron medidas de aislamiento y restricción de visitas siempre siguiendo las directrices que indicaban los diferentes procedimientos que se adecuaban según la evolución de la pandemia.

Sin embargo, el curso de la pandemia ha sido modificado por la eficacia y la seguridad de las vacunas y aunque esto es una buena noticia no debemos olvidar lo que hemos vivido. En el periodo post-vacunal se observa que los casos de infección se suelen resolver con una enfermedad leve, que en la mayoría de las personas mayores no requieren hospitalización. Es necesario que estemos preparados para hacer frente a futuras pandemias y aprender de lo que hemos vivido.

El COVID puso de manifiesto las debilidades de nuestro sistema de atención sanitaria y de cuidados, un sistema que, junto a las pensiones, los servicios sociales y la educación forman nuestro Estado de Bienestar.

Por ello se presentan las siguientes reflexiones desde la figura de la coordinación sociosanitaria, tras dos años desde que se inició esta pandemia:

### **Las residencias son heterogéneas, no se pueden considerar un bloque homogéneo.**

Ayuda a entender lo sucedido en las residencias disponer de una visión global y de un punto de partida. Las residencias son un recurso sociosanitario necesario ya que muchos mayores no pueden llevar una vida independiente en su domicilio. Las residencias son extraordinariamente variadas y esa heterogeneidad abarca aspectos tales como el tamaño de la residencia, la titularidad (públicas, privadas), carácter de la residencia (generales, centradas en problemas específicos, etc.), programas de actividades, oferta de servicios, precios, requisitos de admisión, dotación de personal, nivel de medicalización, así como las normas legales y administrativas por las que se rigen ya que al tratarse de una competencia transferida a las CCAA la diversidad es enorme.

Esto implica que cuando se lleva a cabo un procedimiento general de actuación como por ejemplo durante la pandemia las actuaciones y las decisiones fueran tomadas en función de todas esas variables.

### **Las residencias son lugares óptimos para el desarrollo del coronavirus**

El perfil de salud del residente le hace ser un candidato idóneo para este virus. Además, hay que destacar que en muchas de las residencias había una limitación estructural (física) para aislar al residente y las dificultades para mantener un mínimo tratamiento de soporte por escaso personal, así como una pobre dotación de material. Esto nos tiene que hacer pensar que no podemos volver a caer en la falta de previsión ante una situación similar.

### **Dotación de personal en centros sociosanitarios**

La crisis sanitaria de la covid-19 puso de manifiesto las numerosas deficiencias que hay en los centros sociosanitarios. Hay que destacar la precariedad laboral de los empleados y la insuficiente dotación de personal para atender a un colectivo muy vulnerable como es el de las personas mayores en situación de dependencia. Sería necesario valorar si las ratios de personal que hay actualmente establecidos son los correctos.

### **“Medicalización” de las residencias**

Medicalizar implica personal, así como una mínima dotación de material diagnóstico y terapéutico. Si las residencias son capaces de detectar los casos desde su inicio y ofrecer una respuesta sanitaria precoz, así como disponer de sistemas de aislamiento quizás se hubiera reducido la mortalidad. Pero la pregunta a plantearse sería ¿Dónde se pondría el límite de la medicalización?

### **Formación del personal sanitario**

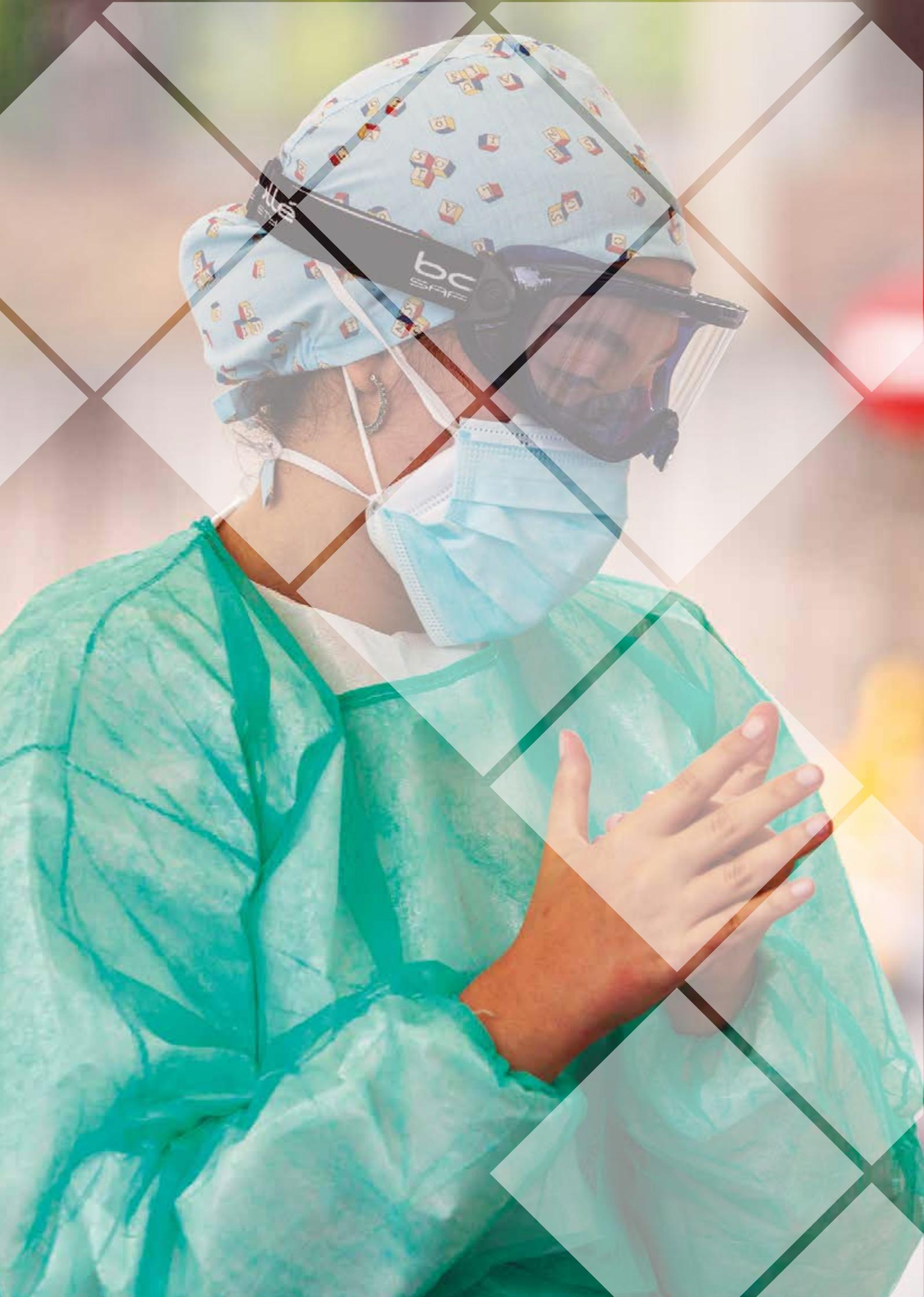
Es vital que los profesionales que desempeñan su labor en estos centros se formen de manera continuada para ofrecer unos cuidados de calidad.

Desde la coordinación sociosanitaria los profesionales de enfermería hemos demostrado el ejercicio de las funciones para las que estamos preparados:

- ▲ **Función asistencial:** Realización de PCR, TAG, valoración de residentes para su derivación, etc.
- ▲ **Función docente:** Desde el inicio de la pandemia se llevó a cabo formación con respecto a las medidas de aislamiento, EPIS, etc.
- ▲ **Función gestora- consultora:** Se establecían los cribados, se facilitó material a las residencias, etc.

Como conclusión podemos decir que el envejecimiento de la población y la cronificación de las enfermedades, está suponiendo un incremento de las necesidades de apoyo a las personas para el mantenimiento de la autonomía personal. Este hecho junto con los cambios producidos en el entorno familiar debe dar lugar a la necesidad de organizar y coordinar los servicios sanitarios y los servicios sociales de manera que den una respuesta integral y eficaz a las necesidades de las personas. La acción conjunta y comprometida de ambos servicios hará que se consigan los cambios necesarios para construir un modelo de atención sociosanitario eficaz, coordinado y centrado en las necesidades de la persona.







## 9. Futuro de la Coordinación Sociosanitaria

La coordinación sociosanitaria puede definirse como un conjunto de actuaciones encaminadas a coordinar de modo simultáneo y sinérgico, los sistemas sanitario y social con la finalidad de ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención de las personas que pertenecen a ciertos colectivos vulnerables. El envejecimiento de la población, la cronicidad, la dependencia y el riesgo de exclusión o factores sociales más allá de las patologías, justifican la existencia de un modelo de coordinación que optimice los recursos públicos destinados a tal fin y garanticen una atención integral centrada en la persona y sus necesidades de forma eficaz.

Es por ello que, la coordinación sociosanitaria debe constituir un elemento clave y garantista de atención equitativa y de continuidad a quienes requieren una intervención por parte de los ámbitos social y sanitario.

En el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma, la Ley del Principado de Asturias 1/2003, de 24 de Febrero, de Servicios Sociales, tiene por objeto la ordenación, organización y desarrollo de un sistema público de servicios sociales, así como la regulación de la iniciativa privada en esta materia, para la consecución de una mejor calidad de vida y bienestar social, y en su artículo 2.2, determina que el sistema público de servicios sociales actuará en coordinación y colaboración con aquellos otros servicios cuya meta sea alcanzar mayores cotas de bienestar social, en especial con los sistemas sanitario y educativo.

Así, aunque la coordinación sociosanitaria en el Principado de Asturias viene realizándose desde hace tiempo, y se fundamenta en la coordinación entre las Unidades de Trabajo social del ámbito sanitario y de los Servicios Sociales, es en el 2019, cuando el Gobierno del Principado de Asturias, aprueba el Plan Sociosanitario, el primero que se elabora en nuestra región en esta materia.

Ninguno de los dos sistemas por sí mismos, sanitario y social puede dar respuesta a todas las necesidades detectadas, debido a que existen necesidades sociales que el sistema sanitario no puede resolver y problemas sanitarios para los que el sistema de servicios sociales carece de recursos y competencias. En ocasiones, no se pueden abordar problemas sanitarios sin conocimiento y colaboración del sistema social y a la inversa.

La coordinación sociosanitaria, justificada de esta manera, debe comprender distintos dispositivos de coordinación, tanto en el ámbito de la dirección y planificación, como en el de la atención directa a las personas usuarias. Así, el decreto 70/2016, del 23 noviembre, establece órganos de planificación y apoyo para la mejora de la atención y coordinación sociosanitaria en el Principado de Asturias.

De manera solapada y con el inicio de la pandemia, decretada el pasado 11 de Marzo 2020 por la Organización Mundial de la Salud en referencia a la situación ocasionada por el SARS-CoV-2 y según la orden SND/265/2020 del 19 de Marzo 2020, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros sociosanitarios, se estableció una primera batería de medidas fundamentalmente de carácter organizativo, con la finalidad de dirigir y coordinar la actividad asistencial de estos centros. Se inicia con ello la intervención en el marco de estado de alarma decretado en nuestro país y la designación de un empleado público, como coordinador de centros sociosanitarios. Esta figura se ha mantenido en el tiempo y ha venido facilitando desde entonces y hasta la actualidad, la coordinación entre

la Consejería de Salud, el Servicio de Salud del Principado de Asturias y la Consejería competente en razón de materia, Consejería de Derechos Sociales y Bienestar.

La permanencia de esta figura, con un perfil enfermero, en el marco de la Coordinación Sociosanitaria garantizará la consecución de los objetivos generales anteriormente descritos.

La coordinación sociosanitaria representa un reto para el sistema de salud y para el sistema de los Servicios Sociales. La pandemia puso de manifiesto muchas deficiencias en los cuidados de larga duración (CLD), pero también la oportunidad de subsanarlas.

Desde la coordinación sociosanitaria los profesionales de enfermería pueden participar en los siguientes ámbitos de actuación.

### ÁMBITO FUNCIONAL: **DOCENCIA, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN**

- ▲ Establecer planes de formación continuada para los profesionales sociosanitarios con el fin de ofrecer unos cuidados de calidad.
- ▲ Desarrollar actividades formativas a los estudiantes de enfermería y EIR en la coordinación sociosanitaria.
- ▲ Establecer líneas de investigación con el fin de generar un conocimiento que contribuya al desarrollo profesional y a la mejora de los cuidados a la población.
- ▲ Desarrollar un programa cualificado de ayuda y cuidados a domicilio.

### ÁMBITO FUNCIONAL: **ORGANIZACIÓN Y GESTION**

- ▲ Gestión de casos: Atención planificada, y de una coordinación con los diferentes niveles de atención y profesionales para garantizar el acceso a los recursos que se necesiten en cada momento, a lo largo de su discurrir por el sistema.
- ▲ Establecer una alianza entre los EAP y los equipos de los centros residenciales para garantizar una mejor asistencia y calidad de vida de las personas más vulnerables. Ambos colectivos (EAP/equipos de los centros residenciales) trabajan en la comunidad y por lo tanto los residentes son comunes.
- ▲ Asegurar la longitudinalidad en la atención sanitaria de los pacientes residentes en los CSS con una implicación real por parte de los profesionales de la A.P. que tienen asignados cada uno de los residentes.
- ▲ Crear un protocolo de relación entre centros residenciales, A.P., A.E. que permita agilizar la gestión de casos complejos.
- ▲ Colaborar con los CSS en la elaboración de protocolos que permitan mejorar la atención.
- ▲ Desarrollar herramientas de identificación de pacientes con riesgo de perfil sociosanitario.
- ▲ Desarrollar programas de voluntariado.

**ÁMBITO FUNCIONAL: Atención comunitaria y promoción de la salud y prevención de la enfermedad.**

- ▲ Seguimiento activo de casos tanto al alta hospitalaria como en el propio centro: Valoración inicial, Diagnóstico y coordinación multidisciplinar integral del caso.
- ▲ Colaboración con Servicios Sociales en las inspecciones de los centros sociosanitarios cuando proceda.
- ▲ Potenciar la prestación de una atención personalizada y de calidad, mejorando la eficiencia.
- ▲ Abordaje del paciente crónico complejo.
- ▲ Visitar de forma frecuente los CSS conociendo de cerca la realidad de cada centro.
- ▲ Incluir a los residentes que viven en los CSS como participantes activos de las actividades sociales y educativas.
- ▲ Coordinar con Salud Pública la atención ante cualquier brote infeccioso dentro de las residencias así como formaciones periódicas como por ejemplo lavado de manos, aislamientos, etc.
- ▲ Realizar un diagnóstico de situación interno de la atención sociosanitaria en Asturias.
- ▲ Plan de atención a cuidadores/familiares
- ▲ Fomentar la participación activa de los mayores y la cooperación entre generaciones para evitar la imagen estereotipada de la vejez.
- ▲ Programas de rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.
- ▲ Establecer protocolos de seguridad del paciente.



VALENCIA





## 10. Referencias

- (1). Zunzunegui MV. El exceso de mortalidad por COVID-19 en las personas mayores que viven en las residencias de España: variaciones entre comunidades autónomas. (Consultado el 27/7/2022). Disponible en: <http://envejecimientoenred.es/el-exceso-de-mortalidad-por-covid-19-en-las-personas-mayores-que-viven-en-las-residencias-de-espana-variacionesentre-comunidades-autonomas/>.
- (2). Zunzunegui MV. COVID-19 en centros residenciales de personas mayores: la equidad será necesaria para evitar nuevas catástrofes. (Consultado el 8/08/2022). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112022000100003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112022000100003)
- (3). IMSERSO. Reporte n. 1. Enfermedad por coronavirus (COVID-19) en centros residenciales. Actualizado el 4/12/2022. Madrid; 2022. Disponible en: <https://imserso.es/el-imserso/mas-informacion/covid-19-servicios-sociales/informacion-semanal-covid-19-centros-residenciales>
- (4). Utilidad de la gestión con intervención operativa de riesgos en residencias en la pandemia COVID-19 como medida no farmacológica. (M. Huerta Huerta, P. Fanjul Urdangaray y M. Margolles Martins)
- (5). Utilidad de la gestión estratégica coordinada de riesgos en residencias en la pandemia COVID-19 como medida no farmacológica. (P. Fanjul Urdangaray, M. Huerta Huerta y M. Margolles Martins)
- (6). Los procedimientos son actualizados y publicados en Astursalud <https://www.astursalud.es/astursalud> y página web de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias, <https://www.socialasturias.es/coronavirus>
- (7). "Utilidad de los cribados en residencias en la pandemia COVID-19" Mario Margolles Martins, Marta Huerta Huerta, Patricia Fanjul Urdangaray. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Salud del Principado de Asturias. ISPA)
- (8). Asturcovid. La mortalidad refleja la gestión de la pandemia en las 17 comunidades autónomas en sus 12 primeros meses. Disponible en: [https://actuarcovid.files.wordpress.com/2021/03/gestioncovid\\_cincoindicadorescontexto23marzo2021.pdf](https://actuarcovid.files.wordpress.com/2021/03/gestioncovid_cincoindicadorescontexto23marzo2021.pdf)
- (9). Comité asesor de vacunas. <https://vacunasaep.org/>
- (10). Coronado-Vázquez V, Ramírez-Durán MV, García Aragón C, Gómez-Salgado J. PCR persistentemente positiva tras la COVID-19. ¿Cómo diagnosticar las reinfecciones? Rev Esp Salud Pública. 2022; 96: 1 de junio e202206044.





## II. Agradecimientos

Tras estos años de mucho trabajo, desafíos y satisfacciones nos gustaría completar esta memoria dando las gracias a todas aquellas personas que de alguna manera se vieron involucradas en el desarrollo de nuestro trabajo.

En primer lugar, nuestro mayor agradecimiento para los residentes y usuarios de los dispositivos sociosanitarios que han sido los principales afectados por la pandemia. No podemos olvidar que la aparición de la figura de coordinadora sociosanitaria se debe a la necesidad de proteger la salud de estos hombres y mujeres, que debido a su edad o condición ostentaron y ostentan el mayor riesgo de sufrir la cara más dura de la pandemia. Gracias por su talante, buen humor, comprensión y resiliencia.

Gracias todos los trabajadores de las residencias de mayores, discapacidad, centros de día, pisos de acogida o cualquier de los múltiples centros o dispositivos sociosanitarios con los que colaboramos. La disposición de estos compañeros para trabajar en una dirección, el bienestar de sus usuarios fue y es encomiable.

Gracias a todos los trabajadores del SESPA que colaboraron en los cuidados e intervenciones de los diferentes dispositivos sociosanitarios, sin vuestra ayuda no hubiera sido posible acometer los desafíos planteados estos últimos años.

Gracias a los responsables de la coordinación sociosanitaria de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar por su apoyo y disponibilidad.

Gracias a los responsables de la coordinación sociosanitaria de la Consejería de Salud; Dirección General de Salud Pública, Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria y Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria del SESPA sin vuestra guía y sabiduría esta andadura hubiera sido muy ardua.

Gracias a todas las Gerencias de las diferentes Áreas Sanitarias por las horas trabajadas en común y las preocupaciones compartidas.

### Gracias



## 12. Anexos

### 12.1 EPI, colocación, retirada e higiene de manos.

#### Secuencia de colocación del equipo de protección individual (EPI)

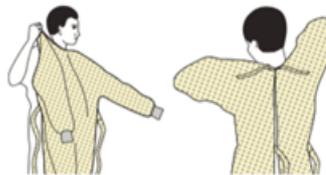
El Equipo de Protección Individual (EPI) se colocará antes de entrar en la consulta.

Retírese antes objetos personales (reloj, pulseras, móvil, bolígrafos) y realice higiene de manos..

Se utilizará el equipo recomendado para **prevención de infección de microorganismo transmitidos por gotas y por contacto.**

#### 1. BATA

- Cubra con la bata por delante de cuello a rodillas, los brazos hasta muñeca y rodee tronco hasta la espalda.
- Átesela por detrás a la altura de cuello y cintura.



#### 2. PROTECCIÓN RESPIRATORIA

- Asegure los cordones o la banda elástica en mitad de la cabeza y cuello.
- Ajustese la banda flexible en el puente de la nariz.
- Ajustela a la cara y por debajo del mentón.
- Respirador: Verifique el ajuste del mismo.



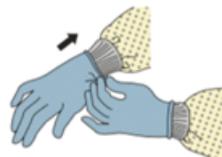
#### 3. PROTECTOR OCULAR

- Colóquesela sobre la cara y ajústela.



#### 4. GUANTES

- Extienda los guantes para que cubran el puño de la bata de aislamiento



Utilice prácticas de trabajo seguras para protegerse usted mismo y limitar la propagación de la contaminación

- Mantenga las manos alejadas de la cara
- Limite el contacto con superficies
- Cambie los guantes si se rompen o están demasiado contaminados
- Realice la higiene de manos

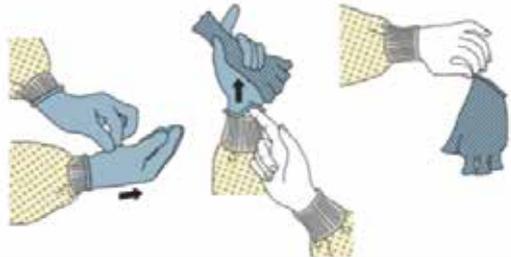
### Secuencia de retirada del equipo de protección individual (EPI) 1ª opción

Quítese el EPI, salvo la protección respiratoria, antes de salir de la consulta, y deséchelo en el contenedor correspondiente. Después de salir de la consulta y cerrar la puerta, retire la protección respiratoria y deséchela en el contenedor. Realice inmediatamente higiene de manos.

There are a variety of ways to safely remove PPE without contaminating your clothing, skin, or mucous membranes with potentially infectious materials. Here is one example. **Remove all PPE before exiting the patient room** except a respirator, if worn. Remove the respirator **after** leaving the patient room and closing the door. Remove PPE in the following sequence:

#### 1. GLOVES

- Outside of gloves are contaminated!
- If your hands get contaminated during glove removal, immediately wash your hands or use an alcohol-based hand sanitizer
- Using a gloved hand, grasp the palm area of the other gloved hand and peel off first glove
- Hold removed glove in gloved hand
- Slide fingers of ungloved hand under remaining glove at wrist and peel off second glove over first glove
- Discard gloves in a waste container



#### 2. GOGGLES OR FACE SHIELD

- Outside of goggles or face shield are contaminated!
- If your hands get contaminated during goggle or face shield removal, immediately wash your hands or use an alcohol-based hand sanitizer
- Remove goggles or face shield from the back by lifting head band or ear pieces
- If the item is reusable, place in designated receptacle for reprocessing. Otherwise, discard in a waste container



#### 3. GOWN

- Gown front and sleeves are contaminated!
- If your hands get contaminated during gown removal, immediately wash your hands or use an alcohol-based hand sanitizer
- Unfasten gown ties, taking care that sleeves don't contact your body when reaching for ties
- Pull gown away from neck and shoulders, touching inside of gown only
- Turn gown inside out
- Fold or roll into a bundle and discard in a waste container



#### 4. MASK OR RESPIRATOR

- Front of mask/respirator is contaminated — **DO NOT TOUCH!**
- If your hands get contaminated during mask/respirator removal, immediately wash your hands or use an alcohol-based hand sanitizer
- Grasp bottom ties or elastics of the mask/respirator, then the ones at the top, and remove without touching the front
- Discard in a waste container



#### 5. WASH HANDS OR USE AN ALCOHOL-BASED HAND SANITIZER IMMEDIATELY AFTER REMOVING ALL PPE



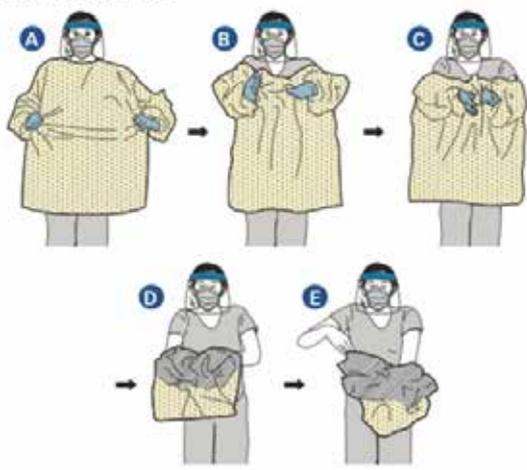
## Secuencia de retirada del equipo de protección individual (EPI) 2ª opción

Quítese el EPI, salvo la protección respiratoria) antes de salir de la consulta, y deséchelo en el contenedor correspondiente. Después de salir de la consulta y cerrar la puerta, retire la protección respiratoria y deséchela en el contenedor. Realice inmediatamente higiene de manos.

Here is another way to safely remove PPE without contaminating your clothing, skin, or mucous membranes with potentially infectious materials. **Remove all PPE before exiting the patient room** except a respirator, if worn. Remove the respirator **after** leaving the patient room and closing the door. Remove PPE in the following sequence:

### 1. GOWN AND GLOVES

- Gown front and sleeves and the outside of gloves are contaminated!
- If your hands get contaminated during gown or glove removal, immediately wash your hands or use an alcohol-based hand sanitizer
- Grasp the gown in the front and pull away from your body so that the ties break, touching outside of gown only with gloved hands
- While removing the gown, fold or roll the gown inside-out into a bundle
- As you are removing the gown, peel off your gloves at the same time, only touching the inside of the gloves and gown with your bare hands. Place the gown and gloves into a waste container



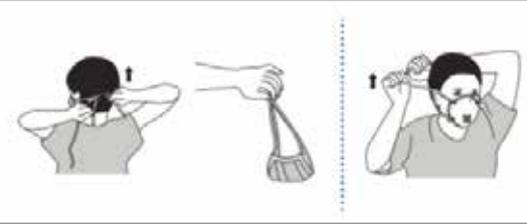
### 2. GOGGLES OR FACE SHIELD

- Outside of goggles or face shield are contaminated!
- If your hands get contaminated during goggle or face shield removal, immediately wash your hands or use an alcohol-based hand sanitizer
- Remove goggles or face shield from the back by lifting head band and without touching the front of the goggles or face shield
- If the item is reusable, place in designated receptacle for reprocessing. Otherwise, discard in a waste container

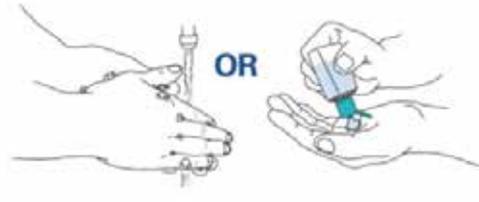


### 3. MASK OR RESPIRATOR

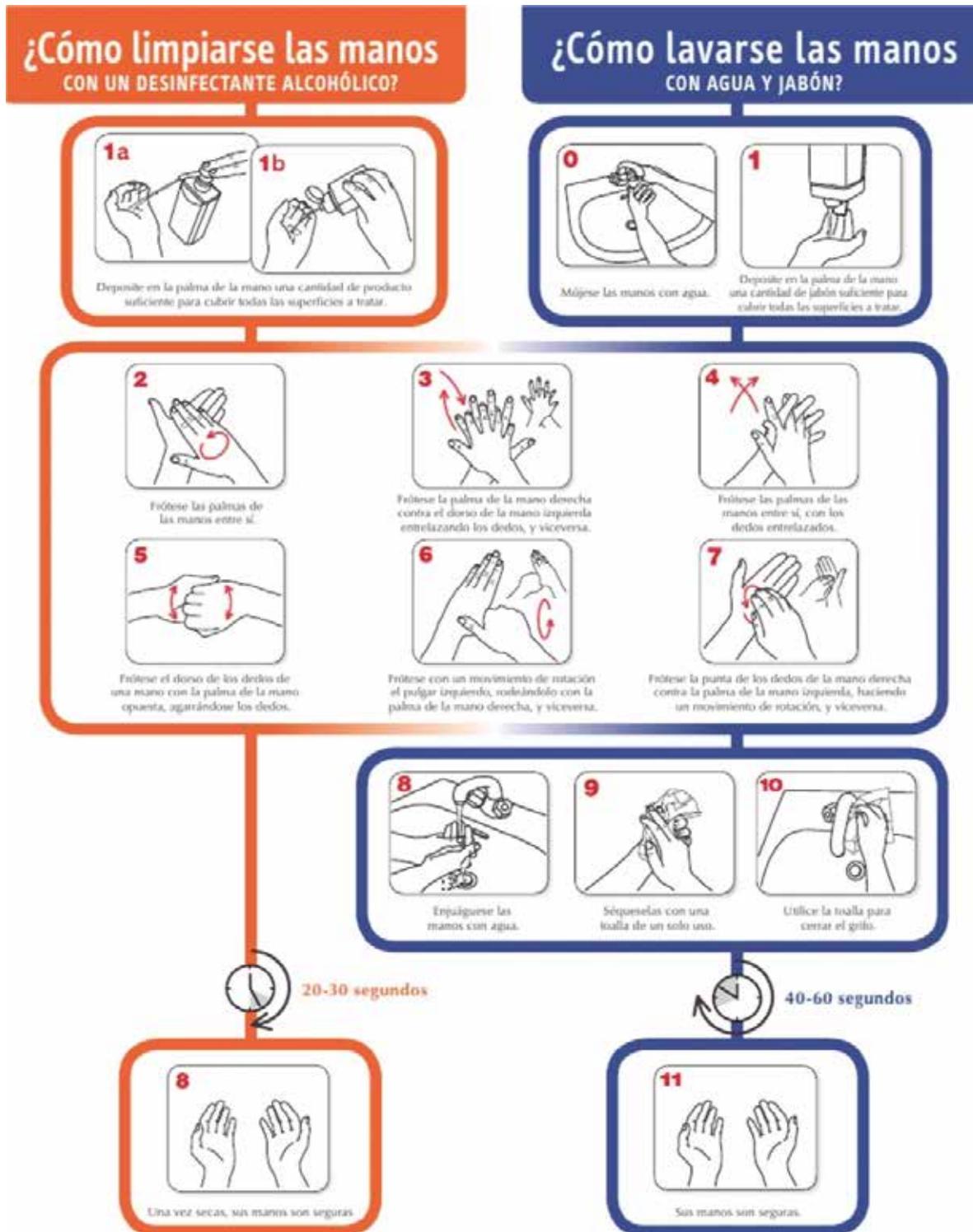
- Front of mask/respirator is contaminated — **DO NOT TOUCH!**
- If your hands get contaminated during mask/respirator removal, immediately wash your hands or use an alcohol-based hand sanitizer
- Grasp bottom ties or elastics of the mask/respirator, then the ones at the top, and remove without touching the front
- Discard in a waste container



### 4. WASH HANDS OR USE AN ALCOHOL-BASED HAND SANITIZER IMMEDIATELY AFTER REMOVING ALL PPE



Higiene de manos



WORLD ALLIANCE  
for PATIENT SAFETY

La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Ginebra (HUG), en particular a los miembros del Programa de Control de Infecciones, su participación activa en la redacción de este material. Octubre de 2008, versión 1.

Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud ha revisado todos los procedimientos necesarios para garantizar la calidad de este documento. Sin embargo, el material publicado no garantiza una garantía de ningún tipo, ya sea explícita o implícita. Comparte el texto de responsabilidad de la información y del uso del material. La Organización Mundial de la Salud no puede ser considerada responsable de los daños que pudieran resultar de utilizarlo.

## 12.2 Tabla resumen de actualizaciones en estrategia de vacunación.

Documento	Fecha publicación	Detalles de los cambios principales
Actualización 1	18/12/2020	<p><b>Vacunas:</b> Actualización de las publicaciones sobre las vacunas en desarrollo y en fase de autorización</p> <p><b>Priorización de la vacunación:</b> Definición de los cuatro grupos de población incluidos en la primera etapa de vacunación en el siguiente orden: grupos 1, 2, 3 y 4</p> <p><b>Población con antecedente de infección por SARS-CoV-2:</b> Se recomienda la vacunación en los grupos 1, 2 y 3</p> <p>Modelo de hoja Informativa sobre la vacunación frente a COVID-19 y consentimiento informado por representación para la vacunación frente a COVID-19</p>
Actualización 2	21/01/2021	<p><b>Vacunas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información sobre autorización de comercialización e inicio de vacunación con Comirnaty (BioNTech/Pfizer) el 27 de diciembre.</li> <li>• Información sobre autorización de comercialización de la vacuna Spikevax (Moderna) y fecha prevista de disponibilidad de dosis</li> <li>• Información sobre las futuras vacunas que evaluará la EMA (Vaxzevria de AstraZeneca)</li> <li>• Pauta de vacunación son vacunas de ARNm</li> <li>• Actualización de las publicaciones de vacunas.</li> </ul> <p><b>Priorización de la vacunación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aclaraciones sobre personal incluido en los grupos 2 y 3. Extensión de la definición del grupo 3</li> <li>• Definición siguiente grupo a vacunar (Grupo 5)</li> </ul> <p><b>Justificación ética de la priorización realizada</b></p>
Actualización 3	09/02/2021	<p><b>Vacunas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información sobre autorización de comercialización de vacuna Vaxzevria (AstraZeneca)</li> <li>• Características de Vaxzevria</li> <li>• Utilización de las vacunas según grupos definidos</li> <li>• Eficacia de las vacunas autorizadas frente a las nuevas variantes de SARS-CoV-2</li> </ul> <p><b>Priorización de la vacunación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo 3 pasa a ser grupo 3A y se crea y define grupo 3B (Otros profesionales sanitarios y sociosanitarios).</li> <li>• Definición grupo 6 subdividido en: 6A, 6B y 6C</li> </ul> <p><b>Vacunación de personas con antecedente de infección por SARS-CoV-2:</b></p> <p>Nuevas recomendaciones para los grupos 2, 3 y 6: Personal <math>\leq 55</math> años sin condiciones de riesgo que ha padecido la infección se pospone la vacunación 6 meses desde el diagnóstico. Si este personal <math>\leq 55</math> años sin condiciones de riesgo padece la infección tras la primera dosis se administrará la segunda dosis 6 meses después de haber padecido la infección.</p> <p>Personal <math>&gt; 55</math> años se actuará igual que las que no tienen antecedente de infección</p> <p><b>Justificación ética de la priorización realizada:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• principios y valores que rigen el acceso a cada tipo de vacuna por los diferentes grupos de población</li> </ul>

Documento	Fecha publicación	Detalles de los cambios principales
<b>Actualización 4</b>	26/02/2021	<p><b>Vacunas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información sobre autorización de comercialización de la vacuna Vaxzevria (AstraZeneca)</li> <li>• Revisión de evidencia científica sobre las tres vacunas autorizadas (efectividad de la vacunación)</li> <li>• Datos de vacunación en España</li> </ul> <p><b>Priorización de la vacunación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recapitulación de los primeros grupos de población priorizados: grupos 1 a 4</li> <li>• Definición de los grupos 7, 8 y 9</li> <li>• Nuevos grupos a vacunar: 3A, 3B, 3C, 4, 5, 6A, 6B, 6C, 7, 8 y 9</li> <li>• Establecimiento del orden de los grupos de población a vacunar por tipo de vacuna</li> </ul> <p><b>Vacunación de personas con antecedente de infección por SARS-CoV-2:</b> Se mantienen las recomendaciones en las personas <math>\leq 55</math> años que han padecido la infección se administrará una única dosis 6 meses después de pasar la enfermedad. Si se padece la infección entre la primera y segunda dosis también se administrará la segunda dosis 6 meses después de la infección</p>
<b>Actualización 5</b>	30/03/2021	<p><b>Vacunas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorización de comercialización de la vacuna de Janssen todavía no disponible: Características y su utilización</li> <li>• Cambios en las recomendaciones de vacunación con Vaxzevria por acontecimientos adversos: Ampliación del uso a personas <math>&gt;55</math> años</li> <li>• Mensajes fundamentales para transmitir a la población</li> </ul> <p><b>Priorización de la vacunación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reestructuran los grupos 5C, 7 y 8</li> <li>• Definición de las condiciones de riesgo incluidas en el grupo 7</li> </ul> <p><b>Vacunación de personas con antecedente de infección por SARS-CoV-2:</b> Se modifica la edad de corte en la que se recomienda la administración de una única dosis, de los <math>\leq 55</math> años a los <math>\leq 65</math> años</p>
<b>Actualización 6</b>	20/04/2021	<p><b>Vacunas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaxzevria (AstraZeneca): Síndrome trombosis con trombocitopenia (STT). Revisión de los mensajes a transmitir a la población</li> <li>• Restricción de uso de Vaxzevria en personas <math>&lt;60</math> años. Se pospone la administración de la segunda dosis en los menores de 60 años que han recibido la primera dosis de esta vacuna</li> </ul> <p><b>Priorización de la vacunación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reestructuración de los grupos 5C, 7 y 8</li> <li>• Uso de Vaxzevria en personas de 60-65 años de edad</li> </ul> <p><b>Vacunación de personas con antecedente de infección por SARS-CoV-2:</b> Aclaraciones de las recomendaciones de la Actualización 5</p>

Documento	Fecha publicación	Detalles de los cambios principales
<b>Actualización 7</b>	11/05/2021	<p><b>Vacunas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaxzevria (AstraZeneca): Actualización STT. Ampliación del intervalo de administración de la segunda dosis a 16 semanas en las personas &lt;60 años que hayan recibido una primera dosis de esta vacuna</li> <li>• Janssen: Actualización acontecimientos adversos notificados en EE.UU. Utilización de esta vacuna</li> <li>• Se presenta nueva evidencia</li> </ul> <p><b>Priorización de la vacunación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualización grupos 7, 8 y 9</li> <li>• Se añade grupo 10 (personas entre 40 y 49 años de edad)</li> </ul> <p><b>Vacunación en embarazadas y lactantes:</b> Recomendación de vacunar con vacunas de ARNm cuando les corresponda según el grupo de priorización al que pertenezcan</p> <p><b>Vacunación en adolescentes y pre-adolescentes:</b> Indicación de uso de Comirnaty en el grupo de edad entre 12-15 años bajo evaluación de las autoridades reguladoras de medicamentos. Se proponen grupos de priorización para este grupo de edad</p>
<b>Nota a Actualización 7 y Consentimiento Informado</b>	21/05/2021	<p>Se recomienda administrar Comirnaty como segunda dosis en personas &lt;60 años que recibieron la primera dosis de Vaxzevria y están pendientes de completar la pauta de vacunación (pauta heteróloga). El intervalo entre dosis será de 12 semanas.</p> <p>Las personas que rechacen la vacunación con Comirnaty, pueden recibir como segunda dosis Vaxzevria previo consentimiento informado.</p>
<b>Informe Comité de Bioética de España</b>	21/05/2021	Fundamentos ético-legales de permitir a las personas <60 años que recibieron una primera dosis de Vaxzevria, vacunarse con la misma vacuna como segunda dosis
<b>Actualización 8</b>	22/06/2021	<p><b>Vacunas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaxzevria: Actualización evidencia científica sobre pauta heteróloga en personas &lt;60 años. Recomendación segunda dosis con Vaxzevria (pauta homóloga) en personas 60-69 años. Contraindicación de la vacuna en personas con eventos trombóticos con trombocitopenia tras primera dosis</li> <li>• Janssen: Actualización de nuevos grupos a vacunar con esta vacuna (personas de 40 y más años de edad)</li> <li>• Se contraindican las vacunas de vectores víricos a personas con antecedente de fuga capilar sistémico. Se desaconseja su administración a personas con antecedente de trombocitopenia inducida por heparina</li> </ul> <p><b>Priorización de la vacunación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualización de los grupos 7, 8 y 9</li> <li>• Inclusión de los grupos 11, 12 y 13</li> </ul> <p><b>Vacunación en embarazadas, puerperio y lactantes:</b> Nueva evidencia</p> <p><b>Vacunación de adolescentes y preadolescentes:</b> Extensión de la autorización de comercialización de Comirnaty a personas a partir de 12 años de edad</p>

Documento	Fecha publicación	Detalles de los cambios principales
<b>Actualización 8</b>	22/06/2021	<p><b>Vacunación en personas con COVID persistente:</b> Revisión evidencia científica y recomendaciones</p> <p><b>Vacunación en personas que han recibido una dosis fuera de la UE:</b> Vacuna y pauta a administrar en personas que han recibido una dosis de vacunas no autorizadas por la UE en el extranjero para completar pauta de vacunación</p> <p><b>Vacunación de viajeros internacionales:</b> Grupos en los que se recomienda la vacunación previa a viajes internacionales</p> <p><b>Seguridad de las vacunas:</b> Nuevos mensajes para la población general en relación con las notificaciones de acontecimientos adversos</p>
<b>Nota Actualización 8</b>	01/07/2021	Reducción del intervalo de vacunación entre dosis en la pauta con Vaxzevria de 10-12 semanas a 8-12 semanas
<b>Actualización 9</b>	18/10/2021	<p><b>Vacunas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis adicionales: Revisión evidencia y recomendación de administración en personas con condiciones de muy alto riesgo</li> <li>• Dosis de recuerdo: Revisión de evidencia y recomendación de administración en personas de 70 y más años y personas internadas en centros residenciales de mayores</li> <li>• Coadministración de las vacunas ARNm con otras vacunas</li> <li>• Seguridad de las vacunas tras su autorización: Actualización de las fichas técnicas</li> </ul> <p><b>Vacunación en embarazadas, puerperio y lactantes:</b> Nuevas recomendaciones elaboradas con colaboración de FACME</p> <p><b>Vacunación con antecedente de infección por SARS-CoV-2:</b> Reducción del intervalo de administración de la dosis a administrar en personas &lt;65 años con antecedente de infección de 6 meses a 4-8 semanas después de la infección</p> <p><b>Personas de <math>\geq 12</math> años que permanecen sin vacunar:</b> Completar la pauta de vacunación con vacunas de ARNm</p> <p><b>Vacunación en personas que han recibido una dosis fuera de la UE:</b> Actualización de las recomendaciones</p> <p><b>Vacunación de viajeros internacionales:</b> Posibilidad de que los Centros de Vacunación Internacional sean puntos complementarios de vacunación. Dejan de ser criterio para ofertar la vacuna la duración del viaje o la incidencia acumulada del país de destino</p>
<b>Actualización 9 Modificada</b>	02/11/2021	<p><b>Vacunas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualización de la evidencia científica de las dosis adicionales y de recuerdo</li> <li>• Dosis de recuerdo: Administración de la mitad de la dosis habitual</li> </ul>

## 12.3 Ejemplo de informe: centro residencial ERA Valentín Palacio.

### CPR VALENTÍN PALACIO, SIERO



**Autores:** Javier García Fernández y Mónica Lago Bermúdez

#### I. DATOS DE CONTACTO

- 1.1. Dirección:** Calle Párroco Fernández Pedrera, 12, 33510 Pola de Siero
- 1.2. Teléfono:** 985 72 26 25
- 1.3. Responsable:** Beatriz Cueva Riestra
- 1.4. Interlocutor:** la misma
- 1.5. Titularidad:** ERA (Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias)

#### 2. INFORME PREVIO

##### 2.1. Edificio

###### 2.1.1. Arquitectura

- Plantas: 4
- Salidas al exterior: 5
- Separación residencial/servicios: si

###### 2.1.2. Infraestructura

- Habitaciones: 102 plazas
- Comedores: 1
- Cocina: 1
- Salas comunes: varias
- Escaleras: 2
- Ascensores: 3

###### 2.1.3. Sectorización

- Posibilidad de sectorización: si
- Tipo de sectorización: planta

###### 2.1.4. Comentario

## 2.2. Personal

### 2.2.1. Plantilla

- Sanitario: Enfermeras, TCAEs
- Gobernanta: no
- No sanitario: si
- Mixto: no

### 2.2.2. Cartelera

- Sanitario: M-T-N
- No sanitario: (M-T)

### 2.2.3. Formación

- Formación HUCA: si
- Formación residencia: si
- EPIs: si
- Circuitos: no

### 2.2.4. Comentario

## 2.3. Almacén

### 2.3.1. Provisión SESPA

- Si

### 2.3.2. Abastecimiento

- Días cubiertos: una semana
- Posibilidad de compra: sí
- Envío: no

### 2.3.3. Comentario

## 3. PRIMER INFORME TELEFÓNICO: 11 de noviembre de 2020

### 3.1. Actuaciones

#### 3.1.1. Edificio

- Sectorización 11 de noviembre
- Clausura de zonas comunes 11 de noviembre
- Circuitos 11 de noviembre
- Personal 11 de noviembre
- Basuras 11 de noviembre
- Lavandería 11 de noviembre
- Comida 11 de noviembre

### 3.1.2. Personal

- Reestructuración carteleras 11 de noviembre
- Reestructuración tareas 11 de noviembre
- Formación medidas 11 de noviembre

### 3.1.3. Almacén

- Pedido material SESPA -

## 3.2. Comentario

Hay tres residentes positivos, dos en la misma habitación en la 2ª planta, y otro en habitación doble en la primera planta, su compañero es negativo. Basándose en su plan de contingencia querían usar la zona de habitaciones de aislamiento de la planta baja para trasladar a los positivos pero explicamos que en previsión de futuros resultados positivos, y por la ubicación de estas habitaciones era mejor usar la segunda planta; están de acuerdo.

Tras revisar los planos se decide usar el lateral proximal donde ya han trasladado a los tres residentes positivos por disponer de ascensor que baja directo a la zona de salida de residuos; en el otro extremo también disponemos de ascensor pero tendrían que atravesar la planta sótano, pasando por delante de la cocina, para sacar los residuos al exterior.

Los contactos estrechos los han trasladado a la misma planta pero en la zona intermedia de apartamentos.

Han aislado a los residentes de la primera planta en sus habitaciones, habilitando una sala común para los que padecen alteraciones neurológicas.

Disponemos de dos ascensores y una escalera, usando uno de los ascensores para los carros (si se limpia tras cada uso podría usarse en otras plantas), y la escalera para subir y bajar el personal.

Establecemos el circuito de entrada y de salida en el hall de salida de la escalera (ver anexo). Se deja una habitación en zona limpia para el descanso del personal, que dispone cerca de un office, servicios y se decide usar también como vestuarios porque habrá personal exclusivo para esa zona.

En previsión de futuros positivos se le envía también la distribución de la planta primera, justo debajo, para sectorizar en vertical.

Modifican la cartelera de los trabajadores, intentando una primera de 12h pero que le han rechazado, y quedando un turno ecológico de dos mañanas, dos tardes, una noche y 4 días de descanso.

Disponen de un trabajador para cada turno, pero han cambiado la hora de entrada y de salida para que se solapen y coincidan dos trabajadores a la hora de hacer las tareas de aseo.

Reestructuramos las tareas para minimizar la exposición y añadimos las relacionadas con la COVID. Se explica circuito limpio/sucio.

Se recuerdan medidas higiénicas y de seguridad básicas: puesta y retirada de EPIs, manejo de carros, ventilación, manejo de residuos y lavandería sucia...

Plan: quedamos a la espera de nuevos cribados y/o contacto telefónico.

#### 4. INFORMES SUCESIVOS

1 de diciembre de 2020 Desarrollo de la visita

Visita presencial de Mónica LB, Julián D y Javier GF, desde aproximadamente las doce de la mañana a las cinco de la tarde.

Nos reunimos con la directora, Beatriz, en su despacho con la presencia de un trabajador que suponemos administrativo; y más tarde dos enfermeras, Elena y Sandra.

Beatriz nos muestra los planos de la residencia con las zonas habilitadas para residentes COVID+. El problema que encuentra es la positividad de residentes que se encontraban en la zona precovid. Nos pregunta sobre la posibilidad de ampliar la zona COVID. Contestamos que sería en función de varios factores, no solo arquitectónicos.

Solicitamos cinta aislante roja para marcar circuitos, las enfermeras nos acompañan a visitar las plantas de la residencia, pero les decimos que no tenemos necesidad de que nos acompañen, que pueden volver a sus tareas. La directora nos facilita la cinta roja.

Parada para comer en la propia residencia.

Por la tarde planificamos un nuevo circuito dentro de la planta COVID que incluya las habitaciones de los residentes precovid positivados y retocamos el circuito en uso de la otra planta.

Durante nuestro trabajo encontramos informaciones contradictorias entre el personal y la dirección del centro y oposición generalizada al desarrollo de nuestro trabajo.

Explicamos tanto al personal como a la dirección que no solamente se trata de marcar circuitos o diferencias zonas limpias de sucias sino que se debe tomar la residencia como un todo para evitar mezclar y cruzar las zonas limpias y sucias observando entradas y salidas de material o movimientos del personal por la residencia.

Ante la oposición generalizada de la residencia, tanto trabajadores como dirección, a efectuar nuestro trabajo, advertimos y abandonamos la residencia después de plantear el circuito hasta que se pacten previamente qué medidas aplicar en el establecimiento.

A continuación, reunimos los problemas detectados.

##### ▲ Dirección:

1. La directora tiene categorizado al personal según la clasificación de los residentes recogido en un protocolo del ERA que desconocemos. Esta situación fuerza a una reestructuración de la plantilla y los turnos diurnos para que sea siempre el mismo personal el que trabaje con los residentes positivos. El personal de noche sí es el mismo.
2. Beatriz insiste en que la residencia está diferenciada en dos, parte frontal mayoritariamente positiva y parte trasera mayoritariamente negativa. Ambas zonas están separadas por físicamente por puertas cortafuegos. Nos insiste en mantener las dos zonas de la residencia diferenciadas "después del rompecabezas de cuadrar al personal" para cumplir con lo dispuesto en el protocolo referido en el punto uno.

Explicamos que la división no es tal al compartir los servicios de cocina y lavandería, con el consiguiente material limpio y sucio generado movido entre ambas zonas; y personal, enfermeras, limpiadoras, fisioterapeuta...

3. Dice la directora que es estricta en el cumplimiento de la división del personal. Las enfermeras no están entrando en la planta COVID (luego dice que están exentas por ser personas de riesgo), ni el empleado de mantenimiento. Observamos sin embargo que otro personal sí rota por todo el edificio, dice desconocer cómo manejarlo.

### ▲ Personal

1. En general, el personal no está dispuesto a asumir tareas que no corresponden a su categoría profesional, sin embargo el encargo de la directora es que entren en la zona COVID las mínimas personas. Escuchamos quejas de todas las partes.
2. El personal de limpieza, hostelería, mantenimiento y recepción pertenece a una contrata que tiene su propia normativa y protocolos. No está presente en nuestra visita ningún trabajador ni representante de estas contratas por lo que desconocemos su proceder (la directora y el personal nos da información contradictoria). Entendemos a la directora que no se puede inmiscuir ni tiene autoridad sobre dichos trabajadores.
3. Observamos que las limpiadoras, aunque usan equipos de protección al entrar a la zona COVID, no son únicas para dicha zona y que no están formadas específicamente. Al no ser únicas, la disponibilidad no es constante en la planta, unido a que las auxiliares en principio no asumirían nada que no les correspondiera, consideramos que existe riesgo de que se acumule material contaminado en la planta. Observamos también en ese sentido que las limpiadoras manejan material de desecho sin protección (roces con bolsas de basuras sin bata desechable, utilizar el ascensor a la vez que ese material...)
4. Las camareras, aunque son siempre las mismas para cada sector del edificio, entran en la cocina libremente con la misma ropa. Usan manga francesa que impide el lavado del antebrazo.
5. Desconocemos la pauta de lavado de los uniformes del personal de la contrata.
6. El trabajador de mantenimiento dispone de un ascensor etiquetado como sucio sin notificar su uso. Ni a la limpiadora para que lo mantenga limpio ni a las auxiliares, que lo usan para transportar comida.
7. La directora nos da información contradictoria en cuanto al trabajo de la fisioterapeuta. No aclara si está usando el gimnasio, si va por las habitaciones...
8. Las auxiliares no tienen claro qué tareas desempeñar. Alguna comenta que desconocen su cartelera de trabajo inmediata.

### ▲ Formación

1. El personal no tiene los conceptos claros y, además, recibe información contradictoria en cuanto al trato a residentes COVID+.
2. Están usando gorros de tela o asimilando como tal calzas de plástico o bragas desechables. No tienen pauta de uso ni supervisión en un sentido u otro.
3. Algunas trabajadoras piden más formación o formación específica. Se quejan también de que la información no se transmite, que tienen que adivinar cómo trabajar cada vez que hay un cambio en las medidas COVID.
4. No nos consta que los trabajadores de las contratas hayan recibido ningún tipo de formación.

### ▲ Medidas anti COVID

1. En el sector trasero, predominantemente negativo, no están cerradas las zonas comunes. Encontramos a trabajadoras compartiendo espacio con los residentes, que no mantienen siempre la mascarilla.
2. La directora y otro personal se desplaza por toda la residencia con ropa de calle.
3. Proliferación de carteles, incluso con información contradictoria, por todas las paredes.
4. Varios cubos de basura y de ropa plana en la planta COVID, información contradictoria sobre su uso, recogida y salida de la planta.
5. Habilitación de zonas de descanso del personal en almacenes de limpio o en zonas con contacto con residentes.

### ▲ Circuitos

1. Los circuitos marcados originales se mantienen, en principio, pero hay personal que desconoce su significado.
2. Se está usando un ascensor solamente para la planta positiva y otro para el resto, pero observamos que en la práctica no hay control sobre ello, tampoco podemos asegurar la limpieza entre un uso y otro. Al indicar usar uno solamente para subir y otro para bajar, independientemente de su destino, nos dicen que no es posible porque uno no está programado para bajar hasta el sótano. Al final aparece una llave.
3. Al tener en el sótano un centro social cerrado, los carros, la basura y el personal de hostelería atraviesa la cocina hacia la salida.
4. No hay zonas acotadas en la residencia, el personal deambula libremente por toda ella independientemente de su planta de trabajo, incluso se juntan en la cafetería para comer. La directora duda o muestra su oposición para acotar.
5. El personal entra a la residencia por cualquiera de las puertas hacia los vestuarios.
6. Las basuras salen a la calle por una puerta que se encuentra en un almacén de comida.
7. La comida es subida a la planta COVID en un carro que se queda en zona limpia o que no sale del ascensor, siendo las bandejas trasladadas a una mesa en el límite de la zona.

Las trabajadoras que están en zona sucia salen a coger las bandejas, que reparten una a una por toda la planta. Advertimos de lo peligroso de la operación, por riesgo de cruces limpio/sucio y por seguridad de las trabajadoras, y en efecto, una trabajadora refiere que se le cayó la comida encima durante el reparto por lo endeble de la vajilla desechable. Oposición de otras trabajadoras a repartir con el carro.

Todos los problemas detectados fueron comunicados tanto a las trabajadoras del ERA como a la dirección, y en mayor o menor medida, la respuesta fue de oposición manifiesta. No mantuvimos contacto con trabajadores de las contratas, más allá de la notificación o corrección de una situación en particular.

Explicamos a todas las partes la necesidad de adoptar medidas más allá de los circuitos y la necesidad de corregir los problemas descritos, y entendemos nuestro trabajo como incompleto, pero ante tal oposición, optamos por esperar a que se pacten las medidas o clarifique el trabajo a desempeñar.

**▲ 15 de diciembre de 2020 (Mónica Lago Bermúdez).****Contacto telefónico**

Hablo con Beatriz, la directora.

Ya han pasado 14 días desde los últimos positivos (2 residentes PCR positivos el 30 de noviembre) y están pendientes de resultado de cribado; si sale negativo podemos comenzar con la desescalada.

**▲ 16 de diciembre de 2020 (Mónica Lago Bermúdez)****Visita presencial**

Acudo a la residencia y me entrevisto con Beatriz.

Quedan cuatro residentes positivos, del 30 de noviembre, que tienen un cribado del día 15 de diciembre con una PCR negativa y una serología IgM+ e IgG+, menos una residente que es IgM+ e IgG inhibida y que, a falta de más datos, deduzco repetirán.

Último trabajador positivo el 5 de diciembre. Pendiente de resultado del último cribado.

Consensuamos flexibilizar las medidas de aislamiento en las zonas limpias, manteniendo los grupos de convivencia estable estancos, con pequeños paseos dentro de sus pasillos, manteniendo las medidas de seguridad e higiene, acompañados de personal, de forma organizada de uno en uno, para no prolongar la inmovilidad innecesariamente; si todo va según lo previsto, se pueden planificar las comidas en los distintos comedores, manteniendo las medidas de seguridad e higiene, en las fechas claves de la navidad.

**▲ 17 de diciembre de 2020 (Mónica Lago Bermúdez)****Contacto Telefónico**

Resultados de los cribados: queda una residente PCR + e IgG+ (se repetirá PCR) y otra residente PCR – e IgG – (repetirá serología); mantenemos circuito hasta el resultado del cribado del día 21.

▲ 21 de diciembre de 2020 (Mónica Lago Bermúdez)

**Contacto Telefónico**

Resuelvo dudas con respecto a la vacunación COVID.

▲ 22 de diciembre de 2020 (Mónica Lago Bermúdez)

**Contacto Telefónico**

Resultado del último cribado:

- ▶ Repetir PCR de la residente (se repite hoy).
- ▶ Repetir Serología de la residente Aurora DÍaz Noval (sigue en zona gris de IgG). Se hará el próximo día 28 de diciembre.

▲ 5 de enero de 2121 (Mónica Lago Bermúdez)

**Visita Presencial**

Se realiza vacunación a los trabajadores y residentes con la primera dosis de la vacuna de Pfizer- BioNTech COVID-19 sin incidencias.

▲ 13 de Enero de 2021 (Julián D)

**Visita Presencial**

**Situación epidemiológica actual | residente dx el 10/1**

10 residentes dx el 12/1

Todos los residentes positivos se localizan en el mismo "sector" del centro residencial

Soy recibido por Beatriz (directora) y Sandra (enfermera), me explican la situación in situ y sobre los planos del edificio. La principal dificultad que me exponen es en relación a que entre los residentes de la zona que se va a sectorizar tres de ellos precisan de vigilancia estrecha y una de ellas es deambulante, me comentan además que el personal es reacio a entrar en la zona a realizar las labores de vigilancia.

### ▲ Sectorización

1. Se realiza una demarcación mediante cinta adhesiva de la zona limpia y zona contaminada aprovechando las propias puertas cortafuegos de la planta. Se habilita además un descanso limpio así como una habitación libre para que el personal pueda ducharse al finalizar el turno si así lo considera oportuno.
2. Se establece una zona para colocación del EPI, los materiales se dejan dispuestos por orden de colocación, en una mesa que estará dedicada exclusivamente al material EPI.
3. Dentro de la zona Covid, se realiza una reorganización de todo el mobiliario que hay en la sala común, así como de material EPI que se encontraba dentro de la zona Covid ( la mesa de aislamiento estaba montada dentro de la misma zona).
4. Con respecto a los tres residentes que precisan de vigilancia estrecha se acuerda:
  - ▶ Traslado de la residente con necesidad de deambulación a una habitación que dispone de avisador de apertura de puerta y que está separada del resto de habitaciones evitando así a deambulación por delante de estas habitaciones, se habilita además una zona de deambulación específica para esta residente aprovechando el mobiliario de la zona común (ver foto en anexos). La residente que se encontraba previamente en esta habitación es una residente que por el momento es negativa, se traslada a otra habitación vacía en la que no ha habido positivos dentro del mismo sector.
  - ▶ Se habilita además en la zona común del sector una “zona de vigilancia” para el personal que deba realizar la vigilancia estrecha de estos residentes, dicha zona se encuentra separada de las habitaciones de residentes y situada junto a una ventana, en todo caso esta zona se debe seguir considerando contaminada. Se insiste durante la visita, tanto a dirección, enfermería y gerocultoras, de la importancia de ser estrictos con las medidas, y especialmente con el proceder en esta “zona de vigilancia”. En dicha zona, acudirán una vez realizadas las tareas principales, alimentación, aseos, etc. Y siempre con un EPI limpio, que se colocaran en la zona habitual demarcada en la entrada del sector. La estancia en esta zona será el mínimo necesario para el correcto cuidado y vigilancia de estos residentes, y se realiza con rotaciones entre el personal asignado en el turno a este sector para minimizar la exposición.
5. Se reorganiza la multitud de material y carros que hay en la zona contaminada y se recomienda la utilización de dos carros o contenedores según disponibilidad, uno para los residuos y otro para la ropa de los residentes, el contenido de dichos contenedores se vaciará el mínimo número de ocasiones posibles previa desinfección del mismo, y se utilizará el circuito establecido para la eliminación de los mismos.
6. Se demarca el ascensor para que este sea utilizado como ascensor sucio, para evacuación de residuos y ropa sucia de la zona.
7. Se despejan los pasillos y zonas comunes de la zona contaminada objetos innecesarios, debido a la alta probabilidad de que actúen como fómites.
8. Se procede al cierre de zonas comunes en la zona, en otros sectores se continuará con rutina habitual, insisto en que la sectorización por puertas cortafuegos no es una sectorización real y que lo ideal sería que todos los sectores estuvieran en sus habitaciones y comieran en las mismas.

### ▲ Circuitos

El circuito de la comida queda establecido del siguiente modo.

1. La comida se prepara en cocina por personal ajeno a labores asistenciales y es llevado a la zona mediante ascensor limpio que se comparte con otro sector
2. Se utilizará vajilla desechable.

El circuito de la ropa sucia queda establecido del siguiente modo

Se utilizará triple bolsa, el carro a utilizar es un carro limpio que es introducido en el ascensor para este propósito, una vez que se haya depositado las bolsas de ropa sucia pasará a ser considerado como contaminado y precisará desinfección del recorrido seguido por el mismo hasta la lavandería así como del ascensor utilizado. El carro se bajará hasta la planta principal y de ahí se llevará a la lavandería que se encuentra en la planta principal, tras la salida del carro de esta zona, debe desinfectarse tanto el ascensor como el recorrido seguido por el mismo, así como el carro cuando se deposite la ropa en la lavandería. Las salidas de los carros de la ropa sucia serán las mínimas posibles, garantizando en todo caso la seguridad de los empleados encargados de su transporte.

El circuito de eliminación de residuos queda dispuesto de la siguiente manera

Se utilizará, al igual que para la ropa sucia, triple bolsa y carro, utilizarán el ascensor sucio, que llevará el carro hasta el sótano en el cual el personal encargado de la eliminación del mismo seguirá el recorrido demarcado a través del centro de día (clausurado) para eliminación de los mismos en el exterior; se insiste en que tanto el ascensor como el recorrido seguido por el carro deben ser desinfectados de forma minuciosa, la misma operación se realizará con el carro. Las salidas de los carros de los residuos serán las mínimas posibles, garantizando en todo caso la seguridad de los empleados encargados de su transporte.

### ▲ Personal y tareas

1. Desde la dirección se tratará de reorganizar carteleras para evitar la rotación del personal que trabaje en este sector por otros sectores.
2. En general, se observa que el personal cumple con las medidas higiénicas de prevención, se detecta alguna carencia puntual. Se realiza formación in situ a cinco trabajadoras, enfermería y dirección para el manejo de EPI, circuitos, etc.
3. No parece existir problema aparente por parte del personal cuidador para entrar en la "zona de vigilancia" y realizar la supervisión de estos pacientes, en todo caso, será la dirección del centro la encargada de que los empleados cumplan con sus obligaciones laborales.
4. Se reorganizan las tareas por tramos horarios para evitar la exposición del trabajador durante periodos de tiempo prolongados, de tal manera, que se reduzcan las entradas a las habitaciones de los residentes positivos a la realización de las tareas básicas, priorizando el cuidado del residente y la seguridad del trabajador.
5. Dado que en el sector hay tres residentes que precisan de vigilancia estrecha, se debe ser muy estrictos con las medidas implantadas para estar en la "zona de vigilancia".

### ▲ Formación

Como se refleja anteriormente, se realiza formación in situ a seis trabajadoras, enfermería y dirección en:

- ▶ Conceptos de limpio y sucio
- ▶ Circuitos establecidos y su funcionamiento
- ▶ Reagrupación / reorganización de tareas
- ▶ Medidas higiénicas anticovid
- ▶ Manejo de EPIs
- ▶ Resolución de dudas varias

Explico formas de contacto y ofrezco disponibilidad. Plan: Próximo cribado de residentes el 17/1

### ▲ 14 de enero de 2021 (Mónica Lago Bermúdez)

#### Visita Presencial

Acudo a la residencia, donde acompañada por la directora Ana, recorreremos el circuito, revisamos formación, y resolvemos dudas.

Impresiona buena dinámica de trabajo y respeto por los circuitos.

El personal está implicado y motivado salvo una auxiliar de clínica que aunque refieren ser muy trabajadora mantiene hábitos de trabajo obsoletos e inadecuados para la situación actual, ignorando las normas establecidas y rompiendo el circuito limpio-sucio (ponerse varios EPIs encima, llevar varios guantes puestos que usa constantemente aunque no realice ninguna tarea...); la directora ya lo ha puesto en conocimiento del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales; los problemas con ella ya vienen de antes.

Se establece un horario de salida al jardín exterior de dos residentes fumadores, con deterioro cognitivo, acompañados por personal, y bajo vigilancia constante, porque lo estaban realizando a escondidas en las habitaciones con el consiguiente riesgo para el resto de los residentes y trabajadores. Ambos tienen PCR negativa y se encuentran en un sector de la residencia considerada limpia por no haber ningún caso positivo en ella. Se adaptará la situación según las circunstancias vayan cambiando.

### ▲ 26 de enero de 2021 (Mónica Lago Bermúdez)

#### Visita Presencial

ASe realiza vacunación a los trabajadores y residentes negativos con la segunda dosis de la vacuna de Pfizer-BioNTech COVID-19 sin incidencias.



## 5. ANEXOS

- Planos de la residencia:





Fotos 1 de diciembre de 2020

Primer circuito que tenían marcado (entrada y zona de puesta de EPIs):



Zona de salida (retirada de EPI):



Circuito nuevo establecido el 1 de diciembre:

Entrada:



Salida:



Formación I3/I



“zona de vigilancia” establecida el I3/I



Zona de deambulación controlada en zona Covid



## 12.4 Actualización de las variantes SARS-CoV-2 en España. 20 enero 2023.

### Variantes de SARS-CoV-2 en España: linaje XBB.1.5 de Ómicron

12ª actualización, 20 de enero de 2023

#### Resumen de la situación y conclusiones

En Estados Unidos se ha detectado un rápido incremento en el porcentaje de casos causados por el linaje XBB.1.5 que, de acuerdo con las estimaciones del CDC (Centro de Control de Enfermedades), habría pasado de un 18% en la última semana de 2022 a un 43% en la segunda semana de 2023. En Europa, el porcentaje de casos en la última semana de 2022 se encuentra por debajo del 2,5% y en España, hasta la fecha, sólo se han notificado a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) 4 casos.

El linaje XBB.1.5 procede evolutivamente de XBB.1 que, a su vez, procede de XBB, un linaje recombinante de dos linajes descendientes de BA.2. Este linaje presenta una capacidad de evadir la acción de los anticuerpos similar a la de XBB.1 y XBB pero presenta una mayor capacidad de unión al receptor ACE2 (lo que podría relacionarse con una mayor transmisibilidad en comparación con los linajes de los cuales procede). No existen evidencias de una mayor gravedad en los casos infectados por XBB.1.5 ni estudios específicos sobre la efectividad vacunal.

Dada la ventaja en el ritmo de crecimiento observada en Estados Unidos y algunos países europeos, no es descartable que este linaje acabe desplazando a los linajes que predominan actualmente en España y otros países europeos (BQ.1.1 y linajes derivados). Sin embargo, no existen evidencias que indiquen que este desplazamiento vaya a contribuir a un aumento en la incidencia ni en la gravedad de los casos. Además, el grado de protección frente a infección grave de la población española es muy alto, debido tanto a la vacunación como a infecciones previas. Por estos motivos, el riesgo asociado a este linaje en comparación con los linajes que dominan en la actualidad se considera bajo, aunque los datos disponibles en estos momentos son todavía escasos y proceden mayoritariamente de un solo país.

Se recomienda mantener y reforzar la vigilancia genómica de SARS-CoV-2, continuar avanzando en la vacunación de acuerdo con los criterios establecidos en la Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España y mantener las medidas de prevención y control no farmacológicas en situaciones y ámbitos con población más vulnerable.

### Justificación de la actualización de la evaluación de riesgo

Desde la última actualización, el linaje BQ.1.1 se ha convertido en el dominante hasta ahora en Estados Unidos, así como en España y en el resto de países europeos. Sin embargo, la frecuencia del linaje XBB.1.5 está creciendo rápidamente en Estados Unidos, desplazando a BQ.1.1. XBB.1.5, con una posible mayor capacidad de transmisión que sus linajes parentales, podría desplazar a BQ.1.1 y convertirse en el linaje dominante.

### Aportaciones de las actualizaciones previas de esta evaluación de riesgo

<b>20.01.2021</b>	Notificación por parte de Reino Unido de una nueva variante de SARS- CoV-2 (VOC B.1.1.7) asociada a una mayor transmisibilidad.
<b>26.01.2021</b>	Nuevas evidencias epidemiológicas acerca de la mayor virulencia y letalidad de VOC B.1.1.7 y también incorpora los estudios de la capacidad neutralizante de los anticuerpos frente a la variante.
<b>04.03.2021</b>	Nuevos datos epidemiológicos en nuestro país, nuevas evidencias científicas de la asociación de las variantes que contengan la mutación E484K, con la reducción a la acción de la inmunidad adquirida de forma natural o tras la vacunación con algunas vacunas.
<b>07.06.2021</b>	Situación epidemiológica muy diferente, con predominio de la variante Alfa (B.1.1.7), desarrollo importante de la integración de la secuenciación genómica en la vigilancia de COVID-19, nuevas evidencias respecto a la variante Delta con expansión en India y Reino Unido y el nuevo sistema de nomenclatura de la OMS.
<b>06.08.2021</b>	Aumento muy importante de la variante Delta y descenso significativo de la variante Alfa. Importante progreso de la cobertura vacunal acompañado de un aumento de la incidencia sobre todo a expensas de niños y jóvenes, aún no vacunados.
<b>30.11.2021</b>	Hegemonía casi total de la circulación de la variante Delta con altas coberturas vacunales poblacionales. Declaración por parte de la OMS y el ECDC el día 26.11.2021 de una nueva VOC denominada Ómicron, con una alta transmisibilidad.
<b>03.12.2021</b>	Actualización de casos de Ómicron detectados a nivel nacional e internacional. Primeras evidencias de escape inmunitario.
<b>21.12.2021</b>	Expansión rápida de Ómicron a nivel nacional; evidencias de enfermedad menos grave.
<b>18.01.2022</b>	Predominio de Ómicron en España junto con un aumento muy importante de la incidencia. Nuevas evidencias de mayor transmisibilidad y escape inmune así como de una menor asociación con cuadros graves.
<b>11.03.2022</b>	Expansión del linaje BA.2, con un gran número de diferencias en el perfil de mutaciones respecto a BA.1 y ventaja de crecimiento en varios países.
<b>28.06.2022</b>	Mayor ventaja de crecimiento de BA.2.12.1, BA.4 y BA.5 sobre BA.2, sin asociarse mayor gravedad de los casos. BA.5 con mayor ritmo de expansión.

## Equipo CCAES y expertos consultados

**Equipo CCAES (orden alfabético):** Esteban Aznar Cano, Juan Antonio del Castillo Polo (médico residente), Mónica Fernández Gorostiza, Lucía García San Miguel Rodríguez-Alarcón, Elena Vanessa Martínez Sánchez, Francisco David Rodríguez Cabrera, Patricia Alejandra Santágeda Balader, María José Sierra Moros (CIBER de Enfermedades Infecciosas), Fernando Simón Soria (CIBER en Epidemiología y Salud Pública).

## Otros expertos y filiación:

- ▲ **Centro Nacional de Microbiología, Laboratorio de Virus Respiratorios y Gripe:** Inmaculada Casas, Francisco Pozo, María Iglesias-Caballero, Sonia Vázquez-Morón. CIBER en Epidemiología y Salud Pública. Coordinación de la Red de Laboratorios de Secuenciación Genómica (RELECOV).
- ▲ **Centro Nacional de Epidemiología:** Amparo Larrauri, Concha Delgado, Jesús Oliva, Susana Monge. CIBER en Epidemiología y Salud Pública. CIBER en Enfermedades Infecciosas.
- ▲ **Instituto de Biomedicina de Valencia:** (CSIC). Iñaki Comas Espadas. CIBER en Epidemiología y Salud Pública. Coordinador de la Plataforma (PTI) Salud Global del CSIC.
- ▲ **Universidad de Valencia y FISABIO:** (Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana). Fernando González Candelas. CIBER en Epidemiología y Salud Pública. Consorcio SeqCOVID.
- ▲ **Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral.** Ministerio de Sanidad: Margarita Palau Miguel, Covadonga Caballo Dieguez.
- ▲ **Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico:** Alejandra Puig Infante, Cristina Gonzalez Ruano, Javier Sanchez Martinez.

**Citación sugerida:** Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. SARS-CoV-2 en España: linaje XBB.1.5 de Ómicron. Evaluación Rápida de Riesgo, 12ª actualización, 20 de enero de 2023.

## Introducción

A lo largo del curso de la pandemia se han descrito numerosas variantes del SARS-CoV-2 que muestran diferencias genéticas con la secuencia original del virus. Algunas mutaciones parecen haber surgido de manera independiente en distintas variantes, lo que podría indicar que confieren alguna ventaja adaptativa. Las diferentes mutaciones presentes en las variantes pueden generar un mayor impacto en la salud pública a través de varios aspectos (1):

- ▲ Aumento en la transmisibilidad
- ▲ Aumento en la gravedad de la infección y/o letalidad.
- ▲ Descenso en la efectividad de la respuesta inmune natural o producida por vacunas.
- ▲ Reducción de la capacidad diagnóstica de las pruebas disponibles.
- ▲ Descenso de la efectividad de los tratamientos.

Desde el punto de vista de la vigilancia se consideran variantes de preocupación para la salud pública (VOC, por sus siglas en inglés, *Variant of Concern*) aquellas que pueden tener un impacto significativo en la situación epidemiológica de nuestro país y para las que existen evidencias de un incremento en la transmisibilidad, la gravedad y/o el escape a la respuesta inmune. Se consideran variantes de interés (VOI, por sus siglas en inglés, *Variant of Interest*) aquellas que, con una probabilidad menor, podrían también tener un impacto en la situación epidemiológica en España o para las que existen indicios de un incremento en la transmisibilidad, la gravedad y/o el escape a la respuesta inmune con un grado menor de certeza.

Desde la designación de Ómicron como variante de preocupación, no han aparecido nuevas variantes designadas en esta categoría. No obstante, los linajes de Ómicron se han diversificado en una gran variedad de sublinajes, algunos de los cuales se han ido sucediendo temporalmente como linajes dominantes con algunas diferencias entre distintas localizaciones geográficas.

En España, la Estrategia de vigilancia y control frente a COVID-19 tras la fase aguda de la pandemia establece los objetivos y la estrategia de vigilancia de las variantes del virus a través de la Red de Laboratorios de Secuenciación de SARS-CoV-2 (RELECOV) (2). La información generada por esta Red es complementada por la información derivada de la secuenciación dentro del sistema centinela de infección respiratoria (SIViRA), así como por diferentes proyectos de vigilancia en aguas residuales. El conjunto de estos sistemas permite la vigilancia integral tanto de las variantes conocidas como de las de nueva aparición que puedan representar un aumento del riesgo.

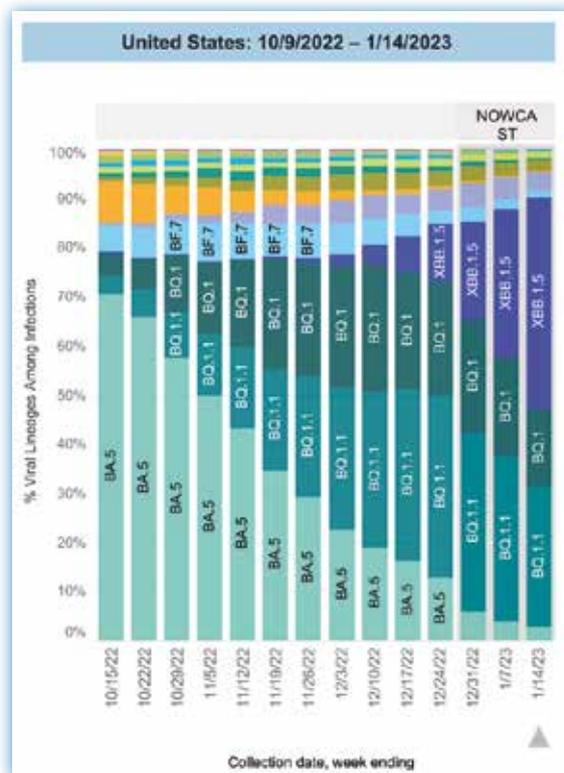
Actualmente, la vigilancia se centra en los casos en la población más vulnerable. En este contexto, la monitorización de la incidencia acumulada a 14 días en personas de 60 o más años se encuentra en un periodo estable desde el noviembre de 2022 y se sitúa en 124,52 casos por 100.000 habitantes a fecha de 11 de enero de 2023. El elevado número de casos registrados desde el inicio de la pandemia (más de doce millones) y las elevadas coberturas vacunales (más del 89% de las personas mayores de 5 años con pauta completa y, en los mayores de 60 años, más del 90% con alguna dosis de recuerdo y más del 56% con dos dosis de recuerdo) indican un elevado nivel de protección inmune en la población, especialmente frente a la enfermedad grave (3,4). Además, los últimos datos disponibles sobre la eficacia vacunal frente a hospitalización y defunción confirman que ésta se mantiene en niveles altos, especialmente entre los grupos de edad más avanzada (5).

La información epidemiológica sobre las variantes obtenida a través de RELECOV se actualiza periódicamente y puede ser consultada en este enlace: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm>.

### Descripción del evento

En un contexto de dominancia por el linaje BQ.1.1 y derivados, el linaje XBB.1.5 ha aumentado su frecuencia rápidamente en las últimas semanas en distintas localizaciones geográficas, destacando Estados Unidos donde ha aumentado rápidamente, especialmente en los estados del noreste del país (6). Los primeros casos se detectaron en este país en octubre de 2022. Desde entonces el porcentaje observado de casos por el linaje XBB.1.5 ha ido aumentando hasta el 11,8% en la semana 51 (18 a 24 de diciembre). Teniendo en cuenta la proporción observada y el ritmo de crecimiento, el CDC de Estados Unidos estima, mediante modelos de nowcasting, una proporción del 43% en la segunda semana de 2023 (8 a 14 de enero) (figura 1).

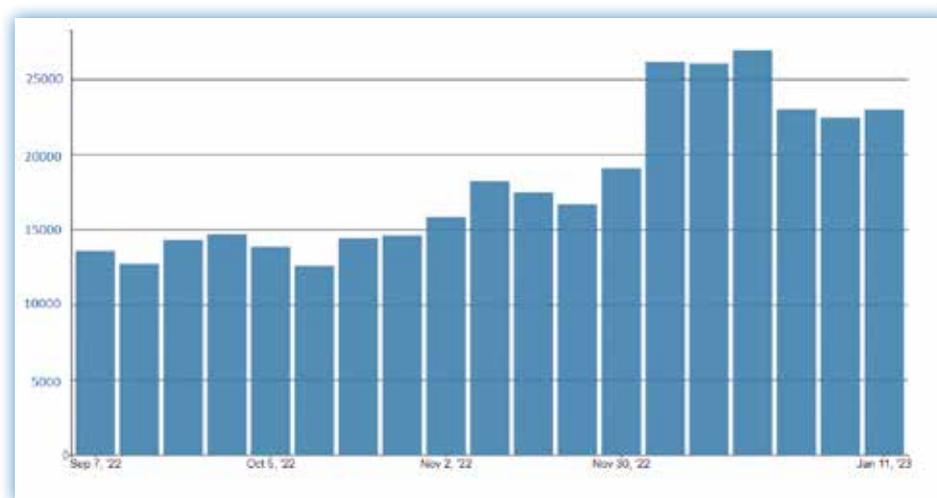
**Figura 1.** Evolución del porcentaje estimado de los diferentes linajes de Ómicron en Estados Unidos, desde el 15 de octubre de 2022 hasta el 14 de enero de 2023.



Fuente: COVID Data Tracker, CDC. Disponible en <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#variant-proportions>

En Estados Unidos, no parece existir una relación directa entre el aumento en la proporción de XBB.1.5 y la incidencia de COVID-19. A principio de diciembre se observó un aumento moderado de casos semanales y, desde entonces, la incidencia se ha mantenido estable, por encima de lo observado en las últimas semanas de noviembre (Figura 2).

**Figura 2.** Número de casos semanales en Estados Unidos desde la semana epidemiológica 36 de 2022 hasta la semana epidemiológica 1 de 2023.



Fuente: COVID Data Tracker, CDC (6).

## Características microbiológicas

XBB.1.5 es un linaje detectado por primera vez en Estados Unidos en octubre de 2022, que difiere de XBB por una mutación en la espícula F486P. XBB es un recombinante de BA.2.10.1 y BA.2.75 que se hizo dominante en el último trimestre de 2022 en países como India o Singapur. Sin embargo, este linaje no se ha asociado a un porcentaje significativo de casos en la mayoría de países europeos, incluido España. Tanto XBB como XBB.1 mostraban ya alto grado de escape a la acción de los anticuerpos y habían llegado a predominar en algunos países. Sin embargo, XBB.1.5 parece tener una mayor capacidad de transmisión que sus linajes parentales debido probablemente a la mutación en la posición 486. Mientras XBB y XBB.1 mostraban la mutación F486S, que favorece el escape inmune pero interfiere con la unión al receptor, la mutación F486P presente en XBB.1.5 confiere escape inmune sin afectar a la unión al receptor (7).

## Ventaja de crecimiento

La ventaja de crecimiento depende de factores como la capacidad de escape a la respuesta inmune, la transmisibilidad intrínseca, el tiempo de generación o el periodo de transmisibilidad, aunque también puede verse afectada por otros factores epidemiológicos como eventos superdiseminadores o el efecto fundador. Por otro lado, la mayoría de las estimaciones del ritmo de crecimiento se hacen en base al número de secuencias de un determinado linaje depositadas en la base de datos de GISAID y pueden verse afectadas por sesgos de representatividad en la selección de muestras; es habitual que las muestras de un determinado linaje sujeto a mayor atención se encuentren sobrerrepresentadas en las primeras semanas. Además, los cálculos hechos cuando el número de secuencias es pequeño y un linaje está al inicio de su expansión, están sujetos a un amplio margen de error.

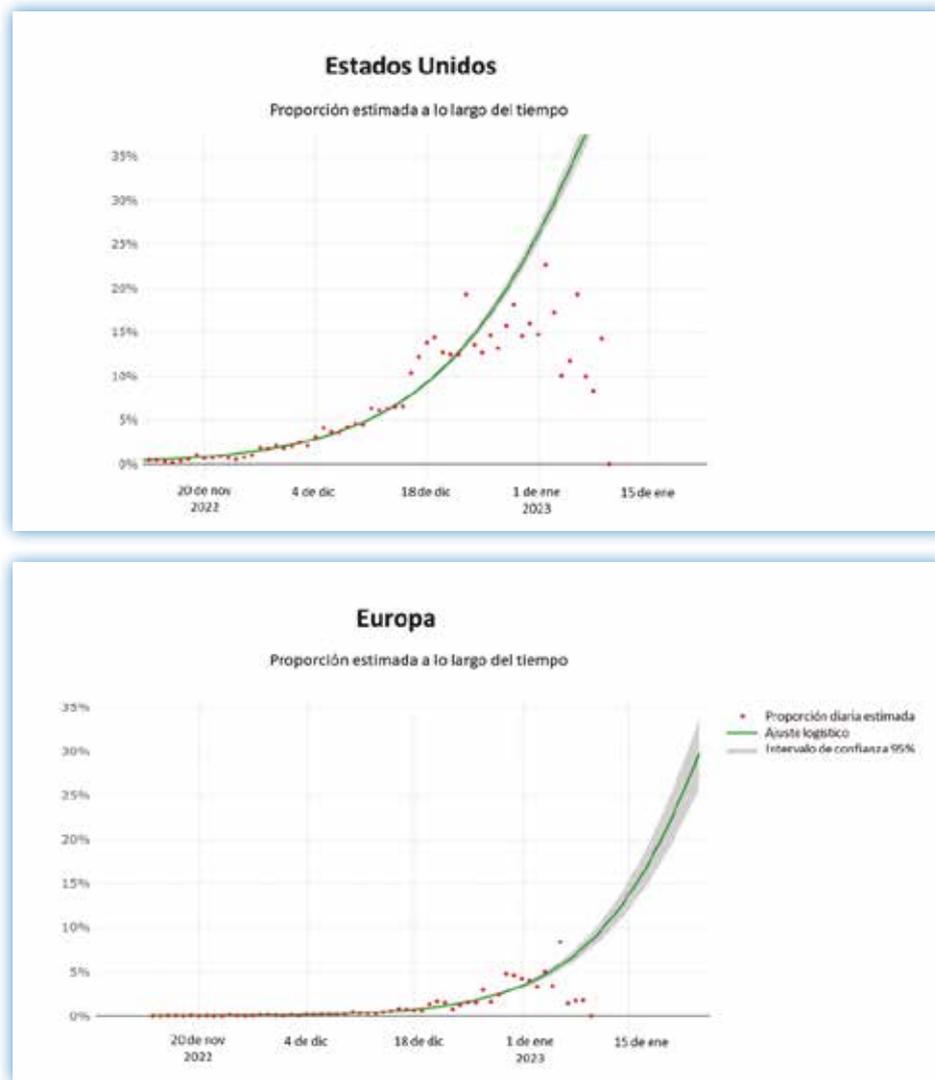
Es probable que la ventaja de crecimiento no sea uniforme en diferentes países dadas las diferencias en el historial inmunológico acumulado a lo largo de la pandemia, el número de interacciones sociales, las diferencias en la vigilancia y otros factores.

En Estados Unidos, donde se detecta este linaje actualmente en mayor proporción, la ventaja de crecimiento de XBB.1.5 en este momento es, aproximadamente, del 12% (95%IC 11-13%) comparado con otras variantes circulantes (8). Y en Reino Unido, el último informe de la UKHSA (United Kingdom Health Security Agency), estima un ritmo re-

lativo de crecimiento del 38,87% (IC 95%: 32,2 a 45,63) para XBB.1.5 en comparación con el linaje dominante, BQ.1.1 (9).

De acuerdo con las estimaciones realizadas por la COVSpectrum a partir de las secuencias depositadas en GISAID, el ritmo de crecimiento a fecha de 9 de enero de 2023 es del 88% semanal (IC 95%: 85-91%) en EE.UU. y del 116% semanal (IC 95%: 108-124%) en Europa (figura 3). Hay que tener en cuenta que estas estimaciones están basadas en el número de secuencias depositadas en GISAID que no son representativas de la prevalencia de cada uno de los linajes.

**Figura 3.** Proporción estimada de casos de XBB.1.5 a lo largo del tiempo en Estados Unidos y Europa



Fuente: modificado de CoV-Spectrum ([cov-spectrum.org](http://cov-spectrum.org)).

Teniendo en cuenta que los datos sobre el grado de escape a la capacidad de neutralización de los anticuerpos muestran escasas diferencias, es plausible que la ventaja de crecimiento de XBB.1.5 en comparación con sus linajes parentales, XBB y XBB.1, se deba a la mayor afinidad por el receptor que, a su vez, se relaciona con una mayor transmisibilidad intrínseca (7), posiblemente derivada de la adquisición de la mutación F486P (10).

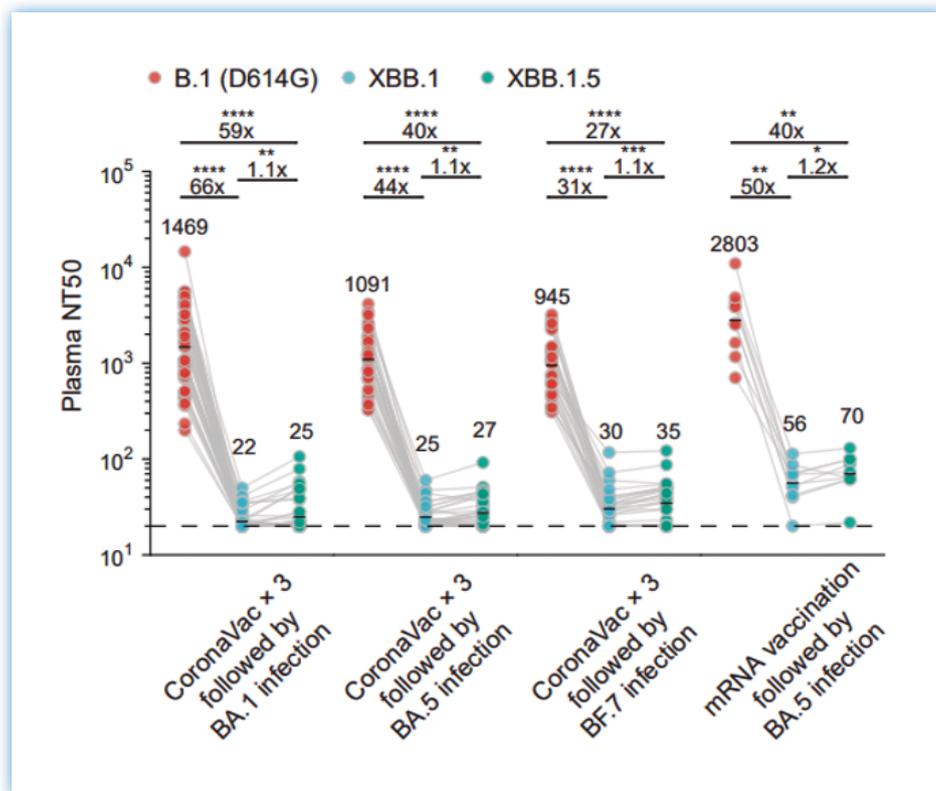
## Influencia sobre las técnicas diagnósticas

La mayor parte de las mutaciones en SARS-CoV-2 se producen en el gen de la proteína S. Esto hace poco probable que, tanto las pruebas de detección de antígeno (que, en su mayoría detectan la proteína N) como las técnicas de PCR (que utilizan múltiples dianas), pierdan la capacidad de detectar el virus ante la aparición de nuevas variantes. No se dispone de estudios específicos para el linaje XBB.1.5. Sin embargo, los análisis *in silico* realizados por el Joint Research Center (JRC) de la Comisión Europea, muestran que ciertas técnicas de PCR podrían presentar una sensibilidad disminuida para el diagnóstico de XBB y XBB.1, (11,12).

## Capacidad de evasión de la respuesta inmune

Varios estudios *in vitro* han mostrado que las reducciones más significativas de la capacidad de los anticuerpos neutralizantes se han producido con XBB y XBB.1, demostrando un mayor escape inmune (13–17). Los primeros datos específicos respecto al linaje XBB.1.5 parecen confirmar que su capacidad de evasión es comparable a la de estos dos linajes (7,18) (Figura 4).

**Figura 4.** Títulos de anticuerpos neutralizantes en sueros de personas convalecientes de infección por BA.1, BA.5 y BF.7 tras vacunación (3 dosis de CoronaVac) y personas convalecientes de infección por BA.5 tras 3-4 dosis de vacunación (incluyendo 2 dosis de mRNA) contra pseudovirus con la proteína S de B.1, XBB.1 y XBB.1.5.



Fuente: Yue et al. (7)

A pesar de que XBB.1.5 presenta un grado de escape a la acción neutralizadora de los anticuerpos mayor que la de la mayoría de los linajes de Ómicron, las vacunas han demostrado un alto nivel de protección frente a enfermedad grave en otros linajes de esta variante (5). No existen motivos para pensar que XBB.1.5 suponga un cambio en este sentido, pero todavía no se dispone de estudios de efectividad vacunal específicos frente a este linaje.

Por último, es importante tener en cuenta que los niveles de inmunidad observados frente a un linaje pueden variar entre distintas poblaciones de acuerdo con las coberturas vacunales y ondas epidémicas previas causadas por otros linajes.

## Virulencia e Impacto

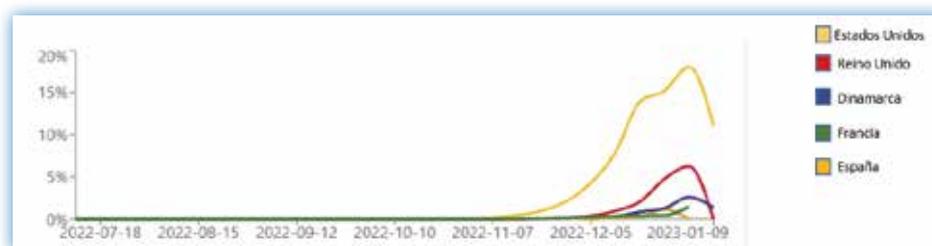
Hasta el momento no se han constatado cambios en la virulencia respecto a la observada para el linaje XBB.1.5. No existen indicios de un aumento en la proporción de casos graves respecto a otros linajes de Ómicron y no posee ninguna mutación con potencial conocido para producir cambios en la virulencia. Sin embargo, si la expansión de este linaje se asocia a un aumento en el número de casos, podría producirse un incremento proporcional en el número de los casos graves. (19).

## Situación internacional

Entre el 22 de octubre de 2022 y el 20 de enero de 2023 se han depositado 8.481 secuencias del linaje XBB.1.5 en GISAID, encontrándose en fase de expansión en varios países en todo el mundo. Esta expansión se ha producido principalmente en Estados Unidos, de donde provienen aproximadamente el 82.2% de las secuencias depositadas, así como de Reino Unido (8.1%) y Dinamarca (2.2%) (19). Asimismo, se ha encontrado en otros países de la Unión Europea: Austria, Bélgica, República Checa, Francia, Alemania, Islandia, Irlanda, Italia, Holanda, Portugal, Rumanía, Eslovenia, Suecia y España (8). En cuanto al porcentaje que este linaje representa entre el total de secuencias de GISAID depositadas por cada país, destacan igualmente Estados Unidos y Reino Unido (Figura 5). En el conjunto de países de la UE, el porcentaje no ha superado el 2,5% en las dos últimas semanas de 2022 (8).

Aunque estas cifras son poco representativas de la prevalencia real del linaje y reflejan en gran parte la capacidad de secuenciación de cada país, es evidente que XBB.1.5 ha alcanzado ya una amplia dispersión geográfica.

**Figura 5.** Evolución del porcentaje de secuencias correspondientes al linaje XBB.1.5 por país.



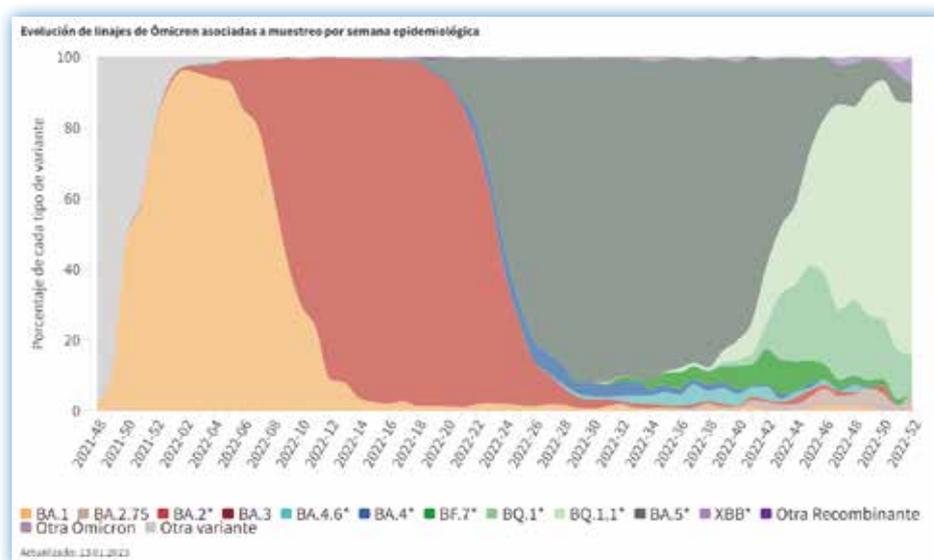
Fuente: CoV-Spectrum ([cov-spectrum.org](http://cov-spectrum.org)).

## Situación en España

En España, el linaje XBB.1.5 se ha detectado de forma puntual. Aunque a fecha de 20 de enero se encuentran 16 secuencias en la base de datos de GISAID, entre los casos con información disponible en la base de datos SiViEs de la RENAVE constan 4 correspondientes a XBB.1.5, lo que evidencia un retraso en la transmisión de la información derivada de la secuenciación. No obstante, es posible que algunas secuencias correspondientes a XBB.1.5 hayan sido erróneamente asignadas a otros linajes de XBB en caso de que algunas partes del genoma no tengan suficiente calidad o existan otros factores implicados. El escaso número de secuencias no permite hacer una estimación del ritmo de crecimiento en nuestro país.

Entre los casos secuenciados como parte de muestreo aleatorio, que ajusta el conocimiento de la prevalencia de cada linaje, no se ha notificado ningún caso hasta la semana 52 de 2022, última semana con un número de casos suficientes como para estimar la prevalencia (Figura 6).

**Figura 6.** Evolución de los linajes de Ómicron entre las semanas 48 de 2021 y 52 de 2022 (29.11.2021 a 01.01.2023) y entre el número de muestras secuenciadas seleccionadas de forma aleatoria.



Fuente: SiViEs a 13.01.2022. Datos preliminares, sujetos a modificaciones por retrasos de notificación.

Por lo que respecta al análisis de aguas residuales, las variantes predominantes detectadas mediante PCR específica siguen siendo los linajes derivados de BA.5 (20) y los resultados de la secuenciación correspondientes al mes de diciembre indican que el más frecuente es BQ.1.1. El linaje XBB.1.5 se ha detectado en una de las 54 estaciones de depuración analizadas.

## Evaluación del riesgo para España

Aunque en estos momentos la prevalencia del linaje XBB.1.5 en nuestro país es muy baja, dada la ventaja de crecimiento mostrada en diferentes localizaciones geográficas frente a otros linajes circulantes, existe una alta probabilidad de que acabe desplazando a los que actualmente predominan en España.

En cualquier caso, no existen evidencias a favor de que dicho desplazamiento implique un aumento en la incidencia, ni de que los casos debidos a este linaje presenten mayor gravedad que los del resto de linajes circulantes. En estos momentos no se dispone de información en cuanto a la virulencia de este linaje o a la efectividad de las vacunas disponibles frente al mismo. Por otra parte, el grado de protección de la población española en su conjunto frente a la infección grave, debido tanto a la vacunación como a infecciones previas, se considera alto.

Por estos motivos, el riesgo asociado a este linaje en comparación con los linajes que dominan en la actualidad se considera bajo, aunque los datos disponibles en estos momentos son todavía escasos y proceden mayoritariamente de un solo país.



# COORDINACIÓN ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

MEMORIA  
DE ACTIVIDAD  
2020-2022



Principado de  
**Asturias**

Consejería  
de Salud



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS