

GUÍA DE ACTUACIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE BROTES DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN CENTROS RESIDENCIALES DE PERSONAS VULNERABLES.

07 julio de 2023

**Documento basado en el elaborado por la Ponencia de Alertas, Planes de Preparación y Respuesta,
Aprobado por la Comisión de Salud Pública el 06 de julio de 2023, disponible en**

<https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/documentos.htm>



1. Introducción y objetivos

Los brotes de infecciones respiratorias agudas (IRAs) en centros residenciales pueden cursar con un elevado número de casos y una elevada mortalidad. Existen factores comunes que contribuyen a la propagación de la gripe, la COVID-19 y otros virus respiratorios en los centros residenciales. La actual situación de la COVID-19, con una proporción elevada de la población inmunizada frente al virus y la propagación de variantes que no se asocian a casos de mayor gravedad, permiten la consideración de la COVID como una IRA más.

Las personas vulnerables son aquellas que tienen un mayor riesgo de padecer formas graves de enfermedad debido a los problemas de salud subyacentes y/o sistemas inmunes debilitados, ya sea por la edad avanzada o por su patología subyacente. Asimismo, el elevado número de personas en un espacio cerrado aumenta el riesgo de propagación de las infecciones respiratorias.

A efectos de las recomendaciones recogidas en este documento, se entiende como centros residenciales de personas vulnerables, aquellos centros en los que residen personas mayores y/o personas con discapacidad.

El **objetivo** principal de la presente Guía es la recomendación de las medidas preventivas para evitar la aparición de brotes de IRAs y su control una vez establecidos. Como objetivo secundario se plantea complementar la vigilancia de las IRAs y recopilar información que permita evaluar las medidas de prevención y control, principalmente la vacunación.

2. Medidas generales de prevención

2.1. Medidas farmacológicas

Inmunoprofilaxis

Los centros residenciales deben hacer lo posible por promocionar el cumplimiento de las recomendaciones recogidas en los calendarios vacunales entre residentes, cuidadores habituales y trabajadores. En caso de brote de IRAs, se revisará el estado vacunal de los residentes y los trabajadores y se ofertará la vacunación a las personas no vacunadas.

2.2. Medidas no farmacológicas

a. Higiene de manos



La higiene de manos es un procedimiento clave para la prevención de la transmisión de las infecciones respiratorias agudas. Siempre debe realizarse una correcta higiene de manos, especialmente antes y después del contacto con cualquier residente que presente síntomas compatibles con infección respiratoria aguda o con su entorno. Igualmente, la higiene de manos debe llevarse a cabo antes y después del uso de guantes. **Nunca debe utilizarse un mismo par de guantes para atender a dos personas diferentes.**

Deberá disponerse de dispensadores de solución hidroalcohólica o equivalente en las zonas comunes y en el interior de las habitaciones, de forma permanente. Deberá comprobarse el correcto funcionamiento de los dispensadores y se deberá revisar y monitorizar el consumo de hidrogel.

b. Mascarillas

El uso de mascarillas es una medida de protección indispensable para reducir la transmisión de infecciones respiratorias. **Se debe asegurar la provisión y uso de mascarillas quirúrgicas o de mayor filtración (como FFP2) para el personal que atiende a personas con síntomas compatibles con infección respiratoria aguda y mascarillas quirúrgicas para las personas que padezcan síntomas.**

Las mascarillas deberán estar homologadas. Debe realizarse un uso correcto de las mismas, asegurando que ajusten bien a la cara y que la boca, la nariz y la barbilla estén siempre cubiertas y respetarse el tiempo máximo de uso, por lo general 4 horas para mascarillas quirúrgicas y 8 para FFP2, salvo que el fabricante indique lo contrario.

c. Ventilación

Debe garantizarse una adecuada ventilación en los espacios comunes, a través de la apertura de ventanas y puertas, compatible con el confort térmico. Se priorizará la ventilación a través de las propias ventanas de los espacios comunes frente a la ventilación cruzada a través de la apertura de puertas y ventanas de las habitaciones. En periodo epidémico se reforzará la renovación del aire antes y después de la realización de actividades en los espacios comunes y de visita.

En las habitaciones de los casos sospechosos y confirmados se mantendrá la puerta cerrada evitando la ventilación cruzada.

d. Limpieza y desinfección

La limpieza y desinfección es esencial para reducir la cantidad de microorganismos en las superficies y minimizar la posible transmisión de microorganismos.

La *limpieza* de superficies implica el uso de un detergente y agua tibia o toallitas con detergente para eliminar la materia orgánica, permitiendo que el desinfectante funcione.



La *desinfección* ambiental elimina la mayoría de los microorganismos mediante el uso de productos químicos específicos. La desinfección debe realizarse con productos que hayan demostrado eficacia frente a virus atendiendo a la norma UNE-EN 14476 o con un desinfectante que contenga un mínimo de 1000 ppm de cloro disponible.

La limpieza y la desinfección pueden llevarse a cabo en dos pasos consecutivos o de manera simultánea utilizando un producto que combine detergente y desinfectante. Para estos procesos, se recomienda especialmente el uso de tejidos de microfibra.

e. Visitas

Como norma general, no deben limitarse las visitas a los residentes que presenten síntomas compatibles con infección respiratoria aguda. No obstante, se recomienda que, en estos casos, tanto la persona residente como las visitantes utilicen mascarilla quirúrgica.

Por otra parte, se deben evitar en lo posible las visitas de personas sintomáticas. En el caso en que estas se produzcan, tanto el residente como la visita deberán utilizar mascarilla.

f. Cribados

No está indicada la realización de pruebas diagnósticas a personas asintomáticas, ni entre los residentes ni entre los trabajadores.

3. Medidas específicas ante casos aislados de IRAs

Ante la aparición de uno o dos casos con sintomatología compatible en un mismo centro en el plazo de 48 horas deberán tenerse en cuenta las siguientes consideraciones:

- La aparición de casos aislados no es motivo de notificación a Salud Pública.
- No se recomienda el aislamiento estricto de las personas sintomáticas. No obstante, mientras permanezcan sintomáticas, estas personas deberán evitar dentro de lo posible el uso de espacios comunes cerrados realizando tantas actividades como sea posible, incluyendo la comida, en su propia habitación o en espacios comunes abiertos.
- Aquellas personas sintomáticas que deban abandonar sus habitaciones deberán hacer uso de mascarilla, salvo intolerancia o incompatibilidad.
- Los trabajadores que atiendan a personas sintomáticas deberán utilizar preferentemente mascarilla FFP2. La mascarilla FFP2 será de uso obligatorio cuando realicen procedimientos que puedan generar aerosoles como las nebulizaciones.



- Según la disponibilidad y el criterio del equipo médico a cargo del centro, se podrán realizar pruebas diagnósticas rápidas de detección de antígeno a las personas sintomáticas con fines diagnósticos teniendo en cuenta las limitaciones de este tipo de pruebas para la detección de algunos de los agentes causales de IRAs.
- **No está indicada la realización de cribados entre personas asintomáticas.**
- La única actuación recomendada sobre los contactos de las personas con síntomas de IRA será la observación de su estado de salud en busca de la posible aparición de síntomas compatibles.

4. Medidas específicas ante un brote de IRAs

La detección de **3 o más casos** con sintomatología compatible con infección respiratoria aguda en un **periodo de 48 h** debe ser **notificada**, por los servicios sanitarios a cargo del centro, al Servicio de Epidemiología y Prevención sanitaria a través del correo electrónico epidemiologia.alertas@larioja.org , que recabará la información necesaria para evaluar la plausibilidad de que exista un vínculo epidemiológico entre los casos, orientarán al centro en la toma de las medidas pertinentes y coordinarán las actuaciones con los servicios de salud si fuera necesario. El establecimiento de las medidas de control ante un brote de IRAs se adaptará a las características específicas del brote (agente etiológico, tasa de ataque, letalidad, etc.) y del centro (estructura, personal, tipología de residentes, etc.). Algunas de estas medidas podrán incluir:

- El establecimiento de cohortes diferenciadas de personas sintomáticas y asintomáticas en la unidad de convivencia (a modo de ejemplo, puede consultarse el esquema propuesto en el anexo).
- El uso por turnos de los espacios comunes de las diferentes cohortes.
- La realización de pruebas diagnósticas de laboratorio a un número suficiente de personas como para caracterizar el brote (en brotes extensos suele ser suficiente con cinco personas). **Es importante la realización de PCR en un mínimo de 2 muestras para poder secuenciar y hacer un seguimiento de la evolución genómica de los virus causantes de los brotes de IRAs.**
- Recabado de información sobre el estado de vacunación de residentes y trabajadores. Se revisarán las pautas de vacunación y en caso de que estén incompletas se ofrecerá la administración de las dosis necesarias para completarlas.
- Intensificación de limpieza y desinfección en aquellos espacios donde permanezcan los residentes con síntomas, especialmente antes de las visitas y atención sanitaria,



incrementando la frecuencia: después de cada uso y mínimo dos veces al día para superficies que se tocan con frecuencia como manillas, teclados o interruptores y mínimo una vez al día para superficies de bajo contacto como el suelo.

En cualquier caso, se mantendrán las medidas recomendadas en relación con la aparición de casos aislados descritas en el apartado 3.

Debe considerarse que la aparición de un brote supone una serie de actividades adicionales para el centro y para las personas trabajadoras que requerirá valorar en muchos casos el refuerzo de la plantilla.

La declaración de fin del brote corresponderá también al Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria. **Se dará por finalizado el brote cuando, transcurridos dos periodos de incubación del agente etiológico, no se declaren nuevos casos.** En aquellos casos en los que no haya sido posible establecer un agente causal del brote, como norma general, se tomará la **ausencia de aparición de nuevos casos en 14 días**. Respecto a la declaración de los brotes a nivel estatal por parte de los Servicios de Salud Pública se seguirá lo establecido en la RENAVE (Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica).

5. Consideraciones respecto a los efectos no deseados de las medidas de aislamiento

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

Por tanto, la indicación de aislamiento no es inocua y puede tener consecuencias no deseadas sobre la salud y el bienestar para las personas. Su duración debe ajustarse en base al conocimiento disponible en cada momento sobre los tiempos de incubación y contagiosidad y no prolongarse más allá de lo estrictamente necesario. Asimismo, la indicación debe ser individualizada y siempre acorde con los criterios científicos y de bienestar personal.

Se debe mantener la movilidad de las personas residentes y promover la socialización en la medida de lo posible, garantizando que se cumplen las adecuadas medidas de prevención y control de infección, y siempre de manera supervisada. Una de las maneras es el establecimiento de turnos en



el uso de las zonas comunes, así como el establecimiento de cohortes ya que permite que todas las personas sintomáticas puedan interactuar y relacionarse entre ellas.

En todo caso, las visitas de familiares a las personas sintomáticas se permitirán tanto dentro del centro como en el exterior, suministrando el propio centro una mascarilla a los familiares y/o visitantes en caso de que no la lleven en las visitas realizadas al interior.

6. Situaciones de alta transmisión comunitaria

El riesgo de introducción y transmisión de IRAs en los centros residenciales varía según la situación comunitaria de los virus respiratorios. En caso de que las autoridades de Salud Pública determinen una situación de alta transmisión comunitaria de IRAs en base al establecimiento de determinados umbrales, deberá informarse a los Centros residenciales de personas vulnerables de esta circunstancia para que se intensifiquen las medidas de prevención detalladas en el apartado 2.



Anexo. Brote IRAS en centros residenciales de personas vulnerables. Propuesta para la sectorización por cohortes.

Ante la existencia de un brote en un centro, se puede establecer una clasificación de las personas residentes con el objetivo de limitar la transmisibilidad del agente sin una merma en la sociabilidad de las personas usuarias en tres cohortes.

Cohorte A: Personas usuarias asintomáticas y sin contacto con caso de IRA.

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

- Residentes asintomáticos que no han tenido contacto conocido con residentes/personal no protegidas que sean casos.
- Residentes que han recibido alta epidemiológica tras haber sido caso.

En esta cohorte se adoptarán las medidas de prevención básicas fuera de la habitación (zonas comunes).

Cohorte B: Personas usuarias asintomáticas que han tenido contacto con un caso de IRA

La persona residente usará mascarilla quirúrgica cuando esté fuera de la habitación, en las zonas comunes de espacios interiores.

Se extremarán la ventilación y las medidas de higiene de manos, así como la limpieza y desinfección en estos espacios.

Cohorte C: Personas sintomáticas clasificadas como casos de IRA

El seguimiento y el alta en las personas con síntomas serán supervisados por el personal sanitario del centro residencial o el del centro de salud asignado al mismo.

Las personas residentes en esta cohorte pueden compartir zonas comunes con todas las personas de su cohorte, llevarán mascarilla en la medida que la toleren para reforzar la protección del personal.

En caso de centros con pocas estancias, la cohorte C también podría hacer uso de las zonas comunes de las cohortes A y B mediante un sistema de turnos. En estos casos habrá que asegurar una ventilación de la estancia durante al menos 15 minutos tras la estancia de las personas de la cohorte C.