

**GUÍA DE MEDIDAS  
EN CENTROS RESIDENCIALES  
PARA PERSONAS CON  
DISCAPACIDAD Y ENFERMEDAD  
MENTAL GRAVE  
DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

## Contenido

ESTRATEGIA DE DETECCIÓN PRECOZ, VIGILANCIA Y CONTROL DE COVID-19 .....	4
Detección de casos de infección activa por SARS-CoV-2 .....	4
Detección y definición de casos sospechosos .....	4
Consideraciones especiales ante casos sospechosos.....	5
Consideraciones especiales ante casos con infección resuelta en los 90 días previos .....	5
Estrategia diagnóstica frente a COVID-19 en Centros sanitarios y centros sociosanitarios .....	6
Manejo de casos con infección activa por SARS-COV-2 .....	7
Residencias para personas con discapacidad y con enfermedad mental y otros centros sociosanitarios .....	7
Personal sanitario y sociosanitario.....	8
Estudio y manejo de contactos .....	9
Consideraciones especiales en el manejo de contactos .....	10
SALIDAS DEL CENTRO Y VUELTA DE VACACIONES .....	11
Recomendaciones sobre salidas y vacaciones de usuarios y trabajadores .....	11
Recomendaciones a los centros .....	11
Procedimiento de las visitas en caso de brote .....	12
Recomendaciones para familiares durante la visita .....	13
Recomendaciones generales durante la visita .....	13
Número de visitas.....	13
Número de visitantes .....	15
El contacto físico.....	15
APERTURA DE LOS CENTROS. LOS LUGARES DE LA VISITA.....	16
Visitas en el exterior (jardines) del centro .....	16
Visitas en las habitaciones.....	16
Zonas para la visita .....	17
COMUNICACIÓN CON FAMILIARES .....	17

## INTRODUCCIÓN

La incidencia actual en nuestra comunidad está disminuyendo y, al igual que ocurre con todos los ámbitos de nuestra vida, debemos actualizar la guía para regular las medidas que, desde el punto de vista sanitario y en el contexto de la actual pandemia, los centros residenciales de la comunidad deben adoptar. Este documento, si bien continúa en su permanente búsqueda del equilibrio entre la protección al grupo más vulnerable y el conocimiento del perjuicio que produce al mayor el aislamiento, asume una premisa fundamental: las visitas son una parte esencial en la vida de las personas que residen en centros sociosanitarios y son importantes para mantener la salud, el bienestar y la calidad de vida de los residentes. Las visitas también son vitales para que la familia y los amigos mantengan el contacto y las relaciones con sus seres queridos y contribuyan a su apoyo y cuidado.

El presente documento viene a actualizar todo lo relativo a las visitas en el centro continuando con la apertura de los centros a los familiares de los residentes ya iniciada en los anteriores documentos y a actualizar la guía previa de actuación frente al COVID-19 con la información que aparece en el documento publicado el pasado 5 de julio de 2021 por la Dirección General de Salud Pública [Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de Covid-19 de la comunidad de Madrid](#) y del Ministerio de Sanidad en su documento del 12 de agosto de 2021 [Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de Covid-19](#).

# ESTRATEGIA DE DETECCIÓN PRECOZ, VIGILANCIA Y CONTROL DE COVID-19

## DetECCIÓN DE CASOS DE INFECCIÓN ACTIVA POR SARS-CoV-2

### DetECCIÓN Y DEFINICIÓN DE CASOS SOSPECHOSOS

Se define como caso sospechoso cualquier persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita de cualquier gravedad que cursa, entre otros, con fiebre, tos o sensación de falta de aire. Otros síntomas como la odinofagia, anosmia, ageusia, dolor muscular, diarrea, dolor torácico o cefalea, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico.

A toda persona con sospecha de infección se le realizará una prueba diagnóstica de infección activa (PDIA) por SARS-CoV-2 en las primeras 24 horas (test de antígeno o PCR según disponibilidad). Si la PDIA resulta negativa y hay alta sospecha clínico-epidemiológica de COVID-19, se recomienda repetir la prueba. Si inicialmente se realizó una prueba rápida de detección de antígeno, se realizará una PCR. Si inicialmente se realizó una PCR, se repetirá la PCR a las 48 horas. En casos sintomáticos en los que la PDIA salga repetidamente negativa y exista una alta sospecha clínico-epidemiológica, se podrá valorar la realización de test serológicos de alto rendimiento (ELISA, CLIA u otras técnicas de inmunoensayo de alto rendimiento) capaz de diferenciar entre respuesta inmune por infección natural o por vacunación para orientar el diagnóstico.

## Consideraciones especiales ante casos sospechosos

a) Las personas que han sido vacunadas y presenten sintomatología compatible con infección por SARS-CoV-2 serán también consideradas casos sospechosos. Se manejarán como tal, siempre bajo criterio facultativo en el manejo clínico.

Para considerar una persona como completamente vacunada se seguirán los criterios y definiciones que se acuerden en la [Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España](#) del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

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

c) Los casos confirmados únicamente mediante técnicas serológicas de diagnóstico rápido durante los primeros meses de la pandemia serán considerados casos sospechosos de nuevo si cumplen criterios clínicos, independientemente del tiempo transcurrido desde su diagnóstico. Si se confirmara el diagnóstico, se notificarían como casos nuevos.

## Consideraciones especiales ante casos con infección resuelta en los 90 días previos

Aunque de forma general no esté indicada, puede haber casos con infección resuelta en los 90 días previos, en los que se realiza una PDIA y se obtiene un resultado positivo. Ante esta situación es necesario establecer una valoración del significado de esta nueva PDIA

positiva y su manejo. Si la nueva PDIA positiva es una prueba rápida de antígenos, se recomendará realizar una PCR. Si esta PCR fuera negativa, se descartará la infección activa.

Si la PCR es positiva, se considerará valorar el umbral de ciclos (Ct) en el que la muestra es positiva. Según la evidencia científica disponible, se asume que un umbral de ciclos alto (Ct) >30-35 equivaldría a una carga viral sin capacidad infectiva. Sin embargo, debido a la heterogeneidad de la muestra tomada y de los diferentes equipos de realización de PCR, este criterio debe ser validado por el laboratorio responsable en cada caso y definir el umbral de ciclos en el que una muestra se considera con alta o baja carga viral.

- Con valores de Ct bajos, estaríamos ante un caso de infección activa y lo manejaríamos como tal, con aislamiento y búsqueda de contactos, independientemente del resultado de las pruebas serológicas si se han realizado.
- Con valores de Ct altos, estaríamos ante un caso de infección resuelta, independientemente del resultado de las pruebas serológicas si se han realizado.

## **Estrategia diagnóstica frente a COVID-19 en Centros sanitarios y centros sociosanitarios**

Casos sospechosos con criterios de hospitalización, trabajadores sanitarios, personas hospitalizadas por otras causas que inician síntomas, trabajadores y residentes de centros sociosanitarios, independientemente de sus estatus vacunal:

- Se considera válida la realización tanto de una prueba rápida de detección de antígeno de SARS-CoV-2 como una PCR en exudado nasofaríngeo, por lo que se realizará una u otra dependiendo de su disponibilidad y de lo que sea más operativo en función del circuito de pacientes establecido en el hospital.

- Si el resultado de la prueba inicial es negativo pero la sospecha clínica/epidemiológica es alta, se realizará PCR (o se repetirá si fue la prueba realizada previamente) en exudado nasofaríngeo y se considerará descartar otros patógenos como la gripe, y en niños y ancianos, virus respiratorio sincitial (VRS).
- Si la prueba sigue siendo negativa, se descartará el diagnóstico, a no ser que sea considerado un caso con alta probabilidad clínico-epidemiológica y será un caso probable. En pacientes con criterios de ingreso en UCI/grandes inmunodeprimidos, se recomienda realizar PCR preferentemente de muestra del tracto respiratorio inferior, si es accesible. Se considerará descartar otros patógenos respiratorios en función de la disponibilidad e indicación clínica, mediante técnicas combinadas de detección de varios genes de algunos patógenos respiratorios.

### Manejo de casos con infección activa por SARS-COV-2

**Todos los casos sospechosos se mantendrán en aislamiento a la espera del resultado de la PDIA y se iniciará la búsqueda de sus contactos estrechos convivientes. En caso de PDIA negativa, y si no se considera caso probable, el caso se da por descartado y finaliza el aislamiento. Tanto los casos confirmados con PDIA como los casos probables se manejarán de la misma forma.**

### Residencias para personas con discapacidad y con enfermedad mental y otros centros sociosanitarios

En los casos confirmados activos que sean residentes en centros para personas con discapacidad y con enfermedad mental o en otros centros sociosanitarios que no cumplan criterios de hospitalización y sean tratados en la residencia, se indicará aislamiento en los centros donde residan. El aislamiento se mantendrá hasta transcurridos 3 días desde la

resolución de la fiebre y del cuadro clínico, con un mínimo de **14 días** desde el inicio de los síntomas. El seguimiento y el alta serán supervisados por el médico que haya hecho el seguimiento en su centro, según lo establecido en el *Protocolo de coordinación de la Consejería de Sanidad frente a la infección por Coronavirus para centros sociosanitarios*. Debido a la vulnerabilidad de los centros sociosanitarios, la detección de un solo caso en estas instituciones se considerará un brote a efectos de intervención e implicará la puesta en marcha de las medidas de actuación.

### Personal sanitario y sociosanitario

El personal sanitario y sociosanitario que resulten casos confirmados y no requieran ingreso hospitalario serán manejados de la misma forma que la población general en cuanto al aislamiento. Estos profesionales se podrán reincorporar a su puesto de trabajo tras 10 días del inicio de síntomas, siempre que permanezcan sin síntomas respiratorios ni fiebre al menos 3 días y tras la realización de una prueba de diagnóstico que indique ausencia de transmisibilidad, bien sea por una determinación positiva de IgG por una técnica de alto rendimiento o por una PCR negativa o que, aun siendo positiva, lo sea a un umbral de ciclos (Ct) elevado.

El personal sanitario y sociosanitario que haya requerido ingreso hospitalario podrá recibir el alta hospitalaria si su situación clínica lo permite, aunque su PCR siga siendo positiva, pero se deberá mantener aislamiento domiciliario con monitorización de su situación clínica al menos 14 días desde el inicio de síntomas. En caso de enfermedad grave o inmunodepresión, este periodo se alargará a 21 días. A partir de este periodo, siempre bajo criterio clínico, se podrá finalizar el aislamiento si han transcurrido tres días desde la resolución de la fiebre y el cuadro clínico, y para su reincorporación se seguirán los mismos criterios que en el párrafo anterior.



## Estudio y manejo de contactos

El estudio y seguimiento de los contactos estrechos tienen como objetivo realizar un diagnóstico temprano en los contactos estrechos que inicien síntomas y evitar la transmisión en periodo asintomático y paucisintomático.

Se clasifica como **contacto estrecho**:

- Cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso o haya estado en contacto con sus secreciones y fluidos: personal sanitario o sociosanitario que **NO haya utilizado las medidas de protección adecuadas**, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar o cualquier persona que haya manipulado muestras biológicas sin las debidas medidas de protección.
- De forma general, a nivel comunitario, se considerará contacto estrecho a cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso, a una distancia menor de 2 metros y durante un tiempo total acumulado de más de 15 minutos en 24 horas. En entornos en los que se pueda hacer una valoración del seguimiento de las medidas de prevención, incluido el uso correcto y continuado de la mascarilla, podrá realizarse una valoración individualizada por el servicio de prevención de riesgos laborales o el responsable que sea designado para ese fin.

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

## Consideraciones especiales en el manejo de contactos

Las personas que han recibido una pauta de vacunación completa y sean consideradas como **contacto estrecho** estarán exentas de la cuarentena. Se les hará seguimiento con una PDIA, preferentemente PCR. Idealmente se realizarán dos pruebas, una al inicio y otra alrededor de los 7 días del último contacto con el caso confirmado.

En el ámbito residencial, en caso de los residentes completamente vacunados, considerados contacto estrecho, se recomienda evitar realizar actividades grupales y se le indicará el uso de mascarilla. En el caso de los trabajadores, se recomienda que no tengan contacto directo con residentes.

Se realizará una vigilancia de la posible aparición de síntomas compatibles; si estos aparecieran, pasarán a ser considerados caso sospechoso.

Los residentes inmunodeprimidos completamente vacunados deberán realizar cuarentena.

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

Los contactos con vacunación incompleta se manejarán igual que los contactos no vacunados.

Las personas asintomáticas que han tenido una infección por SARS-CoV-2 confirmada por PDIA en los 180 días anteriores y son contactos estrechos estarán exentas de realizar la cuarentena, teniéndose en cuenta las mismas consideraciones y excepciones descritas en el punto anterior.

## SALIDAS DEL CENTRO Y VUELTA DE VACACIONES

### Recomendaciones sobre salidas y vacaciones de usuarios y trabajadores

Se permiten las **salidas del centro a los residentes vacunados y no vacunados sin limitaciones**, incluidas las salidas de fin de semana o vacaciones, si bien en estas últimas es recomendable aportar una prueba diagnóstica de infección activa a través de una PCR negativa realizada en las 72 horas previas o bien un test antigénico en aquellos centros que dispongan de ellos.

Se recomienda que los trabajadores no vacunados aporten una PDIA al volver de sus vacaciones (siempre que éstas superen los 15 días). El responsable de esta prueba será el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del propio centro o bien el propio centro con los test de antígenos en el caso de que dispongan de ellos.

### Recomendaciones a los centros

Las residencias deben continuar promoviendo y proporcionando vacunación para todos sus trabajadores (incluidos los nuevos trabajadores contratados) y los potenciales nuevos ingresos de usuarios.

Las residencias deben mantener un registro actualizado del estado de vacunación de los residentes y los trabajadores.

Los visitantes deben ser valorados a su llegada al centro y se debe prohibir la visita, independientemente de su estado de vacunación, si presentan síntomas de COVID-19 o han sido contacto estrecho de persona infectada.

Se aconseja asesorar a los visitantes sobre las prácticas recomendadas de prevención y control de infecciones que se deben utilizar durante la visita (por ejemplo, necesidad del uso de mascarilla y distancia social).

En aquellos centros que dispongan de test antigénicos por disponer de personal de enfermería se recomienda que se realicen cribados periódicos al personal de los centros, sobre todo al personal **no vacunado**, en cuyo caso es recomendable realizarlo **al menos 2 veces por semana**. Puede considerarse la no realización de este cribado a los trabajadores vacunados siempre y cuando la incidencia acumulada a 14 días sea inferior a los 150 casos por 100.000 habitantes (dada la baja rentabilidad cuando la probabilidad pretest es baja).

## Procedimiento de las visitas en caso de brote

Cuando se identifica un nuevo caso de COVID-19 en una residencia entre los residentes o el personal, se comienzan las pruebas de detección y se suspenden todas las visitas.

Posteriormente, si hay evidencia de que la propagación del COVID-19 está contenida en una sola área (por ejemplo, una unidad o planta) de la residencia o el centro está adecuadamente sectorizado y siempre tras valoración de la autoridad sanitaria (Dirección General de Salud Pública) y previa autorización de la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria, se pueden mantener las visitas durante un brote, adaptando las medidas de seguridad adecuadas y aplicando el plan de contingencia del que se ha de disponer.

Si tras el primer estudio de casos y contactos la residencia muestra uno o más casos adicionales de COVID-19 en otras áreas / plantas de la residencia (por ejemplo, dos o más unidades afectadas), las residencias deben suspender visitas para todos los residentes (vacunados y no vacunados), hasta que reciba la autorización de la Dirección General de Salud Pública y de la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria.

## Recomendaciones para familiares durante la visita

Los visitantes, independientemente de su estado de vacunación, deben **usar mascarilla durante toda la visita** y deben **mantener la distancia de seguridad** con otros residentes, con otras visitas y con el personal de la residencia.

No está permitida la entrada en las zonas de visitas si se supera el aforo máximo de las mismas. En estas situaciones, los centros serán competentes para regular las entradas a estas zonas, a fin de facilitar que se mantenga el derecho de todos los familiares a la visita.

Si un visitante tiene síntomas de COVID-19 o ha sido contacto estrecho con persona infectada, **no está autorizado** para realizar la visita, independientemente de su estado de vacunación.

La evidencia científica actual recomienda que, **salvo en situación de final de vida**, todos mantengamos la distancia de seguridad y el resto de las medidas habituales si bien, en el caso de que el residente esté vacunado, se puede optar por no limitar el contacto estrecho con sus visitantes no vacunados.

Se deben respetar los circuitos establecidos en las instalaciones para facilitar el flujo de visitantes dentro del centro, evitando concentraciones en los espacios no habilitados para las visitas.

## Recomendaciones generales durante la visita

### Número de visitas

Se eliminan las limitaciones a las visitas en las residencias tanto en el número como en la duración de las mismas.

El horario de las visitas será el existente en los centros previo al inicio de la pandemia

Continúa siendo necesario que los centros dispongan de un registro de las visitas.

Los visitantes deben ser valorados a su llegada al centro y, como se ha indicado anteriormente, se les debe prohibir la visita, independientemente de su estado de vacunación, si presentan síntomas de COVID-19 o han sido contacto estrecho de persona infectada.

Se permiten las visitas en interiores en todo momento y para todos los residentes, independientemente de si están vacunados o no.

No hay límites del número de visitas si bien el número total de visitantes estará basado en el tamaño del edificio y el espacio físico. Puede ser necesario considerar programar visitas para un periodo de tiempo especificado y así poder ayudar a garantizar que todos los residentes puedan recibir visitas.

Durante las visitas en interiores, la residencia debe limitar el movimiento de visitantes (por ejemplo, los visitantes no deben caminar por diferentes pasillos). Se dispondrá de circuitos de flujo de visitantes de manera diferenciada entre la entrada y la salida.

Independientemente del estado de vacunación de los residentes y visitantes, ahora pueden darse abrazos breves. Cuando tanto el residente como los visitantes están completamente inmunizados, ahora puede tener lugar de manera segura un contacto físico cercano, incluido el agarre de la mano. Sigue siendo importante que los residentes y visitantes se adhieran a las medidas de Salud Pública en el hogar, incluida la mascarilla y una buena higiene de las manos.

## Número de visitantes

El número máximo de personas que pueden acudir a la vez a la visita de su familiar/residente continúa siendo de 2, excepto cuando alguno de los visitantes precise ayuda para la movilidad en cuyo caso podrá ser de 3 personas.

Esto incluye la posibilidad de que puedan participar en la visita menores de edad, si bien como norma general no se recomienda que acudan personas no vacunadas a los centros residenciales.

Las personas que acuden a la visita no tienen por qué ser siempre las mismas, sino que podrán ser diferentes personas en cada ocasión.

En el caso de que los familiares/visitantes no estén completamente vacunados se deberán extremar las medidas de precaución, recomendando que los encuentros, a ser posible, se realicen al aire libre.

## El contacto físico

El contacto físico, como cogerse de las manos, es aceptable si se siguen los protocolos de lavado de manos. El contacto personal cercano, como los abrazos, presenta mayores riesgos, pero será más seguro si es entre personas que están completamente vacunadas, sin contacto cara a cara, y solo si hay un contacto breve.

# APERTURA DE LOS CENTROS. LOS LUGARES DE LA VISITA

## Visitas en el exterior (jardines) del centro

El centro dará adecuada publicidad de los horarios en que, por el desarrollo de actividades, estas zonas exteriores no podrán ser plenamente ocupadas.

En todo caso, el centro se organizará garantizando franjas horarias suficientes para el uso de estos espacios en las visitas.

Durante estas visitas, los residentes pueden pasear con su familiar, respetando en todo momento la distancia necesaria con otros residentes y familiares.

## Visitas en las habitaciones

**Se autorizan las visitas en el interior de las habitaciones de todos los residentes vacunados**, salvo en los siguientes supuestos:

- Residentes vacunados y no vacunados en cuarentena hasta que hayan cumplido con los criterios para salir de la cuarentena.
- Centros con brote declarado. Estos centros deberán continuar las recomendaciones que se les indiquen desde las autoridades sanitarias.

Las visitas a residentes que comparten habitación podrán realizarse en la misma si bien el compañero de cuarto no deberá estar presente durante la visita. En el caso de habitaciones dobles, si bien deberá garantizarse una adecuada ventilación en todo momento (idealmente ventana y puerta abierta).



- Si ninguno de los residentes puede salir de la habitación, se debe intentar permitir las visitas en la habitación mientras se mantengan las medidas de precaución generales (mascarilla en todo momento, distancia social...) y las medidas de ventilación habituales.
- En este caso se alternarán las visitas por parte de los familiares para no coincidir ambas familias.

## Zonas para la visita

Las visitas se pueden realizar en cualquier espacio: en las habitaciones de los residentes, espacios para las visitas, al aire libre...

Los centros deben habilitar los mismos espacios que tenían para las visitas previo a la pandemia, si bien estas zonas deberán tener debidamente **delimitado el aforo máximo**. Para calcular el aforo máximo de una determinada estancia basta con dividir el número de metros cuadrados de la misma entre 3.

## COMUNICACIÓN CON FAMILIARES

Las personas que viven en centros residenciales se comunicarán a diario con sus seres queridos, si así lo desean. Cuando no dispongan de medios propios, el centro deberá facilitar dichos medios.

Si se requiriesen el apoyo de un tercero para establecer o mantener una comunicación, se garantizarán al menos 3 comunicaciones semanales.

En todo caso, se priorizará la videoconferencia para todas aquellas personas cuya capacidad permita este tipo de comunicación.