

# PLAN DE REACTIVACIÓN EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO EN RELACIÓN CON LA INFECCIÓN POR EL VIRUS SARS-CoV-2



XUNTA DE GALICIA

Para la elaboración de este documento se constituyó un grupo de trabajo con las siguientes personas:

- Abarca Buján, Benjamín. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Sagrado Corazón. Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.
- Crespo Casal, Manuel. Facultativo especialista en Medicina Interna. Jefe de servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Área Sanitaria de Vigo.
- De la Campa Montenegro, Ildefonso. Director Xeral de Maiores e Persoas con Discapacidade. Consellería de Política Social.
- Expósito Freijomil, Isabel. Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud de Culleredo. Área Sanitaria da Coruña e Cee.
- Farjas Abadía, Pilar. Médica especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.
- Gómez Santos, María Francisca. Secretaria Xeral Técnica. Consellería de Política Social.
- Hervada Vidal, Xurxo. Subdirector general de Información sobre Saúde Pública e Epidemioloxía. Dirección xeral de Saúde Pública.
- Malfeito Jimenez, Rocio. Facultativa especialista en Geriatría. Complejo Hospitalario Universitario de Lugo. Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.
- Mera Cores, Ángeles. Enfermera. Coordinadora de enfermería del centro de salud de Ribeira. Área Sanitaria de Santiago e Barbanza.
- Míguez Rey, Enrique. Facultativo especialista en Medicina Interna. Jefe de unidad de Infecciosas. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Área Sanitaria da Coruña e Cee.
- Muíño López-Álvarez, José Luis Manuel. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefe de servicio de Atención Primaria de A Cuña. Área Sanitaria Ourense, Verín e o Barco de Valdeorras. Miembro del Consello Asesor do Sistema Público de Saúde de Galicia.
- Pereira Rodríguez, M.<sup>a</sup> José. Facultativa especialista en Medicina Preventiva e Saúde Pública. Jefa de servicio de Medicina Preventiva. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Área Sanitaria da Coruña e Cee.
- Rodríguez Pascual, Carlos. Facultativo especialista en Geriatría. Jefe de servicio de Geriatría. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Área Sanitaria de Vigo.
- Vázquez Lima, Manuel José. Facultativo especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador de Urgencias Hospitalarias. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés.
- Vázquez Estévez, Sergio. Facultativo especialista en Oncología. Jefe del servicio de Oncología. Complejo Hospitalario Universitario de Lugo. Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria

- Suárez Luque, Silvia. Jefa del Servicio de Coordinación Sociosanitaria. Dirección xeral de Asistencia Sanitaria.
- Otero Barrós, María. Médica especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Técnica del servicio de Calidade Asistencial. Dirección xeral de Asistencia Sanitaria.
- Blanco Lobeiras, Sinda. Subdirectora general de Atención Primaria. Dirección xeral de Asistencia Sanitaria.
- Durán Parrondo, Carmen. Subdirectora general de Atención Hospitalaria. Dirección xeral de Asistencia Sanitaria.

Este documento fue aprobado por el *Consello da Xunta de Galicia* el 15 de mayo de 2020 y modificado en la Comisión Clínica para la Gestión de la crisis sanitaria del COVID-19 el 15 de junio de 2020.

# **PLAN DE REACTIVACIÓN EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO EN RELACIÓN CON LA INFECCIÓN POR EL VIRUS SARS-CoV-2**

XUNTA DE GALICIA  
Consellería de Sanidade  
Santiago de Compostela  
2020

## Índice

1. Introducción.....	5
2. Objetivos.....	7
3. Marco teórico.....	7
4. Marco de actuación.....	9
5. Líneas de actuación.....	11
6. Centros residenciales.....	12
6.1. Líneas de actuación en centros residenciales.....	12
6.2. Reactivación en centros residenciales.....	21
6.2.1. Etapa I.....	22
6.2.2. Etapa II.....	23
6.2.3. Etapa III.....	24
6.3. Aparición de casos positivos de COVID-19 en un centro residencial.....	25
6.4. Suspensión del aislamiento en casos positivos de COVID-19.....	26
6.5. Nuevos ingresos.....	26
7. Centros de atención diurna para personas mayores o personas con discapacidad.....	27
7.1. Líneas de actuación en los centros de atención diurna.....	27
7.2. Reactivación en centros de atención diurna.....	33
7.2.1 Etapa I.....	34
7.2.2 Etapa II.....	34
7.2.3 Etapa III.....	36
7.3. Aparición de casos positivos de COVID-19 en un centro de atención diurna.....	37
7.4. Transporte adaptado.....	37
8. Servicio de atención temprana y otros servicios terapéuticos.....	38
9. Tabla resumen de las actividades según la etapa.....	40
Bibliografía.....	41
Anexo I: Encuesta clínico-epidemiológica COVID-19.....	44

## 1. Introducción

La COVID-19 es una infección respiratoria emergente causada por el SARS- CoV-2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*), un coronavirus que se detectó por primera vez en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, China. Este brote inicial en Wuhan se propagó rápidamente y afectó a otras áreas de China y posteriormente a otros países, lo que llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar la pandemia mundial el día 11 de marzo.

En España, el primer caso de COVID-19 fue detectado a finales del mes de enero y desde entonces, el número de contagios aumentó de manera progresiva y a gran velocidad, lo que dio origen a una crisis sanitaria sin precedentes que requirió la adopción de medidas excepcionales para proteger la salud y la seguridad de la ciudadanía, contener el progreso de la enfermedad y mitigar el impacto sanitario. Con esta finalidad, el pasado 14 de marzo se procedió a la declaración del estado de alarma en España que posteriormente, se prorrogó en varias ocasiones (en la actualidad está oficialmente prorrogado hasta el 21 de junio).

Un día antes de la declaración del estado de alarma, el Acuerdo del *Consello da Xunta de Galicia* del 13 de marzo de 2020, declaró la situación de emergencia sanitaria en el territorio de la Comunidad Autónoma de Galicia lo que obligó a adoptar una serie de medidas transitorias dirigidas a garantizar al mismo tiempo, la seguridad de los profesionales sanitarios y de los pacientes manteniendo en todo momento, el correcto equilibrio en el ejercicio de derechos y deberes de la ciudadanía gallega.

Entre ellas, para los centros residenciales, se establecieron varias medidas como la suspensión de todas las actividades que supongan el acceso de personas externas a ellos, limitar las visitas, extremar las medidas de limpieza, evitar la aglomeración de residentes en actividades o paralizar todos los ingresos en residencias de mayores y personas con discapacidad, con la excepción de los casos derivados por las autoridades sanitarias.

Por otra parte y con el fin de hacer frente a la epidemia de coronavirus y dar la mejor respuesta a una situación tan dinámica, fue necesario llevar a cabo un proceso continuo de adaptación y reorganización del sistema sanitario en lo que respecta a su actividad y recursos materiales y humanos.

En este sentido, el Servicio Gallego de Salud diseñó un plan de contingencia integral en el que se reflejan las medidas dirigidas a garantizar el mantenimiento de la atención urgente, a reforzar la capacidad asistencial, de diagnóstico y de recursos para la asistencia de los pacientes COVID-19 y a asegurar la protección de los profesionales.

Además, el Servicio Gallego de Salud, en coordinación con la Consellería de Política social, estableció un protocolo de actuación en residencias de mayores y otros centros sociosanitarios. En un primer momento, desde las áreas sanitarias, se realizó una supervisión general de todas las residencias tanto públicas como privadas o concertadas. Esta supervisión consistió en la evaluación del estado de salud de todas las personas de la residencia por equipos sanitarios específicos en coordinación con el personal médico de atención primaria y/o del personal médico de la residencia, si lo había, descartando la presencia de nuevos síntomas.

También se realizó una evaluación del plan de contingencia establecido por la residencia y de las posibilidades de aislamiento de las personas residentes en el centro. Una vez realizada esta supervisión inicial, en todas las áreas sanitarias, se implantó un programa de monitorización continua del estado de salud de los y las residentes con periodicidad diaria.

Desde el inicio de la epidemia hasta el 14 de junio, se notificaron más de 7.670.887 casos de COVID-19 en todo el mundo (427.097 fallecimientos) de los que 243.928 corresponden a España (con 27.136 fallecimientos). Durante este período de tiempo tanto España como Galicia transitaron por los escenarios de contención y mitigación de la pandemia y en la actualidad, la tendencia decreciente en el número de nuevos casos es compatible con el inicio de la etapa de desaceleración, última etapa de la fase pandémica.

Durante esta etapa es necesario planificar la adecuada suspensión progresiva de las medidas establecidas en las fases de contención y mitigación que si bien, se muestran efectivas para disminuir el número de contagios al favorecer el distanciamiento social, ocasionan un importante impacto en las personas que se encuentran en las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios tanto físico como psicológico y social debido al confinamiento estricto establecido en ellos.

El contexto epidemiológico, sanitario y de salud pública actual permite el inicio de este proceso de normalización progresiva, denominado reactivación, que debe ser evaluado de manera continua para comprobar su efectividad y acompañarse de la introducción de otras medidas específicas que se deberán mantener más allá de la fase pandémica.

El pasado 10 de junio de 2020 se publicó el Real Decreto-ley 21/2020, del 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 con el objetivo de establecer un deber general de cautela y protección que afiance comportamientos de prevención en el conjunto de la población una vez que finalice el estado de alarma. Esta normativa establece la distancia de seguridad interpersonal en 1,5 metros y obliga al uso de mascarilla, en la vía pública, en espacios al aire libre y en cualquier espacio cerrado de uso público o que se encuentre abierto al público, siempre que no resulte posible garantizar el mantenimiento de esta distancia.

## 2. Objetivos

- Establecer el marco de actuación para la toma de decisiones durante el proceso de reactivación de las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios.
- Definir las líneas de actuación de vigilancia, prevención y control para la fase de reactivación en el ámbito sociosanitario.

### 3. Marco teórico

Como criterio general, en la dinámica de propagación de las enfermedades infecciosas dentro de una población existen cuatro factores determinantes:

- La existencia de un número determinado de individuos susceptibles que, en el caso de la infección del SARS-CoV-2, al no existir inmunidad previa frente al virus ni vacuna posible, implicaba a la totalidad de la población.
- La existencia de población infectada con capacidad de contagiar cuya estimación real presenta dificultades debido en parte a la capacidad limitada de realizar pruebas diagnósticas, a la sensibilidad variable de la propia prueba, a la heterogeneidad de la vigilancia epidemiológica y a la existencia de casos leves y/o asintomáticos que no se detectan.
- El patrón de contactos que se dan entre los individuos de una sociedad y la propia estructura de la población.
- La probabilidad de que se produzca un contacto efectivo entre un individuo infeccioso y uno susceptible.

Las principales medidas de intervención en las fases de contención y mitigación de la pandemia se focalizaron en estos dos últimos factores, es decir, en disminuir el número de contactos diarios (confinamiento de la población y otras medidas de distanciamiento social) y la probabilidad de contacto efectivo (empleo de equipos de protección individual y mascarillas).

Aunque estas intervenciones de salud pública no consiguieron erradicar la epidemia de COVID-19, constituyen una herramienta fundamental para retrasar la propagación del virus y así disponer de tiempo para poner en marcha las medidas necesarias para garantizar la capacidad del sistema sanitario para hacer frente a la demanda asistencial y otras que mejoren la capacidad de controlar la epidemia (disponibilidad de vacuna o de tratamiento efectivo).



Con el objetivo de establecer un marco técnico que permita la reactivación y la evaluación continua de estas medidas, así como introducir otras intervenciones específicas para esta fase de normalización, se categorizaron 3 líneas de actuación (vigilancia, prevención y control) en el ámbito sociosanitario.

## 4. Marco de actuación

Si bien en la toma de decisiones ante riesgos no conocidos se aplica el principio de precaución, como supuso el confinamiento estricto de la población en las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios, en la actualidad se dispone de información cada vez más sólida acerca de la incidencia de la enfermedad, los requerimientos asistenciales y la dinámica de transmisión del virus que permite la planificación de la transición a otro escenario.

Dado que la reactivación debe ser un proceso seguro, gradual y de carácter dinámico es necesario, para la planificación de una respuesta adaptativa, tener en cuenta los siguientes criterios y parámetros:

### **A) Criterios epidemiológicos generales**

Para iniciar la reactivación de la actividad es necesario valorar la existencia de una disminución sostenida del número de casos confirmados de infección por el SARS-CoV-2 en la población general (excluyendo residencias de ancianos, sociosanitarios y profesionales sanitarios), a través de la incidencia acumulada en los tres días previos al inicio de la misma (incidencia  $\leq 3$  casos nuevos de COVID-19 por 100.000 habitantes/día).

Por otra parte, en el proceso de evaluación continua de las medidas establecidas en esta etapa es recomendable tener en cuenta otros indicadores para valorar la necesidad de interrumpir el proceso de reactivación o incluso la posibilidad de retroceder en él:

- Disminución del tiempo de duplicación de casos (<5 días).

- Incremento sostenido del número de casos confirmados (>10% durante 3 días consecutivos).
- Incremento de casos confirmados entre los profesionales sanitarios (>10%).

## **B) Criterios asistenciales**

En relación con el sistema sanitario se deben cumplir los criterios:

- La atención a pacientes COVID-19 en los servicios de urgencias hospitalarias supone <50% de la actividad asistencial de estos servicios.
- Tasa de hospitalización de pacientes COVID-19 <30% de la ocupación total.
- La ocupación de las camas en las unidades de cuidados intensivos (UCI) por pacientes COVID-19 es <50%.

Durante esta fase de normalización, es imprescindible la evaluación continua del estado del sistema sanitario atendiendo a los criterios descritos anteriormente. Así mismo, es necesario tener en cuenta los siguientes parámetros relativos a la demanda asistencial y a la capacidad de los servicios sanitarios para gestionar un posible incremento de las mismas:

- Valorar la capacidad estructural y de recursos humanos en activo para la atención de pacientes COVID-19 en los servicios de urgencias hospitalarias así como en la atención primaria, en la hospitalización convencional y en las unidades de cuidados intensivos/reanimación. En este sentido, es necesario disponer de protocolos organizativos que garanticen el acogimiento y aislamiento de nuevos casos sospechosos o confirmados de infección por SARS-CoV-2.

- Garantizar la atención primaria y hospitalaria habitual ante un eventual incremento de casos COVID-19.
- Valorar la capacidad de recursos materiales (equipos de protección individual, mascarillas quirúrgicas, test diagnósticos) para hacer frente a un posible aumento de pacientes COVID-19.
- Evaluar la proporción de hospitalizados COVID-19 (en hospitalización convencional y en las unidades de cuidados críticos (UCC) frente al total de hospitalizados.

### **C) Criterios sociosanitarios**

Para iniciar el proceso de desactivación de las medidas establecidas en las fases de contención y mitigación también es necesario valorar los siguientes criterios relacionados con la capacidad de implementación de intervenciones y de gestión ante la aparición de un caso o brote de infección por SARS-CoV-2 en el centro residencial:

- Capacidad para garantizar el cumplimiento de las medidas de aislamiento establecidas en cada momento.
- Capacidad para realizar pruebas de detección de SARS-CoV-2 (test de diagnóstico rápido y PCR) en el centro.
- Capacidad para el seguimiento rápido y completo de los contactos estrechos de los casos confirmados.

## 5. Líneas de actuación

Las medidas a llevar a cabo en la fase de reactivación abarcan los ámbitos sanitario, sociosanitario y socioeconómico. En este documento se describen las líneas de actuación específicas para el ámbito sociosanitario en lo referente a la vigilancia, prevención y control de la infección por SARS-CoV-2. Se diferenciarán las líneas de actuación de los centros residenciales de las que se establecen en los centros de atención diurna.

## 6. Centros Residenciales

Se consideran centros residenciales aquellos destinados a la vivienda permanente en los que se presta asistencia integral y continuada a las personas mayores o a las personas con discapacidad. Por su tamaño, se pueden distinguir centros residenciales y viviendas comunitarias (pisos, viviendas o apartamentos), aunque las líneas de actuación son comunes para ambos tipos de recursos.

### 6.1. Líneas de actuación en los centros residenciales

#### A) Vigilancia de la infección por SARS-CoV-2

Para detener la transmisión comunitaria y evitar la aparición de nuevos brotes es necesaria una labor de vigilancia y monitorización continua, tanto para la detección precoz de nuevos casos y de sus contactos, como para su seguimiento.

Para ello, se realizarán las siguientes actividades:

#### 1. Detección precoz en el **personal**:

- Autoevaluación y registro diario de síntomas compatibles con la infección provocada por SARS-CoV-2 en el personal y convivientes

mediante la realización de la encuesta clínico-epidemiológica que se describe en el Anexo I.

- Ante la aparición de sintomatología compatible en el personal o contacto con un caso confirmado, se le indicará aislamiento preventivo domiciliario y se le realizará una PCR. En los casos en los que esta fuera negativa y existiese alta sospecha clínica de COVID-19 se repetirá la PCR con una nueva muestra del tracto respiratorio 24-48 horas después. Si la PCR continúa siendo negativa y han transcurrido varios días desde el inicio de los síntomas, se valorará la detección de IgM mediante una prueba serológica tipo ELISA u otras técnicas de inmunoensayo de alto rendimiento.
- El nuevo personal que se incorpore al centro debe realizar una encuesta del entorno de convivencia, actividad laboral previa y concomitante. No se realizará una prueba diagnóstica si no presenta síntomas compatibles.
- Se recomienda la menor rotación posible del personal, organizando equipos estables. Además, se reorganizará la actividad laboral para dividir los equipos por zonas y grupos de residentes para reducir los contactos.

## 2. Detección precoz en las personas **residentes**:

- Búsqueda de casos de infección por SARS-CoV-2 mediante cribados al personal y a los residentes empleando las técnicas de PCR-pooling o diseñando un estudio epidemiológico para realizar muestreos aleatorios representativos que permitan extrapolar los resultados al conjunto de la población residente.
- Seguimiento proactivo por el personal sanitario presente en el centro residencial para la detección de sintomatología compatible con COVID-

19 (descartada otra etiología). Además, se realizará un registro diario de temperatura y saturación de oxígeno u otras constantes en función de la clínica que presente. Si existe sintomatología compatible, se contactará con el equipo médico-enfermera que tenga asignado el paciente.

### 3. Seguimiento del centro por el **Servicio Gallego de Salud**:

- Habrá un equipo referente de residencias de mayores y otros centros residenciales sociosanitarios en cada Área Sanitaria, especialista en la infección del SARS-CoV-2.
- También habrá un equipo coordinador/referente de residencias de mayores y otros centros residenciales sociosanitarios por cada servicio de atención primaria.
- Se continuará con la monitorización del estado de salud de los residentes que consistirá en su seguimiento diario y se irá espaciando en el tiempo en función de la evolución de la pandemia. El seguimiento es diferente en función de si el recurso residencial dispone de personal médico y enfermería propio o no:
  - Si el centro residencial cuenta con personal médico y de enfermería, serán estos los que evaluarán diariamente el estado de salud de las personas residentes y el equipo de atención primaria responsable del centro de salud realizará seguimiento compartido con el personal médico/enfermería de la residencia, para conocer la situación de los y las pacientes. Para esto, se promoverá la utilización del modelo de atención compartida con la herramienta Historia Clínica en Movilidad (HCEMOV) del Servicio Gallego de Salud.
  - Si el centro residencial carece de personal médico y de enfermería, serán preferentemente las/os enfermeras/os de atención primaria quienes realizarán el seguimiento diario a través de la plataforma de

referencia quien realizarán el seguimiento diario a través de la plataforma de telemonitorización (TELEA), evaluando principalmente la temperatura y saturación de oxígeno de cada residente. En caso de alteración en alguna de estas constantes, contactará con el personal médico del centro de salud responsable del centro residencial para la realización de la intervención oportuna.

- Así mismo, la gerencia de área establecerá un protocolo de coordinación sociosanitaria de los equipos de Atención Primaria (medicina y enfermería) con los diferentes especialistas hospitalarios (psiquiatría, geriatría, medicina interna, HADO y cualquier otro que se necesite), ya sea de atención presencial, telefónica o con e-interconsulta, de carácter urgente o programada.
- Revisión del plan de contingencia y reactivación de los centros residenciales para comprobar que están recogidas las recomendaciones de este documento.
- Se intentará, en la medida de lo posible, citar a las personas de los centros residenciales en los tramos horarios de menor afluencia de pacientes, tanto en la atención primaria como hospitalaria.

## **B) Prevención de la infección ocasionada por el SARS-CoV-2**

La estrategia de esta línea de actuación se basa en la aplicación de medidas dirigidas a proteger a las personas residentes y al personal, reduciendo la probabilidad de contacto con los casos con la infección por SARS-CoV-2 a través de la adopción de determinadas medidas.

1. La educación sanitaria, como proceso de información, motivación y ayuda para no bajar la guardia y adoptar o mantener las buenas prácticas de prevención de la enfermedad. Es necesario desarrollar una intensa labor en este sentido, incidiendo en los siguientes aspectos:

- Concienciación e interiorización de la magnitud del problema: se debe resaltar por una parte, la idea de que la epidemia no se ha erradicado, con el objetivo de evitar la relajación en la aplicación de las medidas preventivas tanto del personal como de las personas residentes, y por otra, la necesidad de implicación de la población en el cumplimiento de las indicaciones establecidas por las instituciones, en un ejercicio de responsabilidad individual y colectiva.
  
- Medidas de protección: informar y formar sobre las medidas de prevención de la transmisión de la infección, las medidas de protección que se deben emplear y las instrucciones para el correcto manejo de ellas, destacando:
  - Establecer personal de referencia en cada centro para garantizar el conocimiento y aplicación de las medidas de protección e higiene.
  
  - Evitar tocar los ojos, la nariz y la boca.
  
  - Higiene de manos: lavado frecuente y meticuloso de manos con agua y jabón o con soluciones hidroalcohólicas.
  
  - A la entrada al recinto, exigencia a trabajadores y visitantes de la realización de higiene de manos con verificación visual de su correcto cumplimiento.
  
  - Habilitar dispensadores de solución alcohólica en la entrada y en espacios comunes (zonas de visitas, cafeterías) o a la entrada de las habitaciones de cada residente en casos de usuarios no autónomos.
  
  - Las zonas de visitas colectivas y otros espacios como las cafeterías deberán cumplir la normativa de la Xunta de Galicia al respecto.



- Aplicar medidas de refuerzo para el correcto cumplimiento de la higiene y utilización de solución alcohólica atendiendo a las características de cada centro: señalización con cartelería, iluminación al dispensar, etc.
- Generar dinámicas para que los usuarios realicen higiene de manos con frecuencia (juegos de mimetismo, acompañamiento del lavado, momentos previos a actividades, entrada en el comedor) además de medidas de educación sanitaria.
- Instalación de portapapeles desechables en las salas de espera y espacios comunes.
- Instalación de papeleras con pedal y tapa en las salas de espera y espacios comunes para desechar todo el material de un solo uso.
- Generar sistemas de educación sanitaria para la implantación de medidas de higiene respiratoria para los usuarios, visitantes (persona de referencia) y el personal:
  - Al toser o estornudar, tapar la boca y nariz con un pañuelo de papel que se desechará en una papelera, o bien hacerlo en la flexión del codo.
  - Realizar higiene de manos frecuentemente, sobre todo después de tocar secreciones respiratorias (estornudar, toser, uso de pañuelos) y/o objetos contaminados.
  - Respetar la distancia mínima de 1,5 metros con el resto de las personas.
- Utilización de mascarilla en todos los espacios del centro residencial, tanto por parte del personal como de las visitas.

- Recomendar, en aquellos residentes cuya situación pueda asegurar el correcto uso de ellas, la utilización de mascarillas en presencia de visitas.
- Se establecerán planes de formación e información continua del personal para el mantenimiento de todas las medidas de seguridad de los residentes, especialmente en la higiene de manos.

## 2. Intensificación de la limpieza y desinfección del centro:

- Se establecerán protocolos y/o programas intensificados de limpieza en el centro, con especial atención a las zonas donde puedan transitar mayor número de personas y las superficies de contacto frecuente como barandillas y pasamanos, botones, pomos de puertas, mesas, etc. También se incluirá en ellos la ventilación de habitaciones y espacios comunes. Estos programas serán objeto de evaluación en la inspección de servicios sociales.

## 3. Medidas de distanciamiento:

- Medidas de distanciamiento social: mantenimiento de la distancia de seguridad entre personas (al menos 1,5 metros) en las zonas comunes y evitar aglomeraciones o espacios con muchas personas.
- Regular el acceso a las actividades en zonas comunes, distribuyendo estas actividades en turnos, de tal forma que en cada turno, cada participante pueda mantener la distancia de seguridad (al menos 1,5 metros) respecto al resto de participantes.
- Adecuar los comedores colectivos para cumplir con la distancia de seguridad, separando a los residentes autónomos en turnos y situándose a, como mínimo, 1,5 metros de distancia. Para eso es muy

útil, eliminar sillas de dichos comedores o colocar biombos entre las mesas.

- Cada centro impedirá en toda su área las aglomeraciones de personas, sean visitantes o residentes.

#### 4. Medidas para el personal y equipos de protección individual (EPI):

- Establecer personal de referencia en cada centro para garantizar el uso correcto de EPI en función de las necesidades de atención de usuarios y para realizar inventario de estos.
- Elaborar un protocolo de utilización de los diferentes tipos de EPI (mascarillas, guantes, batas, etc.) especificando la práctica en la que se usará cada tipo.
- Control (por lo menos semanal) por el personal responsable de aprovisionamiento del centro del inventario y de las necesidades de EPI para la atención de casos sospechosos.

#### 5. Medidas para las visitas:

- Se elaborará un listado de personas de referencia para cada residente que deben estar exentas de síntomas compatibles con la COVID-19 para poder realizar la visita.
- Se les realizará una evaluación de síntomas compatibles con infección por SARS-CoV-2 mediante la realización de una encuesta clínico-epidemiológica (Anexo I) antes del acceso al centro.
- Se verificará que realizan higiene de manos y se les facilitará una mascarilla si no disponen de ella o en el caso de que lleve una con válvula.

- Se organizarán turnos de visitas con cita previa.
- Según la fragilidad de la persona residente, la visita podrá realizarse en el exterior (paseo o en el jardín del centro) o en un espacio interior habilitado para tal fin.
- Solamente se realizarán visitas en la habitación en el caso de personas residentes encamadas. En la medida que sea posible, se establecerán circuitos de entrada y salida diferenciados.
- En cada residencia, se analizará la disponibilidad de espacios y capacidad para establecer un número máximo de personas de forma simultánea.
- Se intensificarán las medidas de limpieza y desinfección entre turnos y al finalizar el horario de visitas.

#### 6. Medidas para las visitas por motivos profesionales:

- Cuando personal ajeno al centro asista a este por motivos profesionales (como llevar material u otros abastecimientos) solamente podrá acceder a una zona en la entrada del edificio o establecer circuitos diferenciados para evitar su contacto con las personas del centro. Cumplirán todas las recomendaciones higiénicas establecidas para las visitas.
- Los/as profesionales que accedan a realizar actividades terapéuticas de contacto directo con las personas residentes, como por ejemplo actividades de fisioterapia, podología, etc., deberán cumplir las medidas establecidas para el personal en cuanto a la vigilancia y control de síntomas y utilizarán las adecuadas medidas de protección.

- Se elaborará un listado de personas que asisten al centro para facilitar el seguimiento de contactos si fuese necesario.

### **C) Control de la infección por el SARS-CoV-2**

Esta línea recoge el conjunto de intervenciones que tratan de evitar que las personas infectadas por COVID-19 diseminen la infección:

- Control de casos confirmados y de los sintomáticos sin confirmación adoptando medidas de aislamiento. En el caso de los casos COVID-19 confirmados, se actuará según lo indicado por el equipo sanitario y lo establecido en el Protocolo para el manejo de la crisis sanitaria provocada por el COVID-19 en las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios y en el plan de contingencia del centro.
- Control de los/as pacientes diagnosticados/as de COVID-19 tras el alta hospitalaria mediante teleasistencia (TELEA) o telefónicamente.
- Mantenimiento de la estrategia de detección precoz de casos.
- Control y seguimiento de los contactos estrechos de los casos COVID-19 confirmados.

### **6.2. Reactivación en los centros residenciales**

El proceso de reactivación debe de ser gradual, dinámico y reversible, permitiendo recuperar la vida social de forma progresiva, sin incrementar el riesgo de aparición de un brote. Las medidas que se adopten deben responder al conocimiento de la enfermedad y a la evidencia científica ya disponible.

Para el inicio del proceso de reactivación en los centros residenciales, deben cumplirse los siguientes dos criterios:

1. Centro sin infección de SARS-CoV-2 tanto en el personal como en los residentes en los últimos 15 días.

2. Existencia de una disminución sostenida del número de casos confirmados de infección de SARS-CoV-2 (excluyendo residencias de ancianos, sociosanitarios y profesionales sanitarios) en el ayuntamiento en el que se encuentra el centro, a través de la incidencia acumulada en los tres días previos al inicio de esta (incidencia  $\leq$  3 casos nuevos de COVID-19 por 5.000 habitantes/día).

La reactivación en los centros residenciales constará de tres etapas, de 15 días de duración cada una. Para pasar a la siguiente etapa, el centro deberá contar con un informe favorable del equipo sanitario responsable en el área sanitaria. Además se evaluará de manera continua cada una de las etapas de la reactivación con el fin de constatar la necesidad de interrumpir este proceso de normalización o de retroceder en él.

Por otra parte, se permitirá avanzar en las etapas acortando los tiempos a los centros residenciales con menos de 60 plazas a 10 días naturales. En el caso de las viviendas comunitarias y hogares residenciales, por su tamaño, podrán comenzar la reactivación en la segunda etapa siempre que la evaluación inicial de la situación sea favorable. Una vez iniciado el proceso de reactivación, este seguirá el orden establecido independientemente de la etapa en la que se comienza.

### **6.2.1 Etapa I (15 días naturales de duración)**

El plan para la reactivación en esta primera etapa seguirá las siguientes recomendaciones, que deberán adaptarse a las características de cada centro residencial:

### **6.2.1.1. Actividades dentro del centro incluyendo las actividades terapéuticas**

Se permitirá realizar actividades tanto individuales como en grupo dentro del centro en esta etapa y en las siguientes respetando las medidas de distanciamiento social e higiene de manos.

Las actividades tales como talleres, gimnasia o similares se desarrollarán en grupos pequeños (10 personas como máximo) para lo que podrán organizarse turnos de actividades. Este número de personas se podrá aumentar si por el tamaño de la sala, se garantiza la medida de distanciamiento de 1,5 metros.

### **6.2.1.2. Salidas y actividades fuera del centro**

Podrán realizarse paseos en zonas amplias al aire libre en una distancia de un kilómetro alrededor del centro o en espacios verdes del propio centro, manteniendo siempre las medidas de distanciamiento y utilizando mascarilla. La distancia podrá ser mayor si la situación epidemiológica o geográfica, donde se localiza el centro residencial, lo permite.

A la llegada al centro, deberá realizarse higiene de manos y se recomienda cambiarse de ropa por la persistencia del SARS-CoV-2 en ella.

Se limitarán a los horarios establecidos por la normativa vigente en cada momento.

Podrán ir acompañados de las personas referentes para las visitas o realizar salidas en grupos pequeños, con un número máximo de 5 personas. Cada centro podrá establecer si las salidas se realizan con una persona acompañante y los horarios de ellas.

### **6.2.1.3. Visitas**

Las visitas se realizarán teniendo en cuenta las medias establecidas con anterioridad en este documento.

Se permitirá una visita a la semana por la persona de referencia con cita previa.

Se favorecerá el contacto con otros familiares o amigos mediante llamadas telefónicas, videollamadas o videoconferencias. Los medios técnicos para su realización se proveerán por los centros.

### **Evaluación continua**

Se evaluará la situación epidemiológica y sanitaria atendiendo a los criterios establecidos en el marco de actuación de este documento antes del cambio a la siguiente fase.

## **6.2.2 Etapa II (15 días naturales de duración)**

El plan para la reactivación en esta segunda etapa seguirá las siguientes recomendaciones, que deberán adaptarse a las características de cada centro residencial:

### **6.2.2.1. Actividades dentro del centro incluyendo las actividades terapéuticas**

Se mantendrán las medidas establecidas para la etapa I.

### **6.2.2.2. Salidas y actividades fuera del centro**

Se mantendrán las medidas establecidas para la etapa I.

Las personas válidas podrán realizar salidas a la farmacia y al banco a primera hora de la mañana evitando aglomeraciones de personas en ellos.



Atenderán a las medidas de distanciamiento, a las medidas de higiene de manos y utilizarán mascarilla. Cada centro podrá establecer si las salidas se realizan con una persona acompañante y los horarios de ellas.

### **6.2.2.3. Visitas**

Las visitas se realizarán teniendo en cuenta las medias establecidas con anterioridad en este documento.

Se permitirán dos visitas a la semana por la persona de referencia con cita previa.

Se favorecerá el contacto con otros familiares o amigos mediante llamadas telefónicas, videollamadas o videoconferencias. Los medios técnicos para su realización se proveerán por los centros.

### **Evaluación continua**

Se evaluará la situación epidemiológica y sanitaria atendiendo a los criterios establecidos en el marco de actuación de este documento antes del cambio a la siguiente fase.

## **6.2.3 Etapa III (15 días naturales de duración)**

El plan para la reactivación en esta tercera etapa seguirá las siguientes recomendaciones, que deberán adaptarse a las características de cada centro residencial:

### **6.2.3.1. Actividades dentro del centro incluyendo las actividades terapéuticas**

Se mantendrán las medidas establecidas para la etapa I.

### **6.2.3.2. Salidas y actividades fuera del centro**

Se mantendrán las medidas establecidas para la etapa II

Podrán realizar salidas al entorno urbano evitando lugares donde se concentren muchas personas. Atenderán a las medidas de distanciamiento, a las medidas de higiene de manos y utilizarán mascarilla.

### **6.2.3.3. Visitas**

Las visitas se realizarán teniendo en cuenta las medias establecidas con anterioridad en este documento.

Se recuperará el régimen de visitas establecido con anterioridad a la crisis sanitaria.

### **Evaluación continua**

Se evaluará la situación epidemiológica y sanitaria atendiendo a los criterios establecidos en el marco de actuación de este documento antes del cambio a la siguiente fase.

Después de esta etapa se restablecerán las actividades que se realizaban con anterioridad a la crisis sanitaria pero manteniendo las medidas de higiene y de distanciamiento.

## **6.3. Aparición de casos positivos de COVID-19 en un centro residencial**

Si aparece un caso positivo de COVID-19, se tomarán las medidas de aislamiento oportunas y el estudio de contactos, siguiendo lo establecido en el Protocolo conjunto de la Consellería de Sanidad y de la Consellería Política Social para el manejo de la crisis sanitaria provocada por el virus SRAS-CoV-2 en las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios.

En una situación epidemiológica con nula transmisión comunitaria mantenida (como en la que se encuentra Galicia actualmente), no se considera necesario paralizar el plan de reactivación en toda la residencia cuando aparece un caso confirmado. Se deberá aislar al caso confirmado y realizar el estudio de contactos, manteniendo en cuarentena a los contactos estrechos durante 14 días, en base a los protocolos establecidos en la Comunidad.

#### **6.4.Suspensión del aislamiento en casos positivos de COVID-19**

Para la suspensión del aislamiento de un caso positivo, se seguirá lo establecido en el protocolo vigente en la comunidad autónoma (<https://coronavirus.sergas.gal/>).

#### **6.5. Nuevos ingresos**

Se permitirán los nuevos ingresos a partir de la etapa I. Se les realizará la encuesta clínico-epidemiológica del COVID-19 (anexo I) y se extremarán las medidas de distanciamiento establecidas en este protocolo.

Con anterioridad al ingreso, se le realizará una PCR de COVID-19, con tres días de antelación como máximo, que deberá resultar negativa.

Además, se realizará una vigilancia intensiva de su estado de salud atendiendo principalmente a los síntomas compatibles con la COVID-19. Si existiera sospecha de su aparición se contactará inmediatamente con el personal sanitario de referencia establecido por el Servicio Gallego de Salud para el centro y se actuará según lo indicado por el equipo sanitario y lo establecido en el Protocolo para el manejo de la crisis sanitaria provocada por el COVID-19 en las residencias de mayores y en otros centros sociosanitarios y en el plan de contingencia del centro.

## 7. Centros de Atención Diurna para personas mayores o personas con discapacidad

Este tipo de centros ofrecen un programa de atención diurna a las personas mayores que precisan de ayuda para la realización de las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria. También existen centros para personas con discapacidad física o intelectual en los que se les proporciona una atención integral con el objetivo de mejorar o mantener su autonomía personal y, en otros casos, una atención ocupacional de tipo laboral como medio para conseguir el ajuste personal y social más adecuado, destinado a mejorar su grado de autonomía. También sirven de respiro para las personas y familias cuidadoras no profesionales favoreciendo el mantenimiento de la persona en su entorno habitual.

### 7.1. Líneas de actuación en los centros de atención diurna

#### A) Vigilancia de la infección por SARS-CoV-2

Para detener la transmisión comunitaria y evitar la aparición de nuevos brotes es necesaria una labor de vigilancia y monitorización continuas, tanto para la detección precoz de nuevos casos y de sus contactos, como para el seguimiento de ellos.

Para esto, se realizarán las siguientes actividades:

#### 1. Detección precoz en el **personal**:

- Autoevaluación y registro diario de síntomas compatibles con infección del SARS-CoV-2 en el personal y convivientes mediante la realización de la encuesta clínico-epidemiológica que se describe en el anexo I.
- Ante la aparición de sintomatología compatible en el personal, se le indicará aislamiento preventivo domiciliario y se le realizará una PCR. En los casos en que ésta fuese negativa y existiese alta sospecha

clínica de COVID-19 se repetirá la PCR con una nueva muestra del tracto respiratorio 24-48 horas después. Si la PCR continúa siendo negativa y han transcurrido varios días desde el inicio de los síntomas, se valorará la detección de IgM mediante una prueba serológica tipo ELISA u otras técnicas de inmunoensayo de alto rendimiento.

- El nuevo personal que se incorpore al centro debe realizar una encuesta del entorno de convivencia, actividad laboral previa y concomitante.
- Se recomienda la menor rotación posible del personal, organizando equipos estables. Además, se reorganizará la actividad laboral para dividir los equipos por zonas y grupos de residentes para reducir los contactos.

## 2. Detección precoz en las personas **usuarias**:

- Evaluación y registro diario de síntomas compatibles con infección por SARS-CoV-2 en las personas usuarias al llegar al centro mediante la realización de la encuesta clínico-epidemiológica que se describe en el Anexo I.
- Se habilitará un espacio en el centro para aislar a aquellas personas en las que se detecten síntomas mientras no se gestiona su traslado.

## **B) Prevención de la infección por SARS-CoV-2**

La estrategia de esta línea de actuación se basa en la aplicación de medidas dirigidas a proteger a las personas residentes y al personal, reduciendo la probabilidad de contacto con los casos COVID-19 a través de la adopción de determinadas medidas.

1. La educación sanitaria, como proceso de información, motivación y ayuda para no bajar la guardia y adoptar o mantener las buenas prácticas de

prevención de la enfermedad. Es necesario desarrollar una intensa labor en este sentido, incidiendo en los siguientes aspectos:

- Concienciación e interiorización de la magnitud del problema: se debe resaltar por una parte, la idea de que la epidemia no se ha erradicado, con el objetivo de evitar la relajación en la aplicación de las medidas preventivas tanto del personal como de las personas residentes, y por otra, la necesidad de implicación de la población en el cumplimiento de las indicaciones establecidas por las instituciones, en un ejercicio de responsabilidad individual y colectiva.
- Medidas de protección: informar sobre las medidas de prevención de la transmisión de la infección, las medidas de protección que se deben emplear y las instrucciones para su correcto manejo, destacando:
  - Establecer personal de referencia en cada centro para garantizar el conocimiento y aplicación de las medidas de protección e higiene.
  - Evitar tocar los ojos, la nariz y la boca.
  - Higiene de manos: lavado frecuente y meticuloso de manos con agua y jabón o con soluciones hidroalcohólicas.
  - A la entrada al recinto, exigencia a trabajadores y visitantes de la realización de la higiene de manos con verificación visual de su correcto cumplimiento.
  - Habilitar dispensadores de solución alcohólica en la entrada y en espacios comunes (zonas de visitas, cafeterías).
  - Aplicar medidas de refuerzo para el correcto cumplimiento de la higiene y utilización de solución alcohólica atendiendo a las características de cada centro: señalización con cartelería,

iluminación al dispensar, bloqueo de puertas en caso de no utilizarse, etc.

- Generar dinámicas para que los usuarios realicen higiene de manos con frecuencia (juegos de mimetismo, acompañamiento del lavado, momentos previos a actividades, entrada en el comedor) además de medidas de educación sanitaria.
- Instalación de portapapeles desechables en las salas de espera y espacios comunes.
- Generar sistemas de educación sanitaria para la implantación de medidas de higiene respiratoria para los usuarios, visitantes y el personal:
  - ✓ Al toser o estornudar, taparse boca y nariz con un pañuelo de papel que se desechará en una papelera, o bien hacerlo en la flexión del codo.
  - ✓ Realizar higiene de manos frecuentemente, sobre todo después de tocar secreciones respiratorias (estornudar, toser, uso de pañuelos) y/u objetos contaminados.
  - ✓ Respetar la distancia mínima de 1,5 metros con el resto de las personas.
- Utilización de mascarilla en todos los espacios del centro, tanto por parte del personal como de las visitas.
- Recomendar, en aquellas personas usuarias cuya situación pueda asegurar el correcto uso de ellas, la utilización de mascarillas en presencia de visitas.

## 2. Intensificación de la limpieza y desinfección del centro:

- Se establecerán programas y/o protocolos intensificados de limpieza en el centro, con especial atención a las zonas donde puedan transitar mayor número de personas y las superficies de contacto frecuente como barandillas y pasamanos, botones, pomos de puertas, mesas, etc. También se incluirá la ventilación de habitaciones y espacios comunes. Estos programas serán objeto de evaluación en la inspección de servicios sociales.

## 3. Medidas de distanciamiento:

- Medidas de distanciamiento social: mantenimiento de la distancia de seguridad entre personas (al menos 1,5 metros) y evitar las aglomeraciones o espacios con muchas personas.
- Regular las actividades en zonas comunes, distribuyendo estas actividades en turnos, de tal forma que en cada turno, cada participante pueda mantener la distancia de seguridad (al menos 1,5 metros) respecto al resto de participantes.
- Adecuar los comedores colectivos, si los hubiera, para cumplir con la distancia de seguridad, separando a los usuarios autónomos en turnos y situándolos a, como mínimo, 1,5 metros de distancia. Para eso es muy útil, eliminar sillas de dichos comedores o colocar biombos entre las mesas.
- Cada centro impedirá en toda su área las aglomeraciones de personas, sean visitantes o usuarias. Se establecerán turnos de visitas coordinadas para garantizar este fin, en caso de ser necesario.

## 4. Medidas para el personal y equipos de protección individual (EPI):

- El personal de los centros deberá usar mascarilla.



- Establecer personal de referencia en cada centro para garantizar el uso correcto de EPI en función de las necesidades de atención de usuarios y para realizar inventario de estos y el control de abastecimiento de los centros, del inventario y de las necesidades de EPI.

### **C) Control de la infección por SARS-CoV-2**

Esta línea recoge el conjunto de intervenciones que tratan de evitar que las personas infectadas por COVID-19 diseminen la infección:

- Control de los casos confirmados y de los sindrómicos sin confirmación que no precisaron ingreso hospitalario, adoptando medidas de aislamiento domiciliario. En el caso de casos COVID-19 confirmados, seguimiento mediante teleasistencia (TELEA) o telefónicamente.
- Control de los pacientes diagnosticados de COVID-19 tras el alta hospitalaria mediante teleasistencia (TELEA). Se realizará seguimiento telefónico en los casos en los que hubiese sido necesario aislamiento domiciliario después del alta clínica.
- Mantenimiento de la estrategia de detección precoz de casos.
- Control y seguimiento de los contactos estrechos de casos COVID-19 confirmados.

### **7.2. Reactivación en los centros de atención diurna**

El proceso de reactivación debe de ser gradual, dinámico y reversible, permitiendo recuperar la actividad de forma progresiva, sin incrementar el riesgo de aparición de un brote. Las medidas que se adopten deben de responder al conocimiento de la enfermedad y a la evidencia científica ya disponible.

Para iniciar la reactivación en los centros de atención diurna es necesario valorar la existencia de una disminución sostenida del número de casos confirmados de infección por el SARS- CoV-2 en la población general (excluyendo residencias de ancianos, sociosanitarios y profesionales sanitarios), a través de la incidencia acumulada en los tres días previos al inicio de la misma (incidencia  $\leq$  3 casos nuevos de COVID-19 por 100.000 habitantes/día).

Por otra parte, en el proceso de evaluación continua de las medidas establecidas en esta etapa es recomendable tener en cuenta otros indicadores para valorar la necesidad de interrumpir el proceso de reactivación o incluso la posibilidad de retroceder en él:

- Disminución del tiempo de duplicación de casos (<5 días).
- Incremento sostenido del número de casos confirmados (>10% durante 3 días consecutivos).
- Incremento de casos confirmados entre los profesionales sanitarios (>10%).

La reactivación en los centros de atención diurna constará de tres etapas, de 15 días de duración cada una. Además se evaluará de manera continua cada una de las etapas de la reactivación con el fin de constatar la necesidad de interrumpir este proceso de normalización o incluso la necesidad de retroceder en él.

También se evaluará la tipología de cada centro y se adaptarán a las necesidades de las personas usuarias considerando la importancia de realizar una atención centrada en la persona. Una vez iniciado el proceso de reactivación, este seguirá el orden establecido independientemente de la etapa en la que se comienza.

De forma general la reactivación asistencial será gradual, dinámica y reversible y debe permitir la normalización y reinicio de la actividad presencial en estos centros. Deberá realizarse de manera progresiva priorizando aquellos casos con necesidades sociales más urgentes o la necesidad de conciliación familiar.

### **7.2.1 Etapa I (15 días naturales de duración)**

El plan para la reactivación en esta primera etapa seguirá las siguientes recomendaciones, que deberán adaptarse a las características de cada centro de atención diurna:

#### **7.2.1.1. Medidas generales**

Se permitirá la apertura del centro, aunque se mantendrán los apoyos establecidos durante el confinamiento en el domicilio con soluciones tecnológicas a las personas que no asistan a ellos.

La entrada y la salida a los centros se realizará de manera escalonada para evitar aglomeraciones de personas.

Se priorizará el trabajo individual o en pequeños grupos y con personal estable.

Si el centro dispone de zonas al aire libre, se priorizarán las actividades en estos espacios, siempre que sea posible.

#### **7.2.1.2. Grado de ocupación del centro**

La actividad del centro se limitará al 50% de su ocupación, aunque podrá aumentarse si se establecen medidas para garantizar la medida de distanciamiento de 1,5 metros.

#### **Evaluación continua**

Se evaluará la situación epidemiológica y sanitaria atendiendo a los criterios establecidos en el marco de actuación de este documento antes del cambio a la siguiente fase.

### **7.2.2 Etapa II (15 días naturales de duración)**

El plan para la reactivación en esta segunda etapa seguirá las siguientes recomendaciones, que deberán adaptarse a las características de cada centro de atención diurna:

#### **7.2.2.1. Medidas generales**

Se mantendrán las medidas establecidas para la etapa I.

#### **7.2.2.2. Grado de ocupación del centro**

La actividad del centro se limitará al 75% de su ocupación, aunque podrá aumentarse si se establecen medidas para garantizar la medida de distanciamiento de 1,5 metros.

#### **Evaluación continua**

Se evaluará la situación epidemiológica y sanitaria atendiendo a los criterios establecidos en el marco de actuación de este documento antes del cambio a la siguiente fase.

### **7.2.3 Etapa III (15 días naturales de duración)**

El plan para la reactivación en esta tercera etapa seguirá las siguientes recomendaciones, que deberán adaptarse a las características de cada centro de atención diurna:

#### **7.2.3.1. Medidas generales**

Se mantendrán las medidas establecidas para la etapa I.

### **7.2.3.2. Grado de ocupación del centro**

Se permitirá el 100% de ocupación del centro estableciendo medidas para garantizar, en la medida del posible, la medida de distanciamiento de 1,5 metros.

### **Evaluación continua**

Se evaluará la situación epidemiológica y sanitaria atendiendo a los criterios establecidos en el marco de actuación de este documento antes del cambio a la siguiente fase.

Después de esta etapa se restablecerán las actividades que se realizaban con anterioridad a la crisis sanitaria pero manteniendo las medidas de higiene y de distanciamiento.

### **7.3. Aparición de casos positivos de COVID-19 en un centro de atención diurna**

Si aparece un caso positivo de COVID-19 en un centro de atención diurna, se valorará realizar la PCR a todo el personal y personas usuarias.

Además, en el centro se realizará una limpieza y desinfección en profundidad complementada con técnicas que maximicen el contacto con todo el entorno (limpieza de superficie mediante vaporización).

Por último, se evaluará si es necesario cerrar el centro durante un período de 15 días naturales.

#### **7.4. Transporte adaptado**

El servicio de transporte adaptado se considera un servicio básico para el acceso de las personas con discapacidad a los diferentes servicios y centros de atención diurna.

Se ampliará el horario de transporte para facilitar el desplazamiento cumpliendo las medidas de seguridad. Se realizará higiene de manos antes de entrar al vehículo siempre que sea posible.

Si las personas usuarias y el personal utiliza mascarillas, se podrán desplazar dos personas por cada fila de asientos respetando la máxima distancia posible entre las personas ocupantes.

Cuando no sea posible el uso de mascarilla, se realizarán los traslados necesarios para garantizar la seguridad y las medidas de distanciamiento.

Para su limpieza y desinfección se seguirán las recomendaciones publicadas por la Consellería de Sanidad.

### **8. Servicio de atención temprana y otros servicios terapéuticos**

El confinamiento ha evidenciado la necesidad de restablecer la actividad de estos servicios para evitar retrocesos en la consecución de los objetivos terapéuticos establecidos.

Al tratarse de servicios principalmente individuales, podrán comenzar a prestarse desde el inicio de la reactivación estableciendo un sistema de cita previa que garantice la permanencia en el interior del establecimiento de una única persona

usuaria y una profesional al mismo tiempo. Se priorizará la atención a las personas que más lo necesiten teniendo en cuenta su situación clínica.

En todo caso, la actividad presencial deberá ajustarse a las siguientes condiciones:

- Establecimiento de cita previa para las consultas e información a las familias de las normas de acceso y de las medidas de higiene y protección para su conocimiento, que serán de obligado cumplimiento.
- Se tratará de que las personas permanezcan en las salas de espera el mínimo tiempo posible. En estas salas de espera no habrá juguetes ni otros objetos de uso compartido
- Extremar las medidas de higiene de entrada y salida.
- Garantizar las medidas de distanciamiento social y establecer un aforo máximo de espacios.
- Uso de EPI por las personas usuarias, siempre que sea posible y de carácter obligatorio por el personal de servicios. Se recomienda el uso de máscaras tipo pantalla que faciliten la comunicación.
- Garantizar la higiene y desinfección de las instalaciones, aparatos y mobiliario tras la realización de cada actividad terapéutica.
- Fomentar el transporte por familiares limitando la utilización del transporte colectivo, siempre que sea posible.

De modo gradual y atendiendo a lo establecido en la legislación vigente en cada momento, podrán retomarse actividades grupales en pequeños grupos y garantizando las medidas de higiene y distanciamiento.

## 9. Tabla resumen de actividades según la etapa

ACTIVIDAD	Etapa I	Etapa II	Etapa III
<b>Centros residenciales</b>			
<b>Actividades dentro del centro</b>			
Se permitirá realizar actividades tanto individuales como en grupos pequeños incluyendo las actividades terapéuticas respetando las medidas de distanciamiento social. La distancia podrá ser mayor si la situación epidemiológica o geográfica, donde se localiza el centro residencial, lo permite.			
<b>Salidas y actividades fuera del centro</b>			
Paseos en zonas amplias al aire libre a distancia de un kilómetro alrededor del centro o en espacios verdes del propio centro, manteniendo siempre las medidas de distanciamiento y utilizando mascarilla.			
Las personas válidas podrán realizar salidas a la farmacia y al banco a primera hora de la mañana evitando aglomeraciones de personas en ellos. Atenderán a las medidas de distanciamiento y utilizarán mascarilla.			
Podrán realizar salidas al entorno urbano evitando lugares donde se concentren muchas personas. Atenderán a las medidas de distanciamiento y utilizarán mascarilla.			
<b>Visitas</b>			
Se permitirá una visita a la semana por la persona de referencia con cita previa.			
Se permitirán dos visitas a la semana por la persona de referencia con cita previa.			
Se recuperará el régimen de visitas establecido con anterioridad a la crisis sanitaria.			
<b>Centros de atención diurna</b>			
Se permitirá la apertura del centro, aunque se mantendrán los apoyos establecidos durante el confinamiento en el domicilio con soluciones tecnológicas a las personas que no asistan a ellos.			
La actividad del centro se limitará al 50% de su ocupación.			
La actividad del centro se limitará al 75% de su ocupación.			
Se permitirá el 100% de ocupación del centro estableciendo medidas para garantizar, en la medida de lo posible, la medida de distanciamiento de 1,5 metros.			



## Bibliografía

1. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. BOE núm. 67 de 14 de marzo de 2020.
2. Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE núm. 163 de 10 de junio de 2020.
3. RESOLUCIÓN del 13 de marzo de 2020, de la Secretaría Xeral Técnica de la Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza, por la que se dá publicidade al Acuerdo del Consello da Xunta de Galicia, de 13 de marzo de 2020, por el que se declara la situación de emergencia sanitaria en el territorio de la Comunidad Autónoma de Galicia y se activa el Plan territorial de emergencias de Galicia (Platerga) en su nivel IG (emergencia de interés gallego), como consecuencia de la evolución de la epidemia del coronavirus COVID-19. Diario Oficial de Galicia (DOG);50-Bis; 13 marzo de 2020:16402-16414. Disponible en: [https://www.xunta.gal/dog/Publicados/excepcional/2020/20200313/2256/AnuncioG0244-130320-1\\_gl.pdf](https://www.xunta.gal/dog/Publicados/excepcional/2020/20200313/2256/AnuncioG0244-130320-1_gl.pdf) (acceso abril 2020).
4. WHO. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Situation report—91. 2020. World Health Organization (WHO). Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200420-sitrep-91-covid-19.pdf?sfvrsn=fcf0670b\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200420-sitrep-91-covid-19.pdf?sfvrsn=fcf0670b_4) (acceso abril, 2020).
5. Holloway, R., Rasmussen, S., Zaza, S., Cox, N., Jernigan, D. y Influenza Pandemic Framework Workgroup. (2014). Updated Preparedness and Response Framework for Influenza Pandemics. Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports, 63(6), 1-18. Disponible en <http://www.jstor.org/stable/24832599> (acceso abril, 2020).

6. Instituto de Salud Carlos III. (2015, noviembre). Tool for supporting countries on generic emergency preparedness planning in the health sector. The EpiSouth Plus Project. Institute of Health Carlos III. Madrid; 2015. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=23/11/2015-3905fb6680> (acceso abril, 2020).
7. Prevent Epidemics. (2020b, abril 8). Novel Coronavirus (COVID-19) Live Updates. *Prevent Epidemics*. Disponible en: <https://preventepidemics.org/coronavirus/?=undefined> (acceso abril, 2020).
8. Sociedad Española de Medicina Preventiva y Salud Pública (SEMPSPH). Propuesta de medidas y cuestiones a considerar para la fase de transición de la pandemia por SARS-CoV-2 en España. Disponible en: <https://www.sempsph.com/images/Informe%20SEMPSPH.%20Propuesta%20de%20medidas%20y%20aspectos%20a%20considerar%20en%20la%20fase%20de%20transici%C3%B3n.pdf> (acceso abril, 2020).
9. European Centre for Disease Prevention and Control. (2020, febrero 10). Guidelines for the use of non-pharmaceutical measures to delay and mitigate the impact of 2019-nCoV. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/guidelines-use-non-pharmaceutical-measures-delay-and-mitigate-impact-2019-ncov#no-link> (acceso abril, 2020).
10. Mills JP, Kaye KS, Mody L. COVID-19 in older adults: clinical, psychosocial, and public health considerations. JCI Insight. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1172/jci.insight.139292> (acceso mayo 2020).
11. Protocolo conjunto de la Consellería de Sanidade y de la Consellería de Política Social para el manejo de la crisis sanitaria provocada por el virus SRAS CoV-2 (COVID 19) en las residencias de mayores y en otros centros sociosanitarios. Disponible en:

[https://coronavirus.sergas.gal/Contidos/Documents/323/20200504\\_Protocolo\\_conxunto\\_consellerias\\_residencias\\_COVID\\_V8.pdf](https://coronavirus.sergas.gal/Contidos/Documents/323/20200504_Protocolo_conxunto_consellerias_residencias_COVID_V8.pdf) (acceso mayo 2020).

12. Plena inclusión. Propuestas para la desescalada ante la crisis del COVID-19. Disponible en: [https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/plena\\_inclusion\\_propuestas\\_para\\_la\\_desescalada.pdf](https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/plena_inclusion_propuestas_para_la_desescalada.pdf) (acceso mayo 2020).
13. Consideraciones y propuestas para la reapertura de los servicios de atención a las personas con parálisis cerebral. Federación Aspace Galicia. Versión 1. 8 de mayo de 2020.
14. Consellería de Sanidade. Recomendaciones de limpieza y desinfección de vehículos compartidos COVID-19. Disponible en: [https://coronavirus.sergas.gal/Contidos/Documents/256/Recomendacions\\_limpeza\\_vehiculos\\_COVID19.pdf](https://coronavirus.sergas.gal/Contidos/Documents/256/Recomendacions_limpeza_vehiculos_COVID19.pdf) (acceso mayo 2020).
15. Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Ministerio de Sanidad. Actualización, 17 de abril 2020. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/20200417\\_ITCoronavirus.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/20200417_ITCoronavirus.pdf) (acceso mayo 2020).

## ANEXO I. Encuesta clínico-epidemiológica COVID-19

<i>¿ Ha presentado en las últimas 2 semanas?</i>		<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Síntomas respiratorios	Fiebre mayor de 37,5°C		
	Tos seca		
	Dificultad respiratoria		
Otros síntomas	Fatiga severa (cansancio)		
	Dolor muscular		
	Falta de olfato		
	Falta de gusto		
¿Existe algún motivo que justifique los síntomas por parte del paciente?			

Si algún síntoma (sin otra justificación):

¿Tiene actualmente síntomas? SÍ/NO

		<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
<b>¿Ha tenido CONTACTO en las últimas 3 semanas?</b>	¿Con una persona COVID-19 + confirmado?		
	¿Con una persona en aislamiento por sospecha de infección por COVID-19?		
<b>¿Ha convivido en las últimas 3 semanas?</b>	¿Con una persona COVID-19 + confirmado?		
	Con una persona en aislamiento por sospecha de infección por COVID-19?		

La interpretación de los resultados de la encuesta se realizará teniendo en cuenta los criterios clínicos y epidemiológicos. Teniendo en cuenta la definición del Ministerio de Sanidad de caso sospechoso por SARS- CoV-2 (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 atípicos como la odinofagia, anosmia, ageusia, dolores musculares, diarreas, dolor torácico o cefaleas, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico. De presentar cualquiera de estos otros síntomas se valorará el contexto epidemiológico.



Servizo Galego  
de Saúde



Asistencia Sanitaria

Plan

