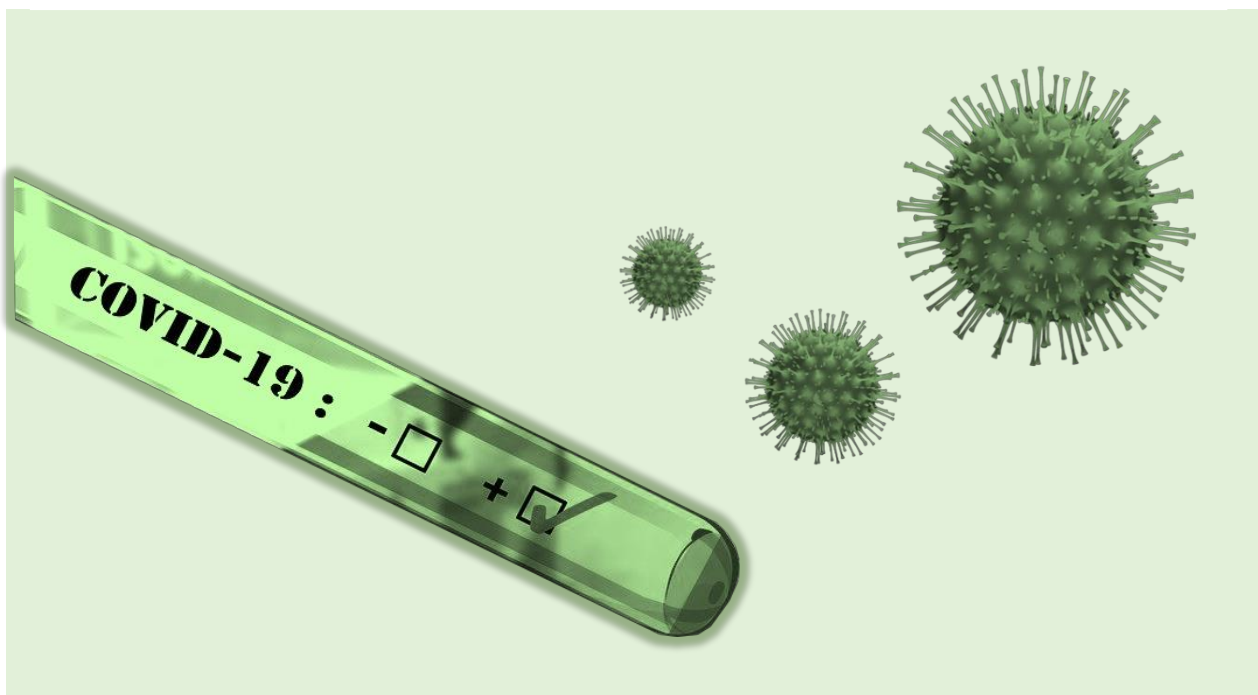
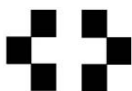


Servicio
Canario de la Salud
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LOS CENTROS RESIDENCIALES DE MAYORES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS PARA LA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN AL SARS-COV-2 MEDIANTE LA DETERMINACIÓN DE PCR Y ANTICUERPOS EN RESIDENTES Y TRABAJADORES.





PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LOS CENTROS RESIDENCIALES DE MAYORES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS PARA LA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN AL SARS-COV-2 MEDIANTE LA DETERMINACIÓN DE PCR Y ANTICUERPOS EN RESIDENTES Y TRABAJADORES.

Las residencias y centros socio sanitarios de mayores, representan entornos con un riesgo importante en cuanto al comportamiento de la enfermedad por SARS-CoV-2, debido a por un lado a su característica de centro cerrado, en muchos de los cuales es difícil aplicar unas medidas estrictas de aislamiento por la dependencia de los mayores de terceras personas para satisfacer sus necesidades de la vida diaria y, por otro lado, por la propia vulnerabilidad que representa una mayor edad (comorbilidades, senescencia inmunitaria, etc.).

En los diferentes brotes de los centros residenciales a nivel internacional se ha detectado pacientes asintomáticos en el momento del estudio que, sin embargo, tenían una carga viral similar a los sintomáticos y por tanto con capacidad de contagiar. Ello indica que la identificación de casos potencialmente transmisores de SARS-CoV-2 no puede realizarse basándose únicamente en la presencia de síntomas, ya que los casos asintomáticos y presintomáticos pueden tener un papel muy importante en la transmisión.

Todo esto, juntamente con la actual disponibilidad de test diagnósticos (PCR y anticuerpos) en la comunidad autónoma Canaria, hace plantear una estrategia de cribado en los centros residenciales basados, por un lado, en el riesgo elevado de estos usuarios, y por otro, en la certeza de que una vez pasada la etapa inicial de confinamiento, el mayor riesgo de infección deriva del riesgo procedente de los trabajadores asintomáticos.



Entre las medidas propuestas para la “fase de transición” de la pandemia por SARS-COV-2 en España, se señala como prioritaria conseguir la reducción de casos confirmados en centros sociosanitarios.

Para ello, se propone entre otras medidas:

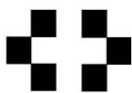
1. Estudiar la posible valoración del estado serológico de los trabajadores de los centros sociosanitarios con el fin de adecuar la organización del personal.
2. Establecer protocolos de detección temprana y aislamiento precoz de casos sospechosos según la disposición de infraestructuras de las instituciones.

En el momento actual, disponemos de pruebas rápidas de detección de anticuerpos (Ac) en sangre capilar y disponibilidad de realizar un número adicional de pruebas de RT-PCR en Canarias. Se plantea la conveniencia de realizar un estudio serológico y de detección temprana de casos COVID-19 entre residentes y trabajadores de centros residenciales y sociosanitarios de Canarias.

El Ministerio de Sanidad, define en la Guía de prevención y control frente al COVID19 en residencias de mayores, actualizada el 24 de marzo, que ante la situación actual de la pandemia por SARS-CoV-2 en España, para el funcionamiento interno de las residencias de mayores y otros centros socio sanitarios establece las siguientes clasificaciones (Orden SND/265/2020, de 19 de marzo):

- a) Residentes asintomáticos y sin contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19.
- b) Residentes asintomáticos, en aislamiento preventivo por contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19.
- c) Residentes con síntomas compatibles con COVID-19.
- d) Casos confirmados de COVID-19.





Desde el punto de vista microbiológico, con las pruebas de diagnóstico que actualmente disponemos, si se quiere establecer un sistema de **vigilancia activa** tanto respecto a residentes como a trabajadores (control diario de residentes y trabajadores con signos o síntomas compatibles con COVID-19), la estrategia se debe basar en la realización de pruebas de PCR, porque actualmente y con los datos publicados en la literatura científica, los test serológicos no tienen la capacidad de detectar casos asintomáticos, ya que los estudios de dinámica de generación de anticuerpos frente a SARS-CoV-19 han mostrado que éstos comienzan a producirse a partir del sexto día del inicio de síntomas a la vez que se observa un descenso de la carga viral. A los siete días, casi la mitad de los casos tiene anticuerpos totales y a los quince días casi el 100%, tanto en los casos leves como los graves. Basado en esto, las técnicas de anticuerpos buscan detectar la respuesta inmune de los pacientes la cual aumenta según avanza la infección y ofrecen por tanto la posibilidad de detectar enfermedad activa de varios días de evolución, por tanto, el uso principal de dichos test sería utilizarlos complementariamente a las PCRs, para comprobar los estados inmunológicos de los residentes y los trabajadores de las residencias (Protocolo para el diagnóstico de COVID-19. Actualización 06.04.2020. Ministerio de Sanidad).

La realización de este estudio no exime de la actualización y aplicación en su caso del plan de contingencia que contempla la Guía de apoyo para la aplicación del documento técnico del Ministerio, para Residencias de mayores y Centros Socioasistenciales, protocolo de diagnóstico y tratamiento para el COVID-19. Criterios de derivación, incluida la designación de un profesional sanitario de referencia como responsable del plan, garantizar la notificación precoz de los casos al Servicio de Vigilancia Epidemiológica por parte del director del centro al teléfono establecido, y la instauración de las medidas de prevención y control pertinentes (incluyendo aislamiento de casos, circuitos de trabajo diferenciados, medidas de barrera física,



disponibilidad de equipos de protección individual (EPIs), el apoyo en infraestructuras y el apoyo en planes de formación del personal.

1. Objetivo general:

Reducir el riesgo de exposición al SARS-CoV-2 en la población residente en centros sociosanitarios de mayores de la comunidad autónoma de Canarias, mediante la detección temprana y aislamiento precoz de casos y la adecuación de la organización del personal.

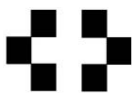
2. Objetivos específicos:

- a) Identificar los portadores asintomáticos en esta población, para identificar grupos de personas que pudiesen ser transmisores de la enfermedad.
- b) Conocer la prevalencia de personas con anticuerpos positivos en la población residente y trabajadora de los centros residenciales y sociosanitarios de mayores de la Comunidad Autónoma de Canarias para adecuar la organización de residentes y trabajadores.
- c) Establecer un circuito periódico de detección precoz en los mencionados trabajadores y notificación rápida al Servicio de Vigilancia Epidemiológica de tal forma que nos permita adoptar medidas de aislamiento temprano de trabajadores y residentes.

3. Población diana.

Residentes y trabajadores de centros residenciales de mayores de la comunidad autónoma, independientemente de la vinculación pública o privada y del modelo de gestión de los centros.





Para la estimación del número de centros, así como del universo poblacional a trabajar, se ha obtenido de la información aportada por la Consejería de Derechos Sociales, Igualdad, Diversidad y Juventud y las Gerencias de Atención Primaria, realizándose la pertinente distribución por áreas de salud. Anexo I

Ello supone un total de 139 centros, 7.264 residentes y 5.455 trabajadores materiales.

Estos datos podrán ir modificándose en la medida de que se depure la base de datos, bien por las actualizaciones a realizar por los propios centros o por la aplicación de los criterios de exclusión.

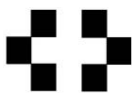
❖ **Criterios de inclusión.**

Cualquier residente, trabajador o colaborador estable del centro, aunque no forme parte de la plantilla de este, pero que por su relación mantenida en el centro pudiese significar un riesgo de transmisión, para lo cual deberá ser identificado por el responsable del centro.

❖ **Criterios de exclusión.**

El único criterio de exclusión será para la realización de PCR, en aquellas personas con diagnóstico previo confirmado de covid-19, en cuyo caso sólo se le hará el test de anticuerpos y se hará constar en la hoja de recogida de datos tal condición a efectos operativos y evaluativos.





4. Metodología de trabajo: Criterios de aplicación y priorización de centros.

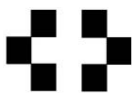
- a) Para priorizar en cada área de salud los centros a cribar, se realizará en orden decreciente del número de plazas y dentro de estos los centros que han tenido casos positivos, dado el riesgo que suponen los centros con mayor número de residentes.
- b) Se realizará una toma simultánea de una muestra en sangre capilar para determinación de anticuerpos (por medio de “test rápido”) y otra toma de muestra de exudado nasofaríngeo para determinación de PCR.
- c) Ambas muestras serán extraídas en el centro residencial.
- d) En general, la toma de muestras en las áreas será realizadas por el personal del SUC, pudiéndose complementar con recursos de atención primaria y recursos propios de las residencias si así fuera necesario.
- e) En la toma de muestras se procederá a la verificación fehaciente del usuario y adecuado etiquetado con el código correspondiente de la muestra.
- f) La toma de muestra se realizará con las medidas oportunas de protección de los profesionales sanitarios y las medidas de prevención y protección tanto de residentes como de trabajadores.
- g) En general el cribado de la residencia se realizará en un mismo día.

Para realizar la toma de muestras por el SUC, siguiendo criterios establecido en este protocolo y la planificación de la toma de muestras en el área de salud, se contactará previa y telefónicamente con el centro correspondiente, con el objetivo de que pueda disponer de la información oportuna y preparar la organización del día o días de la toma de muestras.

❖ Colaboración de los centros residenciales.

- a) **El centro residencial preparará los días previos de la visita el listado de residentes, trabajadores y colaboradores** para la toma de muestras, según





ANEXO II, con el objetivo de facilitar y optimizar la misma, a ser posible se diferenciará las personas encamadas, las aisladas y los ambulantes para realizar la rutina más rápido, para lo cual se le remitirá por correo electrónico las planillas correspondientes, que deberán cumplimentarse e imprimirse por parte del centro residencial, salvo imposibilidad material que se deberá informar previamente al SUC.

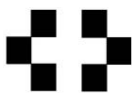
- b) El día de la visita preparara a los residentes para la toma de muestras, a ser posible en el mismo orden en que están elaborados los listados.
- c) En los centros con personal sanitario propio y con disponibilidad de realizar las tomas de muestras de test de anticuerpos, se le solicitará colaboración para las tomas de las mismas, debiendo garantizar que la toma de muestra se realiza de acuerdo a las guías aportadas por el Ministerio de Sanidad, para lo cual recibirán información adecuada por parte del equipo del SUC, esto permitirá avanzar más rápido dada que la lectura de este test exige una espera entre los minutos 10 y 20 desde la toma de muestra.
- d) En el caso que el centro residencial no cuente con personal sanitario se solicitará apoyo del centro de salud de referencia de la residencia a cribar.
- e) En el momento de la obtención de las muestras se preguntará al trabajador/ colaborador y al los residentes (o personal responsable) por la presencia en ese momento o en los 14 días previos de CLÍNICA sugerente del COVID-19.

❖ **Derivación de los test a los laboratorios correspondientes.**

La ejecución del cribado se podrá realizar de forma independiente en cada una de las áreas de salud, pero se coordinará conforme a la capacidad de procesamiento de los test de PCR por el laboratorio de referencia.

- ✓ La Palma derivara las muestras al Hospital Universitario de Canarias (HUC).



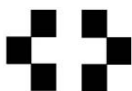


- ✓ El Hierro, Gomera derivará sus muestras a Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC).
- ✓ Tanto el HUC como HUNSC recibirán sus muestras de sus respectivas áreas de influencia, para lo cual a la hora de la planificación diaria se tendrá en cuenta la capacidad máxima de lectura de cada uno, unas 1500 el HUC y 2000 el HUNSC.
- ✓ Dada la existencia de un mayor número de centros en el área norte que pertenecen al HUC, parte de estas muestras podrán ser derivadas al HUNSC
- ✓ El área de Lanzarote y Fuerteventura derivará sus muestras al Hospital Universitario Dr. Negrín.
- ✓ El Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín y el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria recibirá las muestras de su área de influencia. Hay que tener en cuenta que la capacidad máxima de los laboratorios son 400 PCRs diarios, cada uno.
- ✓ Cada hospital de referencia deberá definir los circuitos de derivación y recepción de muestras, así como las etiquetas para las PCR garantizándose la trazabilidad de las muestras.
- ✓ Los resultados de las PCRs serán consignados en la historia clínica del paciente
- ✓ Las personas de referencia de cada centro hospitalario serán los responsables de notificar los casos positivos al Servicio de Vigilancia Epidemiológica.

Valoración de resultados y pautas de actuación. Servicio de epidemiología, unidad de vigilancia epidemiológica.

La unidad de vigilancia epidemiológica recibirá los resultados de los test realizados, marcando para cada centro y usuario las pautas a seguir, según la siguiente pauta.





Anticuerpos IGG - IGM	PCR	Situación	Actuación
—	—	No inmunizado	Seguimiento*
—	+	Infectado/contagiado	Aislamiento**
+	+	Infectado/contagiado	Aislamiento**
+	—	Inmunizado***	Ninguna en particular

*Extremar las medidas de vigilancia y realizar nuevas pruebas seriadas con PCR para la identificación temprana de portadores asintomáticos.

**Valorar situación clínica por el médico asignado.

***Los datos actuales de la pandemia no permiten asegurar la inmunización al 100%.

En función de los resultados de este cribado sistemático, se podrán realizar nuevas muestras seriadas a los trabajadores para la identificación temprana de portadores asintomáticos.

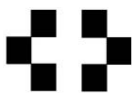
5. Estimación de recursos necesarios.

La estimación de recursos se ha realizado teniendo en cuenta el número de plazas de cada una de las residencias, más el número de trabajadores, estos datos se han obtenido de la información aportada por la Consejería de Derechos Sociales, Igualdad, diversidad y Juventud.

Personal

1. Para la estimación de personal necesaria, se ha estimado unos 5 minutos por usuario, teniendo en cuenta que se realizará en esta fase dos tomas de muestras (Ac y PCR), más el tiempo de lectura del test inmunológico, y que la toma de muestras se realizará en el centro residencial, con el consiguiente traslado entre habitaciones, siempre y cuando se cuente con la participación activa del personal sanitario del centro residencial o en su defecto del personal sanitario del centro de salud de referencia.





2. Consideramos que debe realizar el trabajo al menos dos profesionales, médico o enfermera y un auxiliar que realice la identificación del usuario y muestra, así como el registro de los resultados. Anexo II.

Además del personal sanitario del centro residencial, en caso de no disponer se contactará con el centro de salud que tenga asignado para que les apoye en la realización y lectura de los test inmunológicos.

3. El número de jornadas total necesarias se ha obtenido del resultado del número total de personas a cribar, multiplicado por cinco minutos y dividido por 420 minutos contenidos en las siete horas de trabajo, ese dato se ha obtenido para cada residencia.

Materiales.

Se ha estimado las necesidades de materiales necesarias para la realización de la toma de muestras por cada una de las áreas de salud, según la definición de los correspondientes protocolos

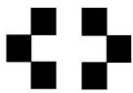
- ✓ **Test rápidos y kit PCR, pantallas faciales, mascarillas, delantales, batas largas o buzos, guantes, lancetas, e hisopos, envases de traslado de muestra, neveras portátiles y bolsas de aislamiento o cubos de residuos amarillos.**

6. Evaluación.

Para la evaluación de la aplicación del protocolo se utilizarán los indicadores que nos permitan explorar los siguientes aspectos:

- ✓ Cobertura sobre la población esperada, diferenciada por residentes y trabajadores.
- ✓ Grado de inmunidad en ambas poblaciones exploradas.
- ✓ Número de portadores asintomáticos detectado



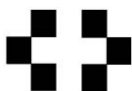


Para la realización de dicha evaluación se utilizará la planilla anexa para la recogida de la información e identificación de usuarios y posteriormente se cruzará la información con la historia clínica de los pacientes, debidamente anonimizados.

Santa Cruz de Tenerife

José Juan Alemán Sánchez
Director General de Salud Pública





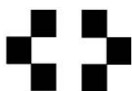
Anexo I

Distribución del número de centros sociosanitarios y material por área de salud

AREA DE SALUD	Nº DE CENTROS DE MAYORES	Total de residentes	Total de trabajadores
Lanzarote	4	193	172
Fuerteventura	1	47	78
Gran Canaria	41	2420	1952
Tenerife	72	4140	2834
La Gomera	5	94	83
La Palma	15	355	323
EL Hierro	1	15	13
Total	139	7264	5455
Total residentes y trabajadores			12719



[illegible]



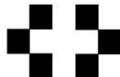
Anexo III

Tabla resumen de brotes de COVID-19 publicados en centros de larga estancia.

Referencia	Fechas y sitio	Afectados	Claves
McMichael T. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020 Mar 27	Inicio 28/02/2020. Afecta a condados de King y de Snohomish (estado de Washington)	20 enero Dpto Salud Pública del condado empezó "vigilancia activa COVID19" para casos confirmados y estudios de contactos. 15 febrero: Inicio "cluster enfermedad respiratoria febril inexplicada" en residencia A. 19 febrero paciente 1 de residencia A empieza síntomas. Requiere suplemento de oxígeno 5 días 24 febrero: Paciente 1 ingresa en hospital. 28 febrero: Paciente 1 PCR+. Residencia A informa de 45 residentes y trabajadores con síntomas de enfermedad respiratoria. 1 marzo: llega equipo CDC, se confirman 3 casos más (1 trabajador, 2 residentes) 6 marzo: contacto por email con >100 residencias de región 9 marzo: A las 3 semanas de inicio cluster, 129 casos de COVID-19 en centro A: 81 residentes de 130 (62%) 34 personal de 170 (20%) 14 visitantes. 10 marzo: Obligatoriedad en el Estado de realizar cribado de trabajadores y visitantes, restricciones a visitas en todas residencias asistidas. 18 marzo: Afectados 30 centros más del condado con uno o más casos COVID19. 8 centros compartían personal o se trasladaron pacientes entre ellos. En total 167 casos confirmados (144 ciudadanos del condado de King y 23 ciudadanos del condado Snohomish) y 35 muertos. 101 residentes en centros (7 residentes asintomáticos con PCR positiva), edad media 83 años, hospitalizados 55%, letalidad 34% 16 visitantes, edad media 63 años, hospitalizados 50%, letalidad 6% 50 trabajadores, edad media 44 años, hospitalizados 6%, no éxitos.	"Una vez que se ha introducido COVID19 en una residencia, tiene el potencial de provocar altas tasas de ataque entre residentes, personal y visitantes" Actuaciones de Salud Pública en el centro donde se confirmó el primer caso: - Investigación del caso inicial - Estudio de contactos: realización RT-PCR a contactos estrechos sintomáticos (enfermedad tipo gripe) - Auto-cuarentena de personas expuestas - Auto-aislamiento de personas con COVID19 confirmado o sospecha - Refuerzo in situ de las medidas de prevención y control de la infección (sesiones de cómo ponerse/quitar EPI correctamente, evaluación de adherencia a higiene de manos, audits sobre uso de EPI, revisión de prácticas de limpieza y desinfección) Estudio en todos los centros de larga estancia: - Se contactó con 100 residencias de larga estancia y se mandó una encuesta usando REDCap (research electronic data capture) sobre casos confirmados o cluster de "enfermedad respiratoria" entre residentes y trabajadores. Hasta 5 recordatorios. - Revisión diaria de base de datos del condado de traslados urgentes desde residencias a hospitales de agudos para buscar evidencias de cluster de enfermedad respiratoria severa. - Informes rutinarios de vigilancia epidemiológica al Servicio de Salud Pública regional para detectar cluster de enfermedad tipo gripe declarados desde residencias (es obligatorio informar de casos de gripe confirmados o de 2 o más casos de enfermedad tipo gripe que ocurran en <72 horas) - A todos los centros en los que se identificó un cluster se contactó por teléfono para información adicional, estrategias de control de infecciones y disponibilidad de EPIs. - Se estratificó las residencias en función del riesgo de introducción y diseminación de COVID19, y las de mayor riesgo se visitaron para proporcionar test y evaluación de control de infecciones, apoyo y entrenamiento. Factores de vulnerabilidad identificados en los Centros:

			- Personal que trabaja estando sintomáticos - Personal que trabaja en más de un centro - Inadecuado conocimiento y adherencia a precauciones estándar, de gotas y contacto y protección ocular - Retos para implementar prácticas de control de infecciones incluyendo insuficiente provisión de EPIs y otros (productos alcohólicos para higiene de manos, falta de protección ocular, cambios frecuentes de tipos de EPI a medida que los suministros se interrumpían y los EPIs se recibían por donaciones u otros suministradores, necesidad de auditoria permanente por parte de un miembro del personal para verificar uso adecuado de EPI como por ejemplo no tocarse o ajustarse la protección facial sobre todo mascarillas durante uso extendido,) - Retraso en el reconocimiento de casos por bajo índice de sospecha, limitado acceso a test, y dificultad para identificar casos de COVID19 basándose solamente en signos y síntomas. Medidas preventivas específicas recomendadas para los Centros: - Identificar y excluir personal y visitas potencialmente infectados (cribado de síntomas; cribado activo con medición y registro de temperatura y evaluación de síntomas respiratorios para identificar y excluir trabajadores sintomáticos). - Política de restricción de visitas y personal no esencial - Asegurar reconocimiento precoz de pacientes potencialmente infectados (estrecha monitorización clínica de síntomas en residentes: fiebre, tos, dificultad para respirar). - Implantar medidas adecuadas de control de infecciones: - Distancia social (restringir movilidad de residentes y actividades grupales) - Formación y entrenamiento del personal en control de infecciones y uso de EPIs - Planes para evaluar stock de EPIs incluyendo suministro regional y estatal - Auditorías y retroalimentación sobre adherencia a prácticas de prevención y control de infecciones mediante observación directa del trabajo.
Kimball A		El 13 marzo (2 semanas después del primer caso) se realiza encuesta de síntomas y RT-PCR al 93% de residentes. Se	Los centros de larga estancia deben realizar pasos proactivos para prevenir la introducción del SARS-CoV-2.





MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020 Apr 3		preguntó a los residentes por: fiebre, tos, falta de aire en los 14 días precedentes. • 30% dieron PCR+. De ellos: ◦ 40% Presentaban síntomas. ◦ 60% NO presentaban síntomas en ese momento: ▪ 40% Desarrollaron síntomas (fiebre, malestar, tos) en los siguientes 7 días (presintomáticos) ▪ 20% NO presentaron síntomas en seguimiento. • 70% fueron PCR-. De ellos: ◦ 25% Presentaron síntomas en los 14 días previos ◦ 75% Asintomáticos La RT-PCR cuantificada indicó valores ALTOS de RNA tanto en sintomáticos como en presintomáticos y en asintomáticos. Sugiere potencial transmisión, independientemente de la presencia de síntomas. El cribado mediante síntomas puede fallar para identificar a la MITAD de los pacientes con COVID19. A pesar del aislamiento precoz de pacientes sintomáticos hubo diseminación del virus.	Una vez que se confirme el primer caso, todos los residentes deben ser puestos en aislamiento si es posible, y considerar uso extendido o reutilización de EPIS si se precisa. Medidas implantadas 1 marzo (primer caso): 1. Restricción de visitas 2. Evaluación 2 veces al día de signos y síntomas de COVID19 entre residentes 3. Cribado de temperatura a todos los trabajadores al inicio de cada turno Medidas implantadas 6 marzo: 1. Aislamiento de todos los residentes sintomáticos 2. Uso de: batas, guantes, protección ocular, mascarillas en higiene de manos para todos los trabajadores sanitarios que entraban en habitaciones de pacientes sintomáticos 3. Desarrollo de una herramienta de recogida de datos (encuesta sobre presencia de síntomas, comorbilidades) Medidas implantadas 13 marzo: 1. Enfermería del centro rellena encuesta de evaluación de síntomas (revisión de registros de cribado en 14 días previos, entrevista clínica de residentes en el momento de la toma de muestras si estado cognitivo lo permitía) 2. Evaluación de seguimiento de síntomas por personal de enfermería del centro 7 días después. 3. Los pacientes se clasificaron como: asintomáticos (ningún síntoma o síntomas crónicos estables), presintomáticos (no síntomas en primera evaluación, si en seguimiento a 7 días; sintomáticos) Los síntomas evaluados incluían: 1. Síntomas crónicos estables (tos crónica sin cambios) 2. Signos y síntomas típicos de COVID19 (fiebre, tos, dificultad para respirar) 3. Signos y síntomas atípicos de COVID19 (dolor de garganta, escalofríos, incremento de confusión, rinorrea o congestión nasal, mialgia, mareo, malestar, dolor de cabeza, náuseas y diarrea) 4. Muestras nasofaríngeas de todos los residentes, y orofaríngeas si colaboraban. 5. Realización de RT-PCR (se está estudiando la viabilidad de los virus) Como el cribado de síntomas puede ser insuficiente para detectar al 60% de los pacientes PCR+, sugieren: 1. Usar test PCR para guiar estrategias de cohorte de pacientes
Roxby AC, MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020 Apr 10;	5-9 marzo 2020 Seattle, Washington	2 residentes de una comunidad de personas mayores independientes. Entre 142 residentes y personal, 3 de 80 residentes (3,8%) y 2 de 62 personal (3,2%) fueron PCR positivo en el primer cribado. Los 3 residentes estaban asintomáticos. Un cuarto residente fue PCR+ en el segundo cribado, también asintomático.	2. Usar precauciones basadas en la transmisión para TODOS los residentes una vez que aparezca un caso. Retos a tener en cuenta: 1. Síntomas típicos y atípicos es muy frecuente (25% de PCR-) 2. Dificultad de realizar aislamiento en habitación y evaluación de síntomas en individuos con deterioro cognitivo (demencia) El 6 marzo se instauraron medidas de distancia física y otras medidas preventivas en toda la comunidad (aislamiento en habitaciones, no comidas comunes o actividades, no visitas, cribado de trabajadores por síntomas, exclusión de trabajadores sintomáticos, refuerzo de medidas higiénicas, incremento de limpieza y desinfección de superficies muy tocadas, estaciones de higiene de manos en pasillos para trabajadores). El 10 de marzo se realizó test PCR a todos los residentes y personal y se preguntó por sintomatología (fiebre, tos, otros en los 14 días precedentes) El 17 marzo se repitió PCR a los residentes Se recomienda adherencia a las guías CDC para prevenir la transmisión de COVID19 en comunidades de residentes ancianos independientes y asistidas. El riesgo en este tipo de instalaciones es menor por la mayor independencia de los usuarios.

