

Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19

Orientaciones provisionales

8 de enero de 2021



Este documento es una actualización de las orientaciones publicadas el 21 de marzo de 2020. Contiene nuevas pruebas y orientaciones, entre las que se incluyen las siguientes:

- resultados actualizados de los estudios publicados sobre:
 - la epidemiología y el alcance de la infección por SARS-CoV-2 en los residentes y el personal de los centros de atención de larga estancia;
 - la eficacia de las precauciones de prevención y control de infecciones (PCI) para prevenir la transmisión del SARS-CoV-2 en los centros de atención de larga estancia;
 - las consecuencias de las medidas de PCI en la salud mental y física y el bienestar de las personas mayores y, en particular, de las personas con demencia u otros trastornos neurológicos o de salud mental.
- asesoramiento actualizado sobre las medidas de PCI para evitar la propagación del SARS-CoV-2 y para proteger a los trabajadores de la salud y a los cuidadores de los pacientes con casos sospechosos o confirmados de COVID-19 en los centros de atención de larga estancia;
- asesoramiento sobre la detección temprana y las pruebas del SARS-CoV-2 entre los residentes y el personal de los centros de atención de larga estancia;
- asesoramiento sobre las políticas de visitas de los centros de atención de larga estancia y consideraciones adicionales sobre la reducción al mínimo de las consecuencias para la salud mental y física de las restricciones y las medidas de prevención y control de infecciones aplicadas en el contexto de la COVID-19.

Puntos fundamentales

- Los centros de atención de larga estancia son entornos de alto riesgo para la transmisión de la COVID-19 entre los residentes y el personal. Los residentes de estos centros corren un mayor riesgo de una manifestación grave de la enfermedad y de muerte, ya que suelen ser personas mayores y con afecciones médicas subyacentes o deterioro funcional. Mediante la detección temprana de la COVID-19, la capacitación y la educación adecuadas en materia de PCI para todos los empleados, residentes y visitantes y la aplicación coherente de políticas y medidas apropiadas de prevención y control de infecciones es posible reducir considerablemente el riesgo de transmisión del SARS-CoV-2 entre los residentes, el personal y los cuidadores de los centros de atención de larga estancia.
- Las medidas de PCI pueden afectar a la salud mental y física y, por consiguiente, al bienestar de los residentes y el personal, en particular el uso de equipo de protección

personal (EPP) y las restricciones de las visitas y las actividades en grupo. Por lo tanto, siempre debe proporcionarse una atención compasiva, respetuosa y centrada en las personas, al tiempo que se garantiza la protección adecuada de los residentes, los visitantes y el personal frente a la COVID-19.

- En el contexto de la pandemia del COVID-19, deben aplicarse las siguientes políticas y procedimientos críticos de prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia, independientemente de si se ha producido una infección por SARS-CoV-2 en los residentes o el personal. En los centros de atención de larga estancia es necesario:
 - garantizar la existencia de un programa y un equipo de prevención y control de infecciones, o al menos una persona capacitada que se encargue de la coordinación de la PCI;
 - aplicar las precauciones habituales de la PCI para todos los residentes (en particular, la higiene adecuada de las manos según los [cinco momentos de la OMS](#) y la limpieza y desinfección minuciosa y sistemática de todo el centro), además de las medidas para limitar la transmisión del SARS-CoV-2 cuando corresponda;
 - en las zonas de transmisión confirmada o sospechosa de COVID-19 comunitaria o por conglomerados, implantar el uso generalizado (universal) de mascarillas para todos los trabajadores de la salud, los cuidadores, otros profesionales, los visitantes, los proveedores de servicios y los residentes;
 - en las zonas de transmisión esporádica conocida o sospechosa de COVID-19, implantar el uso de mascarillas de forma continua y específica para los trabajadores de la salud en las zonas clínicas;
 - garantizar el distanciamiento físico;
 - garantizar una ventilación adecuada en el centro de larga estancia;
 - vacunar a los residentes y al personal contra la gripe y la COVID-19, y a los residentes contra el *Streptococcus pneumoniae*;
 - aplicar las políticas de prevención y control de infecciones a las personas que visiten los centros de atención de larga estancia;
 - garantizar una dotación y organización del personal adecuadas, un horario de trabajo apropiado y la protección de los trabajadores de la salud frente a los riesgos laborales.
- Las siguientes medidas son fundamentales para garantizar la detección temprana de la COVID-19. En los centros de atención de larga estancia es necesario:
 - garantizar la detección temprana de la infección por el SARS-CoV-2 en los trabajadores de la salud mediante la vigilancia de los síntomas o mediante

- pruebas de laboratorio para el personal y los residentes;
- velar por el manejo adecuado de la exposición y la infección por SARS-CoV-2 de los trabajadores de la salud;
- ampliar las pruebas a todos los trabajadores y residentes cuando se detecte un caso positivo de SARS-CoV-2 en un residente o un miembro del personal;
- realizar pruebas de detección del SARS-CoV-2 a los residentes que ingresen o vuelvan a ingresar en los centros que se encuentren en zonas de transmisión generalizada o por conglomerados, si los recursos lo permiten.
- En caso de sospecha o confirmación de COVID-19 en un residente, deberán adoptarse inmediatamente las siguientes medidas de prevención y control de infecciones. En los centros de atención de larga estancia es necesario:
 - adoptar medidas para evitar la transmisión aérea, por contacto y por gotículas (cuando proceda) al atender a los residentes afectados;
 - seguir procedimientos específicos de limpieza y desinfección del entorno, gestión de desechos y lavandería;
 - trasladar a los casos sospechosos o confirmados de COVID-19 a habitaciones individuales o, si no es posible, agruparlos con otros casos, siempre separando a los casos sospechosos de los casos confirmados.
 - garantizar que profesionales médicos realicen evaluaciones clínicas minuciosas de los pacientes—en particular de los que tienen factores de riesgo que pueden provocar un rápido deterioro, como la edad avanzada o las afecciones médicas subyacentes—, incluido un tratamiento temprano, según proceda, además de la evaluación del posible traslado de los residentes afectados a un centro médico para casos agudos;
 - poner en cuarentena a todos los contactos de los casos confirmados de COVID-19 en sus habitaciones o separados de otros residentes y mantenerlos en observación durante 14 días desde el último contacto.
- En caso de fallecimiento de un paciente con COVID-19, deben aplicarse procedimientos seguros para el manejo del cadáver.

Metodología para elaborar las orientaciones

Estas orientaciones provisionales actualizadas se basan en las orientaciones publicadas por la OMS en materia de prevención y control de infecciones en el contexto de la COVID-19 (orientaciones de la OMS sobre la PCI en los entornos de atención de la salud; sobre el uso de mascarillas; y sobre la prevención, la detección y el tratamiento de las infecciones en los trabajadores de la salud (1-3)), las revisiones en curso de las pruebas científicas disponibles sobre la COVID-19 en los centros de atención de larga estancia y sobre la eficacia de las medidas de PCI en estos entornos. Durante las emergencias, la OMS publica orientaciones provisionales, cuya elaboración sigue un proceso transparente y sólido de evaluación de las pruebas científicas disponibles, incluidas las pruebas sobre los efectos beneficiosos y nocivos de intervenciones específicas. El Grupo especial para la formulación de orientaciones acerca de la prevención y control de infecciones en el contexto de la COVID-19 (véase la lista de miembros en la sección de

agradecimientos) evalúa las pruebas científicas disponibles mediante exámenes sistemáticos acelerados y examina las orientaciones mediante un proceso de creación de consenso en sus consultas semanales, que están facilitadas por un especialista en metodología y, cuando es necesario, van seguidas de encuestas. En este proceso también se sopesan, en la medida de lo posible, las posibles consecuencias en materia de recursos, valores y preferencias, viabilidad, equidad y ética. Los proyectos de documentos de orientación se someten a la revisión de un grupo de expertos internos y externos antes de su publicación.

Finalidad de las orientaciones

En las presentes orientaciones provisionales se proporciona orientación a los gerentes de centros de atención de larga estancia y a los coordinadores de PCI para prevenir la entrada en el centro del SARS-CoV-2 y evitar su propagación dentro y fuera del centro, además de ayudarles a facilitar la creación de condiciones seguras para las visitas mediante la aplicación rigurosa de los procedimientos de PCI, en aras del bienestar de los residentes.

La OMS actualizará las orientaciones a medida que disponga de más información.

Antecedentes

Es posible que los centros de atención de larga estancia sean diferentes según el país o incluso, dentro de un mismo país, según la región. Las residencias para personas de edad, las residencias especializadas, los centros de atención médica prolongada, las residencias y los centros residenciales de cuidados de larga duración —llamados en su conjunto «centros de atención de larga estancia»— proporcionan diversos servicios, incluidos servicios de atención médica y asistencial, a las personas que no pueden vivir de manera independiente en la sociedad. El término «centros de atención de larga estancia» no incluye la atención domiciliar de larga duración ni los centros comunitarios, los centros de atención diurna para adultos o la asistencia de relevo (4, 5).

Los trabajadores de la salud o personal sanitario son todas las personas que ejercen actividades laborales cuyo objetivo principal es mejorar la salud. En el caso de los centros de atención de larga estancia, los trabajadores de la salud incluyen también a los trabajadores que se ocupan del cuidado personal de los residentes y a los trabajadores sociales empleados por el centro (6, 7).

Los centros de atención de larga estancia son entornos de alto riesgo para la transmisión de la COVID-19 entre los residentes y el personal. Los trabajadores de la salud que están en contacto o cuidan a los pacientes de COVID-19 tienen un mayor riesgo de infección que la población general (3, 8). En un reciente estudio de gran envergadura realizado en múltiples centros en los Estados Unidos de América se comprobó que se daban 1,3 casos de COVID-19 en los trabajadores de la salud por cada 3 casos detectados en los residentes de los centros de larga estancia (9). En otros estudios en los que se midió la prevalencia de la COVID-19 entre los trabajadores de la salud en los centros de atención de larga estancia, los valores oscilaban entre el 2,2% y el 62,6% (10).

Los residentes de estos centros corren un mayor riesgo de una manifestación grave de la enfermedad y de muerte, ya que suelen ser personas mayores y con afecciones médicas subyacentes o deterioro funcional (4, 11).

Las personas que viven con demencia tienen mayores riesgos directos e indirectos relacionados con la COVID-19, ya que su capacidad para cumplir las recomendaciones de salud pública y las medidas de PCI, incluido el aislamiento, es menor (11). Los residentes de los centros de larga estancia que padecen demencia también corren el riesgo de sufrir acontecimientos adversos derivados de la alteración de los cuidados habituales, incluida la interrupción del apoyo social (11).

Según un examen de los estudios publicados sobre la COVID-19 en los centros de atención de larga estancia, las tasas de positividad de las pruebas del SARS-CoV-2 variaron ampliamente (del 4% al 77%), con un promedio del 37%, que aumentó al 42,9% durante los brotes (10).

Las personas infectadas con SARS-CoV-2 pueden transmitir el virus tanto cuando presentan síntomas como cuando son asintomáticas y hay pruebas de algunos estudios de que, en los centros de atención de larga estancia, los pacientes pueden presentar síntomas atípicos (4, 12, 13). Los estudios de los brotes mostraron que entre el 7% y el 75% de los residentes y entre el 50% y el 100% del personal que dieron positivo eran presintomáticos o asintomáticos. Entre el 57% y el 89% de los residentes asintomáticos que dieron positivo desarrollaron síntomas más tarde; esto destaca la importancia de adoptar las medidas adecuadas de prevención y control de infecciones (4).

Los adultos mayores son el grupo de población en el que se concentra la gran mayoría de los casos graves de COVID-19, las hospitalizaciones y las muertes (14). Los residentes de los centros de atención de larga estancia suelen ser un grupo de población vulnerable debido a su avanzada edad y a las frecuentes afecciones subyacentes como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas y cerebrovasculares, el cáncer y la demencia, que aumentan por sí solas el riesgo de progresión de la COVID-19, incluidos los cuadros graves y la muerte (15).

En una evaluación de riesgos publicada recientemente por el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (CEPCE) se resumieron los factores que influyeron directamente en el aumento de la probabilidad de propagación de la COVID-19 en los centros de atención de larga estancia. Entre ellos, cabe mencionar la elevada prevalencia de COVID-19 en la comunidad, el carácter gregario de los centros de atención de larga estancia, el mayor tamaño de las residencias (>20 camas), las tasas de ocupación más elevadas, las oportunidades desperdiciadas al no haber detectado las alertas tempranas en los datos de seguridad (como el ausentismo del personal, los casos positivos aislados), el personal asintomático que acude a trabajar sin saber que está infectado, la demora en detectar la COVID-19 en los residentes por el bajo índice de sospecha y el diagnóstico tardío de los casos debido a la limitada disponibilidad de pruebas oportunas o a la demora en la notificación de los resultados de las pruebas (11).

Muchos residentes de centros de atención de larga estancia deben ser hospitalizados tras el diagnóstico de COVID-19 debido a la gravedad de la enfermedad. Según el estudio de Gmehlin y Muñoz-Price, la tasa media de hospitalización de los residentes que dieron positivo en todos los estudios fue del 44% y la tasa media de mortalidad fue del 21%. Cabe señalar que la tasa de hospitalización resultó más elevada, en parte, por la necesidad de aislar a los residentes positivos del resto (10).

Un examen de los datos disponibles sobre la mortalidad en los centros de atención de larga estancia reveló que aproximadamente el 46% de las muertes de COVID-19 se produjeron en las residencias de mayores (a partir de los datos de 21 países) (16). En otros estudios se han evaluado las tasas de letalidad en personas infectadas por edad y en todos ellos se ha observado que esta aumenta con la edad (17-19). En un estudio se observó que la tasa de letalidad en los pacientes infectados de 80 años o más era del 8,29% (10,83% en los hombres), en comparación con el 0,001% en los niños de 5 a 9 años y el 0,79% en la población general (17); asimismo en otro estudio se constató una tasa de letalidad del 13,4% en los residentes mayores de 85 años (18) y en un tercero se observó una tasa de letalidad del 15% en esa misma franja de edad (19). La tasa de letalidad en los residentes de centros de atención de larga estancia infectados varía de un país a otro y en algunos países asciende hasta el 22,2% (17).

Dada la magnitud de los efectos de la COVID-19 en los centros, la OMS publicó una reseña normativa sobre la prevención y la gestión de la COVID-19 en los servicios de atención de larga duración (4), en el que se esbozan formas de modificar los servicios de salud y de atención de larga duración para que se integren fácilmente y se presten como parte de un proceso continuo de atención que incluya la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, a fin de garantizar que las personas que necesiten atención a largo plazo puedan recibir servicios de calidad, equitativos y sostenibles. En la reseña normativa (4) se mencionan una serie de medidas para solucionar esas dificultades, incluida la necesidad de:

- establecer comités directivos conjuntos y sistemas de intercambio de información y datos entre sectores y entidades políticas a nivel subnacional para garantizar una respuesta coordinada;
- garantizar un seguimiento y una evaluación eficaces de los efectos de la COVID-19 en los cuidados de larga duración y una transmisión eficaz de la información entre el sistema de salud y el sistema de cuidados de larga duración para optimizar las respuestas;
- establecer un mecanismo para asistir a los proveedores no regulados con afán cooperativo y no punitivo;
- establecer un mecanismo para planificar medidas que protejan al personal y las personas que reciben cuidados de larga duración frente a la infección y la propagación de la COVID-19, así como para priorizar el apoyo a dichas medidas y vigilar su aplicación;
- establecer vías de atención integrada centradas en la persona que abarquen todo el ciclo de los servicios de salud y de cuidados de larga duración, a fin de que las personas con necesidades de este tipo puedan recibir una atención integral;

Principios clave generales para la prevención y detección precoz del SARS-CoV-2

Las pruebas disponibles demuestran que la aplicación sistemática y rigurosa de las políticas y medidas adecuadas de PCI reduce considerablemente el riesgo de infección por el SARS-CoV-2, tanto entre los residentes como entre el personal de los centros de atención de larga estancia (recuadro 1) (20).

Recuadro 1. Base científica de la prevención y el control de las infecciones en los centros de atención de larga estancia

En abril de 2020 la OMS encargó un examen rápido de la prevención de la COVID-19 en los centros de atención de larga estancia (disponible en parte en una publicación científica de Ríos et al. (20) sometida a examen colegiado y actualizada el 9 de octubre de 2020. En el examen actualizado se incluyeron 6 estudios de observación (21-26) y 10 orientaciones clínicas (20, 27), y se llegó a la conclusión de que las medidas de PCI en los centros de atención de larga estancia deben tener por objeto prevenir la introducción del SARS-CoV-2 y que, en caso de que el virus se introduzca, es necesario adoptar medidas inmediatas y amplias para controlar su propagación.

Los datos disponibles, aunque limitados, de los **estudios de observación** sobre las intervenciones más eficaces para prevenir y controlar la propagación del SARS-CoV-2 en los centros de atención de larga estancia sugieren que entre las estrategias eficaces de prevención y control de infecciones figuran las siguientes:

- En las zonas de transmisión comunitaria del SARS-CoV-2, la realización de pruebas frecuentemente a todos los residentes y el personal permite detectar y aislar con prontitud a los pacientes y el personal que den positivo (incluidas las personas infectadas asintomáticas y presintomáticas) y gestionar los casos de manera adecuada, así como prevenir un brote en el centro. En otro estudio se constató que, cuando se hacen pruebas a todos los residentes y miembros del personal después de detectar un caso en el centro, pueden detectarse entre 10 y 100 casos adicionales por cada caso inicial diagnosticado (28).
- La compartimentación del personal (organización del trabajo en pequeños grupos en cada zona del centro sin conexión física ni contacto con los miembros de otros grupos) y la agrupación segregada del personal (asignación de personal para atender por separado a los residentes infectados y no infectados) redujeron el riesgo de casos de COVID-19 en los centros de atención de larga estancia.
- La concesión de permisos por enfermedad remunerados al personal de los centros de atención de larga estancia incrementó la tasa de personal que se presentaba para hacerse pruebas y aislarse en caso de referir síntomas de COVID-19, lo que, en última instancia, redujo el riesgo de transmisión en los centros.
- La distancia física de al menos 1 metro, incluso a la hora de las comidas, también redujo el riesgo de transmisión.
- La observación de los aforos máximos en las salas comunes de los centros (con carteles para recordarlo) se asoció con una menor prevalencia de la infección por SARS-CoV-2.
- El uso adecuado del EPP durante la atención de todos los residentes infectados, los carteles para recordar a los trabajadores las precauciones en materia de transmisión por gotículas y por contacto y la capacitación y las auditorías frecuentes para garantizar que los trabajadores de la salud utilizaran correctamente las mascarillas se asociaron con una prevalencia estadísticamente significativa más baja de la infección entre los residentes y el personal.
- La limpieza de las zonas comunes menos de dos veces al día se asoció con una prevalencia significativamente mayor de la infección por el SARS-CoV-2 entre los residentes y el personal.
- Los centros de atención de larga estancia que tienen baños y lavabos en las habitaciones de los residentes presentaban tasas de infección significativamente más bajas.

Otros resultados de los estudios de observación incluidos en el examen fueron los siguientes:

- La contratación de personal temporal aumentó significativamente el riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 en los centros de atención de larga estancia y entre los trabajadores de la salud (23). En comparación con los centros en los que no se empleó nunca personal temporal, los que emplearon personal temporal para la mayoría de los días registraron un aumento de casi el doble en la prevalencia de la infección por COVID-19 entre los residentes, tenían casi el doble de probabilidades de que se diera un caso de COVID-19 o un brote de gran magnitud y presentaban una prevalencia significativamente superior de la infección por COVID-19 entre el personal.
- La imposibilidad de aislar a los residentes —por ejemplo, por sufrir demencia— se asoció con un mayor riesgo de infección por el SARS-CoV-2 en los residentes. La revisión de los estudios científicos no arrojó resultados concluyentes acerca de las pruebas de detección sistemáticas (el control de la temperatura y los síntomas) de los residentes y el personal como estrategia para reducir el riesgo de infección.

Las recomendaciones más habituales incluidas en las **orientaciones de práctica clínicas** publicadas que figuran en el examen rápido de las pruebas (20), ordenadas según el número de veces que se han citado, son las siguientes:

- establecer protocolos de vigilancia, seguimiento y evaluación de los síntomas en el personal, los cuidadores y los residentes;
- utilizar el EPP adecuado para el personal, los residentes y los visitantes;
- adoptar medidas de distanciamiento físico y aislamiento;
- aislar en habitaciones individuales (o agrupar de forma segregada) a los pacientes con casos confirmados o sospechosos de COVID-19;
- desinfectar las superficies del centro de forma sistemática o más frecuente;
- promover y aplicar las medidas de higiene de las manos entre el personal, los residentes y los visitantes;
- promover y aplicar los hábitos higiénicos al toser y estornudar entre el personal, los residentes y los visitantes;
- aplicar políticas de dotación de personal para promover y hacer cumplir las licencias obligatorias por enfermedad para el personal con síntomas o sospecha de COVID-19 y las medidas para garantizar que el personal de baja por enfermedad reciba una compensación adecuada, así como las políticas para restringir el movimiento del personal dentro del centro o de un centro a otro;
- garantizar una comunicación adecuada entre los centros de atención de larga estancia y las autoridades sanitarias locales o regionales;
- educar al personal, a los cuidadores y a los residentes sobre el control adecuado de las infecciones, la higiene de las manos y los hábitos adecuados al toser o estornudar;
- garantizar el suministro adecuado de EPP, medicamentos y otros equipos médicos (por ejemplo, de oxigenoterapia) para gestionar los casos de COVID-19;
- notificar a los profesionales de la salud pertinentes los casos positivos de COVID-19 y consultarlos al respecto;
- implementar políticas que restrinjan las horas de visita o las limiten únicamente a las visitas consideradas esenciales;
- imponer el uso de precauciones contra la transmisión por gotículas (incluido el uso del EPP adecuado) cuando se trate a cualquier paciente con un caso sospechoso o confirmado de COVID-19;
- separar el equipo específico reservado para uso exclusivo con los pacientes de COVID-19 y realizar pruebas a todos los miembros del personal, los cuidadores y los residentes sintomáticos para detectar la COVID-19.

Programa y actividades de PCI

Tanto en el programa de prevención y control de infecciones como en la respuesta a la COVID-19 a escala nacional debe concederse alta prioridad al apoyo y el fortalecimiento de la PCI en los centros de atención de larga estancia. Estos deben disponer de un programa de prevención y control de infecciones con un equipo específico y formado y al menos un coordinador capacitado con responsabilidades delegadas que cuente con el apoyo del equipo directivo del centro y de las autoridades sanitarias locales. Lo ideal sería que el equipo o la persona encargada de la coordinación pudiera contar con el asesoramiento de un comité multidisciplinario sobre el enfoque estratégico y el plan de acción para garantizar la aplicación adecuada de la PCI. Las recomendaciones de la OMS sobre programas eficaces de prevención y control de infecciones se encuentran [aquí](#) (29). La OMS recomienda contar con una persona encargada de la coordinación de la PCI como requisito mínimo en la materia en todos los establecimientos de salud, incluidos los centros de atención de larga estancia (30). Garantizar el acceso a la información y los recursos, en forma de orientaciones, directrices y procedimientos sobre la prevención y el control de la COVID-19, así como el acceso al equipo adecuado, ayuda al personal y garantiza el establecimiento de rutinas seguras de atención en todos los centros (11).

Debe proporcionarse una capacitación adecuada para toda una serie de grupos destinatarios clave y esta debe actualizarse periódicamente:

- Debe proporcionarse capacitación específica sobre la COVID-19 en materia de prevención y control de infecciones (31) a todas las personas que trabajan en los centros de atención de larga estancia, incluidos los empleados, los cuidadores y otros profesionales auxiliares que prestan servicios a los residentes. En ella debe incluirse como mínimo:
 - una descripción general de la COVID-19;
 - las precauciones habituales, con especial énfasis en la higiene de las manos, las precauciones al toser y estornudar y la limpieza y desinfección del entorno;
 - el uso correcto de las mascarillas;
 - las medidas de precaución para evitar la transmisión por contacto u otras vías y los procedimientos de gestión de los brotes de COVID-19, incluidas las instrucciones para colocarse y quitarse correctamente el equipo de protección personal;
 - los principios clave de la salud y la seguridad en el trabajo.
- Deben organizarse sesiones repetidas de información sobre la COVID-19 para los residentes y sus visitantes, a fin de informarles sobre el virus, la enfermedad que causa y cómo protegerse de la infección. Es necesario reforzar y simplificar la información, en particular teniendo en cuenta la elevada proporción de residentes con deterioro cognitivo o demencia. Reviste especial importancia en el uso de la comunicación inclusiva (por ejemplo, la comunicación adecuada para los residentes con deficiencias sensoriales).

Mediante el coordinador o el equipo de PCI, debe garantizarse como mínimo la aplicación de las siguientes

medidas de prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia:

- Debe garantizarse el triaje y la detección temprana además de evitar la transmisión (mediante el aislamiento de los casos sospechosos y confirmados de COVID-19 tanto entre los residentes como entre los empleados).
- Es necesario disponer de zonas adecuadas y bien equipadas para ponerse y quitarse el equipo de protección personal.
- Las prácticas de prevención y control de infecciones (como el cumplimiento de las normas de higiene de las manos y las prácticas para ponerse y quitarse el EPP) deben auditarse periódicamente; además, es necesario proporcionar información a los empleados (tanto al personal de los centros como a los profesionales auxiliares) y aplicar estrategias para mejorar, según sea necesario.
- Debe hacerse hincapié en la higiene de las manos y los buenos hábitos al toser y estornudar:
 - garantizar un suministro adecuado de gel hidroalcohólico (con al menos un 70% de alcohol) y la disponibilidad de agua limpia y jabón, con puestos para la higiene de las manos en todas las entradas, salidas y puntos de atención;
 - fomentar el lavado de manos con agua y jabón durante un mínimo de 40 segundos o la higiene de las manos con gel hidroalcohólico durante un mínimo de 20 segundos (32);
 - exigir a los trabajadores de la salud que realicen con frecuencia la higiene de las manos, en particular, conforme a los [cinco momentos de la OMS](#), (33, 34) y al comienzo de la jornada laboral, antes y después de ir al baño, antes y después de preparar la comida y antes de comer (32, 35);
 - alentar y ayudar a los residentes y los visitantes a realizar con frecuencia la higiene de las manos, en particular cuando tengan las manos sucias, antes y después de tocar a otras personas (aunque esto debe evitarse en la medida de lo posible), después de ir al baño, antes de comer y después de toser o estornudar;
 - garantizar un suministro adecuado de pañuelos de un solo uso y la eliminación adecuada de los residuos (en un contenedor con tapa);
 - colocar recordatorios, carteles y folletos en todo el centro dirigidos a los empleados, los residentes y los visitantes, con información sobre cómo realizar regularmente la higiene de las manos, el distanciamiento físico, el uso de mascarillas, los buenos hábitos de cubrirse al toser o estornudar con la parte interior del codo o con un pañuelo de papel que debe desecharse inmediatamente en un recipiente con tapa, y cómo ponerse y quitarse el EPP de forma adecuada.
- Deben facilitarse suministros adecuados de EPP y de productos de limpieza.
- En los centros de atención de larga estancia deben mantenerse altos niveles de limpieza y desinfección en el entorno y en los equipos, así como de gestión de desechos y de saneamiento. Existen orientaciones sobre el agua, el saneamiento, la lavandería y la gestión de desechos en el contexto de la COVID-19 (36).

- Los residentes y el personal deben vacunarse contra la gripe (37-39) y contra la COVID-19 y los residentes, además, deben vacunarse contra el *Streptococcus pneumoniae*, de acuerdo con las políticas locales.

Pueden realizarse autoevaluaciones en los centros para ayudar a detectar, priorizar y mitigar cualquier laguna en la capacidad de prevención y control de infecciones durante la preparación y la gestión de la respuesta a la COVID-19 (40, 41).

La persona encargada de la coordinación de la prevención y control de infecciones y los responsables de la prevención y la gestión de la COVID-19 en cada centro de atención de larga estancia deben garantizar, asimismo, la coordinación con los sistemas y servicios que prestan atención a largo plazo, en particular para garantizar:

- la coordinación con las autoridades pertinentes (por ejemplo, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Bienestar Social, el Ministerio de Justicia Social, etc.) a cargo de la atención a largo plazo;
- la activación de la red local de atención sanitaria y social con miras a facilitar una atención continua que apoye a los centros de atención de larga estancia (atención clínica, hospital de agudos, centros de atención diurna, grupos de voluntarios, etc.);
- el apoyo adicional (recursos, trabajadores de la salud) si se confirma un caso de COVID-19 en una persona mayor en un centro de atención de larga estancia.

Vacunación contra la COVID-19 en los centros de atención de larga estancia

La OMS recomienda que los centros de atención de larga estancia se consideren de alta prioridad para la administración de la vacuna contra la COVID-19 y que se hagan planes claros con antelación (42). La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) han publicado información para orientar a los gobiernos nacionales en la elaboración y actualización de sus planes nacionales de introducción e inmunización relativos a las vacunas contra la COVID-19. Se aconseja que, en un principio, se conceda alta prioridad a los objetivos de inmunización de los trabajadores de la salud (incluidos los que trabajan en los centros de atención de larga estancia y en el sector privado), las personas mayores y las personas con problemas de salud subyacentes (42). Por lo tanto, las comunicaciones y los planes convenidos entre los centros de atención de larga estancia y las autoridades sanitarias locales para determinar la logística de la distribución de estas vacunas en sus jurisdicciones revisten suma importancia. Las consideraciones deben incluir las comunicaciones con los residentes y sus parientes más cercanos, la obtención del consentimiento, el almacenamiento, la administración, los suministros de un solo uso, la gestión de los desechos, el manejo de los efectos

secundarios, el mantenimiento de los datos y el suministro puntual de las segundas dosis.

Es importante que todas las personas que cumplan los requisitos para vacunarse contra la COVID-19 reciban todas las dosis recomendadas en los plazos recomendados. También es fundamental que el personal, los cuidadores y los residentes sigan adoptando precauciones para reducir al mínimo la propagación de la infección mientras se obtienen más datos sobre la eficacia de estas vacunas. Por lo tanto, el personal y los residentes deben seguir utilizando mascarillas médicas, mantener la distancia física y lavarse las manos con frecuencia, así como observar las demás precauciones esenciales para la prevención y el control de infecciones antes mencionadas. Durante la administración de la vacuna contra la COVID-19 en los centros de atención de larga estancia, se recomienda la higiene de las manos con gel hidroalcohólico entre vacunas (35). No es necesario utilizar guantes para la vacunación.

Uso generalizado y uso continuo específico de mascarillas

La OMS ha publicado orientaciones sobre el uso de mascarillas en el contexto de la COVID-19 (2), con pruebas científicas para respaldar el asesoramiento que se presenta. En zonas de transmisión comunitaria o por conglomerados, confirmada o presunta, del virus que causa la COVID-19, se recomienda el uso generalizado (universal) de mascarillas¹, a saber:

- Los trabajadores de la salud y los cuidadores deben llevar puesta una mascarilla médica durante toda actividad que realicen en las áreas de atención (residentes con o sin COVID-19) y en todas las áreas comunes (como la cafetería o las salas de personal).-
- Los demás profesionales, visitantes o proveedores de servicios deben llevar puesta una mascarilla médica o higiénica durante todas las actividades y en todas las áreas comunes.
- Los residentes deben llevar puesta una mascarilla médica cuando no sea posible mantener una distancia física de 1 metro o cuando el residente se encuentre fuera de su habitación o de su área de atención dentro del centro.

Cuando se sepa o se sospeche que hay transmisión esporádica de COVID-19, los trabajadores de la salud y los cuidadores deben llevar una mascarilla médica en todas las áreas de atención (uso continuo específico de mascarilla)² (2).

En las orientaciones de la OMS sobre el uso de mascarillas (2) también se describen los perjuicios y riesgos del uso generalizado de las mascarillas y se reconoce que el uso de mascarillas puede causar dificultades de comunicación, especialmente en el caso de las personas sordas o con problemas de audición y que dependen de la lectura de labios. Además, se indica que el uso de mascarillas podría acarrear perjuicios a las personas con trastornos de desarrollo,

¹ El uso generalizado de mascarillas en los centros de salud se define como el requisito por el cual toda persona (personal, pacientes, visitantes, proveedores de servicios y otros) que ingrese en el centro debe llevar puesta una mascarilla todo el tiempo, excepto para comer o beber.

² El uso continuo y específico de mascarilla médica se define como la práctica por la que todos los profesionales de la salud y cuidadores que trabajen en las zonas clínicas donde se realizan las actividades ordinarias deben llevar puestas mascarillas médicas durante todo su turno.

enfermedades mentales, disfunciones cognitivas, asma u otras enfermedades respiratorias crónicas en los que el uso de la mascarilla haya provocado graves problemas respiratorios. Sin embargo, dada la importancia de que las personas mayores se pongan las mascarillas para protegerse, en estas categorías de personas debe hacerse una evaluación específica de cada caso, sopesando los riesgos de eventos adversos y el efecto protector del uso de las mascarillas. En el contexto de las dificultades que puede plantear el uso de mascarillas, puede considerarse la posibilidad de utilizar caretas como alternativa, aunque cabe señalar que la protección que ofrecen frente a la transmisión por gotículas es inferior a las mascarillas (para protegerse uno mismo y para evitar el contagio a los demás). Si se van a utilizar caretas, es necesario garantizar que el diseño sea adecuado y cubra los lados de la cara y la parte inferior de la barbilla.

Es fundamental que el personal capacite y eduque a los residentes y visitantes sobre el uso adecuado de las mascarillas, incluida la higiene de las manos antes de ponérselas y quitárselas, el ajuste adecuado de las mascarillas y las instrucciones acerca de cómo evitar compartir las mascarillas y cómo desecharlas.

En las orientaciones de la OMS sobre el uso de mascarillas en el contexto de la COVID-19 (2) se incluyen más detalles al respecto y [aquí](#) también pueden encontrarse vídeos en la materia.

Distanciamiento físico en los centros

Debe implantarse una distancia física de al menos 1 metro entre las personas para reducir el riesgo de transmisión del SARS-CoV-2. En el contexto de los centros de atención de larga estancia, la OMS recomienda las siguientes medidas:

- Para las actividades de grupo debe garantizarse el distanciamiento físico, con alternativas como las actividades virtuales o por vídeo (43). Cuando sea posible, pueden realizarse actividades en grupos muy reducidos, siempre con los mismos integrantes. En la medida de lo posible, esas actividades también deben realizarse al aire libre.
- Las comidas deben servirse por turnos escalonados para garantizar que se mantiene la distancia física entre los residentes. De no ser posible, será necesario cerrar los comedores y servir las comidas por separado en las habitaciones.
- Es imprescindible imponer una distancia mínima de al menos 1 metro entre los residentes.
- Todo el mundo en los centros de atención de larga estancia debe evitar tocar a otras personas (incluidos los apretones de manos, los abrazos y los besos), a menos que hacerlo sea parte de los cuidados. El contacto físico puede ser muy importante para la comunicación no verbal con algunos residentes, especialmente para aquellos con demencia u otras condiciones complejas, depresión o deterioro sensorial. Cuando sea necesario, debe utilizarse con las precauciones adecuadas (es decir, la higiene de las manos antes y después de tocar a otras personas y el uso de guantes si es preciso como parte de las precauciones habituales o contra la transmisión por gotículas) (44).

Por el contrario, no se ha constado una relación significativa entre la interrupción de las actividades en grupo y la

disminución del riesgo de COVID-19 en los centros de atención de larga estancia (22).

Nota: estas medidas pueden tener graves consecuencias para la salud mental y el bienestar de los residentes y deben aplicarse con precaución (véase más abajo).

Cabe señalar que, si bien no se dispone de pruebas concretas, la Red mundial de la OMS sobre la atención de larga duración subrayó la importancia de promover la resiliencia para conciliar las preferencias personales de los residentes con la gestión de los riesgos. Si no es posible evitar el confinamiento físico de los residentes y se restringe su movimiento durante largos periodos, es preciso insistir en la adopción de medidas para gestionar estos riesgos y apoyar formas seguras de interacción, así como actividades sociales con las que puedan contar. Por ejemplo, los residentes pueden preparar pequeños regalos para los demás y crear ocasiones especiales, lo que puede contribuir a mejorar el estado de ánimo y desarrollar la resiliencia. Además, deben ofrecerse, en la medida de lo posible, oportunidades para una interacción más segura entre los residentes en los espacios exteriores y los jardines, siempre que se respete el distanciamiento físico y otras medidas de prevención y control de infecciones.

Ventilación adecuada

La ventilación adecuada es importante para reducir la transmisión del SARS-CoV-2. La OMS proporciona orientación sobre los requisitos de ventilación en los establecimientos de salud en el contexto de COVID-19 en las orientaciones «Prevención y control de infecciones durante la atención sanitaria a casos presuntos o confirmados de COVID-19» (1).

Un sistema bien diseñado, mantenido y operado puede reducir el riesgo de propagación de la COVID-19 en espacios interiores, al diluir la concentración de aerosoles potencialmente infecciosos mediante la ventilación con aire exterior y la filtración y desinfección del aire recirculado. El uso adecuado de una ventilación natural puede proporcionar los mismos beneficios.

Las habitaciones de los residentes y las zonas comunes deben estar bien ventiladas, con grandes cantidades de aire puro y limpio del exterior para controlar los contaminantes y los olores. Puede conseguirse con una ventilación natural, abriendo las puertas y ventanas para crear un flujo y renovar el aire, si es posible y seguro hacerlo (45).

En los sistemas mecánicos, se recomienda aumentar el porcentaje de aire exterior mediante el modo de ahorro de energía, que permite configurar los sistemas de ventilación y aire acondicionado para que utilicen hasta el 100% de aire exterior.

Es necesario inspeccionar, hacer el mantenimiento y limpiar los sistemas de calefacción, ventilación y aire acondicionado de forma periódica si se utilizan. Es esencial contar con normas rigurosas para la instalación y el mantenimiento de los sistemas de ventilación a fin de garantizar que sean eficaces y contribuyan a crear un entorno seguro (46).

Toda decisión sobre el uso de la ventilación natural, híbrida (modo mixto) o mecánica debe tener en cuenta el clima, incluida la dirección del viento más prevalente, la planta del edificio, las necesidades, la disponibilidad de recursos y el costo del sistema de ventilación.

En particular, en las zonas del centro donde se atienden los casos de COVID-19, es necesario observar requisitos específicos de ventilación. Si no se practican procedimientos generadores de aerosoles, se considera que la ventilación adecuada es de 60 litros por segundo y por paciente (l/s/paciente) si existe ventilación natural, o de 6 renovaciones de aire por hora si se utiliza ventilación mecánica (equivalente a 40 l/s/paciente para una habitación de 4 x 2 x 3 m³).

En las salas donde se realizan procedimientos generadores de aerosoles, deben cumplirse requisitos específicos. En los establecimientos de salud en los que se utilicen sistemas de ventilación natural, es necesario comprobar que el aire contaminado se expulsa directamente al exterior, lejos de los conductos de admisión del aire, las áreas clínicas y las personas. La tasa media de ventilación natural recomendada es de 160 l/s/paciente. En los establecimientos de salud en los que se dispone de un sistema de ventilación mecánica, debe establecerse una presión negativa para controlar la dirección del flujo de aire. La tasa de ventilación debe ser de 6 a 12 renovaciones de aire por hora (por ejemplo, equivalente a 40-80 l/s/paciente para una habitación de 4 x 2 x 3 m³) e, idealmente, de 12 en edificios de nueva construcción, con una presión diferencial negativa recomendada de $\geq 2,5$ Pa (0,254 mm (0,01 pulgadas) de columna de agua) para asegurarse de que el aire fluya del pasillo a las habitaciones de los pacientes.

En las orientaciones de la OMS sobre la prevención y control de infecciones durante la atención sanitaria se incluyen más detalles al respecto (1).

Consideraciones específicas para residentes con demencia o deterioro cognitivo

Las medidas de prevención y control de infecciones pueden afectar a la salud mental y física y al bienestar de los residentes y el personal, en particular el uso de equipo de protección personal y las restricciones de las visitas y las actividades de grupo (47). Es posible que el distanciamiento físico y las restricciones relacionadas con la cuarentena reduzcan la actividad física y fomenten estilos de vida poco saludables (48).

También es posible que los cambios en las rutinas generen más ansiedad a los residentes.

El aislamiento social puede empeorar los síntomas neuropsiquiátricos o provocar cambios de comportamiento, como la apatía, la ansiedad y la agitación, que son los síntomas más comunes (49).

En concreto, es posible que las personas con demencia no acaben de comprender la importancia y la necesidad del aislamiento o el distanciamiento físico. Es posible que se muestren más ansiosos, enfadados, estresados, agitados o retraídos durante el brote o mientras están aislados.

Las intervenciones no farmacológicas o psicosociales son el tratamiento de primera línea recomendado para los síntomas conductuales y psicológicos en pacientes con demencia (50), pero es posible que sean más difíciles de administrar en el contexto de la aplicación de medidas de prevención y control de infecciones contra la COVID-19. Cabe señalar que el uso de ciertos medicamentos psicotrópicos como el haloperidol y el diazepam se asocia con un mayor riesgo de accidente cerebrovascular y mortalidad en las personas con demencia, por lo que debe evitarse, como también debe evitarse el uso

de sujeciones físicas para los residentes que estén agitados (51).

Debe prestarse especial atención a la evolución de las condiciones de salud mental de los residentes durante la aplicación de las medidas de contención o mitigación de la COVID-19 y es preciso organizar la derivación y la consulta con especialistas en salud mental cuando sea necesario y cuando dichos servicios estén disponibles. Debe vigilarse la salud mental de los residentes, idealmente, mediante instrumentos de detección sencillos para determinar quiénes corren el riesgo de sufrir problemas graves de salud mental o de cometer suicidio. El personal debe ser consciente de que es posible que las personas con demencia u otro deterioro cognitivo sean menos capaces de informar de que presentan síntomas debido a las dificultades de comunicación y, por lo tanto, deben estar atentos a la presencia de signos y síntomas de COVID-19. Entre ellos, el síndrome confusional agudo, que las personas con demencia son más propensas a padecer si desarrollan una infección.

Visitantes

A los efectos de este documento, por visitantes de un centro de atención de larga estancia se entiende cualquier persona que no sea empleado o residente del centro, incluidos:

- los familiares o parientes cercanos o las personas designadas por el residente;
- las personas que prestan servicios clínicos no proporcionados en el centro (por ejemplo, la fisioterapia);
- las personas que prestan cuidados no reglados (posiblemente no remunerados);
- las personas que prestan servicios con el fin de mejorar el bienestar de los residentes (por ejemplo, arteterapia, música, peluquería o servicios religiosos).

En las fases iniciales de la pandemia de COVID-19, en la mayoría de las políticas y orientaciones de los países, incluida la edición anterior de este documento, se recomendó evitar o restringir las visitas a los centros de atención de larga estancia en la medida de lo posible. Esto se hizo teniendo en cuenta que las visitas aumentan el riesgo de infección por el SARS-CoV-2, la mayor frecuencia de manifestaciones clínicas y complicaciones graves en las personas mayores y la mayor mortalidad en ese grupo de población.

No obstante, existe un reconocimiento generalizado de que las visitas de familiares o parientes cercanos son esenciales para el bienestar de los residentes y contribuyen significativamente a su cuidado, al proporcionarles vínculos, interacción y actividades sociales. Por otro lado, las lecciones aprendidas de la aplicación de las orientaciones y las nuevas pruebas han demostrado que el cese de las visitas ha tenido unas consecuencias negativas significantivas en el bienestar tanto de los residentes de los centros de atención de larga estancia como de sus familias, además de sus repercusiones para la salud mental. En particular, cuando el residente tiene demencia, la incapacidad de comprender por qué se han interrumpido las visitas puede generar un malestar adicional. También es sabido que la compasión es fundamental en el ámbito de la salud y el bienestar para que se pueda considerar que la atención prestada es de calidad, incluido el mantenimiento de los servicios de salud esenciales en el contexto de la COVID-19. Por último, la restricción del

acceso de los visitantes a los centros de atención de larga estancia también ha provocado la interrupción de algunas actividades importantes de atención médica y social.

Por lo tanto, el Grupo especial para la formulación de orientaciones acerca de la prevención y control de infecciones acordó por unanimidad que era necesario definir y facilitar los criterios y consideraciones para una política segura de visitas a los residentes de los centros de atención de larga estancia por motivos personales, sociales o médicos. El Grupo especial también acordó por unanimidad que, si se demuestra que dichas políticas se implementan de manera efectiva, pueden permitirse las visitas en los centros de atención de larga estancia. Como condición necesaria, toda política o procedimiento operativo estándar que permita las visitas a los residentes de los centros de atención de larga estancia debe basarse en la existencia y el refuerzo continuo de un sólido programa de prevención y control de infecciones en el centro y su aplicación efectiva en todo el establecimiento, en particular en los puntos de atención, incluida la demostración de la eficacia mediante la supervisión de los indicadores clave de PCI (como el cumplimiento de la higiene de las manos y la disponibilidad y el uso adecuado de EPP, tanto por parte de los trabajadores como de los visitantes).

En particular, el Grupo especial convino en que la aplicación de las siguientes medidas es fundamental para prevenir el riesgo de que los visitantes agraven la transmisión del SARS-CoV-2 en los centros de atención de larga estancia:

- políticas activas de detección y pruebas en los residentes, el personal y los visitantes;
- demostración de las prácticas adecuadas de PCI en el centro, de conformidad con las orientaciones de la OMS y las políticas locales;
- disponibilidad de un plan de gestión de brotes de COVID-19;
- nombramiento de una persona responsable de la coordinación de las medidas de prevención y control de infecciones en el centro de larga estancia;
- acceso continuo a EPP adecuado;
- dotación adecuada de personal disponible para facilitar la interacción entre los residentes y los visitantes;
- una persona designada para educar y ayudar periódicamente a los visitantes con las medidas de prevención y control de infecciones;
- un sistema de monitoreo para verificar que los visitantes cumplen las medidas de prevención y control de infecciones;
- acceso a la vacuna contra la COVID-19, si está disponible.

En lo que respecta a la vigilancia, todos los visitantes deben someterse a un examen para detectar signos y síntomas de infección respiratoria aguda o de riesgo significativo de contraer COVID-19 (véase más adelante) y no debe permitirse la entrada en el recinto a nadie que dé positivo en ese examen. Asimismo, es necesario guardar un registro de todos los visitantes que acceden al centro.

Además de las medidas mencionadas, las siguientes precauciones adicionales se consideran importantes:

- Los centros de atención de larga estancia deben disponer de un mecanismo para que los visitantes

puedan reservar la hora y tomar cita: deben evitarse las visitas improvisadas.

- En la medida de lo posible, cada residente debe tener un único visitante constante.
- El uso de mascarillas es obligatorio durante toda la visita, incluido alrededor del edificio y los terrenos del centro. Esto es especialmente importante para los visitantes que también son cuidadores. Se utilizarán, además, otros elementos del EPP si se considera necesario según la evaluación de riesgos.
- Es imperativo mantener en todo momento una distancia física de al menos un metro (entre los visitantes y los residentes, el personal y los visitantes de otros hogares), a menos que el residente esté recibiendo atención o el contacto físico o cercano sea necesario.
- El espacio designado para las visitas debe ser utilizado por un solo residente y visitante a la vez, y debe ser objeto de una mayor limpieza y desinfección entre cada visita.
- El espacio dedicado a las visitas debe estar bien ventilado.
- Cuando haya un único punto de acceso al lugar donde transcurra la visita, el residente y el visitante no deben acceder a dicho espacio a la vez para garantizar que la distancia y la disposición de los asientos se mantengan de forma segura y eficaz.
- Es posible utilizar una pantalla o una lámina de plástico transparente entre el residente y el visitante.
- Las visitas deben realizarse al aire libre siempre que sea posible (si bien para muchos residentes y visitantes esto no será apropiado en el invierno).

Debe explicarse a los residentes que tengan capacidad de comprensión y a las familias o parientes cercanos los posibles riesgos de permitir las visitas.

También es importante tener en cuenta la epidemiología local de la COVID-19. Podría ser necesario imponer restricciones temporales en las zonas donde hay transmisión comunitaria.

Deben contemplarse alternativas a las visitas en persona cuando sea necesario, incluido el uso de teléfonos o vídeo. Según los informes anteriores a la pandemia de COVID-19, existen pruebas limitadas de que las videollamadas reduzcan el aislamiento y la soledad de los adultos mayores (52). Es posible que el personal, las familias y los residentes requieran capacitación sobre cómo utilizar o facilitar las conversaciones mediante tecnología digital.

En los casos en que se haya acordado suspender las visitas a nivel local, debe considerarse la posibilidad de permitir por compasión un número limitado de visitantes sometidos a examen, en particular si el residente está gravemente enfermo y el visitante es su pariente más cercano u otra persona que deba acudir a prestar atención emocional. La decisión de permitir que una persona con un caso sospechoso o confirmado de COVID-19 pueda visitar a un familiar que esté gravemente enfermo debe tomarse a nivel local, con los controles adecuados.

La decisión de suspender las visitas debe revisarse periódicamente, habida cuenta de la importancia de las visitas de los miembros de la familia o de los parientes cercanos para el bienestar de los residentes.

Nota: en algunos lugares, el cierre completo a los visitantes recae bajo la jurisdicción de las autoridades sanitarias locales.

Personal

La dotación y la organización adecuadas del personal son elementos fundamentales para asegurar una correcta prevención y control de infecciones y la calidad de la atención (29, 30, 53). Además, los trabajadores de la salud deben estar protegidos de los riesgos laborales, que han aumentado por la pandemia de COVID-19, y deben establecerse políticas de empleo adecuadas, como las prestaciones por enfermedad (3, 53). El uso de personal temporal está asociado con un mayor riesgo de infección (22, 23). La agrupación segregada del personal (es decir, el reparto del personal en pequeños grupos que trabajan en un área limitada del centro sin conexión física con el personal de los demás grupos) puede ser una estrategia eficaz para minimizar el riesgo de transmisión del SARS-CoV-2 (22).

El movimiento de personal entre los diferentes centros de atención de larga estancia debe reducirse al mínimo y debe establecerse un sistema para mantener registros de dichos movimientos. Cuando el personal tenga que desplazarse entre instalaciones, es imprescindible que sea consciente de los riesgos de propagación de la infección de un centro a otro y que comprenda las precauciones necesarias en materia de prevención y control de infecciones, asimismo mediante una capacitación adecuada (24). Esto reviste gran importancia para los trabajadores de la salud auxiliares (incluidos los que prestan atención no proporcionada en el centro, como la fisioterapia u otros servicios).

El uso del personal temporal debe limitarse en la medida de lo posible. Si se decide contratar personal temporal, es necesario garantizarles una capacitación adecuada en materia de PCI, ya que se ha observado una relación entre el personal temporal y un mayor riesgo de infección por el SARS-CoV-2 en los centros de atención de larga estancia (22, 23).

Detección y gestión de infecciones en los trabajadores de la salud

La detección temprana y el manejo adecuado de la infección por SARS-CoV-2 en las personas que trabajan en los centros de atención de larga estancia, incluidos los cuidadores, es fundamental para evitar el riesgo de transmisión a los residentes de los centros, que son una población de alto riesgo. La OMS ofrece orientación específica sobre la detección precoz mediante la vigilancia de los síntomas y las pruebas de laboratorio en las orientaciones provisionales tituladas Prevención, identificación y gestión de las infecciones de los profesionales sanitarios en el contexto de la COVID-19 (3). Es preciso elaborar y aplicar una estrategia de vigilancia y pruebas a nivel nacional o local que incluya a los centros de atención de larga estancia. En resumen, la OMS aconseja que se lleve a cabo una vigilancia de los síntomas en los trabajadores de la salud para detectar los síntomas de la COVID-19 antes de acceder al lugar de trabajo, con una vigilancia activa o pasiva, en función de los recursos disponibles, y con una marcada preferencia por la vigilancia activa en las zonas en las que la transmisión del SARS-CoV-2 sea comunitaria o por conglomerados. Deben establecerse políticas de empleo, como la licencia por enfermedad remunerada y la posibilidad de permanecer en el hogar en caso de malestar, que garanticen la confidencialidad y no sean punitivas para los trabajadores de la salud que sean contactos o estén infectados con el virus SARS-CoV-2 (53).

La realización de pruebas de laboratorio adecuadas para detectar la infección por el SARS-CoV-2 es otro elemento

necesario para detectar con mayor precisión la transmisión entre los trabajadores de la salud (3). Independientemente del escenario de transmisión del SARS-CoV-2, los trabajadores de la salud que trabajan en centros de atención de larga estancia deben estar incluidos en las pruebas sistemáticas y, como mínimo, someterse a pruebas de SARS-CoV-2 tan pronto como se detecte un caso positivo entre los residentes o el personal.

En resumen, la estrategia de pruebas debe incluir:

- pruebas para los trabajadores de la salud sintomáticos;
- pruebas para los trabajadores de la salud que son contactos de un caso de COVID-19 en el centro de larga estancia o en la comunidad;
- pruebas para todos los trabajadores de la salud cuando se confirma un caso de COVID-19 en un residente o miembro del personal;
- pruebas sistemáticas para los trabajadores de la salud, en particular los que trabajan en múltiples centros, si es posible.

La frecuencia de las pruebas para los trabajadores de la salud dependerá del nivel de transmisión dentro de cada centro y en la zona circundante, de los objetivos de la estrategia de pruebas (mera vigilancia o control de brotes), de la capacidad del centro, de la disponibilidad de laboratorios para realizar las pruebas y de las directrices nacionales y locales. Durante un brote de infección por el SARS-CoV-2, deben realizarse pruebas con frecuencia (entre cada 2 o 3 días y una vez a la semana, según los recursos y la capacidad disponibles) hasta que no se registren casos de COVID-19 en los trabajadores de la salud o los residentes del establecimiento.

Debe alentarse a los trabajadores de la salud a que informen de las exposiciones ocupacionales y no ocupacionales sin protección al SARS-CoV-2, sin que se les culpe de ello. Además, deben adoptarse políticas y procedimientos claros que describan las medidas que deben tomarse si los trabajadores de la salud no superan las pruebas de detección de síntomas a su llegada al centro o si desarrollan síntomas durante su turno. En cualquier caso, los profesionales de la salud ocupacional o de la prevención y control de infecciones deben evaluar el riesgo de exposición y categorizarlo a partir de una herramienta estandarizada (como la herramienta de evaluación de riesgos de la OMS) (54) y determinar la gestión adecuada, incluida la capacidad del trabajador para reincorporarse.

Todo trabajador de la salud que presente síntomas o dé positivo en las pruebas de SARS-CoV-2 debe:

- aislarse inmediatamente y no atender a ningún paciente hasta completar una evaluación exhaustiva;
- informar a su supervisor, que debe informar a los servicios de prevención y control de infecciones y de salud en el trabajo;
- solicitar atención médica mediante el sistema de derivación adecuado si se siente mal o los síntomas empeoran.

En las orientaciones provisionales Prevención, identificación y gestión de las infecciones de los profesionales sanitarios en el contexto de la COVID-19 (3) se proporcionan más detalles sobre la gestión de los trabajadores de la salud expuestos o positivos (con o sin síntomas).

Si es necesario aislar a un trabajador de la salud, deben adoptarse los principios de la OMS para interrumpir el

aislamiento de los pacientes de COVID-19 (55) antes de decidir sobre su reincorporación al trabajo. También deben tenerse en cuenta las políticas locales y las consideraciones especiales para ciertos subgrupos específicos de trabajadores de la salud (3).

Apoyo a los trabajadores de la salud

Es esencial proteger al personal del estrés. Deben adoptarse estrategias que apoyen al personal que informe de que presenta síntomas de afecciones de salud mental como consecuencia de la pandemia de COVID-19 y del agotamiento físico. La OMS recomienda las siguientes medidas:

- Es necesario tratar, mitigar o eliminar los riesgos de estrés, incluido velar por que se apliquen las medidas de seguridad laboral de prevención y control de infecciones para evitar su agravación.
- Deben efectuarse controles periódicos y de apoyo a todo el personal para garantizar su bienestar y debe fomentarse un entorno de comunicación adecuada y de atención explícita con recordatorios.
- Deben evitarse los turnos demasiado largos y garantizarse el descanso y la recuperación, con las disposiciones alternativas que sean necesarias.
- Todo el personal debe estar capacitado en habilidades psicosociales básicas (56) para proporcionar el apoyo psicosocial necesario a los residentes y los compañeros de los centros de atención de larga estancia.
- Debe garantizarse la disponibilidad y el acceso a servicios confidenciales de salud mental y apoyo psicosocial, tanto a distancia como en persona (57).
- Deben ponerse a disposición otras medidas integrales para proteger la salud mental del personal que participa en la respuesta a los brotes (53).
- Los trabajadores también deben tomar algunas precauciones en materia de prevención y control de infecciones y de distanciamiento físico durante sus descansos. Estas son importantes para evitar la transmisión entre trabajadores de la salud. Los mismos principios se aplican al transporte hacia y desde el centro, por ejemplo, cuando varios miembros del personal se desplazan juntos en el mismo vehículo.

Detección temprana, prevención de la transmisión, aislamiento y atención a residentes de centros de atención de larga estancia con COVID-19

Detección temprana

La detección temprana, el aislamiento y la atención de los casos de COVID-19 entre los residentes son esenciales para limitar la propagación de la enfermedad en los centros de atención de larga estancia. Entre las medidas importantes para lograr la detección temprana de casos sospechosos de COVID-19 entre los residentes, figuran capacitar al personal sobre los signos y síntomas de la COVID-19 y las definiciones más recientes de los casos, además de pedirles que estén alerta ante una posible infección por SARS-CoV-2 en los residentes.

Durante la pandemia, debe establecerse una vigilancia prospectiva de la COVID-19 entre los residentes de todos los centros de atención de larga estancia, independientemente de la situación epidemiológica de la zona.

- Debe evaluarse el estado de salud de todo nuevo residente a su ingreso para determinar si presenta signos de enfermedad respiratoria, como la fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) y la tos, la falta de aliento u otros síntomas indicativos (58).
- Debe evaluarse a cada uno de los residentes dos veces al día para detectar la aparición de fiebre, tos, falta de aliento u otros síntomas indicativos.
- De haber residentes con fiebre o síntomas respiratorios, debe informarse de inmediato a la persona que se ocupa de la coordinación de la prevención y control de infecciones y al personal clínico.

Las personas mayores o inmunodeprimidas pueden presentar síntomas atípicos, como cansancio, disminución del estado de alerta, reducción de la movilidad, diarrea, pérdida de apetito, caídas, síndrome confusional agudo o ausencia de fiebre (58). Por lo tanto, es posible que sea necesario ajustar las preguntas de cribado para ciertos entornos y guiarse por consideraciones epidemiológicas.

Si bien no se dispone de pruebas específicas, el Grupo especial para la formulación de orientaciones acerca de la prevención y control de infecciones aconsejó que, en las zonas de transmisión comunitaria o por conglomerados, los residentes se sometían a pruebas en el momento de su admisión al centro de atención de larga estancia o en el momento de su readmisión tras ser dados de alta de otro establecimiento si se dispone de la capacidad necesaria para realizar las pruebas. También deben ponerse en cuarentena en sus habitaciones o separados de los demás residentes hasta que se disponga del resultado de la prueba. Si no es posible efectuar las pruebas, una alternativa para las zonas con transmisión comunitaria o por conglomerados es aislar a los residentes en su propia habitación durante 14 días desde la admisión, a fin de reducir al mínimo el riesgo para los demás residentes del centro de larga estancia. Así debería procederse siempre, a menos que ya hayan estado aislados durante 14 días en otro entorno; incluso en ese caso, quizá el centro desee aislar a los nuevos residentes durante otros 14 días. Si se admite a un nuevo residente durante su periodo de aislamiento, como mínimo debe completar el periodo de aislamiento restante dentro de su propia habitación.

Prevención de la transmisión, aislamiento y atención a residentes con casos confirmados o sospechosos de COVID-19

Para garantizar la prevención de la transmisión (prevención de la propagación ulterior a partir de una persona infectada) si se sospecha que un residente tiene o se le ha diagnosticado la infección por el SARS-CoV-2, deben adoptarse las siguientes medidas:

- Debe notificarse a las autoridades locales de todo caso sospechoso y de todo residente aislado con inicio de síntomas respiratorios.
- Debe garantizarse que el residente y cualquier otra persona que permanezca en la habitación lleve puesta una mascarilla médica hasta que el caso sospechoso o confirmado pueda aislarse adecuadamente.

- De ser posible, el caso sospechoso o confirmado de COVID-19 debe aislarse rápidamente en una habitación individual.
- Cuando no haya habitaciones individuales disponibles, debe estudiarse la posibilidad de agrupar a los residentes con infección sospechada o confirmada por SARS-CoV-2:
 - Los residentes con casos sospechosos de COVID-19 deben agruparse con otros casos sospechosos; no deben agruparse con casos confirmados de COVID-19.
 - Los casos sospechosos de COVID-19 no deben agruparse cerca de residentes inmunodeprimidos.
- Las habitaciones deben estar claramente marcadas con carteles en la entrada que indiquen las precauciones necesarias para evitar la transmisión por gotículas y por contacto.
- Los compañeros de habitación y los contactos de los casos confirmados de COVID-19 deben ponerse en cuarentena en sus habitaciones o mantenerse separados de los demás residentes y estar bajo observación hasta 14 días desde el último contacto.
- Cuando sea posible, debe designarse a personal específico para atender a los residentes con casos sospechosos o confirmados de COVID-19.
- Debe llevarse un registro del personal que accede a las habitaciones de dichos residentes.
- Debe haber equipos médicos específicos (por ejemplo, termómetros, esfigmomanómetros o pulsioxímetros) dedicados específicamente para los residentes con casos sospechosos o confirmados de COVID-19.
- Los equipos deben limpiarse y desinfectarse antes de volverlos a utilizar con otro residente.
- Debe limitarse el uso compartido de dispositivos personales (dispositivos de movilidad, libros, aparatos electrónicos) con otros residentes.
- Los residentes deben someterse a pruebas de infección por el SARS-CoV-2 de conformidad con las políticas de vigilancia locales si el centro tiene la capacidad de recoger de manera segura muestras biológicas para los análisis.
- Si un residente da negativo para el SARS-CoV-2 y sigue teniendo síntomas respiratorios, debe someterse a pruebas para detectar otras infecciones respiratorias y aislarse, de ser posible. Si no es posible aislar al residente y este comparte la habitación con otros, todos deben ponerse una mascarilla médica y mantener la distancia física; además, la habitación debe estar bien ventilada.
- Si un residente da positivo en la prueba de SARS-CoV-2, todos los demás residentes y todo el personal del centro de atención de larga estancia deben hacerse la prueba y todos los contactos deben ponerse en cuarentena (3).
- El residente, la familia o el pariente más cercano y las autoridades de salud pública competentes deben ser notificados con prontitud si la prueba de SARS-CoV-2 es positiva.
- Un profesional médico debe realizar una evaluación clínica para establecer la gravedad de la enfermedad, incluida la evaluación del posible traslado del residente a un establecimiento de salud para casos agudos (58). La decisión de mantener en observación

al paciente en los centros de atención de larga estancia o trasladarlo a otro establecimiento de salud debe tomarse atendiendo a cada caso en particular.

- Las personas con factores de riesgo de un deterioro rápido, como la edad avanzada y las afecciones médicas subyacentes, deben ser objeto de estrecha observación.
- Los empleados deben tomar las precauciones adecuadas para evitar la transmisión por contacto y por gotículas cuando presten atención al residente y cuando se encuentren a menos de un metro de él.

Los centros de atención de larga estancia deben estar preparados para aceptar a nuevos residentes y a personas que hayan estado hospitalizadas por una infección por SARS-CoV-2 que estén médicamente estables y puedan ser trasladadas. Para estos traslados, los centros de atención de larga estancia deben tener protocolos específicos acordados con las autoridades sanitarias locales y deben aplicar las mismas medidas y restricciones para la prevención y control de infecciones que si el residente hubiera sido diagnosticado con la infección por SARS-CoV-2 en el centro.

Medidas de PCI en la atención a los residentes con infección presunta o confirmada por SARS-CoV-2

La OMS dispone de orientaciones específicas sobre la prevención y control de infecciones en los establecimientos de salud en los que se atienden los casos sospechosos o confirmados de COVID-19 (1). A continuación se resumen las principales medidas.

Equipo de protección personal

El uso racional y correcto de los equipos de protección personal es una medida clave para prevenir la exposición al SARS-CoV-2 y otros patógenos (59). La eficacia del EPP depende en gran medida de:

- la capacitación del personal sobre cómo ponerse y quitarse el EPP;
- el acceso sin demoras a suministros suficientes;
- la higiene adecuada de las manos;
- el cumplimiento de los principios de uso adecuado por parte de los trabajadores de la salud;
- la supervisión y las observaciones periódicas de la persona encargada de la coordinación de la prevención y control de infecciones.

Cuando se proporcione la atención habitual a un residente con infección presunta o confirmada por el SARS-CoV-2, deben tomarse las precauciones adecuadas para evitar la transmisión por contacto y por gotículas. Estas incluyen el uso del siguiente EPP: mascarilla médica, guantes, bata y protección ocular (gafas o careta protectora).

Al atender a un residente con infección presunta o confirmada por SARS-CoV-2 en el que se esté realizando algún procedimiento generador de aerosoles, deben tomarse las precauciones debidas para evitar la transmisión por el aire y por contacto: la mascarilla médica debe sustituirse por una mascarilla N95, FFP2 o FFP3 u otra mascarilla de nivel equivalente. Nota: el uso correcto de las mascarillas N95 implica disponer de un programa de pruebas periódicas en los empleados para comprobar que estas se les ajustan adecuadamente (1).

Debe prestarse especial atención a las siguientes cuestiones:

- El EPP debe colocarse y retirarse cuidadosamente y según los procedimientos recomendados para evitar la autoinfección.
- Debe realizarse siempre la higiene de las manos antes de ponerse el EPP y después de quitárselo, además de observar los [cinco momentos para la higiene de las manos](#) (33, 34).
- Los trabajadores de la salud deben ponerse el EPP justo antes de entrar en toda sala en la que haya un caso de COVID-19, quitárselo inmediatamente después de salir y deshacerse de él como corresponde.

Las personas que se ocupan de la limpieza y de la manipulación de la ropa de cama sucia, la lavandería y similares deben llevar un equipo de protección personal adecuado, que incluya mascarillas, guantes, batas de manga larga, gafas o caretas protectoras y botas o zapatos cerrados. Deben realizar la higiene de las manos antes de ponerse el EPP y después de quitárselo y seguir los [cinco momentos para la higiene de las manos](#) recomendados por la OMS (33, 34).

Limpieza y desinfección del entorno

La OMS ha publicado orientaciones específicas sobre la limpieza y desinfección en el contexto de la COVID-19 (60). La limpieza ayuda a eliminar los agentes patógenos o reduce considerablemente su concentración en las superficies contaminadas y por ello es un componente indispensable de cualquier método de desinfección. La limpieza con un detergente (preparación comercial) o jabón debe avanzar de la parte menos sucia (la más limpia) a la más sucia, y de arriba abajo. A continuación, debe utilizarse un desinfectante a base de cloro cuya eficacia contra el SARS-CoV-2 haya sido evaluada (61).

Para el SARS-CoV-2, la OMS aconseja una concentración de 0,1% (1000 ppm) de hipoclorito de sodio, de etanol al 70-90% o de peróxido de hidrógeno al $\geq 0,5\%$, con un tiempo de contacto mínimo de un minuto. En caso de grandes derrames de sangre o líquidos corporales (es decir, más de unos 10 ml), se recomienda utilizar hipoclorito de sodio en una concentración de 0,5% (5000 ppm). Transcurrido el tiempo de contacto adecuado, los residuos de desinfectantes pueden enjuagarse con agua limpia si es necesario. Es posible que haya otros desinfectantes disponibles a escala local y puede considerarse la conveniencia de utilizarlos, siempre respetando el tiempo de contacto que recomiende el fabricante. Evítese mezclar desinfectantes, pues esas mezclas pueden liberar gases nocivos (62). Las instrucciones para obtener diluciones correctas de desinfectantes y la información sobre los efectos adversos debidos al uso de desinfectantes, en particular del hipoclorito de sodio, figuran en las orientaciones de la OMS sobre limpieza y desinfección en el contexto de COVID-19 (60).

Todas las superficies horizontales y que se tocan con frecuencia (como los interruptores eléctricos, los pomos de las puertas, las barandillas de las camas, las mesillas de noche y los teléfonos) y los baños deben limpiarse al menos dos veces al día y cuando estén sucios.

Deben utilizarse paños o trapos limpios al comienzo de cada sesión de limpieza. En las zonas de alto riesgo de contaminación por SARS-CoV-2, debe utilizarse un paño

nuevo para limpiar la habitación de cada residente. Los paños sucios deben procesarse correctamente después de cada uso.

Se debe mantener en buen estado el equipo de limpieza (por ejemplo, los cubos). El equipo que se utilice en las zonas donde están aislados los residentes infectados con SARS-CoV-2 debe identificarse mediante un color especial y permanecer separado del resto de los equipos.

Es importante que el personal de limpieza esté capacitado en todos los aspectos de una limpieza eficaz, incluida la preparación segura de los desinfectantes, el uso correcto del EPP para protegerse de la posible exposición al SARS-CoV-2 y de la exposición química.

Gestión de desechos

Los desechos generados durante la atención a los pacientes que presentan una infección presunta o confirmada por SARS-CoV-2 se consideran infecciosos y deben recogerse de forma segura en contenedores claramente marcados y forrados y en cajas especiales para objetos punzantes (36).

Para gestionar los desechos sanitarios de forma segura, los centros deben:

- asignar responsabilidades y recursos humanos y materiales suficientes para la separación y la eliminación de los desechos;
- tratar los desechos, preferiblemente *in situ* si se dispone de un espacio seguro dedicado a ello y, a continuación, eliminarlos de manera segura (si los desechos se trasladan antes de su tratamiento, es fundamental comprender dónde y cómo se tratarán y eliminarán);
- asegurarse de que todo el personal utiliza el EPP adecuado (botas, bata de manga larga, guantes de alta resistencia, mascarilla y gafas de protección o caretas) cuando manipula desechos infecciosos y aplica las medidas de higiene de las manos inmediatamente después de quitárselo;
- prepararse para un aumento del volumen de desechos infecciosos en caso de que se produzca un brote de SARS-CoV-2 en el centro de atención de larga estancia, especialmente en lo que respecta al uso de EPP.

Lavandería

La ropa sucia de los residentes con una infección presunta o confirmada por SARS-CoV-2 debe introducirse en bolsas o contenedores estancos claramente marcados, después de quitar con cuidado los excrementos sólidos que puedan existir y depositarlos en un cubo tapado para su posterior eliminación en un inodoro o letrina (36).

Se recomienda lavar la ropa a máquina con agua a 60 °C–90 °C (140–194 °F) y detergente para colada. Después, la ropa se puede secar según los procedimientos habituales.

Si no es posible el lavado a máquina, la ropa puede ponerse a remojo en agua caliente y jabón en una tina grande, removiendo con un palo con cuidado para no salpicar. A continuación, debe vaciarse la tina y dejar la ropa en remojo en una solución de cloro al 0,05% (500 ppm) durante 30 minutos aproximadamente. Finalmente, la ropa debe aclararse con agua limpia y dejarse secar por completo, si es posible al sol (60).

Restricciones de movimiento y traslado

Cuando se sospecha o confirma que un residente ha contraído una infección por SARS-CoV-2, el centro de atención de larga estancia debe asegurarse de que se apliquen y respeten las siguientes medidas:

- Los pacientes con casos confirmados no deben abandonar sus habitaciones durante el periodo de aislamiento, a menos que sea necesario por motivos médicos.
- El movimiento o traslado de los residentes debe limitarse únicamente a las pruebas diagnósticas y terapéuticas esenciales.
- Debe evitarse el traslado a otros establecimientos (a menos que esté indicado por motivos médicos).
- Si es imprescindible realizar el traslado, debe informarse a los servicios de transporte y al personal de la unidad o establecimiento receptor de las precauciones necesarias para el residente que va a ser trasladado. Debe garantizarse que los residentes que abandonen sus habitaciones por motivos estrictamente necesarios lleven puesta una mascarilla y respeten las buenas prácticas al toser y estornudar. El personal de transporte debe llevar puesta una mascarilla médica y disponer de gel hidroalcohólico, además de utilizar el EPP adicional necesario en función de las actividades que deban realizar (59).

Suspensión de las medidas de aislamiento

Las medidas de precaución para evitar la transmisión por contacto y por gotículas solo deben interrumpirse cuando se hayan resuelto los signos y síntomas clínicos o cuando haya transcurrido el número pertinente de días después de que se haya realizado una prueba positiva con una muestra de las vías respiratorias altas por medio de un ensayo molecular. En el caso de los residentes sintomáticos, las medidas adicionales pueden interrumpirse 10 días después de la aparición de los síntomas y transcurridos al menos tres días consecutivos más sin fiebre ni síntomas respiratorios. Para los residentes asintomáticos, el aislamiento puede terminar 10 días después de la fecha de la prueba positiva inicial (55).

Las precauciones habituales deben seguir aplicándose en la atención de todos los residentes en todo momento.

Manejo de los cadáveres

Es preciso respetar y proteger en todo momento la dignidad de los difuntos, sus tradiciones culturales y religiosas, y sus familias (63).

Es fundamental garantizar la seguridad y el bienestar de las personas que manipulan cadáveres. Antes de realizar ninguna actividad relacionada con el cadáver de una persona con un caso sospechoso o confirmado de COVID-19, los trabajadores de la salud deben realizar un examen preliminar y una evaluación de los riesgos y seguir las orientaciones de la OMS para la gestión segura de cadáveres en el contexto de la COVID-19 (63).

Durante los procedimientos de gestión de cadáveres, los trabajadores de la salud deben:

- realizar la higiene de las manos antes y después de manipular el cadáver;
- utilizar un EPP adecuado conforme al grado de interacción con el cadáver y la evaluación del riesgo (por ejemplo, protección ocular y mascarilla médica,

además de guantes y bata impermeable o bata con delantal impermeable si existe riesgo de salpicaduras de líquidos corporales al manipular el cuerpo);

- asegurarse de contener toda fuga de líquidos de los orificios corporales;
- envolver el cadáver y trasladarlo al depósito de cadáveres;
- no realizar ninguna otra actividad durante la manipulación o preparación del cadáver;
- desinfectar todo instrumento no desechable que se utilice durante la manipulación del cadáver, de conformidad con las orientaciones de la OMS sobre limpieza y desinfección en el contexto de la COVID-19.

No es necesario utilizar bolsas para cadáveres para las personas fallecidas por COVID-19, si bien pueden utilizarse por otras razones, como una pérdida excesiva de líquidos o si no la morgue no tiene cámara refrigerada, especialmente en los países con un clima cálido. Si han transcurrido más de 24 horas desde la muerte de la persona, o si el entierro o la incineración no está programado en las próximas 24-48 horas, puede utilizarse una segunda bolsa para cadáveres.

Referencias

1. Prevención y control de infecciones durante la atención sanitaria a casos presuntos o confirmados de COVID-19: orientaciones provisionales, 29 de junio de 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333389>, consultado el 3 de diciembre de 2020).
2. Uso de mascarillas en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales, 1 de diciembre de 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337833>, consultado el 3 de diciembre de 2020).
3. Prevención, identificación y gestión de las infecciones de los profesionales sanitarios en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales, 30 de octubre de 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336652>, consultado el 3 de diciembre de 2020).
4. Prevención y manejo de la COVID-19 en los servicios de cuidados de larga duración: reseña normativa, 24 de Julio de 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333726>, consultado el 3 de diciembre de 2020).
5. Prevención y manejo de la COVID-19 en los servicios de cuidados de larga duración: anexo para la web. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334184>, consultado el 3 de diciembre de 2020).
6. Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43432>, consultado el 4 de enero de 2021).

7. Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las actividades económicas (CIIU), revisión 4, sección Q: Actividades de atención de la salud humana y de asistencia social. Nueva York: Naciones Unidas; 2008 (https://unstats.un.org/unsd/classifications/Econ/Download/In%20Text/ISIC_Rev_4_publication_Spanish.pdf, consultado el 4 de enero de 2021).
8. Coronavirus (COVID-19) related deaths by occupation, England and Wales. Newport: Oficina de Estadísticas Nacionales; 2020 ([https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregistereduptoandincluding20april2020#:~:text=A%20total%20of%20131%20deaths,100%2C000%20females%20\(86%20death\)](https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregistereduptoandincluding20april2020#:~:text=A%20total%20of%20131%20deaths,100%2C000%20females%20(86%20death)), consultado el 21 de junio de 2020).
9. Hatfield KM, Reddy SC, Forsberg K, Korhonen L, Garner K, Gulley T et al. Facility-wide testing for SARS-CoV-2 in nursing homes – seven U.S. jurisdictions, March-June 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(32):1095–9.
10. Gmehlin CG, Muñoz-Price LS. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in long-term care facilities: a review of epidemiology, clinical presentations, and containment interventions. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2020; 2020:1–6.
11. Increase in fatal cases of COVID-19 among long-term care facility residents in the EU/EEA and the UK. 19 de noviembre de 2020. Estocolmo: Centro europeo para la prevención y el control de las enfermedades; 2020 (<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-increase-fatal-cases-covid-19-among-long-term-care-facility>, consultado el 3 de diciembre de 2020).
12. Gallichotte EN, Quicke KM, Sexton NR, Fitzmeyer E, Young MC, Janich AJ et al. Longitudinal surveillance for SARS-CoV-2 among staff in six Colorado long-term care facilities: epidemiologic, virologic and sequence analysis. *medRxiv.* 2020:2020.06.08.20125989.
13. Ladhani SN, Chow JY, Janarthanan R, Fok J, Crawley-Boevey E, Vusirikala A et al. Investigation of SARS-CoV-2 outbreaks in six care homes in London, April 2020. *EClinicalMedicine.* 2020;26:100533.
14. Mas Romero M, Avendaño Céspedes A, Taberner Sahuquillo MT, Cortés Zamora EB, Gómez Ballesteros C, Sánchez-Flor Alfaro V et al. COVID-19 outbreak in long-term care facilities from Spain: many lessons to learn. *PLoS One.* 2020;15(10):e0241030.
15. Thompson DC, Barbu MG, Beiu C, Popa LG, Mihai MM, Berteau M et al. The impact of COVID-19 pandemic on long-term care facilities worldwide: an overview on international issues. *Biomed Res Int.* 2020;2020:8870249.
16. Comas-Herrera A, Zalakaín J, Lemmon E, Henderson D, Litwin C, Hsu AT et al. Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence. En: *LTC Covid* [sitio web]. Londres: International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>, consultado el 4 de enero de 2021).
17. O'Driscoll M, Ribeiro Dos Santos G, Wang L, Cummings DAT, Azman AS, Paireau J et al. Age-specific mortality and immunity patterns of SARS-CoV-2. *Nature.* 2020 (<https://doi.org/10.1038/s41586-020-2918-0>, consultado el 4 de enero de 2021).
18. Verity R, Okell LC, Dorigatti I, Winskill P, Whittaker C, Imai N et al. Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(6):669–77.
19. Levin AT, Hanage WP, Owusu-Boaitey N, Cochran KB, Walsh SP, Meyerowitz-Katz G. Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID-19: systematic review, meta-analysis, and public policy implications. *Eur J Epidemiol.* 2020;35(12):1123–38.
20. Rios P, Radhakrishnan A, Williams C, Ramkissoon N, Pham B, Cormack GV et al. Preventing the transmission of COVID-19 and other coronaviruses in older adults aged 60 years and above living in long-term care: a rapid review. *Syst Rev.* 2020;9(1):218.
21. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogojans S, Kay M, Schwartz NG et al. Epidemiology of COVID-19 in a long-term care facility in King County, Washington. *N Engl J Med.* 2020;382(21):2005–11.
22. Rolland Y, Lacoste MH, de Mauleon A, Ghisolfi A, De Souto Barreto P, Blain H et al. Guidance for the prevention of the COVID-19 epidemic in long-term care facilities: a short-term prospective study. *J Nutr Health Aging.* 2020;24(8):812–6.
23. Shallcross L, Burke D, Stat OAC, Donaldson A, Hallatt G, Hayward A et al. Risk factors associated with SARS-CoV-2 infection and outbreaks in long term care facilities in England: a national survey. *medRxiv.* 2020:2020.10.02.20205591.
24. Telford CT, Bystrom C, Fox T, Wiggins-Benn S, McCloud M, Holland DP et al. Assessment of infection prevention and control protocols, procedures, and implementation in response to the COVID-19 pandemic in twenty-three long-term care facilities in Fulton County, Georgia. *medRxiv.* 2020:2020.08.13.20174466.
25. Telford CT, Onwubiko U, Holland D, Turner K, Prieto J, Smith S et al. Mass screening for sars-cov-2 infection among residents and staff in twenty-eight long-term care facilities in Fulton County, Georgia. *medRxiv.* 2020:2020.07.01.20144162.
26. Belmin J, Um-Din N, Donadio C, Magri M, Nghiem QD, Oquendo B et al. Coronavirus disease 2019 outcomes in French nursing homes that implemented staff confinement with residents. *JAMA Netw Open.* 2020;3(8):e2017533.

27. Stall NM, Johnstone J, McGeer AJ, Dhuper M, Dunning J, Sinha SK. Finding the right balance: an evidence-informed guidance document to support the re-opening of Canadian nursing homes to family caregivers and visitors during the coronavirus disease 2019 pandemic. *J Am Med Dir Assoc.* 2020;21(10):1365–70.e7.
28. Li R, Pei S, Chen B, Song Y, Zhang T, Yang W et al. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV-2). *Science.* 2020;368(6490):489–93.
29. Directrices sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nivel nacional y de establecimientos de atención de salud para pacientes agudos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/255764>, consultado el 3 de diciembre de 2016).
30. Minimum requirements for infection prevention and control programmes. Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330080>, consultado el 3 de diciembre de 2020).
31. Prevención y control de infecciones (PCI) causadas por el virus de la COVID-19 [curso en línea]. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://openwho.org/courses/COVID-19-PCI-ES>, consultado el 22 de diciembre de 2020).
32. WHO guidelines on hand hygiene in health care. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009 (<https://www.who.int/infection-prevention/publications/hand-hygiene-2009/en/>, consultado el 3 de diciembre de 2020).
33. Sus 5 momentos para la higiene de las manos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009 (https://www.who.int/gpsc/information_centre/gpsc_5_momentos_poster_es.pdf, consultado el 3 de enero de 2021).
34. Sus momentos para la higiene de las manos: atención sanitaria en residencias de la tercera edad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (https://www.who.int/gpsc/5may/Poster_residential_home_Sp.pdf, consultado el 3 de enero de 2021).
35. La higiene de las manos en la asistencia ambulatoria y domiciliaria y en los cuidados de larga duración: guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos y del modelo “Los cinco momentos para la higiene de las manos”. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/84918>, consultado el 15 de diciembre de 2012).
36. OMS y UNICEF. Agua, saneamiento, higiene y gestión de desechos en relación con el SARS-CoV-2, el virus causante de la COVID-19: orientaciones provisionales, 29 de julio de 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331929>, consultado el 3 de diciembre de 2020).
37. Cómo vacunar a los trabajadores sanitarios contra la gripe estacional. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://www.who.int/immunization/research/development/health_worker_influenza_immunization/en/, consultado el 3 de diciembre de 2020).
38. Vaccines against influenza: WHO position paper – November 2012. *Wkly Epidemiol Rec.* 2012;87(47):461–76.
39. WHO seasonal influenza vaccination recommendations during the COVID-19 pandemic. *Wkly Epidemiol Rec.* 95(45):539–43 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336260>, consultado el 4 de enero de 2021).
40. Infection prevention and control health-care facility response for COVID-19. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-HCF_assessment-IPC-2020.1, consultado el 4 de diciembre de 2020).
41. Infection prevention and control health-care facility response for COVID-19: a module from the suite of health service capacity assessments in the context of the COVID-19 pandemic: interim guidance, 20 October 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336255>, consultado el 3 de enero de 2021).
42. OMS y UNICEF. Guidance on developing a national deployment and vaccination plan for COVID-19 vaccines: interim guidance, 16 November 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336603>, consultado el 3 de diciembre de 2020).
43. Aung MN, Yuasa M, Koyanagi Y, Aung TNN, Moolphate S, Matsumoto H et al. Sustainable health promotion for the seniors during COVID-19 outbreak: a lesson from Tokyo. *J Infect Dev Ctries.* 2020;14(4):328–31.
44. Gillis K, Lahaye H, Dom S, Lips D, Arnouts H, Van Bogaert P. A person-centred team approach targeting agitated and aggressive behaviour amongst nursing home residents with dementia using the Senses Framework. *Int J Older People Nurs.* 2019;14(4):e12269.
45. Ventilación natural para el control de las infecciones en entornos de atención de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009 (https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/natural_ventilation/es/, consultado el 22 de diciembre de 2009).
46. Heating, ventilation and air-conditioning systems in the context of COVID-19: first update. 10 November 2020. Estocolmo: Centro europeo para la prevención y el control de las enfermedades; 2020 (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Heating-ventilation-air-conditioning-systems-in-the-context-of-COVID-19-first-update.pdf>, consultado el 4 de enero de 2021).

47. Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19. 18 de marzo de 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19>, consultado el 3 de diciembre de 2020).
48. Palmer K, Monaco A, Kivipelto M, Onder G, Maggi S, Michel JP et al. The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing. *Aging Clin Exp Res.* 2020;32(7):1189–94.
49. Simonetti A, Pais C, Jones M, Cipriani MC, Janiri D, Monti L et al. Neuropsychiatric symptoms in elderly with dementia during COVID-19 pandemic: definition, treatment, and future directions. *Front Psychiatry.* 2020;11:579842.
50. Enhancing mental health pre-service training with the mhGAP intervention guide: experiences and lessons learned. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333970>, consultado el 4 de diciembre de 2020).
51. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/312180>, consultado el 4 de diciembre de 2019).
52. Noone C, McSharry J, Smalle M, Burns A, Dwan K, Devane D et al. Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review. *Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas* 2020;5:CD013632.
53. Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response: interim guidance, 3 December 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337333>, consultado el 3 de diciembre de 2020).
54. Risk assessment and management of exposure of health care workers in the context of COVID-19: interim guidance, 19 March 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331496>, consultado el 3 de diciembre de 2020).
55. Criterios para poner fin al aislamiento de los pacientes de COVID-19: reseña científica, 17 de junio de 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332997>, consultado el 3 de diciembre de 2020).
56. Habilidades psicosociales básicas: Guía para personal de primera línea de respuesta a la COVID-19. Ginebra: Comité Permanente entre Organismos; 2020 (<https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-06/Basic%20Psychosocial%20Skills-%20A%20Guide%20for%20COVID-19%20Responders%20%28Spanish%29.pdf>, consultado el 4 de diciembre de 2020).
57. Consideraciones operacionales para programas multisectoriales de salud mental y apoyo psicosocial durante la pandemia de la COVID-19. Ginebra: Comité Permanente entre Organismos; 2020 (<https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-08/IASC%20Guidance%20on%20Operational%20considerations%20for%20Multisectoral%20MHPSS%20Programmes%20during%20the%20COVID-19%20Pandemic%20%28Spanish%29.pdf>, consultado el 22 de diciembre de 2020).
58. Manejo clínico de la COVID-19: orientaciones provisionales, 27 de mayo de 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332638>, consultado el 4 de diciembre de 2020).
59. Rational use of personal protective equipment for COVID-19 and considerations during severe shortages: interim guidance, 23 December 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 ([https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)-and-considerations-during-severe-shortages](https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages), consultado el 3 de enero de 2020).
60. Limpieza y desinfección de las superficies del entorno inmediato en el marco de la COVID-19: orientaciones provisionales, 15 de mayo de 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332168>, consultado el 22 de diciembre de 2020).
61. List N: disinfectants for Coronavirus (COVID-19). En: EPA [sitio web]. Washington DC: Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos; 2020 (<https://www.epa.gov/pesticide-registration/list-n-disinfectants-coronavirus-covid-19>, consultado el 22 de diciembre de 2020).
62. Recomendaciones sobre seguridad química para elementos de limpieza y desinfección, 11 de mayo del 2020. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2020 (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52165/O_PSCDECECOVID-19200027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consultado el 22 de diciembre de 2020).
63. Prevención y control de infecciones para la gestión segura de cadáveres en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales, 4 de septiembre de 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334321>, consultado el 3 de diciembre de 2020).

Agradecimientos

Este documento se elaboró en consulta con los siguientes miembros de:

- 1) El Grupo especial *ad hoc* para la formulación de orientaciones acerca de la prevención y control de infecciones en el contexto de la COVID-19 del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS (en orden alfabético):

Jameela Alsalman, Ministerio de Salud (Bahrein); Anucha Apisarnthanarak, Hospital Universitario de Thammasat (Tailandia); Baba Aye, Internacional de Servicios Públicos (Francia); Gregory Built, UNICEF (Estados Unidos de América); Roger Chou, Universidad de Ciencias de la Salud de Oregón (Estados Unidos de América); May Chu, Escuela de Salud Pública de Colorado (Estados Unidos de América); John Conly, Servicios de salud de Alberta (Canadá); Barry Cookson, University College London (Reino Unido); Nizam Damani, Southern Health Social Care Trust (Reino Unido); Dale Fisher, National University of Singapore y GOARN; Tiouiri Hanene, CHU La Rabta Tunis (Túnez); Joost Hopman, Centro Médico de la Universidad de Radboud (Países Bajos); Mushtuq Husain, Instituto de Epidemiología, Control de Enfermedades e Investigación (Bangladesh); Kushlani Jayatilke, Hospital General de Sri Jayewardenapura (Sri Lanka); Seto Wing Hong, Escuela de Salud Pública, Hong Kong SAR (China); Souha Kanj, Centro Médico de la Universidad Americana de Beirut (Líbano); Daniele Lantagne, Universidad Tufts (Estados Unidos de América); Fernanda Lessa, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos de América); Anna Levin, Universidad de São Paulo (Brasil); Yuguo, Li, Escuela de Salud Pública de Hong Kong (China); Ling Moi Lin, Sing Health (Singapur); Caline Mattar, Alianza Mundial de Profesiones de la Salud (Estados Unidos de América); Mary-Louise McLaws, Universidad de Nueva Gales del Sur (Australia); Geeta Mehta, Revista de Seguridad del Paciente y Control de Infecciones (India); Shaheen Mehtar, Red de Control de Infecciones de África (Sudáfrica); Ziad Memish, Ministerio de Salud (Arabia Saudí); Babacar Ndoye, Red de Control de Infecciones de África (Senegal); Fernando Otaiza, Ministerio de Salud (Chile); Diamantis Plachouras, Centro

Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (Suecia); Maria Clara Padoveze, Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo (Brasil); Mathias Pletz, Universidad de Jena (Alemania); Marina Salvadori, Organismo de Salud Pública del Canadá (Canadá); Ingrid Schoeman, TB Proof; Mitchell Schwaber, Ministerio de Salud (Israel); Nandini Shetty, Salud Pública de Inglaterra (Reino Unido); Mark Sobsey, Universidad de Carolina del Norte (Estados Unidos de América); Paul Ananth Tambyah, Hospital Universitario Nacional (Singapur); Andreas Voss, Canisus-Wilhelmina Ziekenhuis (Países Bajos); Walter Zingg, Universidad de Zúrich (Suiza);

- 2) El grupo externo para el examen colegiado: Liat Ayalon, Louis y Gabi Weisfeld, Escuela de Trabajo Social de la Universidad Bar Ilan (Israel); Leon Geffen, Instituto Samson de Investigación sobre el Envejecimiento (Sudáfrica); Peter Lloyd-Sherlock, Escuela de Desarrollo Internacional de la Universidad de East Anglia (Reino Unido); Terry Lum, Universidad de Hong Kong (China); Reshma A Merchant, Federación Internacional sobre el Envejecimiento; Colin Milner, Consejo Internacional sobre el Envejecimiento Activo; Saniya Sabzwari, Universidad Aga Khan (Pakistán);
- 3) Los observadores de UNICEF: Nagwa Hasanin, Raoul Kamadjeu.

OMS:

Benedetta Allegranzi, Gertrude Avortri, April Baller, Catherine Bertrand-Ferrandis, Sylvie Briand, Alessandro Cassini, Giorgio Cometto, Ana Paula Coutinho Rehse, Shalini Desai, Sergey Eremin, Luca Fontana, Dennis Falzon, Nathan Ford, Carole Fry, Nina Gobat, Rebecca Grant, Tom Grein, Zee A Han, Fahmy Hanna, Ivan Ivanov, Landry Kabego, Catherine Kane, Ying Ling Lin, Ornella Lincetto, Madison Moon, Aiysha Malik, Madison Moon, Takeshi Nishijima, Katrin Seehr, Nahoko Shindo, Alice Simniceanu, Howard Sobel, Valeska Stempliuk, Yuka Sumi, Maha Talaat Ismail, Jotheeswaran Thiyagarajan, Joao Paulo Toledo, Maria Van Kerkhove, Adriana Velazquez, Susan Annemarie Wang, Vicky Willet, Masahiro Zakoji, Bassim Zayed.

La OMS continúa siguiendo de cerca la situación por si se producen cambios que afecten a estas orientaciones provisionales. Si algún factor cambia, la OMS publicará una actualización. En caso contrario, la validez de estas orientaciones provisionales será de 12 meses.

© Organización Mundial de la Salud 2021. Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

WHO reference number: [WHO/2019-nCoV/IPC_long_term_care/2021.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO/2019-nCoV/IPC_long_term_care/2021.1)