

Respuesta a la crisis sanitaria producida por la pandemia de COVID-19 en los centros residenciales sociosanitarios de Navarra

María Arbona Celaya¹, Alberto Sola Mateos², Eva Juez-Sarmiento Brito¹, M^a Blanca Sánchez Burgaleta³, Susana Oronoz Garde⁴, M^a Ángeles Moros Borgoñón¹, en nombre de todos los profesionales que durante estos dos años han formado parte de la Unidad Sociosanitaria

1. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona.
2. Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas (ANADP). Pamplona.
3. Gerencia del Área de Salud de Tudela. Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Tudela.
4. Gerencia del Área de Salud de Estella. Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Estella.

Correspondencia: María Arbona Celaya [unidad.sanitaria.residencias@navarra.es]

Resumen

Como consecuencia de la pandemia de COVID-19 que afectó a nuestra sociedad, y su especial virulencia y gravedad entre la población residencial del ámbito sociosanitario, el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra creó una unidad interdepartamental y multidisciplinar para dar respuesta a esta crisis sanitaria. El objetivo general de la misma era garantizar una atención sanitaria de calidad en los centros sociosanitarios, trabajando proactiva y preventivamente en los diferentes escenarios que se fueran generando, asentando las actuaciones profesionales en unas bases sólidas que permitiesen el afrontamiento eficaz, eficiente y en condiciones de equidad de las diferentes necesidades a corto, medio y largo plazo. La Unidad Sociosanitaria, con participación de las tres Áreas (Pamplona, Tudela y Estella), proporcionó apoyo a los centros residenciales de mayores, incluyendo también a congregaciones religiosas, centros de discapacidad física e intelectual y trastorno mental grave, y a todos los profesionales que prestaban servicio en los mismos durante la pandemia, siendo su objetivo final consolidar su labor para alcanzar una adecuada coordinación sociosanitaria, estableciendo unos estándares asistenciales de calidad durante la pandemia.

En el presente artículo se detallan todas las actuaciones realizadas desde la Unidad Sociosanitaria desde mayo del 2020, y los datos recogidos en relación a los brotes que hubo entre la segunda y la séptima olas epidémicas. Finalmente, en las conclusiones, se valoran las dificultades encontradas y los aspectos que podrían mejorarse, pensando en el futuro, no solamente en relación a la enfermedad COVID-19, sino también a otras posibles epidemias, brotes o pandemias.

Palabras clave. COVID-19. Unidad Sociosanitaria. Coordinación Sociosanitaria. Residencias.

INTRODUCCIÓN

La gravedad de una enfermedad depende de diferentes factores. Por una parte, factores intrínsecos de la persona y del agente causal (susceptibilidad y virulencia) y, por otra, factores extrínsecos que pueden modificar

su historia natural: demográficos, de acceso y calidad de la asistencia sanitaria, tratamientos y vacunas efectivas etc. En general, se admite que las personas mayores y con patologías crónicas previas serían las que pueden presentar una mayor letalidad¹.

Existe evidencia científica internacional de que las personas que viven en centros de servicios sociales de carácter residencial (de ahora en adelante centros sociosanitarios), son particularmente vulnerables a las infecciones graves por SARS-CoV-2 y experimentan altas tasas de mortalidad². El entorno cerrado con un estrecho contacto con otros residentes, igualmente vulnerables, y con el personal que los atiende, debido a sus altas necesidades de cuidados, son factores que favorecen la transmisión³.

Otros factores que contribuyen a la extrema vulnerabilidad de estos centros son las altas cargas de trabajo y rotación de trabajadores, así como el alto número de bajas en el personal por la enfermedad que está ocasionando esta pandemia, lo que implica una mayor carga de trabajo para los restantes trabajadores dada la difícil cobertura de estos puestos. En ocasiones, también favorecen dicha vulnerabilidad la propia infraestructura de los centros y la dificultad que implica en muchos de ellos el cumplimiento de las recomendaciones para realizar un correcto aislamiento preventivo.

En los brotes detectados en centros sociosanitarios de mayores, las tasas de ataque secundario han sido muy elevadas tanto entre las personas residentes como entre los trabajadores. Pero mientras en las olas previas a la vacunación la mortalidad fue elevada entre residentes, generalmente de edad avanzada, en el personal las infecciones en general han tenido un curso clínico más leve⁴.

Todos los aspectos citados han motivado que los efectos de la emergencia sanitaria COVID-19 hayan sido particularmente graves en este colectivo. Se ha puesto en evidencia, con crudeza, la necesidad de una especial consideración y atención a las personas en situación de fragilidad, discapacidad y dependencia, muchas de ellas personas de edad avanzada y otras más jóvenes con grandes necesidades de apoyo. Para ello, es esencial el establecimiento de una adecuada coordinación sociosanitaria. La propia evolución de la pandemia ha exigido una actualización permanente de las medidas, protocolos y actuaciones de gran complejidad, con la intervención de profesionales de muy distintos ámbitos.

La coordinación entre el ámbito social y sanitario constituye uno de los retos más importantes para nuestra sociedad. Es necesaria para ofrecer una atención integral a las personas mayores, pacientes crónicos, con limitaciones de autonomía personal o que precisan asistencia profesional intensa, con el objetivo de conseguir una mayor calidad asistencial, la me-

jora del bienestar y calidad de vida de los ciudadanos y la optimización de recursos.

La situación de pandemia ha exigido una reflexión y una mirada integral con el fin de establecer criterios claros, homogeneizar procedimientos y facilitar la reordenación y reorganización en todos los ámbitos.

En este marco, el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, decidió crear un equipo interdepartamental para dar respuesta al impacto generado por la crisis sanitaria de la pandemia de COVID-19 en los centros residenciales sociosanitarios públicos y privados de personas mayores y con discapacidad (física y psíquica), psicogeriátricos y centros asimilados (congregaciones religiosas) de la Comunidad Foral de Navarra, al ser centros de residencia de un importante número de personas mayores con mayor vulnerabilidad. La premisa fundamental fue la de trabajar proactiva y preventivamente en los diferentes escenarios que se pudieran generar, asentando las actuaciones profesionales en unas bases sólidas que permitieran el afrontamiento eficaz, eficiente y en condiciones de equidad de las diferentes necesidades a corto, medio y largo plazo. Este equipo se enmarcó dentro de la estructura de la Gerencia de Atención Primaria, por el papel relevante de este ámbito en cuanto a la cercanía y responsabilidad derivada de la atención sanitaria a las personas que viven en centros sociosanitarios, con la colaboración del Departamento de Derechos Sociales (DDSS).

CREACIÓN DE LA UNIDAD SOCIOSANITARIA

Por los motivos expuestos previamente, se crea la Unidad para la Ordenación de la Atención Sanitaria en Centros Residenciales Sociosanitarios (UAS), y la Orden Foral 16/2020 nombra al Gerente de Atención Primaria, Coordinador ejecutivo responsable de la asistencia sanitaria de todas las residencias públicas y privadas de la Comunidad Foral de Navarra.

La UAS inició su andadura el 4 de mayo de 2020, actuando bajo la dependencia de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O), para desarrollar sus actuaciones en todo el territorio de la Comunidad Foral. Esta unidad tenía un carácter interdepartamental, multidisciplinar, integral e integrada con el resto de agentes intervinientes en el proceso de atención, algo que, quizás, representó su mayor valor.

Formada por profesionales de medicina, enfermería, trabajo social y administrativos de los departamentos de Salud (Atención Primaria de las tres áreas de salud que integran Navarra, Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra) y la Sección de Atención Sociosanitaria) y Derechos Sociales,

que han aportado la visión y recursos de ambos departamentos, y que han trabajado en colaboración, tanto con los centros de atención primaria y hospitalaria como con los centros sociosanitarios y entidades gestoras.

Su población diana son los recursos residenciales (residencias/pisos) del ámbito sociosanitario del área de personas mayores (incluidas las congregaciones religiosas), discapacidad física, discapacidad intelectual o trastorno mental grave, con un número de plazas igual o superior a diez.

Tabla 1. Información del número y capacidad de los centros sociosanitarios de ≥10 plazas

	N				Capacidad máxima*			
	Pamplona	Estella	Tudela	Total	Pamplona	Estella	Tudela	Total
Mayores								
Residencia	49	13	14	76	4.309	889	1.021	6.219
Congregación religiosa	54	5	6	65	1.121	71	113	1.305
Piso	0	1	0	1	0	20	0	20
Discapacidad								
Residencia	10	1	1	12	613	61	51	725
Piso	6	1	1	8	82	12	18	112
Enfermedad mental								
Residencia	5	0	0	5	346	0	0	346
Total	124	21	22	167	6.471	346	1.203	8.727

*: Datos cambiantes.

En el marco de la primera ola, hubo factores que se detectaron como transformables a corto plazo: el acceso a recursos diagnósticos, la mejor preparación y formación del personal en cuanto a medidas de prevención y control de la infección, la elaboración de procedimientos de atención a las personas usuarias de este tipo de centros y, fundamentalmente, la coordinación entre el ámbito social y sanitario y la agilidad en la respuesta ante las necesidades que se generaban en cada centro³. En el informe del Observatorio de la realidad social del Departamento de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra: “Efectos de la COVID-19 en las Residencias de Mayores en Navarra”, que abarca el periodo del 8 de marzo hasta el 15 de mayo del 2020, la principal conclusión es que en aquellas áreas de salud en que la COVID-19 tuvo mayor incidencia en el conjunto de la población, lo tuvo también en los centros residenciales⁵. En el Boletín de la UAS, de carácter semanal, uno de los apartados recoge la información epidemiológica y la situación concreta de la zona básica en la que se ubican los centros sociosanitarios (Tasa de Datos Confirmados por Zona Básica). Estas tasas

son las que se utilizan para informar sobre recomendaciones de visitas y salidas, así como cualquier otra recomendación que se considera oportuna (1º Boletín UAS COVID: 17/09/2020).

OBJETIVOS DE LA UNIDAD SOCIOSANITARIA

El objetivo general que se encomendó a la Unidad Sociosanitaria fue garantizar una atención sanitaria de calidad en los centros sociosanitarios durante la pandemia, así como asumir el encargo de limitar los efectos que la pandemia pudiera tener sobre esta población, no solo por la propia enfermedad, sino también por las medidas restrictivas que se debieran aplicar (como por ejemplo los aislamientos o el *cierre* de los centros a salidas y visitas de familiares y amigos).

Para ello se establecieron los siguientes objetivos específicos:

1. Asegurar la implantación de medidas generales que minimicen el contagio y la propagación de la infección en los centros sociosanitarios.
2. Garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios que aseguren una atención sanitaria de calidad en estos centros.
3. Garantizar la aplicación de los procedimientos de atención de medicina y enfermería establecidos para el medio comunitario.
4. Consolidar la atención en el final de vida, asegurando una muerte digna en todos sus conceptos, acompañamiento, tratamiento farmacológico, cuidados paliativos y duelo en el entorno familiar y residencial.
5. Fortalecer la coordinación de todos los agentes intervinientes en la atención social y sanitaria de los centros sociosanitarios, promoviendo su participación en las propuestas de cambio.
6. Promover la autonomía de las personas residentes e incluirlas a ellas y a sus familiares en las propuestas de cambio.
7. Favorecer el envejecimiento saludable y prevenir la discapacidad en tiempos de COVID en el ámbito comunitario.

Metodología de trabajo

El desconocimiento de esta nueva enfermedad, las limitaciones organizativas relacionadas con su prevención, la escasez inicial de materiales de protección personal, la ausencia de un tratamiento etiológico y la sobrecarga del sistema sanitario, entre otros factores, ha obligado a una adaptación continuada a la situación médica y epidemiológica. Las estrategias de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19, las actuaciones de res-

puesta coordinada para el control de la transmisión, así como las recomendaciones y medidas de prevención se han ido modificando continuamente de acuerdo a la evolución de los acontecimientos y al esfuerzo conjunto de la comunidad científica mundial, que están generando gran cantidad de información que se modifica rápidamente con nuevas evidencias, lo que dificulta en gran medida el trabajo de la UAS.

Desde el inicio de su actividad, la UAS impulsó el desarrollo de una serie de líneas de trabajo que se consideraron prioritarias. Entre ellas, como ya se ha indicado, destaca además de la mejora en la atención a la población usuaria infectada de estos centros, el objetivo de limitar los efectos que las medidas implementadas para el control de la pandemia pudieran tener sobre las personas usuarias de estos centros, especialmente aquellas de carácter restrictivo. Estas medidas incluyen, además de los confinamientos derivados de la situación de enfermedad y/o cuarentenas, las limitaciones en su interacción social con otros residentes, familiares y con las personas trabajadoras dentro de las residencias. Así como las restricciones en los regímenes de visitas y salidas, de especial repercusión en los centros de discapacidad, añadiendo además, las medidas de protección obligadas ante el ingreso o salida de los centros que implicaban aislamientos preventivos y realización de pruebas de detección precoz.

La metodología elegida para el desarrollo de las diferentes acciones priorizadas fue la del trabajo en red, con la participación de todos los agentes que intervienen en la atención sanitaria residencial. Para ello, se crearon grupos de trabajo con la participación de profesionales sanitarios de Atención Primaria⁶ y de centros sociosanitarios, asociaciones y entidades gestoras de centros de personas mayores y de personas con discapacidad, representantes de las numerosas congregaciones religiosas presentes en nuestra comunidad, la Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología, familiares de usuarios, representantes del SNS-O Departamento Salud y de la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las personas (ANADP) del Departamento de Derechos Sociales.

El objetivo fue lograr una gestión correcta de la atención sanitaria en los centros sociosanitarios en el marco de la crisis derivada de COVID-19, el estudio para la adecuación de medios y herramientas a las necesidades, la implementación de procedimientos que garantizaran una atención sanitaria de calidad y la monitorización de los parámetros que permitieran valorar la evolución. Para ello se crearon los siguientes grupos técnicos:

- Fase 0: dirigido a valorar la repercusión y manejo de la propagación e infección en los centros residenciales en esos momentos iniciales y las posibles mejoras a implementar en caso de nuevas olas.

- Atención individualizada: destinado a profundizar en aquellos aspectos asistenciales más relevantes con una actitud proactiva en la búsqueda de mejor atención a cada usuario.
- Desescalada: encargado de establecer las propuestas de adaptación que, ante las situaciones de mejoría epidemiológica, permitiesen flexibilizar las medidas restrictivas implementadas ante la situación de pandemia en estos centros.
- Normas de organización: responsable de analizar y adecuar las normas organizativas asistenciales entre las zonas básicas de salud y los centros residenciales.
- Sistemas de información: responsable de establecer herramientas de trabajo comunes que facilitaran la universalidad de la información sanitaria de cada persona independientemente de su ubicación.

Además de estos grupos técnicos de trabajo, se crearon tres sistemas de coordinación a distintos niveles:

- Reuniones institucionales de Gerencias y técnicos de los Departamentos de Salud y de Derechos Sociales con asociaciones representantes de los centros sociosanitarios, con la finalidad de informar sobre las líneas de trabajo de ambos departamentos, derivadas de las distintas estrategias nacionales en relación a la COVID-19, así como habilitar un cauce de comunicación donde revisar su adecuación y compartir opiniones de mejora.
- Una Comisión Gestora, creada al efecto y encargada de establecer las líneas maestras de actuación de la Unidad, con la participación de las Gerencias de Atención Primaria y de la Agencia Navarra para la Autonomía y Dependencia de las Personas, responsables de las áreas de Enfermedades Infecciosas y de Salud Laboral del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN), la Dirección de Asistencia Sanitaria al Paciente, la Dirección Asistencial del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN), actualmente Hospital Universitario de Navarra (HUN), así como técnicos de la UAS.
- Una Comisión Coordinadora entre los ámbitos de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, formada por técnicos de la UAS de las tres áreas (Pamplona, Tudela y Estella), Dirección Médica del HUN, Servicio de Geriátría (coordinado con Hospitalización a Domicilio), con el objetivo de afianzar la coordinación entre ambos sectores tanto de recursos personales como materiales, asegurando la continuidad en una atención sanitaria de calidad. Esta comisión se reunió de forma diaria, media hora al comienzo de la jornada, vía online, durante toda la 2ª ola previa a la vacunación, que provocó de nuevo un importante impacto en este tipo de centros. Las reuniones se mantuvieron de forma semanal hasta el inicio de la séptima ola.

LOGROS Y ACTIVIDADES DE LA UAS EN RELACIÓN CON LA PANDEMIA COVID-19

Fueron unos inicios de arduo esfuerzo, en un periodo de tiempo en el que todos los agentes señalados anteriormente estaban sujetos a una intensa presión derivada de la gravedad de la pandemia y sus efectos en este ámbito sociosanitario. Por ello, nos sentimos en la obligación de agradecer su colaboración en el apoyo a la UAS. Fruto de ese esfuerzo, se fueron logrando diversos hitos entre los que cabe destacar los siguientes:

1. Se definieron las competencias de los Departamentos de Salud y Derechos Sociales, discriminando las competencias sanitarias y hoteleras en los centros sociosanitarios y estableciendo acuerdos para la distribución de competencias límites.

2. Confirmada la necesidad de disponer de algún tipo de recurso de apoyo para la atención de personas infectadas o con necesidad de cuarentena, **se habilitaron recursos temporales** cuya ubicación y definición asistencial pudieran dar cobertura asistencial y un aislamiento seguro a personas independientemente de su situación de dependencia, localización geográfica o ámbito de origen, al ofrecer la posibilidad de atender a personas dependientes procedentes del medio residencial o comunitario.

3. Se elaboró un documento guía para establecer los parámetros de **actuación sobre población geriátrica en el marco de esta pandemia**, con el objetivo de promover una atención sanitaria de calidad con pautas asistenciales y de seguimiento proactivo individualizado en personas usuarias de centros sociosanitarios^{7,8}. En el mismo se abordan aspectos tan relevantes como:

1. Valoración y manejo según el estado funcional actual y el cribado de fragilidad, en su caso (SPPB –*Short Physical Performance Battery*–, Velocidad de la marcha o TUG –*Timed-up and go*).
2. Fomento de la actividad física (Programa Vivifrail y ejercicios del ISPLN).
3. Valoración y manejo de la situación nutricional y cribado nutricional en su caso (instrumento MNA, *Mini Nutritional Assessment*).
4. Valoración y manejo de la situación anímica.
5. Control de las patologías de base y revisión de adherencia y cumplimiento de tratamientos crónicos.
6. Valoración de la situación social y red de apoyo.
7. Recursos comunitarios y de atención hospitalaria.

8. Atención integral y paliativa en pacientes con enfermedades avanzadas:
 - Atención sanitaria de calidad, respetuosa con las voluntades del paciente.
 - Acompañamiento en la fase final de vida.
 - Acompañamiento y preparación al duelo con la familia, adecuando la comunicación a cada caso.

4. Se actualizaron los procedimientos que se venían aplicando en función de los nuevos conocimientos que se iban adquiriendo sobre la infección⁹. También se crearon otros para dar respuesta a las nuevas necesidades que se iban detectando. De este modo se pusieron a disposición de los profesionales:

1. Procedimiento sociosanitario y de test diagnósticos para la COVID-19. Este último se asoció a la indicación de medidas de aislamiento según los criterios establecidos por el ISPLN. Lógicamente, este procedimiento ha sido objeto de diversas actualizaciones a lo largo de la pandemia debido a los cambios de disponibilidad de test diagnósticos, actualización de conocimientos o el inicio de la vacunación entre otros.
2. Tratamiento farmacológico en COVID-19 de Atención Primaria y residencias geriátricas, también sujeto a continua revisión por la actualización de conocimientos.
3. Protocolo de atención paliativa a pacientes con COVID-19.
4. Recomendaciones de cuidados y atención psicológica en la atención post-COVID-19.
5. Desescalada en Residencias: conjunto de documentos que se fueron adaptando a la situación de los centros, los aspectos epidemiológicos de la enfermedad y las diferentes normativas indicadas por las autoridades sanitarias y políticas. En ellos se recogían las pautas de actuación relativas a las medidas higiénicas y preventivas que se debían aplicar en cada momento, así como los cambios de las medidas restrictivas impuestas a estos centros.

5. Se establecieron unos nuevos parámetros de distribución de materiales y productos de farmacia adaptados a esta nueva situación, con un catálogo COVID-19 ampliado y unos criterios de petición y distribución más amplios y flexibles con cobertura normal y urgente. Mención especial debe realizarse a la **distribución de sistemas de oxigenoterapia**, elemento capital durante esta pandemia que ha permitido dar cobertura a las necesidades conforme iban surgiendo. Para posibilitar la distribución urgente se crearon circuitos especiales de distribución las 24 horas del día, tanto laborables como festivos.

6. Sin embargo, la actividad de la UAS no se limitó a generar documentos de apoyo dirigidos a los profesionales de los centros sociosanitarios. Desde el primer momento se constituyó como grupo de apoyo y referencia para dichos profesionales y para las direcciones de los centros en la resolución de dudas, gestiones relacionadas con la pandemia y apoyo en las situaciones de brotes, participando activamente en actuaciones como:

7. Se elaboró un registro/listado de centros sociosanitarios, así como de recursos similares, no incluidos en el ámbito del Departamento de Derechos Sociales, con una identificación unívoca de los mismos (código específico denominado COCENSAN) y de su tipología (población diana) en la aplicación informática que gestiona la base de datos sanitaria de Navarra. Las personas adscritas a cada uno de los Recursos sociosanitarios se identifican mediante su CIPNA como elemento básico para su actualización efectiva en los sistemas de registro.

8. En dependencia de la situación epidemiológica modificación del sistema de contacto para tratar temas relacionados con esta pandemia tanto en el ámbito de salud como de derechos sociales. Para ello se establecieron teléfonos de contactos específicos en: Salud Área de Pamplona, Áreas de Tudela y Estella, Derechos Sociales, y Gestor de Casos (Geriatra u Hospitalización a Domicilio).

9. Actualización de los Planes de Contingencia, elemento básico para el funcionamiento de los centros durante esta pandemia. En estos momentos, todos los centros sociosanitarios cuentan con un plan de contingencia diseñado para afrontar la aparición de nuevos casos. Puesto que todos los centros no tienen la misma capacidad para establecer áreas seguras de aislamiento, estos planes, diseñados por los centros eran elaborados con la colaboración de las zonas básicas de los centros sociosanitarios, asesorados y supervisados por los servicios de: UAS, DDSS y Salud Laboral del ISPLN. A menudo, contaron con la colaboración presencial de estos servicios para su revisión, análisis y elaboración del informe final con posibles mejoras detectadas.

10. Agilización de los trámites para lograr que los profesionales que prestan atención en centros sociosanitarios dispusieran de las **herramientas informáticas** correspondientes a la historia clínica de atención primaria de sus usuarios (ATENEA). Para facilitar un manejo al menos básico, se realizaron actividades formativas telemáticas relativas al mismo y, por otra parte, se definieron los registros obligatorios: CIAP relacionados con COVID-19, CIAP de patologías actuales, peticiones de órdenes clínicas, seguimiento con registro en protocolo COVID-19, etc.

11. Facilitando el acceso a las pruebas diagnósticas indicadas en las diferentes situaciones, tanto en la aparición de casos en los centros como en aquellos estudios de cribado preventivo que se consideraron pertinentes desde el ISPLN. En este tipo de actuaciones se incluyó tanto a los usuarios como a los profesionales de los centros, al considerar también a estos últimos como población de especial riesgo y como posible puerta de entrada de la infección a recursos cerrados al exterior. La UAS, al detectar la necesidad de pruebas (solicitud de los centros o de la zona básica, por aplicación de los protocolos establecidos, etc.), se encargaba de recabar la información necesaria, generar los volantes correspondientes y marcar las directrices para su realización. Dentro de esta actividad, destacar la organización operativa de los estudios de seroprevalencia realizados a todos los usuarios en sus propios centros residenciales y a los profesionales de este ámbito que participaron voluntariamente, realizando el estudio de forma centralizada: estudios SEPRORESI y SEPROSANA¹⁰.

12. Valorando diariamente la situación en el ámbito sociosanitario mediante reunión conjunta con profesionales del ámbito hospitalario, incluyendo al Gestor de Casos (Geriatra consultor) profesional a través del cual se gestiona la atención de aquellas personas que por su especial gravedad precisaría de asistencia con soporte de hospitalización a domicilio en caso de permanecer en el centro residencial. Dicha valoración se realizaba con carácter individual para cada centro con casos activos y mientras duraba su brote. Asimismo, se valoraba la situación a nivel hospitalario (ingresos en planta y UCI), y la repercusión del ámbito sociosanitario en la misma y, finalmente, también se valora la situación de los Recursos Temporales en cuanto al nivel de ocupación, dificultades en la gestión de casos y necesidades de soporte. De acuerdo a esta valoración se realizaba una gestión de personal que permitiera colaborar con los centros sociosanitarios en la atención sanitaria, con personal de enfermería incluso las 24 horas del día y con atención de medicina diaria, incluidos festivos. Este apoyo se realizó con personal de la propia zona básica, en ocasiones con personal voluntario y desde el ámbito hospitalario con el apoyo de la unidad de hospitalización a domicilio.

1. Transmitiendo las incidencias diarias a todos los agentes intervinientes en la atención de estos centros y que podían ser detectadas por la propia UAS, por el centro sociosanitario afectado, desde el Departamento de Derechos Sociales o desde las zonas básicas. Esta actuación iba asociada a un análisis de situación y una propuesta de puesta en marcha de las medidas oportunas.
2. Revisando y proponiendo el plan de asistencia diaria destinado a la atención de las personas afectadas. En relación con el apartado anterior y de acuerdo a lo señalado en los procedimientos sanitarios,

desde la UAS se establecieron en colaboración con el centro afectado, con la zona básica y, cuando fuera preciso, con hospitalización domiciliaria el citado plan, incluyendo la atención en festivos y fines de semana.

3. Para poder cubrir dicha asistencia, cuando la dotación de los centros y/o de la zona básica resulta insuficiente, ha sido necesario gestionar la contratación de refuerzos de personal de enfermería y medicina, en algún caso incluso con carácter estable: enfermería del Recurso Temporal o Equipo Médico de guardia para días no laborables en dicho recurso o, en situaciones especiales, para otros centros sociosanitarios.

13. Apoyando presencialmente a los centros en situaciones de brotes, especialmente en aquellos más graves, trasladándose los profesionales de la UAS para colaborar con los equipos de los centros en el establecimiento de las medidas a aplicar: sectorización, aislamientos, necesidades de traslado, etc. Destacar también el soporte presencial que, cuando ha sido necesario, han prestado profesionales del ISPLN y de DDSS.

14. Promoviendo acciones formativas vía on line, para actualizar los conocimientos relacionados con esta pandemia, las modificaciones de los procedimientos y otros temas relevantes que se hubieran trasladado a la UAS desde los centros.

15. Profundizando en el acceso a la información sanitaria para profesionales del ámbito sociosanitario. En esos momentos, en los que la información sanitaria era tan volátil se consideró imprescindible otorgarles acceso a **AUZOLAN**, la zona web que agrupa dicha información actualizada de todos los ámbitos del Departamento de Salud. En esta zona web se habilitó un espacio específico donde se recogía toda la información actualizada del espacio sociosanitario referida a la pandemia que facilitase el acceso a la información. En la misma se encuentran también los **Boletines de la UAS**, documentos semanales que ofrecían información actualizada sobre los aspectos más relevantes de la pandemia en el ámbito sociosanitario: aspectos epidemiológicos, actualización de procedimientos, novedades y recomendaciones, etc.

16. Apoyando la estrategia de vacunación frente al SARS-CoV-2, cuyo objetivo es prevenir la enfermedad y disminuir la gravedad y mortalidad de la misma protegiendo especialmente a aquellos grupos con mayor vulnerabilidad, prioriza la vacunación de los usuarios y profesionales de centros sociosanitarios. La UAS, en colaboración con otros profesionales de la Gerencia de Atención Primaria, se responsabilizaba de la operativización de su vacunación, así como de dar respuesta a las dudas que los profesionales y los centros manifestaban sobre aspectos técnicos u organizativos que genera esta estrategia.

OTRAS ACTIVIDADES DE LA UAS

Grupo de trabajo de Atención Farmacéutica en centros sociosanitarios en el ámbito de la Comunidad Foral de Navarra

Durante el tiempo de creación del grupo se han trabajado los siguientes temas:

- Suplementos nutricionales
- Indicación y prescripción de laxantes
- Dispensación de medicación con aparato robotizado a los centros residenciales con farmacia sociosanitaria
- Homogeneización de la receta electrónica: LAMIA Sociosanitario
- Otros temas pendientes: medidas de contención, etc.

Programa de Optimización del uso de antimicrobianos (PROA)

Desde la Unidad de Coordinación del Plan Nacional frente a la Resistencia de los Antibióticos (PRAN), la Subdirección General de Calidad Asistencial, CNE y CAES coordinan conjuntamente la estrategia para el abordaje de la infección en centros: PROA/PREVENCIÓN/VIGILANCIA.

El objetivo en esta fase inicial es elaborar un borrador con la ayuda de los expertos y las comunidades con más experiencia en PROA/PREVENCIÓN/VIGILANCIA en centros sociosanitarios. Se ha puesto en marcha la participación de miembros de la UAS en el proyecto del PROA Sociosanitario en Navarra.

Apoyo al equipo Gestor

Se ha apoyado al equipo gestor en las contestaciones a las peticiones de la Mesa de las Cortes de Navarra a preguntas parlamentarias.

RESULTADOS DE LA UAS

Análisis de las olas epidémicas. Seguimiento desde la UAS

La evolución explosiva de la pandemia obligó a establecer sistemas de control y registro que permitieran el mejor conocimiento de esta enfermedad. Por ello, desde el 11 de mayo de 2020, el Departamento de Salud estableció un registro (*Tableau*) que permite conocer la distribución de casos desde la citada fecha (ver capítulo 3). La labor inestimable de los equipos de informática ha sido crucial para proporcionar los datos a

lo largo de toda la pandemia que han permitido rapidez en las distintas intervenciones y adecuación a la realidad de los distintos protocolos y procedimientos.

Desde la UAS, se ha hecho un seguimiento directo de cada uno de los brotes en todos los centros sociosanitarios lo que nos ha permitido conocer distintos aspectos de especial relevancia. La puesta en marcha de la UAS fue en mayo del 2020 y la recogida pormenorizada de cada uno de los brotes comenzó el 21 de julio, por este motivo existe cierta disparidad entre los datos disponibles en el registro de *Tableau* y el propio de la UAS en la segunda ola de la pandemia (29 de junio a 27 diciembre 2020).

En la tabla 2 se recoge la información del seguimiento desde la UAS, de los brotes COVID-19 en los centros sociosanitarios desde el 21 de julio del 2020 hasta el 31 de agosto del 2022.

Tabla 2. Información de los brotes de COVID-19 en los centros sociosanitarios

BROTOS PANDEMIA COVID-19 EN CENTROS SOCIOANITARIOS COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA						
OLAS EPIDÉMICAS	2ª OLA	3ª OLA	4ª OLA	5ª OLA	6ª OLA	7ª OLA
PERIODO	29 JUNIO - 27 DICIEMBRE 2.020	28 DICIEMBRE - 28 FEBRERO 2.021	1 MARZO - 27 JUNIO 2.021	28 JUNIO - 3 OCTUBRE 2.021	4 OCTUBRE 2.021 13 JUNIO 2.022	14 JUNIO - 31 AGOSTO 2.022
Nº PLAZAS TOTALES. POBLACIÓN DIANA	7.410					
Nº CASOS CONFIRMADOS	867	265	9	210	3.797	794
PRUEBA DIAGNÓSTICA						
PCR/CT	/40	154	6	1/9	1.259	35
AGS	12/	111	3	31	2.538	/59
DERIVACIÓN						
RECURSO INTERMEDIO	143	55	4	37	66	CERRADO
INGRESOS HOSPITAL	138	40	5	27	85	53
INGRESO HD	43	7	0	8	5	4
DEFUNIONES COVID-19	148	39	3	30	122	55
VARIANTE DOMINANTE	CLÁSICA	CLÁSICA	ALPHA	DELTA. OMICRON B.1	OMICRON BA.2	OMICRON BA.4 -BA.5
VACUNACIÓN	NO	PRIMOVACUNACIÓN	PROGRESIVA PRIMOVACUNACIÓN	PROGRESIVA PRIMOVACUNACIÓN Y DOSIS ADICIONAL (3ª EN GRUPO 7)	1ª DOSIS DE RECUERDO	

Fuente: Registro de datos de la Unidad Sociosanitaria

En la figura 1 se presenta el número de casos en cada una de las olas epidémicas en los centros sociosanitarios, destacando el elevado incremento de casos en la sexta ola provocado por la variante Omicrón BA2.

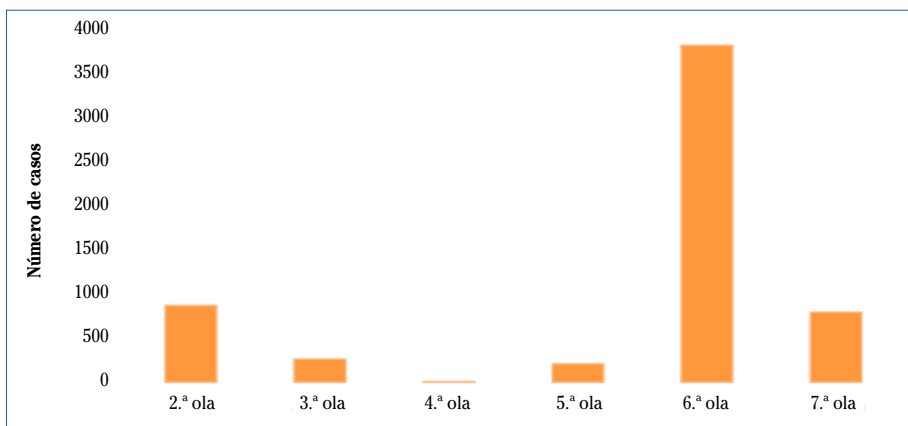


Figura 1. Registro de CASOS en seguimiento en la UAS

La prueba diagnóstica utilizada ha variado dependiendo de la disponibilidad y de los cambios en la Estrategia de diagnóstico precoz. En la figura 2 se presenta el registro del método aplicado para el diagnóstico de la enfermedad y la distribución observada en cada una de las olas epidémicas.

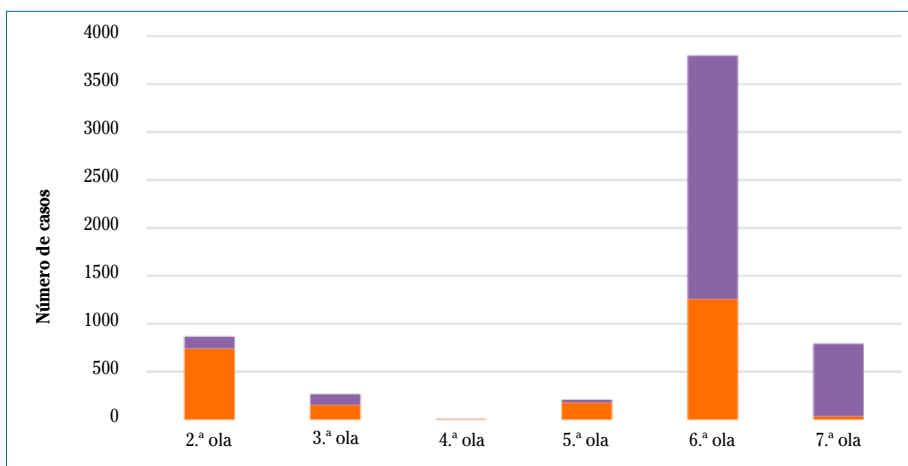


Figura 2. Distribución por olas y método diagnóstico. PCR (naranja), Test antígenos (morado)

A continuación se presenta el porcentaje de casos que pasaron la infección en su centro residencial y el de aquellos que tuvieron que trasladarse desde su centro al Recurso intermedio, al ámbito hospitalario convencional o ingreso en la unidad de hospitalización domiciliaria. Hay que señalar que

los porcentajes observados en la 4ª ola presentan el sesgo derivado del menor número de casos correspondientes a la misma y que en la séptima ola el Recurso intermedio ya no estaba operativo (Fig. 3).

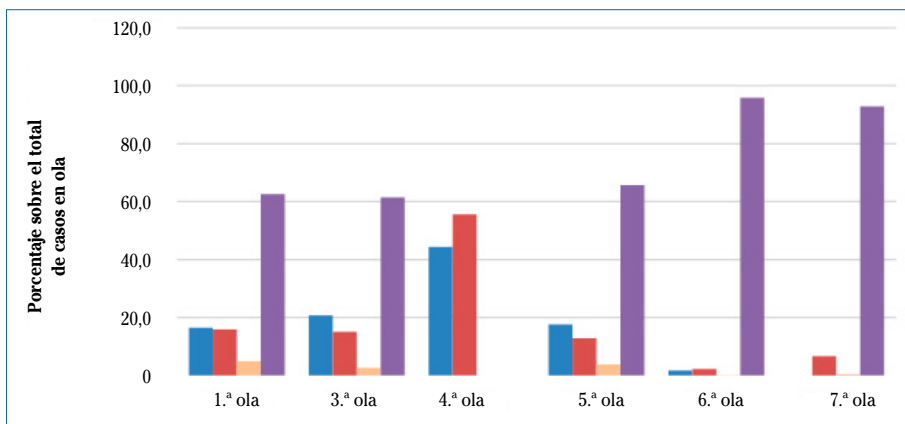


Figura 3. Distribución por olas: recurso intermedio (azul), hospital (rojo), hospitalización domicilio (naranja) o centro residencial (morado).

En los registros de los que disponemos en la UAS, entre el 21 de julio de 2020 y el 31 de agosto de 2022, consta que ha habido 397 fallecimientos, el 5,36% de las 7.410 plazas residenciales ocupadas a fecha 20 de septiembre de 2020. La mortalidad observada entre los 5.942 casos COVID-19 diagnosticados en dicho periodo supondría un porcentaje del 6,68. Analizados los porcentajes totales y por centros para cada ola, se observan los datos en la figura 4 y en la tabla 3.

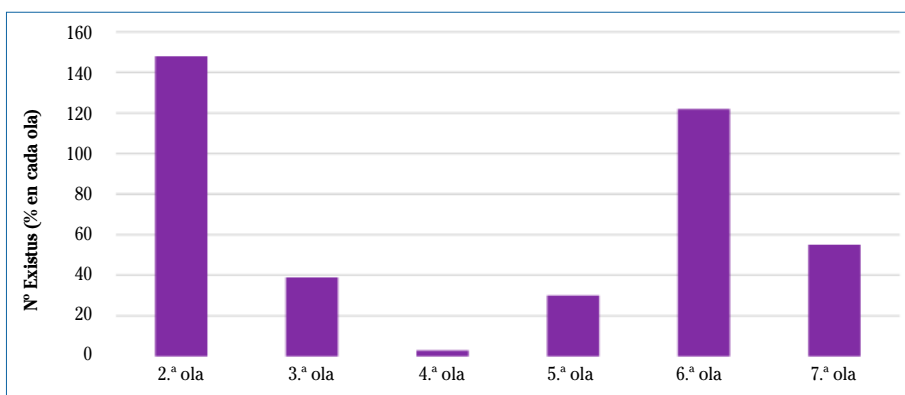


Figura 4. Mortalidad en centros sociosanitarios en cada ola.

Tabla 3. Mortalidad por centros sociosanitarios en cada ola

	N (%) de fallecimientos según ola						Total
	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	
Mayores							
Residencia	104 (32)	30 (9)	2 (1)	29 (5)	109 (34)	47 (15)	321
Congregación religiosa	28 (52)	9 (17)		1 (2)	11 (20)	5 (9)	54
Discapacidad							
Residencia	16 (84)					3 (16)	19

Cribados a residentes y trabajadores

En cada uno de los brotes en los centros sociosanitarios, se realizaron cribados sistemáticos a residentes y trabajadores, siguiendo el protocolo vigente en cada periodo de la pandemia.

Así mismo, durante algunos meses de elevada incidencia (diciembre 2020 a febrero 2021), se organizaron cribados quincenales a todos los profesionales sociosanitarios, que voluntariamente querían hacerse estas pruebas, coordinados por el ISPLN, con la colaboración de la UAS y los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) de Gobierno de Navarra. Esto supuso la generación masiva de miles de volantes de pruebas PCR.

Vacunación COVID-19 en centros residenciales sociosanitarios

La UAS ha operativizado las distintas vacunaciones COVID-19 de los usuarios de los centros sociosanitarios de mayores, discapacidad física e intelectual y enfermedad mental con un número de usuarios de al menos 20, lo que supone la siguiente población diana (Tabla 4).

Esta operativización ha supuesto la organización de la vacunación en los propios centros sociosanitarios, con la implicación de las zonas básicas de salud, el propio personal de los centros y los equipos móviles creados al efecto en el Servicio de Urgencias Extrahospitalarias.

Tabla 4. Información del número y capacidad de los centros sociosanitarios de ≥ 20 plazas

	N				Capacidad máxima*			
	Pamplona	Estella	Tudela	Total	Pamplona	Estella	Tudela	Total
Mayores								
Residencia	49	13	14	76	4.309	889	1.021	6.219
Congreg. religiosa	18	1	1	20	618	20	29	1.305
Piso	0	1	0	1	0	20	0	20
Discapacidad								
Residencia	9	1	1	11	602	61	51	714
Piso	0	1	0	1	0	0	0	0
Enfermedad mental								
Residencia	5	0	0	5	346	0	0	346
Total	81	17	16	114	6.471	346	1.203	7.966

*: Datos cambiantes.

Cobertura de vacunación COVID-19 en usuarios, a fecha 10 de noviembre es de:

- El 98,08 % de las personas residentes tienen primovacunación completa.
- El 96,61 % de las personas residentes tienen puesta la dosis de recuerdo 1.
- El 84,37 % de las personas residentes tienen puesta la dosis de recuerdo 2.

Con respecto a la dosis de recuerdo 2, se debe tener en cuenta que en una gran cantidad de centros quedan usuarios pendientes de vacunar al no cumplir los intervalos entre infección y nueva dosis establecidos por el Ministerio de Sanidad.

Equipos de oxigenoterapia

En la tabla 5 se presenta la relación de los equipos de oxigenoterapia enviados a los centros sociosanitarios con brote activo de COVID-19. El último equipo de oxigenoterapia se envió el 26 de julio de 2022.

Tabla 5. Número de concentradores de oxígeno y balas enviadas a los centros sociosanitarios por olas epidémicas

	Concentradores de Oxígeno + BALA de urgencia	Balas de oxígeno adicionales
1ª ola	42	177
2ª ola	135	0
3ª ola	103	0
4ª ola	46	0
5ª ola	47	0
6ª ola en adelante	45	0
Total	418	177

Estudio de seroprevalencia en la Comunidad Foral de Navarra en los centros sociosanitarios SEPRORESI

El Departamento de Salud, propuso el diseño de un sistema de seguimiento del estado inmunológico de los residentes del ámbito sociosanitario de Navarra por posible exposición a SARS COV-2 (SEPRORESI).

Se realizó, desde el 2 de septiembre hasta el 14 de octubre de 2020, en los centros sociosanitarios de mayores, en centros de personas con discapacidad o con trastorno mental grave, en pisos para personas con discapacidad con más de 10 convivientes, en las congregaciones religiosas de más de 10 residentes y en 2 comunidades terapéuticas.

Las conclusiones del estudio SEPRORESI fueron:

1. El 23% de los usuarios de las residencias de personas mayores y residencias para personas con discapacidad o con enfermedad mental grave presentaban inmunidad frente al virus SARS-COV-2. Esto es, 1.389 personas de estas residencias tenían serología positiva de un total de 5.982 incluidos en el estudio.
2. El grupo con mayor tasa de inmunidad (26%) ha sido el de las residencias de personas mayores, ocupando el primer lugar las del Área de Pamplona: 32%, seguidas a distancia del Área de Tudela con 21% y del Área de Estella con 10%.
3. Más del 60% de los residentes inmunizados vivían en residencias de mayor tamaño (más de 100 plazas).
4. En las congregaciones religiosas, en total 117 de los residentes (12%) presentaban inmunidad. De las 48 congregaciones, en 12 la serología fue positiva (25%); siendo todas ellas del Área de Pamplona. En 6 tenían más del 50% de residentes con inmunidad. En las congregaciones estudiadas de las Áreas de Tudela y Estella no había ningún residente con serología positiva.
5. En los centros de personas con discapacidad o con enfermedad mental grave, un 13% (140) de los integrantes tenían serología positiva. Todos los centros con casos positivos estaban ubicados en el Área de Pamplona.
6. El estudio detectó en 20 centros, residentes con test PCR+ que no tenían síntomas de enfermedad por COVID-19, activando de forma precoz el protocolo establecido (estudio de contactos, aislamiento, solicitud de pruebas, etc.)
7. Hubo 3 brotes importantes en el contexto del estudio, al encontrar en personas asintomáticas test PCR +: uno de ellos con afectación del 98% de los residentes, otro con infección del 64 % de los integrantes y el último afectó al 36 % de los convivientes.

8. Los resultados de seroprevalencia encontrados en las residencias de mayores y en las de personas con discapacidad o con enfermedad mental grave, son muy similares a la estimación de la tasa de contagios que contemplan los informes de “Efectos COVID-19 Residencias Mayores Navarra”⁵ y la auditoría realizada de los centros residenciales en Navarra ante la crisis de la COVID-19³.

RESUMIENDO

A día de hoy, la mayoría de los residentes han recibido una pauta de vacunación completa por lo que, de acuerdo con la situación epidemiológica, se han podido flexibilizar muchas de las medidas vigentes hasta ahora, pero siempre manteniendo las pautas higiénicas y preventivas generales. En el ámbito sociosanitario, hasta la fecha, los efectos de la vacunación y de la aplicación de dichas medidas han supuesto una significativa mejora en las tasas de incidencia de la enfermedad. Asimismo, el alto porcentaje de vacunación en este ámbito ha reducido en gran medida la gravedad de la enfermedad.

Sin embargo, y aunque pudiéramos considerar que nos encontramos cerca del objetivo para el que fue creada la Unidad Sociosanitaria (limitar los efectos de la pandemia en la población usuaria de estos centros garantizando una atención de calidad), debemos ser cautelosos y seguir trabajando para la mejora en la atención sanitaria de estos centros. A partir de ahora, la labor de esta Unidad debería ser consolidada como pieza clave para lograr la integración de la atención sanitaria en residencias dentro de las estructuras de Atención Primaria estableciendo unos estándares asistenciales de calidad.

Finalmente recordar que, pese al cansancio físico y, fundamentalmente, emocional, por los durísimos momentos que ha tocado vivir¹¹, esta Unidad, en su escasa andadura, ha recibido gran número de colaboraciones y manifestaciones de gratitud, asumiendo que no siempre, muy a nuestro pesar, hayamos podido dar la respuesta esperada por los centros debido a factores que escapan de nuestra capacidad y posibilidades. Desde estas líneas queremos agradecer a todos los agentes su participación y ayuda, poniendo en valor el objetivo común de lograr el bienestar de nuestros mayores y de las personas más frágiles de nuestra sociedad, especialmente de todos aquellos profesionales que les atienden en su día a día.

CONCLUSIONES

La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la necesidad de replantear la atención sociosanitaria en los centros sociosanitarios, centros que atienden a la población más vulnerable.

Ha sido una oportunidad para valorar la capacidad de adaptación de todos los profesionales implicados, tanto en los centros sociosanitarios, como en los Departamentos de Salud y Derechos Sociales. Se han detectado necesidades y ha sido necesario potenciar más que nunca el trabajo en equipo.

La Unidad Sociosanitaria, nace en este contexto y aborda todos los aspectos contemplados en este documento. Ha sido y sigue siendo punto de referencia para todos los centros sociosanitarios y no solamente en los aspectos relacionados con los brotes activos.

La acción conjunta de los Departamentos de Salud y Derechos Sociales ha sido crucial para el adecuado abordaje de los brotes en los centros sociosanitarios, entre otros aspectos destacamos la creación de los Recursos Intermedios (2 en la primera ola y otros 2 a partir de junio del 2020). Actualmente, y tras el gran impacto de la vacunación en la levedad y disminución de las infecciones por SARS-CoV-2, no hay ningún Recurso Intermedio abierto desde el 31 de marzo del 2022.

Las dificultades iniciales de puesta en marcha de un equipo formado por profesionales de departamentos con formas de trabajo muy diferentes, se fueron solventando mediante reuniones periódicas muy frecuentes, tanto de los grupos técnicos como, fundamentalmente del grupo gestor, donde se conciliaron los puntos críticos para poder abordar de forma conjunta las actuaciones a seguir.

Destacar la colaboración de todos los profesionales de los centros sociosanitarios, incluyendo a residentes, familiares y amistades. Entre todos se ha contribuido a paliar y disminuir los efectos tan graves de esta pandemia. Desde aquí, nuestro más sincero reconocimiento y agradecimiento.

En todos los centros sociosanitarios, congregaciones religiosas, Centros de Salud Mental y Discapacidad, ha habido brotes activos durante todo este tiempo de pandemia, en algunos de ellos 2 y hasta 3 brotes. Destacar la diferente repercusión sanitaria (clínica, ingresos hospitalarios y fallecimientos) en estos centros antes y después de la vacunación. Un auténtico punto de inflexión.

La elaboración de procedimientos sanitarios en colaboración con el ISPLN, HUN y otros muchos profesionales, ha contribuido a aumentar la capacidad de formación del personal y ha sido un gran timón para llevar el barco a buen puerto.

La circulación del virus SARS-CoV-2, ha estado modulada por las medidas preventivas no farmacológicas que se han ido aplicando en cada momento epidemiológico de la pandemia¹². La relajación de estas medidas

preventivas, ha sido uno de los motivos que han provocado habitualmente, aumentos en la incidencia y aumento en el número de brotes en los centros sociosanitarios, en momentos de alta circulación viral.

El sistema sociosanitario no puede funcionar como un compartimento estanco, se necesita la coordinación de todos los diferentes niveles asistenciales y no asistenciales para que se consigan objetivos y metas concretas en un futuro venidero.

PROPUESTAS DE MEJORA

1. Todas las residencias deben tener planes de contingencia¹³ (ver anexo I) aprobados por los Departamentos de Salud y Derechos Sociales, adaptados a su realidad, su personal debe estar formado sobre ellos y dichos planes deben tener en cuenta:
 - a) Protocolos de detección precoz para agilizar la realización de pruebas diagnósticas.
 - b) Disponibilidad de Equipos Protección Individuales homologados (previsión en caso de brote en el centro sociosanitario)
 - c) Planes de refuerzo del personal ante posibles situaciones con carencia de trabajadores por bajas o ausencias.
 - d) Gestión de la infraestructura del centro: sectorizaciones, zonas de aislamiento, comedores, salas de estar, zonas comunes de trabajadores, etc.). Control de ventilación y medidores de CO₂. Instalaciones en las que se puedan habilitar circuitos limpios/sucios: personal trabajador y residentes, visitas, lavandería y cocina, residuos, etc.
2. Trabajar realizando la valoración integral de la persona y los planes de decisiones anticipadas para adecuar la actuación a seguir en caso de cualquier tipo de epidemia.
3. Mejorar la formación y cualificación del personal: garantizar una formación continuada al personal, adaptada en metodología y nuevas tecnologías (formación on-line, realidad, virtual, técnicas de simulación, etc.) así como establecer canales de información eficaces y accesibles a toda la plantilla de forma continuada.
4. Los Servicios de Prevención de riesgos de los centros sociosanitarios tienen que actualizar los protocolos de medidas específicas dirigidas al personal, en las situaciones de epidemias. Valorando aspectos como: las múltiples tareas, la excesiva carga de trabajo y el desgaste psicológico en muchas de las personas trabajadoras.

5. Mejorar y potenciar la **coordinación** garantizando una atención simultánea con los diferentes agentes implicados: miembros de la UAS, responsables sanitarios de los centros residenciales, Atención Primaria, Atención Hospitalaria, ISPLN, Servicios de Prevención de Riesgos Laborales y responsables de los Servicios de Derechos Sociales implicados, con el fin de poder garantizar una protección adecuada, tanto de residentes como de las personas trabajadoras.
6. Proponer la creación de **grupos de trabajo**, en los que estén representados todos los ámbitos contemplados en el párrafo anterior.

BIBLIOGRAFÍA

1. CASTILLA J, MORENO-IRIBAS C, IBERO ESPARZA C, MARTÍNEZ-BAZ I, TROBAJO-SANMARTÍN C, EZPELETA C et al. First wave of the COVID-19 pandemic in Navarre, Spain, February-June 2020. *An Sist Sanit Navar* 2022; 45: e0954. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0954>
2. ARBONA CELAYA M. La atención sanitaria en centros residenciales sociosanitarios. *zona hospitalaria* 2020; 85 (ZH Navarra). <https://zonahospitalaria.com/la-atencion-sanitaria-en-centros-residenciales-sociosanitarios>
3. FRESNO GARCÍA JM, HENAR LOMEÑA L, RUIZ VILLFRANCA R, ÁLVAREZ PUERTA F. Auditoría de los centros residenciales en Navarra ante la crisis de la Covid-19. Pamplona: Observatorio de la Realidad Social, 2020. <https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/estudios/auditoria-de-los-centros-residenciales-en-navarra-ante-la-tesis-de-la-covid-19/es-556293/>
4. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Colaboración Servicios de Geriátría Hospitalarios. Hospitales de media estancia. Residencias de mayores y centros sociosanitarios. Consultado el 18 de marzo 2020: <https://www.segg.es/media/descargas/pautas-SEGG-covid-19.pdf>
5. Observatorio de la Realidad Social, “Efectos del COVID-19 en las residencias de mayores en navarra”. Pamplona: Observatorio de la Realidad Social, 2020. <https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/estudios/efectos-del-covid-19-en-las-residencias-de-mayores-de-navarra/es-551974/>
6. SOLERA ALBERO J, TÁRRAGA LÓPEZ PJ. La Atención Primaria de Salud: más necesaria que nunca en la crisis del coronavirus. *J Negat No Posit Results* 2020; 5: 468-472. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3655>
7. ALCÁNTARA P, ALDECOA S, CANALS M, CARBAJO L, FERNÁNDEZ A, MARTÍN R et al. Abordaje COVID en atención primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2021. <https://www.semefyc.es/formacion-y-recursos/abordaje-del-paciente-con-covid-19-en-atencion-primaria/>
8. Consejo Interdepartamental de Salud de Gobierno de Navarra. Estrategia de Envejecimiento Activo y Saludable de Navarra 2017-2022. Pamplona: Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, 2017. https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/estrategia_de_envejecimiento_activo_y_saludable_de_navarra_2.pdf

9. Ministerio de Sanidad de España. Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19. Consultado el 19 de marzo de 2021. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_primaria.pdf
10. Ministerio de Sanidad. Estudio ENE-COVID: cuarta ronda. Estudio nacional de sero-epidemiología de la infección por SARS-COV-2 en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2020. <https://www.mscbs.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/15.12151220163348113.pdf>
11. PÁRRAGA MARTÍNEZ I, PÉRULA DE TORRES LA, GONZÁLEZ LAMA J, JIMÉNEZ GARCÍA C, SÁNCHEZ MONTERO R, RIDER GARRIDO F et al. Características clínico-epidemiológicas de la infección por el virus SARS-CoV-2 en médicos de familia: un estudio de casos y controles. *Aten Primaria* 2021; 53: 101956. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2020.12.001>
12. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Pandemia de COVID-19 en Navarra hasta septiembre de 2021. *Bol Sal Pub Nav* 2021; 117: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/AECCD760-AB2A-4841-818A-FA53478FD6DC/478627/BOL1172021.pdf>
13. Departamento de Derechos Sociales de Gobierno de Navarra. Plan de contingencia de la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas ante pandemia de COVID 19. Pamplona: Gobierno de Navarra, 2020. https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/8770715D-79B4-4F28-88EC-4710862EB22D/466217/PLAN_CONTINGENCIA_ANADP_COVID19_1492020.pdf

ANEXO I. Contenido de los planes de contingencia

Desde la Unidad de Atención Sanitaria a Centros Residenciales, hemos querido preparar un breve documento que sirva de apoyo a la realización de los Planes de Contingencia, que tienen que presentar centros residenciales y zonas básicas de forma consensuada.

Estos planes de contingencia se entienden como documentos en continua revisión, y que deben amoldarse a la normativa y situación de pandemia de cada momento.

Entendemos que existe un contenido mínimo de datos que deben incluirse en todos los planes. Pasamos a detallarlo:

1. Descripción breve del centro.
 - Ubicación, entorno.
 - Número de usuarios, tipología. Grado de dependencia funcional y cognitiva.
 - Personal sanitario referente, del centro residencial y del centro de salud. Añadir contactos telefónicos e correo electrónico.
2. Plano del centro ubicando zona COVID-19 y zona resto.
 - Número de camas totales disponibles.
 - Posibilidad de zona COVID-19 y número de camas de las que dispone.
 - Zonas de paso y zonas de cambio de EPIs.
 - Zonas comunes de uso, tanto para zona COVID-19 como resto.
 - Zona exterior de uso privado (si existe).
3. Organización del personal.
 - Número de trabajadores del centro residencial y perfiles profesionales.
 - Turnos.
 - Asignación definida a grupos de convivencia.
 - Organización en descansos, turnos de vestuarios, entradas y salidas.
4. Organización de los residentes.
 - Establecimiento de grupos de convivencia. Turnos de comedor, zonas comunes.
 - Ocupación del tiempo: Mantenimiento cognitivo y funcional en personas con y sin COVID-19.
5. Se considera importante establecer una comunicación continua con el **Servicio de Prevención de Riesgos Laborales** de la empresa (adjuntar contacto). Se deben detallar las medidas de prevención específicas para COVID-19.
 - Formación continuada de todos los trabajadores, ya sean habituales o de nueva incorporación.
 - Cartelería en la entrada a los centros y señalización de zona COVID-19.
 - Medidas de limpieza y desinfección del centro.
 - Medidas higiénicas a adoptar por todos los trabajadores. Valorar riesgo en cada perfil profesional.
 - Dotación de EPIs, stock del centro.

6. Organización del centro de salud en la atención urgente, a demanda y programada en el centro residencial, ya sea presencial o telefónica. Valorar dotación de personal en caso de necesidad.
 - Se considera importante que la documentación sanitaria específica del residente, esté accesible para personal sanitario externo que deba actuar en el centro. (Hospitalización domiciliaria, Atención Primaria, cualquier otro personal de contratación externa...)
 - Necesidades especiales de material y farmacia (privado, centro salud, petición a través CeCo)
7. Organización de la petición de pruebas relacionadas con COVID-19, y circuito establecido según protocolo actualizado en cada momento. (Responsable que asume esta función, teléfonos y mails de contacto para usuarios y trabajadores).
8. Humanización de la asistencia.
 - a. Especial atención a la fragilidad, a nivel social, médico, funcional, cognitivo y espiritual, de los residentes, hayan pasado COVID-19 o no. Importante retomar el PAI.
 - b. Continuar con los contactos telefónicos y videollamadas a familiares.
 - c. Atención en cuidados paliativos y protocolo de fallecimientos.