

# BOLETÍN *epidemiológico* SEMANAL

## SEMANAS 19 - 21

Del 09/05 al 29/05 de 2022

2022 Vol.30 n.º 5 / 50-66

ISSN: 2173-9277

ESPAÑA



## SUMARIO

Vigilancia del COVID-19 en centros de larga estancia: el efecto de la pandemia en las residencias de mayores .....	50
Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria .....	62

## VIGILANCIA DEL COVID-19 EN CENTROS DE LARGA ESTANCIA: EL EFECTO DE LA PANDEMIA EN LAS RESIDENCIAS DE MAYORES

**Alejandro Martínez Portillo (1), Lucía García San Miguel Rodríguez-Alarcón (2), Esther Pérez de Vargas Bonilla (3), María Llanos Hinojosa Cervera (3), Ayelén Rojas-Benedicto (4, 5, 6), María Sastre García (4, 5) y Pilar Gallego Berciano (4, 5)**

(1) Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Escuela Nacional de Sanidad. ISCIII, Madrid, España.

(2) Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES). Ministerio de Sanidad. Madrid, España.

(3) Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

(4) Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII, Madrid, España.

(5) Consorcio de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España.

(6) Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, España.

## RESUMEN

Este informe muestra la situación epidemiológica de la COVID-19 en los centros residenciales de mayores a lo largo del año 2021 y hasta la semana 17 del 2022. Desde su puesta en marcha en enero de 2021, esta vigilancia ha proporcionado datos semanales nacionales agregados, con información sobre la proporción de residencias afectadas por la COVID-19, la incidencia de COVID-19 y la letalidad entre una población vulnerable donde los efectos de la pandemia han sido y están siendo especialmente graves. La comparación con la incidencia y mortalidad de casos COVID-19 en población mayor no institucionalizada, nos demuestra cómo el impacto de la COVID-19 ha sido y está siendo mayor entre las personas mayores que viven en residencias de ancianos, con tasas de mortalidad superiores al resto de la población de la misma edad.

## SUMMARY

This report shows the epidemiological situation of COVID-19 in the long-term care facilities (LTCF) for elderly throughout 2021 and until the 17th week of 2022. Since its start-up in January 2021, this surveillance has provided aggregated national weekly data, with information on the proportion of LTCF for elderly affected by COVID-19, the incidence of COVID-19 and fatal cases among a vulnerable population where the effects of the pandemic have been and are being especially severe. The comparison with the incidence and mortality of COVID-19 cases in non-institutionalized elderly shows how the impact of COVID-19 is being greater among the elderly living in nursing homes, with more fatal cases than the rest of the population of the same age.

## INTRODUCCIÓN

La pandemia causada por el virus SARS-CoV2 ha tenido efectos devastadores sobre la población de edad avanzada en todo el mundo. La mayor vulnerabilidad de estas personas se ha verificado a través de todos los sistemas de vigilancia, tanto por las tasas de ingreso hospitalario como de defunción. Según los datos de exceso de mortalidad del Sistema de Monitorización de Mortalidad Diaria (MoMo) en España (1), en el primer periodo de la pandemia delimitado por el fin del confinamiento domiciliario, en junio de 2020, el exceso de mortalidad en población mayor de 75 años fue de un 75,9%, frente a un 22,8% en la población menor de 65. En los centros residenciales de mayores, el impacto de la pandemia ha sido aún mayor, presentando incidencias más altas y un mayor porcentaje de enfermedad grave y mortalidad, frente a aquellas personas de la misma edad que residían en sus domicilios (2-4). En la primera ola de la pandemia, el exceso de mortalidad en la población con atención residencial ligada al Sistema de Autonomía y atención a la Dependencia (SAAD) fue del 118,7% (5).

España es uno de los países con una mayor proporción de población mayor, con un porcentaje de población de 65 años y más en 2020 del 19,6% del total de la población, y con una proyección del 26,5% para el 2035. Casi un tercio de esta población (6%) es mayor o igual a 80 años (6). Según datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) de 2020, España cuenta con 389.677 plazas distribuidas en 5.529 centros residenciales, lo que significa un índice de cobertura para la población mayor o igual a 65 años del 4,19% y con una estimación de la ocupación en torno al 80% (7).

Como nos ha demostrado esta pandemia, el colectivo de residentes de estos centros presentan un alto riesgo de adquisición de infecciones, no sólo por su vulnerabilidad al ser personas de edad avanzada con enfermedades de base, fragilidad y limitación de la autonomía, sino también por las propias características de estos centros al tratarse de entornos cerrados, donde a menudo comparten habitaciones, con espacios comunes y con un contacto cercano frecuente entre residentes y los trabajadores, por el tipo de atención que necesitan (3,4,8,9).

Los Centros residenciales para personas mayores son equipamientos sociales que ofrecen alojamiento y atención especializada a aquellas personas mayores que por su situación familiar, económica y social, así como por sus limitaciones de autonomía personal, no pueden ser atendidas en sus domicilios (7). Estos centros son el lugar de vivienda de los residentes, que tratan de reproducir condiciones de vida parecidas a las del hogar y donde hay un gran tránsito de personas. Son lugares donde se cuida a una población vulnerable y donde la transmisión de microorganismos patógenos es posible y frecuente, contando con menores recursos diagnósticos y con escaso personal, con una alta carga de trabajo y poca cualificación en las medidas de prevención y control de infecciones (10, 11).

Por todos estos factores, la población que vive en residencias de mayores presenta un mayor riesgo ante emergencias de salud, como la provocada por la pandemia de COVID-19 (12), en donde hemos visto cómo los brotes de COVID-19 se han propagado rápidamente y con altas tasas de ataque y alta letalidad (13,14).

Poder disponer de información precisa que nos permita un adecuado análisis de la situación, tanto en situaciones epidémicas como no epidémicas, es fundamental para poder implementar estrategias de prevención y control de infecciones más adecuadas y adaptadas al nivel del riesgo.

Antes de la pandemia de COVID-19, Europa no disponía de sistemas nacionales de vigilancia de incidencia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) en los centros de atención residencial, debido a la baja viabilidad de la recogida de datos de vigilancia en este entorno (15). La vigilancia en Europa se había basado en encuestas de prevalencia realizadas en 2010, 2013 y 2016-2017. Estas encuestas estimaron que el número anual de IRAS en estos centros alcanzó niveles similares a los de los hospitales de agudos en la Unión Europea/Espacio Económico Europeo (UE/EEE) (16).

Al inicio de la pandemia de COVID, en marzo de 2020, el Ministerio de Sanidad reclamó a las comunidades autónomas (CCAA), bajo Orden SND/275/2020 (17), la notificación de información agregada relativa a los centros de servicios sociales de carácter residencial en relación con la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. El hecho de no disponer, previamente a la pandemia, de un censo de residencias, que recogiera el número total de centros existentes, ubicación, características, número y perfil de residentes y trabajadores, dificultó una recogida de información rápida y sistemática, con lo que, a pesar del gran esfuerzo realizado por las CCAA, no se pudo disponer inicialmente de datos homogéneos y consistentes (18,19).

A partir de agosto de 2020, en Europa se produjo un aumento de las notificaciones de brotes y casos graves de COVID-19 en los residentes de estos centros (14), después de un periodo de descenso de las incidencias. Por esta razón, en el último cuatrimestre de 2020, el Centro de Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) trabajó con los países de la UE/EEE para desarrollar una metodología para la vigilancia nacional de los casos de COVID-19 en los centros de larga estancia, que permitiera comunicar información de manera oportuna sobre las tendencias epidemiológicas de COVID-19 en estos centros, como apoyo de las actividades de preparación y respuesta a nivel nacional y de la UE/EEE.

En España, el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia aprobó el 2 de diciembre la publicación semanal, mientras continúe el periodo pandémico, de una estadística confeccionada a partir de datos agregados compartidos por las CCAA sobre la COVID-19 en los centros residenciales de su territorio. Esta recogida de información se adaptó a la metodología de la vigilancia europea, integrándose así a la vigilancia agregada de la COVID-19 en los centros de larga estancia establecida en la UE/EEE por el ECDC (20, 21).

En enero de 2021, los países de la UE/EEE, entre ellos España, comenzaron a notificar los datos de esta vigilancia al Sistema Europeo de Vigilancia (TESSy) de acuerdo con el protocolo final acordado con los países. Desde el 18 de marzo de 2021, el ECDC ha estado publicando resultados utilizando dichos datos de vigilancia en su sitio web (22).

Esta vigilancia agregada de COVID-19 permite a los centros comunicar información periódicamente de forma sencilla y homogénea a sus CCAA y de éstas al nivel nacional.

El objetivo principal de esta vigilancia es conocer la proporción de residencias afectadas por la COVID-19 y las tendencias en la incidencia nacional de casos de COVID-19 y casos fatales de COVID-19 entre los residentes de los centros. Esta vigilancia agregada en las residencias de mayores complementa a los diferentes sistemas de vigilancia de la COVID-19 contemplados en la “Estrategia nacional de vigilancia y control frente a la COVID-19 tras la fase aguda de la pandemia” (23).

## METODOLOGÍA

### Tipos de centros residenciales incluidos en la vigilancia

La estadística semanal que publica el IMSERSO sobre la situación de COVID-19 en los centros residenciales (19) incluye información de centros residenciales para personas mayores y de centros residenciales para personas con discapacidad y otros alojamientos permanentes de servicios sociales dirigidos exclusivamente a los colectivos anteriores (mayores, discapacidad y enfermedad mental).

El protocolo europeo aconseja a los países seleccionar a aquellos centros con mayor número de residentes con riesgo para COVID-19, por esto se acordó comunicar a Europa sólo la información relativa a los centros de personas mayores.

## Variables que se notifican

El Centro Nacional de Epidemiología (CNE) notifica a Europa dos tipos de informes paralelos. Por un lado, la información semanal de datos de vigilancia agregados y por otro, la encuesta periódica de denominadores y especificidades del país.

### 1. Información semanal de datos de vigilancia agregados

Este informe semanal incluye:

- La información agregada a nivel de comunidad autónoma de los datos notificados por los centros residenciales y que semanalmente envía el IMSERSO al CNE:
  - N° total de centros de mayores que participan en la notificación cada semana. Es la única variable denominador de este informe.
  - N° de centros que al menos han tenido una confirmación nueva de residentes con COVID-19 en cualquiera de los 7 días durante la semana de notificación.
  - N° total de nuevos casos de residentes con COVID-19 confirmados por PDIA (pruebas diagnósticas de infección activa) durante la semana.
  - N° total de nuevos fallecimientos de residentes con COVID-19 confirmado, por cualquier causa y ocurridos en cualquier localización (hospital, residencia, otros) durante la semana de notificación.
  - N° total de nuevos fallecimientos de residentes con COVID-19 confirmado, por cualquier causa y que han tenido lugar en la residencia durante la semana de notificación.
  - N° total de PDIA para COVID-19 que se han realizado a los residentes durante la semana de notificación.
- Dos variables de vacunación notificadas al CNE a través del REGVACU (Registro de vacunación nacional de COVID-19) del Ministerio de Sanidad (hasta la semana 9 del año 2022):
  - N° total de residentes que han recibido, durante la semana del informe, la dosis final del número requerido de dosis según tipo de vacuna recibida, para ser considerados "totalmente vacunados" (pauta completa de vacunación primaria) (p.e., si se requieren dos dosis, sería el n° de residentes que recibieron la segunda dosis durante esta semana de notificación).
  - N° total de trabajadores de los centros que han recibido, durante la semana del informe, la dosis final del número requerido de dosis según tipo de vacuna recibida, para ser considerados "totalmente vacunados" (pauta completa de vacunación primaria).
- Por último, este informe semanal incluye la variable "n° total de centros que presentaron un nuevo brote de COVID-19", de acuerdo a la definición nacional de brote, en cualquiera de los 7 días incluidos en la semana de notificación. Conforme a la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19 vigente en el momento de inicio de esta vigilancia, la detección de un solo caso en un residente en los centros residenciales de mayores, se considera un brote dada la vulnerabilidad de estos centros. Con lo cual esta variable es similar al n° de centros que al menos han tenido una confirmación nueva de residentes con COVID-19 en cualquiera de los 7 días durante la semana de notificación (notificada por IMSERSO).

### 2. Encuesta periódica de denominadores y especificidades nacionales

Además de la información semanal de datos de vigilancia agregados, el ECDC solicitó a cada país al inicio de la vigilancia, una encuesta periódica con variables que aportan información para los denominadores, como son el número de residencias de ancianos en el país, número de plazas de usuarios de residencias y el número de residentes en residencias al nivel nacional. Esta información se recoge en el informe "Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España. Diciembre de 2020" publicado por IMSERSO (6).

En esa encuesta se recoge, además, el tipo de centros que realizan la vigilancia (en nuestro caso sólo las residencias de mayores), las definiciones nacionales de caso de COVID-19 y de brote y el criterio de notificación de fallecimientos (se notifican muertes de residentes con COVID confirmado por cualquier causa, atribuibles o no a COVID).

## Cálculo de la letalidad

Para el cálculo de la letalidad de los casos confirmados de COVID-19 se agruparon los datos por trimestres y se analizaron los 4 trimestres del año 2021 y el primer trimestre del 2022. La letalidad se calculó como el número de fallecimientos notificados en el trimestre con un retardo de dos semanas, dividido por el número de casos notificados en el mismo periodo. Se utilizó un retardo de dos semanas para los fallecimientos para tener en cuenta el retraso en la notificación del resultado final y el desarrollo de la enfermedad.

## Comparación del número de casos y fallecimientos con la información en la población general no institucionalizada mayor o igual a 60 años.

Se han empleado datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) para obtener el número de casos confirmados y muertes registradas en la población general mayor o igual a 60 años no institucionalizada.

Las cifras del total de población mayor o igual a 60 años se han obtenido del INE (estimaciones a 1 de julio de 2021).

## Periodo de vigilancia

Este informe recoge información de la semana 1 del 2021 a la semana 17 del 2022, ambas semanas incluidas.

## RESULTADOS

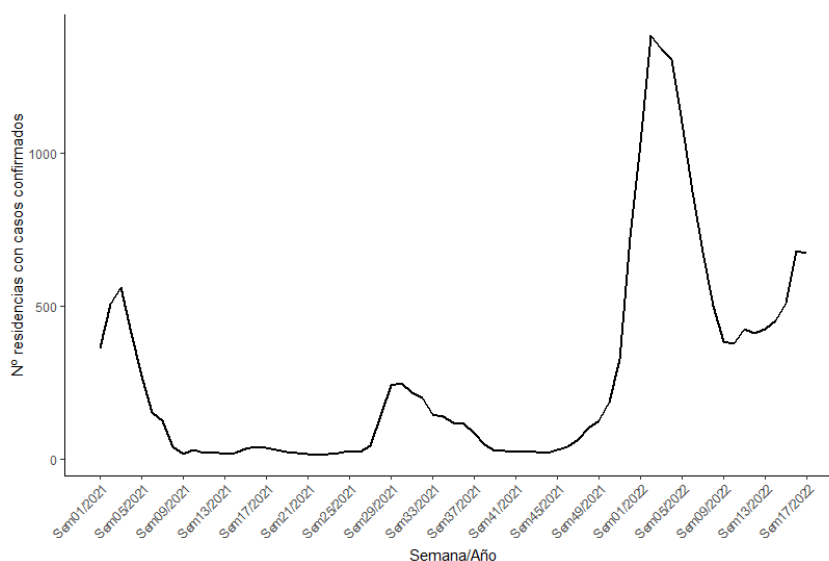
Desde enero del 2021 han notificado información agregada al nivel nacional (IMSERSO) las 17 comunidades autónomas y las 2 ciudades autónomas.

Según datos del informe “Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España” publicado por IMSERSO, a fecha de 31 de diciembre de 2020, el número de centros residenciales de mayores era de 5.529, con un tamaño medio de 70 plazas por centro (mediana: 76 y rango de 46 a 128 camas).

La media semanal del número de centros que han participado en la vigilancia para el periodo completo (de la semana 1 del 2021 a la semana 17 del 2022) ha sido de 5.188. Con lo cual la cobertura nacional de participación para todo el periodo estudiado ha sido del 93,8% de los centros de mayores (93,7% para el año 2021 y 94,1% para el año 2022 hasta la semana 17).

La [figura 1](#) muestra la evolución del número de residencias con al menos un caso confirmado en la semana de notificación, para el mismo periodo de estudio. La cifra máxima se alcanza en la semana 2 del 2022 con 1.383 residencias con casos confirmados.

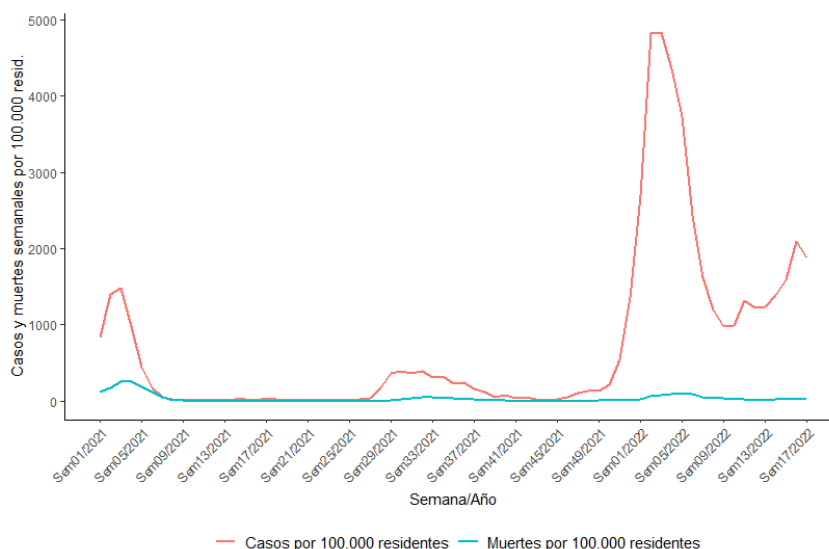
**Figura 1 . Número de residencias de mayores con casos confirmados de COVID-19 por semana epidemiológica en España, desde la semana 1 de 2021 a la semana 17 de 2022**



Fuente: IMSERSO

La **figura 2** refleja la evolución de la situación en los centros residenciales de mayores a lo largo del periodo de estudio. Se refleja la mortalidad de casos confirmados de COVID-19 entre residentes, ocurridos en cualquier lugar (residencia, hospital, otro). Podemos observar cómo el mayor ascenso de las cifras de mortalidad ocurre en los inicios del 2021, para después descender a cifras muy bajas (0,33 muertes por 100.000) y permanecer relativamente estable a lo largo del periodo estudiado. Destaca el pronunciado ascenso en el número de casos hacia el final del año 2021 (llegando a 4.836,64 casos por 100.000 residentes en la semana 3 de 2022), que sin embargo no se traduce en grandes cambios de tendencia en la mortalidad.

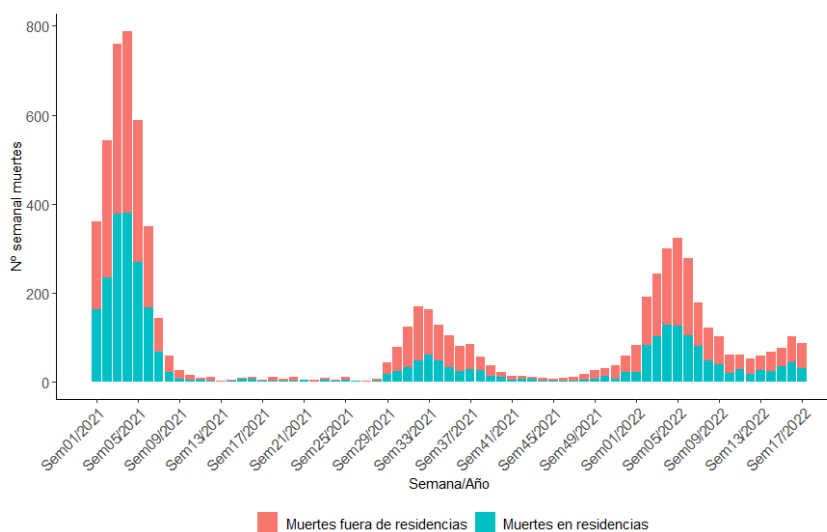
**Figura 2 . Casos confirmados de COVID-19 y muertes semanales por 100.000 residentes de residencias de mayores en España, desde la semana 1 de 2021 a la semana 17 de 2022**



Fuente: IMSERSO

A continuación, se refleja el número de muertes de residentes que se produjeron en la propia residencia y las que se produjeron en el resto de localizaciones (hospital, otros) (**figura 3**). Las muertes en residencias han supuesto un 36,85% del total (mediana:38,61%; RIC: 30,77 - 44,64%).

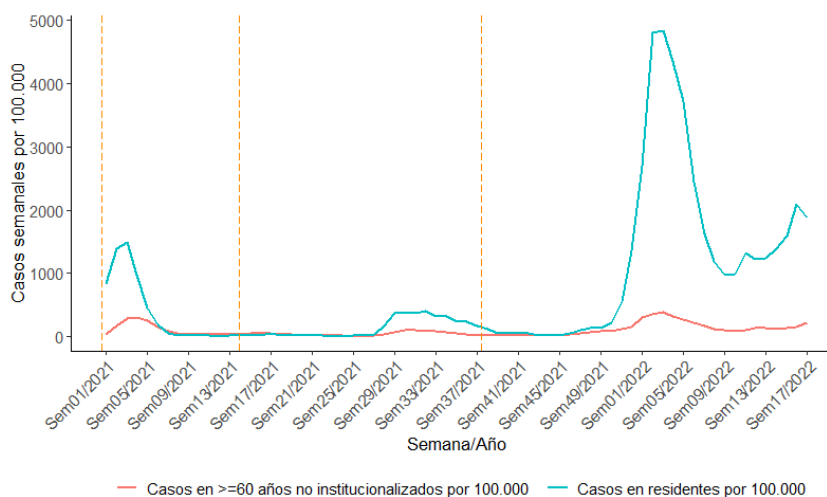
**Figura 3 . Número de muertes semanales de residentes con COVID-19 confirmado por lugar de fallecimiento en España, desde la semana 1 de 2021 a la semana 17 de 2022**



Fuente: IMSERSO

La figura 4 compara la evolución de los casos en el ámbito residencial con la población mayor o igual a 60 años no institucionalizada. Puede observarse como, a pesar de la vulnerabilidad clínica de las personas por encima de los 60 años, hay una clara diferencia con la población de residencias, que ve mucho más incrementado el número de casos en cada ola. El incremento de casos que se produjo en los residentes de centros de mayores en los inicios del 2022 (alcanzó los 4.836,64 casos semanales por 100.000 personas, el máximo anterior fue de 1.488,83 casos/100.000) contrasta con la incidencia en población no institucionalizada donde el incremento fue menor con respecto al pico de inicio de 2021 (de 310,22 a 379,66 casos semanales por 100.000).

**Figura 4 . Casos confirmados de COVID-19 por semana epidemiológica por 100.000 personas, en residentes de residencias de mayores y personas con 60 o más años no institucionalizadas en España, desde la semana 1 de 2021 a la semana 17 de 2022**

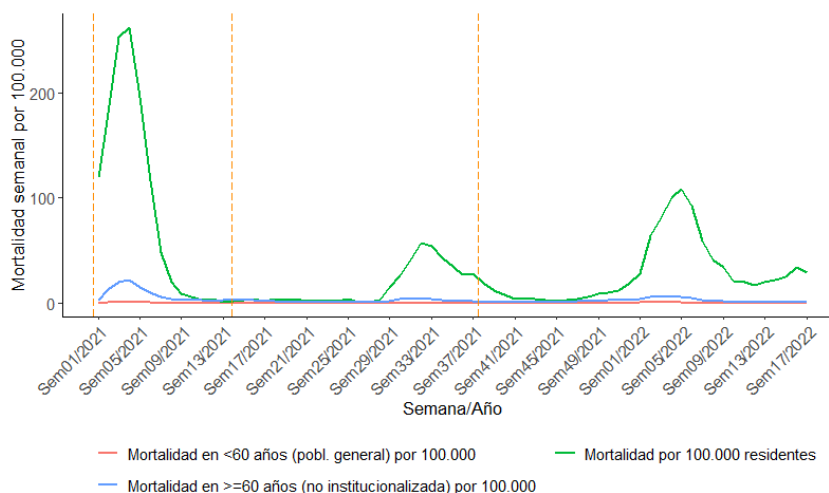


Fuentes: IMSERSO y Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

\*Fechas estimadas clave de vacunación (líneas verticales): 27/12/2020 (inicio de la pauta primaria), 04/04/2021 (fin de vacunación pauta primaria) y 16/09/2021 (inicio de administración de dosis de refuerzo)

En la **figura 5** se compara la mortalidad de casos COVID-19 confirmados en población general, para menores de 60 años y para la población de 60 años o más no institucionalizados, con la mortalidad de casos COVID-19 confirmados en los residentes. La mortalidad en los residentes se mantiene, por lo general, por encima de la mortalidad en los no institucionalizados. La diferencia máxima entre grupos se produce en la semana del 25 al 31 de enero de 2021, con 240,89 muertes por 100.000 personas más en la población residencial. Se han añadido las mismas fechas de vacunación que en la **figura 4**.

**Figura 5 . Mortalidad semanal por 100.000 personas en residentes de residencias de mayores y población no institucionalizada con COVID-19 confirmado en España, desde la semana 1 de 2021 a la semana 17 de 2022**

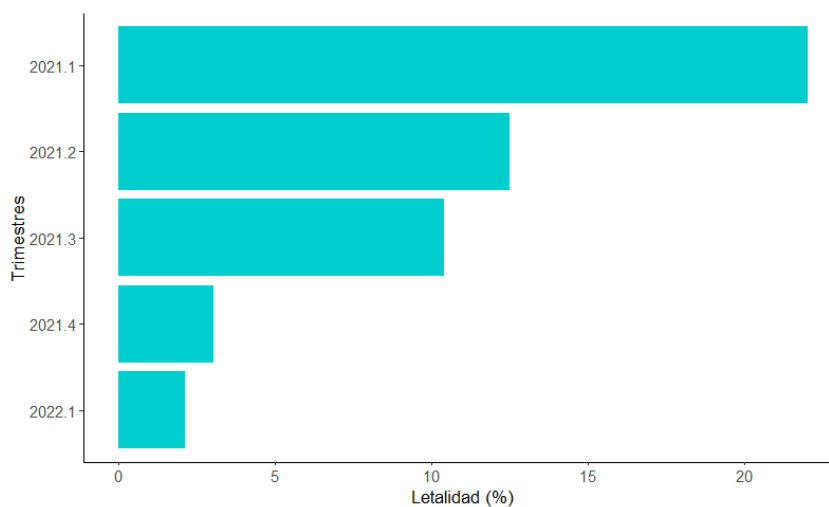


Fuentes: IMSERSO y Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

\**Fechas estimadas clave de vacunación (líneas verticales): 27/12/2020 (inicio de la pauta primaria), 04/04/2021 (fin de vacunación pauta primaria) y 16/09/2021 (inicio de administración de dosis de refuerzo)*

La **figura 6** refleja la letalidad en cada trimestre del periodo estudiado. Puede comprobarse como esta cifra es considerablemente alta a principios de 2021, superando el 20%, para después descender de forma continua a lo largo del periodo estudiado hasta un 2,15%.

**Figura 6 . Letalidad en residentes de residencias de mayores con COVID-19 confirmado por trimestre en España, desde la semana 1 de 2021 a la semana 13 de 2022**



Fuente: IMSERSO



En relación al número total de PDIA (pruebas diagnósticas de infección activa) para COVID-19 que se han realizado a los residentes, España es el único país que ha aportado esta variable a la vigilancia europea, aunque sólo dos tercios de las CCAA aportaron dicha información a nivel nacional. Para el periodo estudiado se han realizado un total de 1.050.522 PDIA (media: 15.481 pruebas por semana, mediana: 10.235 pruebas). El máximo de pruebas realizadas se registra en la semana 2 del año 2022 con 66.473 PDIA realizadas y el mínimo en la semana 25 del año 2021 con 1.987 pruebas).

Respecto a las variables de vacunación completa, el valor máximo de vacunados con pauta primaria completa se alcanzó en la semana 4 del año 2021, tanto para residentes como para personal sanitario y sociosanitario de las residencias, al mes del inicio de la campaña de vacunación (que fue a finales de diciembre de 2020), la cual se inició de manera priorizada en los residentes y personal laboral que trabaja en residencias de personas mayores y de atención a grandes dependientes.

## DISCUSIÓN

Este informe pretende dar cuenta de la situación epidemiológica de la COVID-19 en los centros residenciales de mayores a lo largo del año 2021 y hasta la semana 17 del 2022.

En España la pandemia ha puesto en evidencia la necesidad prioritaria de implementar un sistema de vigilancia de las infecciones en estas instituciones. La falta de información ha podido llevar a una infraestimación de los casos y de los fallecimientos en estos centros.

Desde su puesta en marcha en enero de 2021, esta vigilancia ha proporcionado datos semanales nacionales agregados, con información sobre la incidencia de COVID-19 entre una población vulnerable donde los efectos de la pandemia han sido y están siendo especialmente graves. La vigilancia agregada de COVID-19 en residencias, permite conocer las tendencias nacionales y comparar la temporalidad de estas entre países europeos, al estar integrada en la vigilancia del ECDC.

Desde el inicio son 17 los países de la UE/EEE que están notificando datos al sistema de vigilancia voluntario europeo: Austria, Bélgica, Croacia, Chipre, Dinamarca, Francia, Alemania, Irlanda, Italia, Lituania, Luxemburgo, Países Bajos, Noruega, Portugal, Eslovenia, España y Suecia.

Esta actividad de vigilancia es un notable logro no solo a nivel europeo, sino también a nivel de nuestro país con la participación de todas las CCAA, a través de la notificación por parte de las Consejerías de Servicios Sociales, y de los servicios de epidemiología de Salud Pública que, trabajando de forma conjunta, están notificando semanalmente los datos requeridos.

Desde su inicio, España está participando en la vigilancia europea con todas las variables solicitadas por el ECDC (20). La presentación de datos agregados y de pocas variables han facilitado la alta participación y notificación, y ha permitido disponer de información nacional y europea semanal de las dos variables más importantes en el seguimiento de esta pandemia como son los casos de COVID-19 y los casos fatales entre residentes de centros de mayores. El protocolo de esta vigilancia no incluye otras variables relacionadas con la gravedad de la enfermedad, como por ejemplo la hospitalización. El ECDC consultó a los países de la UE/EEE sobre qué variables incluir, basándose en las experiencias de vigilancia nacionales. La elección de las variables tuvo como principal propósito el asegurar la viabilidad de la recopilación de datos nacionales para la presentación rápida de informes agregados que permitieran cumplir con los objetivos de vigilancia propuestos.

Los datos recopilados proporcionan información adicional para permitir la estimación cuantitativa del impacto de la COVID-19 en los residentes de centros residenciales de mayores. Los datos nos muestran la magnitud de los picos de incidencia en las diferentes olas de la pandemia con cifras muy por encima de la población general, mostrándonos el alto impacto que la pandemia ha tenido en la población de los centros de mayores donde también se ha concentrado el mayor porcentaje de mortalidad.

Este impacto de la pandemia en esta población vulnerable podemos verlo también reflejado en los resultados obtenidos al comparar tanto la incidencia como la mortalidad en los residentes de centros de mayores en relación con la población de 60 años o más no institucionalizada, según datos notificados por las CCAA a la RENAVE.

Las personas residentes en centros de mayores fueron de los primeros grupos priorizados para la vacunación. El 27 de diciembre de 2020 se administró la primera vacuna en residencias de mayores. Para primeros de abril ya se había vacunado al 99% de residentes con una dosis y al 93% con la pauta completa de dos dosis. A fecha de 11 de agosto de 2021 el 100% de la población mayor o igual a 80 años estaba vacunada con pauta primaria completa (22). A mediados de marzo de 2021, el impacto de la vacunación en COVID-19 ya era notable en las estadísticas semanales del IMSERSO con una disminución de la letalidad en general y una disminución de las tasas de notificación de COVID-19 en los residentes.

Los resultados publicados por el Ministerio de Sanidad en abril de 2021 en relación con la efectividad de la vacunación en residentes de centros de mayores, mostraron que la pauta vacunal primaria completa, tuvo una efectividad frente a la infección por SARS-CoV-2 entre 81% y 88% (23). En el 2º informe de octubre del 2021 (24), los resultados mostraban una bajada importante de la efectividad de la vacunación frente a la infección, como puede verse en nuestros resultados con un nuevo pico de casos. Esto pudo estar en relación con una posible pérdida de la inmunidad de las personas vacunadas en febrero y marzo (vacunación completa), momento en que se vacunó mayoritariamente en residencias.

Pero ha sido en diciembre de 2021, con la aparición de la variante Omicron (B.1.1.529), cuando se han dado las tasas más altas de incidencia de COVID-19 a nivel mundial, incluso en países con altas coberturas vacunales como España (25). Como muestran los resultados de este estudio, el número de residencias que semanalmente presentaban al menos un caso nuevo confirmado de COVID-19 se disparó desde la última semana del 2021 hasta la semana 7 del 2022, que se empieza a ver un descenso.

Una de las limitaciones con la que cuenta esta vigilancia en las residencias de mayores es la carencia de información censal de centros residenciales, lo que no nos permite conocer con exactitud el número total de instalaciones, su ubicación y el número de personas atendidas en dichas instalaciones. Los denominadores utilizados para los análisis realizados en este informe se basaron en el número estimado de plazas ocupadas de los centros residenciales de mayores según la información aportada por las CCAA al IMSERSO.

Por ello, en el año 2021 en el IMSERSO se iniciaron los trabajos para incorporar una nueva operación estadística dentro de las operaciones que realizan, llamada “Censo de Centros Residenciales de Servicios Sociales en España”. El objetivo de esta nueva operación es proporcionar información detallada de las características de los centros residenciales en el territorio español. Los resultados de la estadística se difundirán en cuanto este depurado el censo según los datos aportados por los centros residenciales de manera anual. Durante el mes de mayo de 2022 se ha procedido a enviar el formulario web a los gerentes de los centros residenciales y se estima en un total de 7.735 centros.

Pese a la limitación comentada y a que, con el objetivo de hacer viable esta vigilancia, no se han recogido algunas variables más que también pueden ser de interés, podemos concluir que esta vigilancia agregada semanal nos proporciona información útil sobre la incidencia de COVID-19 y la letalidad, observando una disminución tras la introducción de las vacunas y poniendo de relieve precozmente los picos de incidencia y el aumento de centros que experimentan casos de COVID-19. La implementación de esta vigilancia en las residencias de mayores pone de relieve la importancia de implementar una vigilancia continuada de las infecciones en estos centros como parte de los programas de prevención y control de las infecciones.

## BIBLIOGRAFIA

1. Sistema de Monitorización de Mortalidad Diaria (MoMo) en España. ISCIII. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Paginas/MoMo.aspx>
2. Informes COVID-19. Disponible en <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm>
3. Brandén M, Aradhya S, Kolk M, et al. Residential context and COVID-19 mortality among adults aged 70 years and older in Stockholm: a population-based, observational study using individual-level data. *Lancet Healthy Longev.* 2020;1(2):80-88.
4. Edgardo R. Sepulveda, Nathan M. Stall, et al. Research Letter .A Comparison of COVID-19 Mortality Rates Among Long-Term Care Residents in 12 OECD Countries. *Journal of the American Medical Directors Association.* 2020;21(11): 1572-74.
5. Informe Momo dependencia. IMSERSO. Disponible en: [https://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/estadisticas/info\\_d/covid19\\_dep/index.htm#ancla1](https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/info_d/covid19_dep/index.htm#ancla1)
6. Proyecciones de población 2020-2070. Septiembre 2020. Instituto nacional de estadística. [https://www.ine.es/prensa/pp\\_2020\\_2070.pdf](https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf).
7. IMSERSO. Subdirección General de planificación, Ordenación y Evaluación. Servicios sociales dirigidos a las personas mayores en España. Informe a 31/12/2020. Disponible en: [https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/inf\\_sspmmesp2020.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/inf_sspmmesp2020.pdf)
8. Ignacio Monedero-Recuero, Isabel Rodrigues Gonçalves. COVID-19 en residencias geriátricas: oportunidades y controversias en la población más castigada por la pandemia. *Rev Enf Emerg* 2020;19(2):60-63.
9. Ribera-Casado J. M. Covid-19 y residencias de ancianos: algunas reflexiones. *ANALES RANM [Internet]. Real Academia Nacional de Medicina de España; An RANM.* 2020. 137(02):222-226.
10. Serrano M, Barcenilla F, Limón E. Infección nosocomial en centros sanitarios de cuidados prolongados. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2014;32(3):191-198.
11. Bouza, E, et al. El control de la infección en residencias de ancianos: Un documento de reflexión. *Revista española de Bioética (EIDON).* 2021; 56: 166-227.
12. Abellán García A, et al. Una visión global de la pandemia COVID-19: qué sabemos y qué estamos investigando desde el CSIC. Informe elaborado por la Plataforma Temática Interdisciplinar Salud Global/ Global Health del SCSIC. Pag: 218-227. Disponible en: [https://www.csic.es/sites/default/files/informe\\_cov19\\_pti\\_salud\\_global\\_csic\\_v2\\_1.pdf](https://www.csic.es/sites/default/files/informe_cov19_pti_salud_global_csic_v2_1.pdf)
13. ECDC Public Health Emergency Team , Danis Kostas , Fonteneau Laure, et al. High impact of COVID-19 in long-term care facilities, suggestion for monitoring in the EU/EEA, *Euro Surveill.* 2020;25(22).
14. Centre for Disease Prevention and Control. Increase in fatal cases of COVID-19 among long-term care facility residents in the EU/EEA and the UK. 19 November 2020. ECDC: Stockholm; 2020.
15. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of COVID-19 in long-term care facilities in the EU/EEA, November 2021. Stockholm: ECDC; 2021.
16. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities: HAI-Net HALT database. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/all-topics-z/healthcare-associated-infections-long-term-carefacilities/surveillance-and-disease>.

17. Orden SND/275/2020, de 23 de marzo, por la que se establecen medidas complementarias de carácter organizativo, así como de suministro de información en el ámbito de los centros de servicios sociales de carácter residencial en relación con la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. *Boletín Oficial del Estado*, 81, de 24 de marzo de 2020, 26758 a 26761. <https://www.boe.es/eli/es/o/2020/03/23/snd275>
18. Informe del grupo de trabajo COVID-19 y residencias (v.24/11/2020). Grupos de trabajo COVID-19 de la Comisión Delegada y del Comité Consultivo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Secretaria de Estado de Derechos Sociales. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.
19. Eloísa del Pino, Francisco Javier Moreno-Fuentes, Gibrán Cruz-Martínez, Jorge Hernández-Moreno, Luis Moreno, Manuel Pereira-Puga, Roberta Perna (2020) Informe Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes. Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC) Madrid.
20. IMSERSO. Información semanal en centros residenciales. Disponible en: [https://www.imserso.es/imserso\\_01/mas\\_informacion/serv\\_soc/sem\\_cr/index.htm](https://www.imserso.es/imserso_01/mas_informacion/serv_soc/sem_cr/index.htm)
21. European Centre for Disease Prevention and Control. European surveillance of COVID-19 in long-term care facilities in the EU/EEA: aggregate data reporting. Surveillance protocol version 1.1 Stockholm: ECDC; 2021.
22. Weekly COVID-19 country overview. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/country-overviews>
23. Estrategia de vigilancia y control frente a COVID-19 tras la fase aguda de la pandemia. Actualizado a 3 de junio de 2022. [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Nueva\\_estrategia\\_vigilancia\\_y\\_control.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Nueva_estrategia_vigilancia_y_control.pdf)
24. Susana Monge, Carmen Olmedo, Clara Mazagatos, Amparo Larrauri, María José Sierra, Aurora Limia. Las vacunas evitaron 3.500 muertes en residencias solo en el primer trimestre de 2021. Disponible en: <https://www.vacunacovid.gob.es/voces-expertas/las-vacunas-evitaron-3500-muertes-en-residencias-solo-en-el-primer-trimestre-de-2021>
25. Grupo de Trabajo de Efectividad Vacunación COVID-19. Análisis de la efectividad y el impacto de la vacunación frente a COVID-19 en residentes de centros de mayores en España. 25 de abril de 2021. Disponible en: [https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/Efectividad\\_vacu naCOVID-19.htm](https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/Efectividad_vacu naCOVID-19.htm)
26. Grupo de Trabajo de Efectividad Vacunación COVID-19. 2º informe. Análisis de la efectividad de la vacunación frente a COVID-19 en España. 13 de octubre de 2021.
27. Susana Monge, Ayelén Rojas-Benedicto, Carmen Olmedo, Clara Mazagatos, María José Sierra, Aurora Limia, Elisa Martín-Merino, Amparo Larrauri, Miguel A Hernán, on behalf of IBERCovid. Effectiveness of mRNA vaccine boosters against infection with the SARS-CoV-2 omicron (B.1.1.529) variant in Spain: a nationwide cohort study. *Lancet Infect Dis* 2022. Published: June 02, 2022. DOI:10.1016/S1473-3099(22)00292-4

## ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN LA SEMANA 19/2022

Enfermedades	ESPAÑA															
	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla La Mancha	Castilla y León	Comunidad Valenciana	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	TOTAL
	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS
Botulismo		0	0	0			0				0		0	0		0
Cólera		0	0	0			0				0		0	0		0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea		0	0	0			0				0		0	0		0
Hepatitis A	3	0	1	0			1				0	2	1	0	0	8
Shigelosis		0	0	0			2		1		2	2	0	0	0	7
Triquinosis		0	0	0			0				0		0	0		0
Hepatitis B	4	0	1	0		1	0	3			0		0	0	0	9
Gripe		43	59	258	530	102	704	254	703			811	126	124		3.716
Legionelosis	6	0	0	1	2		1			1	0		2	2	0	15
Lepra		0	1	0			0				0		0	0		1
Tuberculosis respiratoria	7	0	0	0	3	2	2		5			4		1		25
Tuberculosis, meningitis		0	0	0			0								0	0
Tuberculosis, otras	1	0	0	0	2	1	0	1				1		0		6
Fiebre Amarilla		0	0	0			0				0		0	0		0
Paludismo		0	0	0			0		1	1	0	2	0	0	0	4
Brucelosis		0	0	0			0				0		0	0	0	0
Peste		0	0	0			0				0		0	0		0
Rabia		0	0	0			0				0		0	0		0
Tularemia			0											0		0
Difteria		0	0	0			0				0		0	0		0
Enfermedad Meningocócica	1	0	0	0			0				0		0	0	0	1
Parotiditis	8	0	0	1	4	2	3	9	5	1	7	2	2	2	5	52
Poliomielitis		0	0	0			0						0	0		0
Rubéola (excluye rubéola congénita)		0	0	0			0				0		0	0		0
Rubéola congénita		0	0	0			0				0		0	0		0
Sarampión		0	0	0			0				0		0	0		0
Tétanos (excluye tétanos neonatal)		0	0	0			0				0		0	0		0
Tétanos neonatal		0	0	0			0				0		0	0		0
Tos ferina		0	0	0	2		0				0		0	0		2
Varicela		2	3	15	29	3	5	11	32		16	34	4	0		154
Infección Gonocócica	39	0	6	1	10		2	5	26	1	11	53	5	5		164
Sífilis (excluye sífilis congénita)	15	0	4	0	5	2	1	6	9	1	4	16	2	0		65
Sífilis congénita		0	0	0			0				0		0	0		0

## SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN LA SEMANA 20/2022

ENFERMEDADES	ESPAÑA																		
	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla La Mancha	Castilla y León	Cataluña	Ceuta	Comunidad Valenciana	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Rioja (La)	TOTAL
	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS
Botulismo		0	0	0									0		0	0			0
Cólera		0	0	0			0						0		0	0			0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea		0	0	0			0						0	1	0	0			1
Hepatitis A	1	0	0	0			1				1		1		0	0	0		4
Shigelosis		0	0	0			0				1		0	1	0	0	0		2
Triquinosis		0	0	0			0						0		0	0			0
Hepatitis B	3	0	0	0			0	3					0		0	0	0		6
Gripe		27	52	245	507	91	476	140		3	519			640	96	0			2.796
Legionelosis	1	0	0	0			0						0		2	0	0		3
Lepra		0	0	0			0						0		0	0			0
Tuberculosis respiratoria	7	0	0	0	1		3		4	8			2		1				26
Tuberculosis, meningitis		0	0	0			0									0			0
Tuberculosis, otras	4	0	0	0			0				2					0			6
Fiebre Amarilla		0	0	0			0						0		0	0			0
Paludismo		0	1	0			0				1		0		0	0	2		4
Brucelosis		0	0	0			0						0		0	0	0		0
Peste		0	0	0			0						0		0	0			0
Rabia		0	0	0			0						0		0	0			0
Tularemia			0													0			0
Difteria		0	0	0			0						0		0	0			0
Enfermedad Meningocócica	1	0	0	0			0	1	1		1		0	1	0	0	0		5
Parotiditis	5	0	0	0	6	1	5	2			4		8	1	0	1	11		44
Poliomielitis		0	0	0			0								0	0			0
Rubéola (excluye rubéola congénita)		0	0	0			0						0		0	0			0
Rubéola congénita		0	0	0			0						0		0	0			0
Sarampión		0	0	0			0	1					0		0	0			1
Tétanos (excluye tétanos neonatal)		0	0	0			0						0		0	0			0
Tétanos neonatal		0	0	0			0						0		0	0			0
Tos ferina	1	0	0	0	2		0						0		0	0			3
Varicela		3	4	10	24	3	15	3			34		13	32	4	1			146
Infección Gonocócica	41	0	1	0	6	4	2	3			31	1	7	40	7	3		1	147
Sífilis (excluye sífilis congénita)	13	0	1	0		1	2	8			14	1	5	6	4	2		1	58
Sífilis congénita		0	0	0			0						0		0	0			0

## SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA SEMANA 21 QUE TERMINÓ EL 29/05/2022

ENFERMEDADES	CASOS DECLARADOS Sem. 21		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA 2021 - 2017		ÍNDICE EPIDÉMICO (1)		CÁLCULO ESPECIAL (2)
	2022	2021	2022	2021	Sem. 21	Acum. C.	Sem. 21	Acum. C.	
<b>Enfermedades de transmisión alimentaria</b>									
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	0	5	2	1	15			0,56
Hepatitis A	3	8	80	79	15	493	0,20	0,16	
Shigelosis	2	3	114	64	7	94	0,29	1,21	
Triquinosis	0	0	0	0	0	3			0,12
<b>Enfermedades de transmisión parenteral</b>									
Hepatitis B	8	11	161	172	12	234	0,67	0,69	
<b>Enfermedades de transmisión respiratoria</b>									
Gripe	1.962	227	68.214	5.669	516	458.663	3,80	0,15	
Legionelosis	12	30	234	402	22	336	0,55	0,70	
Tuberculosis respiratoria	26	50	633	650	50	797	0,52	0,79	
Tuberculosis, meningitis	0	0	8	8	0	9			0,56
Tuberculosis, otras	3	9	117	194	10	195	0,30	0,60	
<b>Enfermedades de transmisión vectorial</b>									
Paludismo	2	3	73	72	6	132	0,33	0,55	
<b>Enfermedades de transmisión zoonótica</b>									
Brucelosis	1	2	12	21	2	19			1,04
Tularemia	0	1	4	6	0	3			0,24
<b>Enfermedades prevenibles por vacunación</b>									
Enfermedad Meningocócica	1	4	50	36	5	167	0,20	0,30	
Parotiditis	46	34	705	419	275	5.235	0,17	0,13	
Rubéola (excluye rubéola congénita)	0	0	2	0	0	2			0,16
Sarampión	0	0	2	0	14	80	0,00	0,03	
Tétanos (excluye tétanos neonatal)	0	0	1	0	0	2			0,12
Tos ferina	2	3	60	47	75	1.038	0,03	0,06	
Varicela	135	135	2.203	2.599	1.243	23.530	0,11	0,09	
<b>Infecciones de transmisión sexual</b>									
Infección Gonocócica	153	127	3.578	1.978	91	1.831	1,68	1,95	
Sífilis (excluye sífilis congénita)	62	67	1.441	1.318	67	1.307	0,93	1,10	

### COMENTARIO GENERAL

Durante la presente semana las siguientes rúbricas han presentado:

\* Un I.E. semanal superior o igual a 1,25: Gripe (3.80), Infección Gonocócica (1.68)

\* Un I.E. acumulado superior o igual a 1,25: Infección Gonocócica (1.95)

\* Las restantes rúbricas han presentado una incidencia normal

(1) Índice epidémico para una enfermedad dada es la razón entre los casos presentados en la semana correspondiente (o los casos acumulados hasta dicha semana si se trata de I.E. acumulado) y los casos que se esperan o prevén (mediana del quinquenio anterior) para la misma semana. Si el valor del índice se encuentra entre 0,76 y 1,24 la incidencia se considera normal, si es menor o igual a 0,75 incidencia baja, si es mayor o igual a 1,25 incidencia alta.

(2) Cálculo especial: En enfermedades de baja incidencia (<150 casos anuales en España) no se usa el índice epidémico.

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Elaboración: Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII

Enfermedades vigiladas en las que es excepcional la declaración de algún caso: Botulismo, Cólera, Difteria, Encefalitis Transmitida por Garrapatas, Fiebre Amarilla, Fiebre de Ébola, Fiebre del Nilo Occidental, Fiebre Hemorrágica Vírica (excluye fiebre amarilla y dengue hemorrágico), Lepra, Peste, Poliomieltis, Rabia, Rubéola congénita, Sífilis congénita, Tétanos neonatal, Viruela de los monos (Monkeypox). Excepcionalmente se han declarado casos en la semana 21/2022 en curso: NO

## SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN LA SEMANA 21/2022

SITUACIÓN	ESPAÑA														
	Andalucía	Aragón	Asturias	Canarias	Castilla La Mancha	Castilla y León	Ceuta	Comunidad Valenciana	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	TOTAL
ENFERMEDADES	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS
Botulismo		0	0		0					0		0	0		0
Cólera		0	0		0					0		0	0		0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea		0	0		0					0		0	0		0
Hepatitis A		0	0		1					1		0	1	0	3
Shigelosis		0	0		1					1		0	0	0	2
Triquinosis		0	0		0					0		0	0		0
Hepatitis B	6	0	0		1	1				0		0	0	0	8
Gripe		14	29	504	340	112	2	373			504	84	0		1.962
Legionelosis	3	3	0		1					0		1	2	2	12
Lepra		0	0		0					0		0	0		0
Tuberculosis respiratoria	7	0	1	2	3	1	1	5	1		4		1		26
Tuberculosis, meningitis		0	0		0								0		0
Tuberculosis, otras	1	0	0		0	1		1					0		3
Fiebre Amarilla		0	0		0					0		0	0		0
Paludismo		0	0		0			1		0	1	0	0	0	2
Brucelosis		0	0		0			1		0		0	0	0	1
Peste		0	0		0					0		0	0		0
Rabia		0	0		0					0		0	0		0
Tularemia			0										0		0
Difteria		0	0		0					0		0	0		0
Enfermedad Meningocócica		0	0		0					0	1	0	0	0	1
Parotiditis	6	1	0	4	2	5		4	1	1	6	1	2	13	46
Poliomielitis		0	0		0							0	0		0
Rubéola (excluye rubéola congénita)		0	0		0					0		0	0		0
Rubéola congénita		0	0		0					0		0	0		0
Sarampión		0	0		0					0		0	0		0
Tétanos (excluye tétanos neonatal)		0	0		0					0		0	0		0
Tétanos neonatal		0	0		0					0		0	0		0
Tos ferina		0	0		0			1		0		1	0		2
Varicela		0	3	19	8	8		36		13	38	9	1		135
Infección Gonocócica	39	0	2	2	2	9		41		8	46	2	2		153
Sífilis (excluye sífilis congénita)	16	1	3	1	2	6		11		4	15	2	1		62
Sífilis congénita		0	0		0					0		0	0		0





### **BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL (BES)**

El BES es una publicación gratuita editada por el *Centro Nacional de Epidemiología*.

**Dirección y Redacción:** *Marta Soler Soneira* y *Carmen Martín Mesonero*

El BES está disponible en formato electrónico en las direcciones:  
<http://revistas.isciii.es/revistas.jsp?id=BES>

Dirección postal:  
Centro Nacional de Epidemiología.  
Instituto de Salud Carlos III.  
C/ Monforte de Lemos, 5  
28029 - Madrid, España

NIPO en línea: 834-20-003-9  
NIPO libro electrónico: 834-20-004-4

Diseño y maquetación: Editorial MIC

