

Documento técnico

Guía de actuación frente a COVID-19 en los profesionales sanitarios y socio-sanitarios

Versión del 13 de abril de 2020

Las recomendaciones incluidas en el presente documento están en continua revisión y serán modificadas si la situación epidemiológica así lo requiriese.

A. JUSTIFICACIÓN

En el escenario actual de transmisión comunitaria sostenida generalizada es crucial mantener la capacidad de respuesta del sistema sanitario para asegurar la continuidad de la actividad asistencial ante el aumento de flujo de pacientes en los hospitales. Por ello, conviene incidir en la importancia de que **todos los profesionales sanitarios apliquen de manera correcta las medidas de protección ante cualquier paciente con síntomas respiratorios** con el objetivo de minimizar exposiciones de riesgo. En este sentido, se recomienda que los servicios de Salud Pública de las comunidades autónomas insten a sus trabajadores sobre la necesidad de seguir las normas preventivas para reducir el riesgo de transmisión. A efectos de este protocolo se considera profesional sanitario al profesional sanitario asistencial recogido en la ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias.

B. TRANSMISIBILIDAD DE SARS-COV-2 Y GENERACIÓN DE INMUNIDAD EN CASOS COVID-19

Mediante la técnica de RT-PCR se ha observado que los infectados presentan en su mayoría una alta carga viral (hasta 10^4 y 10^8 copias de genoma/ml por muestra nasofaríngea o de saliva). En pacientes que tienen un curso leve de infección, el pico de la carga viral en muestras nasales y orofaríngeas ocurre durante los primeros 5-6 días tras el inicio de síntomas y prácticamente desaparece al día 10. Si bien en algunos pacientes se detecta virus más allá del día 10, la carga viral es del orden de 100-1.000 veces menor, lo cual sugeriría una baja capacidad de transmisión en estos días (1–4). Además, se ha podido demostrar la ausencia de virus infectivo (no crecimiento del virus en cultivos) con cargas virales por debajo de 10^5 copias por torunda (4).

Esto parece indicar, que en personas con síntomas leves, más allá de la primera semana tras el inicio de síntomas, la probabilidad de transmitir la infección a otros sería muy baja, incluso cuando el virus aún es detectable mediante PCR. En personas con un curso clínico más grave la carga viral es de hasta 60 veces mayor que las que tienen un curso más leve y además, la excreción viral puede ser más duradera, con una mediana de 20 días (rango intercuartílico: 17–24) hasta un máximo de 37 días en los curados y es detectable hasta el final en los que fallecen (5).

Así, de acuerdo con la evidencia existente, la transmisión de la infección ocurriría fundamentalmente en los casos leves en la primera semana de la presentación de los síntomas, desde 1-2 días antes hasta 5-6 días después. En los casos más graves esta transmisión sería más intensa y más duradera.

Respecto a la generación de inmunidad, existen evidencias publicadas en relación a la generación de anticuerpos neutralizantes, tanto en modelos animales como en casos humanos. En un modelo animal, se ha demostrado experimentalmente que estos anticuerpos protegerían de una segunda infección por el virus (8, 9). También se ha observado mejoría en casos críticos de COVID-19 tratados con suero de convalecientes, lo que apoya aún más la eficacia de la respuesta inmune en esta enfermedad (7).

La dinámica de la respuesta inmune en humanos está descrita. Es posible detectar anticuerpos totales (Ab), IgM e IgG, con una sensibilidad creciente en el curso de la infección, que es mayor del 90% a la segunda semana tras el inicio de los síntomas (8–10).

En vista de las evidencias descritas y las posibilidades existentes en nuestro medio, se proponen las siguientes recomendaciones para aquellos profesionales sanitarios:

- Todos los profesionales deberán extremar al máximo las medidas de higiene de manos.
- Los profesionales sanitarios con fiebre o clínica respiratoria aguda se abstendrán de acudir a su puesto de trabajo hasta que se valore su situación.
- Todos los profesionales sanitarios deberán colocarse una mascarilla quirúrgica antes de la atención de un paciente con síntomas respiratorios.
- Deben asegurar que los pacientes con clínica respiratoria usen mascarilla quirúrgica.
- Usar el equipo de protección individual (EPI) correspondiente cuando se atienda a pacientes sospechosos de coronavirus

Se proponen una serie de actuaciones a realizar ante casos detectados de COVID-19 en profesionales sanitarios y exposiciones de riesgo a COVID-19 en estos profesionales con el objetivo de encontrar un balance beneficio/riesgo para la salud pública.

C. MANEJO DE LOS CASOS

A los trabajadores sanitarios que presenten síntomas leves se les indicará que contacten con su servicio de prevención de riesgos laborales. Los que se clasifiquen como caso posible, probable o confirmado, definido en el procedimiento de actuación frente a enfermedad por SRAS-CoV-2 (COVID-19), deberán retirarse de la actividad laboral y permanecer aislados en su domicilio.

<http://www.msbs.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos.htm>

La estrategia elegida para el fin del aislamiento del caso variará en función de la evaluación de la situación que se haga en cada caso, pudiéndose realizar con o sin prueba de laboratorio, teniendo en cuenta que el riesgo de transmisión, en casos leves, se reduce mucho después de la primera semana tras el inicio de los síntomas.

1. Casos leves con aislamiento domiciliario

Se realizará una PCR para finalizar el aislamiento. Para ello deben haber transcurrido un mínimo de 7 días desde el inicio de síntomas, debe haber ausencia de fiebre sin necesidad de toma de antitérmicos y mejoría de la clínica respiratoria en los últimos 3 días.

Si la PCR es negativa y el trabajador se incorpora a su actividad asistencial, deberá hacerlo con mascarilla quirúrgica hasta completar 14 días desde el inicio de síntomas, evitando durante este tiempo el contacto con personas consideradas vulnerables para esta enfermedad.

Si la PCR es positiva, continuará el aislamiento hasta que el resultado de la PCR sea negativo o según establezcan los protocolos de cada comunidad autónoma.

2. Casos graves que requirieron ingreso hospitalario

Los trabajadores sanitarios con un cuadro clínico grave que requirió ingreso hospitalario podrán recibir el alta hospitalaria si su situación clínica lo permite aunque su PCR siga siendo positiva, pero

deberán mantener aislamiento domiciliario con monitorización de su situación clínica al menos 14 días desde el día del alta hospitalaria, y siempre que se haya resuelto la fiebre y hayan transcurrido 3 días desde la resolución de los síntomas.

D. MANEJO DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS CONSIDERADOS CONTACTOS

En el ámbito sanitario, la clasificación de los contactos se realizará en función del tipo de exposición:

- a. Contacto estrecho con caso posible, probable o confirmado de COVID-19 con uso adecuado del EPI.
- b. Contacto estrecho con caso posible, probable o confirmado de COVID-19 sin uso de EPI.
- c. Contacto casual con caso posible, probable o confirmado de COVID-19 sin uso de EPI.

El servicio designado como responsable por el hospital (servicio de salud laboral, servicio de prevención de riesgos laborales o servicio de medicina preventiva) llevará a cabo una evaluación individualizada del riesgo cuyo resultado se comunicará a los servicios de salud pública de la comunidad autónoma.

Se considerará exposición de alto riesgo si ha realizado procedimientos que generen aerosoles como aspiración del tracto respiratorio, intubación o broncoscopia o maniobras de reanimación sin el equipo de protección adecuado.

En la valoración del profesional sanitario se tendrá en cuenta el servicio en el que desarrolla su actividad asistencial (unidades con pacientes especialmente vulnerables como por ejemplo hematología, UCI, oncología o unidades de quemados) y si el profesional tiene factores de riesgo.

- a. **Contacto estrecho con caso posible, probable o confirmado de COVID-19 con uso adecuado del EPI.** Continuará con la actividad asistencial normal y se realizará vigilancia pasiva de aparición de síntomas.
- b. **Contacto estrecho con caso posible, probable o confirmado de COVID-19 sin EPI.**

Si se valora como una **exposición de alto riesgo**:

- Se retirará al profesional de la actividad asistencial.
- Se valorará la realización a los 7 días de un test diagnóstico por PCR. En caso de que la PCR sea negativa se deberá reincorporar a la actividad asistencial, garantizando el uso de mascarilla quirúrgica y guantes en la asistencia y vigilancia activa de aparición de síntomas hasta los 14 días del contacto. Si la PCR es positiva se iniciará el procedimiento de manejo de los casos descrito más arriba.
- Si no se realiza PCR se deberá garantizar que realizará cuarentena domiciliaria durante 14 días con vigilancia activa de los síntomas.

Si se valora que se trata de una **exposición de bajo riesgo** se continuará con la actividad asistencial normal y vigilancia pasiva de los síntomas.

Contacto casual con caso probable o confirmado de COVID-19 sin equipo de protección individual: continuará con actividad asistencial normal y se realizará vigilancia pasiva de síntomas.

De forma general y tal como se indica para el manejo de contactos en el *Procedimiento de actuación frente a casos de nuevo coronavirus*, no se recomienda la recogida de muestra a no ser que presenten síntomas.

Ante cualquiera de los anteriores supuestos, en caso de desarrollar síntomas se notificará al servicio de salud laboral, servicio de prevención de riesgos laborales o servicio de medicina preventiva del hospital o al 112, según se establezca en cada comunidad autónoma y se iniciará el procedimiento de manejo de los casos

Bibliografía

1. Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, et al. SARS-CoV-2 Viral Load in Upper Respiratory Specimens of Infected Patients. N Engl J Med. 2020 Feb 19;
2. Pan Y, Zhang D, Yang P, Poon LLM, Wang Q. Viral load of SARS-CoV-2 in clinical samples. Lancet Infect Dis. 2020 Feb 24;
3. Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV-2: an observational cohort study - The Lancet Infectious Diseases [Internet]. [cited 2020 Mar 25]. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30196-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30196-1/fulltext)
4. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019 | Nature [Internet]. [cited 2020 Apr 4]. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2196-x>
5. Liu Y, Yan L-M, Wan L, Xiang T-X, Le A, Liu J-M, et al. Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. Lancet Infect Dis. 2020 Mar 19;
6. Reinfection could not occur in SARS-CoV-2 infected rhesus macaques | bioRxiv [Internet]. [cited 2020 Mar 25]. Available from: <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.03.13.990226v1>
7. Roback JD, Guarner J. Convalescent Plasma to Treat COVID-19: Possibilities and Challenges. JAMA. 2020 Mar 27;
8. Lou B, Li T, Zheng S, Su Y, Li Z, Liu W, et al. Serology characteristics of SARS-CoV-2 infection since the exposure and post symptoms onset. medRxiv [Internet]. 2020 Mar 27 [cited 2020 Apr 4];2020.03.23.20041707. Available from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.23.20041707v1>
9. Antibody responses to SARS-CoV-2 in COVID-19 patients: the perspective application of serological tests in clinical practice | medRxiv [Internet]. [cited 2020 Mar 25]. Available from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.18.20038018v1.external-links.html>
10. Antibody responses to SARS-CoV-2 in patients of novel coronavirus disease 2019 | medRxiv [Internet]. [cited 2020 Apr 4]. Available from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.02.20030189v1>