



PROTOCOLO COVID-19

21 de julio de 2021

1. INFORMACIÓN GENERAL	Pág.3
2. CUESTIONES GENERALES	Pág. 9
3. NATURALEZA DE LAS ACTIVIDADES Y EVALUACIÓN DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN	Pág. 11
4. MEDIDAS DE PREVENCIÓN	Pág. 12
5. TRABAJADOR/A ESPECIALMENTE SENSIBLE	Pág. 21
6. PERSONAS VACUNADAS	Pág. 22
7. DETECCIÓN, NOTIFICACIÓN, ESTUDIO Y MANEJO DE CASOS Y CONTACTOS	Pág. 23
8. ESTUDIOS DE CRIBADO	Pág. 36
9. COLABORACIÓN EN LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL	Pág. 37
10. COLABORACIÓN CON LA INSPECCIÓN DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL	Pág.40
ANEXO I. TELÉFONOS DE INFORMACIÓN POR COMUNIDAD AUTÓNOMA	Pág. 42

1. INFORMACIÓN GENERAL COVID-19

¿QUÉ ES EL CORONAVIRUS SARS - COV - 2?

Los coronavirus son una amplia familia de virus que pueden causar infección en los seres humanos y en una variedad de animales, incluyendo aves y mamíferos como camellos, gatos y murciélagos. Se trata de una enfermedad zoonótica, lo que significa que en ocasiones pueden transmitirse de los animales a las personas.

El nuevo coronavirus SARS-CoV-2 es un nuevo tipo de coronavirus, que afecta a los humanos y se transmite de persona a persona. Aún hay muchas cuestiones que se desconocen en relación con el virus y a la enfermedad que produce: COVID-19. Según se avanza en el conocimiento, se van actualizando las recomendaciones.

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS?

Los síntomas más comunes incluyen fiebre, tos y sensación de falta de aire. En algunos casos también puede haber disminución del olfato y del gusto, escalofríos, dolor de garganta, dolores musculares, dolor de cabeza, debilidad general, diarrea o vómitos.

La mayoría de los casos son leves. Existen también casos que no presentan síntomas (asintomáticos). En los casos más graves, la infección puede causar neumonía, dificultad importante para respirar, fallo renal e incluso la muerte. Los casos más graves generalmente ocurren en personas de edad avanzada o que padecen alguna enfermedad crónica, como enfermedades del corazón, del pulmón o inmunodeficiencias, pero también pueden ocurrir en algunas personas de edad más joven.

En algunos casos, los síntomas y secuelas pueden prolongarse en el tiempo bastantes semanas o incluso meses.

¿CUÁLES SON LOS GRUPOS VULNERABLES?

Los principales grupos vulnerables son los mayores de 60 años, y aquellas personas diagnosticadas de hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, cáncer, inmunodeficiencias, y embarazadas por el principio de precaución.

También se consideran más vulnerables las personas que viven o trabajan en instituciones cerradas, con especial atención a las personas mayores que viven en residencias. Otras personas, como las que fuman o las que tiene obesidad, también parecen tener mayor riesgo de tener una enfermedad grave.

¿CÓMO SE TRANSMITE?

El SARS-CoV-2 se transmite a través del contacto de la mucosa de las vías respiratorias o las conjuntivas de la persona susceptible con las secreciones respiratorias de la persona que presente una infección activa.

Recientemente se ha cambiado la manera de denominar a las secreciones respiratorias. Antes se denominaban aerosoles a los que tenían un tamaño menor a 5 µmy gotas a los que tenían un tamaño mayor a 5 µmy. Actualmente se denominan aerosoles a todas las que tienen un tamaño menor a 100µm.

Estas secreciones respiratorias que se emiten en forma de aerosoles pueden alcanzar las mucosas y conjuntivas de otras personas. Las personas emiten aerosoles en cantidad creciente al respirar, hablar, exhalar, cantar, toser, estornudar o hacer ejercicio intenso. Las partículas de menor tamaño pueden permanecer suspendidas en el aire durante segundos u horas y alcanzar el tracto respiratorio de personas situadas a distancia del emisor (a más de 2 metros) o incluso en ausencia de él, si aún persisten suspendidas en el aire.

No obstante, la evidencia muestra que hay una mayor transmisión en las distancias cortas, por lo que sigue siendo relevante el mantenimiento de la distancia interpersonal.

También se considera posible la transmisión por contacto directo o indirecto a través de las manos o fómites que contengan dichas secreciones con la mucosa de la vía respiratoria o la conjuntiva de la persona susceptible.

Tanto las personas con síntomas como sin síntomas pueden transmitir el virus si se encuentran en un periodo con infección activa.

¿CUÁL ES LA SITUACIÓN EN ESPAÑA?

Las autoridades sanitarias realizan una vigilancia continua de la situación epidemiológica para establecer las medidas de control necesarias de forma precoz adaptadas a la situación.

Se puede consultar la situación actualizada en el siguiente enlace:

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm>

¿EXISTE UN TRATAMIENTO PARA LA COVID -19?

No existe un tratamiento específico, pero en los casos indicados se están empleando algunos antivirales y otros medicamentos que han demostrado cierta eficacia según algunos estudios. Sí existen muchas opciones terapéuticas para el control de sus síntomas, por lo que la asistencia sanitaria mejora el pronóstico.

Al ser una infección producida por virus, los antibióticos NO deben ser utilizados como medio de prevención o tratamiento. Sin embargo, es posible que a los pacientes con COVID-19 se les

administre por indicación médica antibióticos porque podrían padecer coinfecciones provocadas por bacterias.

¿QUÉ PUEDO HACER PARA PROTEGERME Y PROTEGER A LOS DEMÁS?

Las medidas genéricas de protección individual frente a enfermedades respiratorias incluyen:

- Utilizar mascarilla tanto en espacios exteriores como en interiores:
 - ✓ Su uso es obligatorio en el transporte público y en la vía pública, en espacios al aire libre, espacios cerrados de uso público o abiertos al público, según la normativa de cada Comunidad Autónoma.
 - ✓ Es obligatorio para todas las personas a partir de los 6 años, salvo las excepciones: dificultad respiratoria que pueda verse agravada por el uso de mascarilla, motivo de salud que contraindique su uso debidamente justificado, personas con discapacidad o situación de dependencia que presenten alteraciones de conducta que hagan inviable su utilización, o en actividades en las que resulte incompatible el uso de la mascarilla o por causa de fuerza mayor o situación de necesidad.
 - ✓ La mascarilla debe cubrir nariz, boca y barbilla y es importante que esté bien ajustada.
- Realizar una higiene de manos frecuente (lavado con agua y jabón o soluciones alcohólicas).
- Al toser o estornudar, cubrirse la boca y la nariz con el codo flexionado.
- Usar pañuelos desechables, tirarlos tras su uso y lavarse las manos inmediatamente después.
- Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca, ya que las manos facilitan la transmisión.
- Mantener una distancia física interpersonal de al menos 1,5 metros de otras personas.
- Tener precaución con las superficies que más se tocan y limpiarlas con regularidad.
- Priorizar el uso de espacios al aire libre.
- Ventilar de forma frecuente los espacios cerrados.
- Si se presentan síntomas, la persona debe aislarse en una habitación y seguir las recomendaciones del apartado de este documento sobre *¿Qué tengo que hacer si tengo síntomas?*

⊕ **Se puede consultar las siguientes infografías:**

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_4_claves.pdf

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_como_protegerse.pdf

⊕ **Se puede consultar más información sobre cada recomendación en el siguiente enlace:**

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/ciudadania.htm>

No hay que tomar precauciones especiales con los alimentos en España para evitar esta infección. Hasta la fecha no existe evidencia científica alguna de que las mascotas jueguen un papel importante en la transmisión de la enfermedad hacia los humanos. Tal como recomienda la Organización Mundial de Sanidad Animal, en caso de que una persona esté afectada por el COVID-19 debería, como medida de precaución, reducir el contacto con mascotas y otros animales a través de la aplicación de medidas generales de higiene, como se debería hacer ante la existencia de cualquier otra enfermedad infecciosa en las personas o en los animales.

¿QUÉ MEDIDAS DE CONTROL SE ESTÁN TOMANDO?

Desde el 14 de marzo hasta el 21 de junio se declaró el estado de alarma en todo el territorio español, tomando medidas para hacer frente a la situación grave y excepcional, con el objetivo de proteger la salud de la ciudadanía, contener la progresión de la enfermedad y disminuir el impacto en el sistema sanitario.

El 25 de octubre se ha declarado un nuevo estado de alarma, vigente hasta el día 9 de mayo de 2021, que limita la circulación nocturna y la permanencia de grupos de personas en espacios públicos y privados a un máximo de 6.

Actualmente, las medidas están orientadas a priorizar la detección y el aislamiento tempranos de los casos y cuarentena de sus contactos. Consulta fuentes oficiales para mantenerte al día de la situación y de las diferentes medidas en cada territorio.

¿QUÉ TENGO QUE HACER SI TENGO SÍNTOMAS?

Las personas que presenten fiebre o tos deberán quedarse en su domicilio, aislarse en una habitación y contactar con los servicios de salud telefónicamente llamando a su centro de salud o al teléfono habilitado de su Comunidad Autónoma, que se pueden consultar en:

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/telefonos.htm>

⊕ **Se puede consultar cómo realizar el aislamiento domiciliario en el siguiente enlace:**

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20.03.24_AislamientoDomiciliario_COVID19.pdf

Si se tiene sensación de falta de aire, dolor torácico, empeoramiento o sensación de gravedad por cualquier otro síntoma, **llamar al 112**.

⊕ **Se puede consultar cómo actuar si se tienen síntomas en este enlace:**

[COVID19 decalogo-como-actuar-en-caso-de-sintomas 22.06.2020 \(mscbs.gob.es\)](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/22.06.2020_COVID19_decalogo-como-actuar-en-caso-de-sintomas.pdf)

¿QUÉ HAGO SI CONOZCO A ALGUEN DIAGNÓSTICADO DE COVID -19?

Si has tenido contacto estrecho con una persona diagnosticada de COVID-19, los servicios de salud de tu CCAA se pondrán en contacto contigo. Se considera contacto estrecho a quien ha estado en contacto con una persona diagnosticada de COVID-19, desde 48 horas antes del inicio de síntomas o de la realización de la prueba diagnóstica si la persona es asintomática. Se considera que el contacto ha sido estrecho cuando se ha proporcionado cuidados sin las medidas de protección adecuadas o se ha estado en el mismo lugar que la persona enferma a menos de 2 metros y durante un tiempo total acumulado de más de 15 minutos en 24 horas, sin las medidas de protección adecuadas.

Se debe realizar cuarentena domiciliaria durante 10 días desde el último contacto.

La cuarentena domiciliaria consiste en quedarse en el domicilio, preferentemente en una habitación, durante 10 días desde el último contacto y no salir de casa salvo que sea imprescindible (por ej. para la asistencia sanitaria). Durante la cuarentena, y de forma adicional durante 4 días más, se debe vigilar la aparición de síntomas. Hay que extremar las medidas de prevención, restringir al máximo las salidas de la habitación y evitar el contacto con los convivientes. Si se sale de la habitación, se debe usar mascarilla quirúrgica.

⊕ Se puede consultar más información sobre la cuarentena en estos enlaces:

[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Que es la Cuarentena.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Que%20es%20la%20Cuarentena.pdf)

[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19 que hago si conozco alguien con sintomas.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19%20que%20hago%20si%20conozco%20alguien%20con%20sintomas.pdf)

¿PARA QUÉ SIRVEN LAS DIFERENTES PRUEBAS DIAGNÓSTICAS?

Existen diferentes tipos de test de COVID-19 y cada uno de ellos tiene una utilidad diferente.

Por una parte, están las Pruebas Diagnósticas de Infección Activa (PDIA), que incluyen la PCR y la prueba rápida de detección de antígenos.

Se realizan tomando la muestra con un bastoncillo que se introduce en las fosas nasales y/o en la garganta. La PCR es la prueba de referencia. La prueba de antígenos tiene la ventaja de que se obtiene el resultado en unos 15-20 minutos. La utilización de estas pruebas es para la detección de infección activa en personas con síntomas o en contactos asintomáticos. Las personas con un resultado negativo en alguna de ellas deben mantener las medidas de prevención y, en el caso de personas asintomáticas clasificadas como contacto, no exime de terminar el periodo de cuarentena que se haya indicado, ya que existe la posibilidad de estar en periodo de incubación si ha habido contagio.

Por otra parte, existen pruebas que estudian los anticuerpos.

Se realizan tomando una muestra de sangre. Existen dos tipos: las pruebas de alto rendimiento para la detección de anticuerpos, realizadas en laboratorio (técnica ELISA o CLIA, entre otras), a través de un análisis de sangre recogida por venopunción y los test rápidos de detección de anticuerpos o de autodiagnóstico que se realizan a través la punción en el dedo. Las pruebas de

detección de anticuerpos no están indicadas para diagnosticar infección activa por SARS-CoV-2, y por tanto no deben ser utilizadas con este fin ni en personas con síntomas ni en asintomáticas.

Las pruebas de detección de anticuerpos informan de la presencia de anticuerpos contra el coronavirus, lo que sugiere que la persona ha tenido contacto previo con el virus SARS-CoV-2. Es importante señalar que la positividad de las pruebas de detección de anticuerpos no garantiza la inmunidad, requieren la interpretación de un profesional sanitario y puede ser necesario una segunda prueba diagnóstica. Por ello, independientemente del tipo de prueba serológica realizada y del resultado de la misma, todas las personas deben seguir cumpliendo las mismas medidas de protección.

⊕ **Para más información:**

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_tests_y_utilidad.pdf

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/pruebaCovid19.pdf>

ENLACES DE INTERÉS

⊕ **Para más información, se pueden consultar las siguientes fuentes oficiales.**

Ministerio de Sanidad:

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/home.htm>

Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC):

<https://www.ecdc.europa.eu/en/novel-coronavirus-china>

Organización Mundial de la Salud (OMS):

<https://www.who.int/health-topics/coronavirus>

2. CUESTIONES GENERALES

El Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas acuerdan y mantienen en revisión permanente, en función de la evolución y nueva información de que se dispone de la infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, la *Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19*, cuyo principal **objetivo** sigue siendo el **control de la transmisión de SARS-CoV-2**, incorporando todas las condiciones actuales y los distintos escenarios en los que nos podemos encontrar.

La evolución de la crisis sanitaria obliga a adaptar y concretar de manera continua las medidas adoptadas para mantener la vida cotidiana y la actividad económica, garantizando la capacidad de respuesta de todos los sectores económicos y sociales.

La intervención de las empresas, a través de los servicios de prevención (SPRL), frente a la exposición al SARS-COV-2 sigue siendo crucial, adaptando su actividad con recomendaciones y medidas actualizadas de prevención, con el objetivo general de evitar los contagios: medidas de carácter organizativo, de protección colectiva, de protección personal, de trabajador especialmente vulnerable y nivel de riesgo, de estudio y manejo de casos y contactos ocurridos en la empresa y de colaboración en la gestión de la incapacidad temporal.

En el momento actual, están llamados a cooperar con las autoridades sanitarias en la detección precoz de todos los casos compatibles con COVID-19 y sus contactos, y en la reincorporación de las personas vacunadas. La detección precoz de todos los casos compatibles con COVID-19 es uno de los puntos clave para controlar la transmisión. La realización de Pruebas Diagnósticas de Infección Activa por SARS-CoV-2 (de ahora en adelante PDIA) debe estar dirigida fundamentalmente a la detección precoz de los casos con capacidad de transmisión, priorizándose esta utilización frente a otras estrategias. En estos momentos, esta actividad es especialmente importante debido a la circulación de las nuevas variantes del virus.

Corresponde a las empresas evaluar el riesgo de exposición en que se pueden encontrar las personas trabajadoras en cada una de las tareas diferenciadas que realizan y seguir las recomendaciones que sobre el particular emita el servicio de prevención, siguiendo las pautas y recomendaciones formuladas por las autoridades sanitarias.

Es imprescindible **reforzar las medidas de higiene personal** en todos los ámbitos de trabajo y frente a cualquier escenario de exposición. Para ello se facilitarán los medios necesarios para que las personas trabajadoras puedan asearse adecuadamente siguiendo estas recomendaciones.

En particular, se destacan las siguientes medidas:

- La higiene de manos es una medida importante de prevención y control de la infección.
- Etiqueta respiratoria:
- Toser y estornudar dentro de la mascarilla y/o cubrirse la nariz y la boca con un pañuelo, y desecharlo a un cubo de basura con bolsa interior, realizando higiene de manos posterior.

- Evitar tocarse los ojos, la nariz o la boca.
- Practicar buenos hábitos de higiene respiratoria.
- Usar mascarilla adecuada a la actividad que se realiza.
- Mantener distanciamiento físico de al menos 1,5 metros.

Cualquier medida de protección debe garantizar que proteja adecuadamente al personal trabajador de aquellos riesgos para su salud o su seguridad que no puedan evitarse o limitarse suficientemente mediante la adopción de medidas organizativas, medidas técnicas y, en último lugar, medidas de protección individual. Todas las medidas anteriores se podrán adoptar simultáneamente si las condiciones de trabajo así lo requieren.

La **información** y la **formación** son fundamentales para poder implantar medidas organizativas, de higiene y técnicas entre el personal trabajador en una circunstancia tan particular como la actual. Se debe garantizar que todo el personal cuenta con una información y formación específica y actualizada sobre las medidas específicas que se implanten. Se potenciará el uso de carteles y señalización que fomente las medidas de higiene y prevención. Se deberá tener en cuenta el idioma de las y los trabajadores en la transmisión de la información, tanto en la oral como en la escrita. Es importante subrayar la importancia de ir adaptando la información y la formación en función de las medidas que vaya actualizando el Ministerio de Sanidad, para lo cual se requiere un seguimiento continuo de las mismas.

Además de la higiene personal, se pondrán los medios necesarios para garantizar la **higiene de los lugares de trabajo**, que deberá intensificarse en relación con la práctica habitual. Debe asegurarse una correcta **ventilación de los lugares de trabajo y espacios interiores**. Las políticas de limpieza y desinfección de lugares y equipos de trabajo son importantes medidas preventivas. Es crucial asegurar una correcta limpieza de las superficies y de los espacios, tratando de que se realice limpieza diaria de todas las superficies, haciendo hincapié en aquellas de contacto frecuente como pomos de puertas, barandillas, botones etc., así como promover la responsabilidad individual en la limpieza de los equipos de trabajo que puedan ser compartidos por distinto personal en un momento determinado, teclados, teléfonos, etc., tanto si es del mismo turno como si es de turnos diferentes. Se prestará especial atención a la protección del personal trabajador que realice las tareas de limpieza.

La evidencia actual indica que las diferentes vacunas disponibles contra la COVID-19 son eficaces para reducir la infección sintomática y asintomática, la enfermedad leve, moderada y grave, y la mortalidad. Sin embargo, se sabe que la inmunidad generada por las mismas no impide de forma completa la replicación del virus en la mucosa de las vías respiratorias superiores del sujeto vacunado y la eficacia de las vacunas no llega al 100%. Esta realidad, junto con la cobertura de vacunación y la situación epidemiológica actual, permiten plantear algunos cambios en la actuación de los servicios de prevención, aunque es necesario seguir manteniendo las medidas de prevención y protección recogidas en este Procedimiento.

3. NATURALEZA DE LAS ACTIVIDADES Y EVALUACIÓN DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN

Cualquier **toma de decisión sobre las medidas preventivas a adoptar en cada empresa deberá basarse en información recabada mediante la evaluación específica del riesgo de exposición**, que se realizará siempre en consonancia con la información aportada por las autoridades sanitarias. En este proceso, se consultará a los trabajadores y se considerarán sus propuestas.

En función de la naturaleza de las actividades y los mecanismos de transmisión del coronavirus SARSCoV-2, podemos establecer los diferentes escenarios de exposición en los que se pueden encontrar las personas trabajadoras, que se presentan en la Tabla 1, con el fin de establecer las medidas preventivas requeridas.

Tabla 1. Escenarios de riesgo de exposición al coronavirus SARS-CoV-2 en el entorno laboral		
EXPOSICIÓN DE RIESGO	EXPOSICIÓN DE BAJO RIESGO	BAJA PROBABILIDAD DE EXPOSICIÓN
Personal sanitario asistencial y no asistencial que atiende a casos sospechosos o confirmados de COVID-19. Situaciones en las que no se puede evitar el contacto estrecho en el trabajo con casos sospechosos o confirmados de COVID-19.	Personal asistencial y no asistencial que entra en zonas COVID, y cuyas tareas se realizan manteniendo la distancia de seguridad y sin actuación directa sobre casos sospechosos o confirmados. Personal no sanitario que tenga contacto con material sanitario, fómites o desechos posiblemente contaminados. Ayuda a domicilio de contactos asintomáticos.	Personal sanitario asistencial y no asistencial que desarrolla su actividad en áreas NO COVID con las medidas de prevención adecuadas. Trabajo en ámbito no sanitario o no sociosanitario con probabilidad de contacto con casos de COVID-19, manteniendo la distancia de seguridad y sin actuación directa sobre ellos.
REQUERIMIENTOS		
La evaluación específica del riesgo de exposición determinará las medidas preventivas a adoptar en cada situación concreta.	La evaluación específica del riesgo de exposición determinará las medidas preventivas a adoptar en cada situación concreta.	La evaluación específica del riesgo de exposición determinará las medidas preventivas a adoptar en cada situación concreta.

Una profesión puede ser clasificada en varios escenarios de riesgo en función de las tareas que realice.

4. MEDIDAS DE PREVENCIÓN

4.1. MEDIDAS DE HIGIENE PERSONAL

La higiene de manos es la medida más sencilla y eficaz para prevenir la transmisión de microorganismos incluido el coronavirus SARS CoV-2, debido a su envoltura lipídica que es desactivada con las sustancias surfactantes de los jabones. No hace falta utilizar jabones desinfectantes, el jabón corriente de manos, sea sólido o líquido es suficiente. Lo importante es la duración de la fricción, debe ser como mínimo 40-60 segundos.

Otra opción es usar solución hidroalcohólica, pero si las manos están sucias no va a ser efectiva, por lo que se recomienda el lavado con agua y jabón.

En el siguiente enlace se indican los pasos necesarios para una correcta higiene de manos:

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/img/PosterA5_HigieneManos.jpg

Según el **Ministerio de Sanidad y la OMS**, los principios básicos para reducir el riesgo general de infecciones respiratorias agudas son:

- Evitar el contacto cercano con personas que padezcan infecciones respiratorias agudas.
- Cubrir la boca y nariz al toser y estornudar con pañuelos de papel y tírelos a la basura y lavarse las manos.
- Si no tiene pañuelo de papel, toser y estornudar sobre la manga de la camisa para no contaminarse las manos.
- Evite tocarse con las manos los ojos, la nariz o la boca.
- Las uñas deben llevarse cortas y cuidadas, evitando el uso de anillos, pulseras, relojes de muñeca u otros adornos
- Evitar el uso de lentillas.
- Se recomienda retirar el maquillaje u otros productos cosméticos que puedan ser fuente de exposición prolongada en caso de resultar contaminados
- Lavar las manos frecuentemente con jabón (durante 15-20 segundos) o con una solución hidroalcohólica y sobre todo después de toser o estornudar. Lavarse las manos al llegar al trabajo y al llegar a casa.
- Modificar la frecuencia y tipo de contacto directo, como por ejemplo evitar darse la mano
- No compartir objetos personales de higiene o aseo (vasos, toallas).

4.2. MEDIDAS DE HIGIENE DE LOS LUGARES DE TRABAJO

Es importante asegurar una correcta limpieza de las superficies y de los espacios

- Comprobación de que los productos virucidas utilizados para la desinfección se encuentran aprobados en la Lista de virucidas del Ministerio de Sanidad.
- Es obligatoria la ventilación periódica los espacios de trabajo para garantizar una adecuada renovación de aire y así asegurar las condiciones adecuadas de temperatura y humedad.
- Cuando existan sistemas de climatización, habrá que reducir la circulación, aumentar los periodos de renovación de aire e incrementar la frecuencia de limpieza y/o sustitución de filtros.
- Se dispondrá de acceso agua, jabón y toallitas desechables, para la limpieza y secado de las manos, si esto no fuera posible se pondrá a disposición de trabajadores y clientes geles hidroalcohólicos.
- Establecimiento de protocolos para incrementar el nivel de limpieza y desinfección de cualquier superficie que haya podido ser tocada con las manos: interruptores, mostradores, equipos informáticos, pomos, ventanas, mobiliario, barandillas, superficies del mobiliario y de los equipos de trabajo, máquinas, herramientas, así como manillas, elementos de agarre de cestos, carros, balanzas táctiles, cajas automáticas, datáfonos de las cajas registradoras, suelos, estanterías, aseos, vestuarios, mostradores, etc. (al menos, tras cada turno), así como aquellos equipamientos personales (móviles, bolígrafos, carpetas..).
- Mantener un aprovisionamiento suficiente del material de limpieza para poder acometer las tareas de higienización reforzada a diario.
- En todo caso, se debe asegurar una correcta protección del personal encargado de la limpieza. Todas las tareas deben realizarse con mascarilla y guantes de un solo uso y bayetas desechables. Una vez finalizada la limpieza, y tras despojarse de guantes, mascarilla y bayetas en una papelera con tapa y apertura con pedal, es necesario que el personal de limpieza realice una completa higiene de manos, con agua y jabón, al menos 40-60 segundos.
- Los objetos personales (gafas, teléfonos, móviles, teclados, ratón, mandos a distancia, llaves...) se utilizará alcohol de 70º, se prepara una disolución con 70ml de alcohol de 96º y 30 ml de agua.
- En caso de que para la desinfección se utilicen productos virucidas cuya aplicación requiera de personal profesional especializado, las empresas que realizan estos

tratamientos deberá ser empresas de servicios que estén expresamente registradas para ello en el **Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Biocidas de la Comunidad Autónoma**.

- Los lavabos deberán estar provistos de:
 - Dispensador de jabón líquido para el lavado de manos.
 - Toallitas desechables para el secado de manos colocadas en su correspondiente dispensador.
- Las papeleras de los aseos, debe llevar una bolsa de plástico en su interior, y preferiblemente con tapadera de apertura a pedal. Deben vaciarse de forma diaria y con la frecuencia que se necesite.
- Ventilar diariamente los centros de trabajo: despachos, salas de reuniones, comedores y cualquier otro espacio común.
- Se deberá realizar una limpieza a fondo todas las superficies que sufran el contacto humano. Se deberá extremar la limpieza sobre todo en las superficies de los baños, tales como inodoros grifos y poza de lavabo, tiradores de puertas, interruptores, botones de ascensor, barandillas, mesas de trabajo, teclado y mouse de ordenadores, teléfonos, accesorios de escritorio, etc.
- Se recomienda no tener alfombras ni tapetes en el suelo, a no ser que se extreme en ellos su limpieza. Si se tienen, se deben limpiar mediante aspiración y nunca sacudir al limpiarlos.
- **Intensificar la limpieza de los equipos, instalaciones y espacios compartidos:** mesas de trabajo, teclados, pantallas, teléfonos, sillas, salas de reuniones, etc. y en especial las superficies de contacto habitual como manillas, interruptores, pasamanos, escaleras, etc. Es recomendable aplicar turnos rotativos de limpieza.
- Cuando se hayan establecido rotaciones de personas entre distintos puestos dentro de un mismo turno, estos se **desinfectarán** adecuadamente entre rotaciones.
- En el caso de **equipos de trabajo compartidos con alto potencial de contagio** (como auriculares telefónicos) colocar material de protección desechable o realizar una limpieza exhaustiva con material desechable.
- **Limpieza exhaustiva de los vehículos de trabajo compartidos:** volantes, botoneras, palancas, mandos puente grúa, etc.
- **Reforzar la limpieza de la ropa de trabajo y equipos de protección individual. No debe sacudirse la ropa para lavar.**
- **Aumentar de la frecuencia de retirada de desechos** (latas de refresco, vasos de café, botellas de agua), prestando especial precaución para evitar contacto manual con los mismos.
- **Mantener las superficies de trabajo recogidas** para facilitar las labores de limpieza.

- Utilizar **productos de limpieza especialmente desinfectantes** como diluciones de lejía comercial (20-30 ml aprox. en 1 litro de agua), de alcohol (al menos 70º) u otros virucidas autorizados.

4.3. MEDIDAS DE PROTECCIÓN PERSONAL

La forma óptima de prevenir la transmisión es usar una combinación de todas las medidas preventivas, no solo Equipos de Protección Individual (EPI). La aplicación de una combinación de medidas de control puede proporcionar un grado adicional de protección.

En la mayor parte de las exposiciones laborales la aplicación estricta de las medidas de higiene de manos, superficies y equipos, junto con las medidas de protección respiratoria (etiqueta respiratoria y uso continuado y correcto de la mascarilla) minimiza la trasmisión de la infección.

En los centros sanitarios y sociosanitarios la aplicación de las precauciones estándar, ampliadas con las precauciones de contacto y gotas en función de la tarea pueden ser importantes medidas de prevención para controlar la transmisión.

La información sobre Equipos de Protección Individual ha sido elaborada con el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

De acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 773/1997, el equipo deberá estar certificado en base al Reglamento (UE) 2016/425 relativo a los equipos de protección individual, lo cual queda evidenciado por el marcado CE de conformidad.

Por otra parte, cuando productos como por ejemplo guantes o mascarillas, estén destinados a un uso médico con el fin de prevenir una enfermedad en el paciente deben estar certificados como productos sanitarios (PS) de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 1591/2009, por el que se regulan los mismos.

Un mismo producto, para el que se requiera un doble fin, debe cumplir simultáneamente con ambas legislaciones. Es el caso de los guantes o mascarillas de uso dual.

De forma general, la recomendación es utilizar EPI desechables, o si no es así, que puedan desinfectarse después del uso, siguiendo las recomendaciones del fabricante.

Los EPI deben escogerse de tal manera que se garantice la máxima protección con la mínima molestia para el usuario y para ello es crítico escoger la talla, diseño o tamaño que se adapte adecuadamente al mismo.

La correcta colocación los EPI es fundamental para evitar posibles vías de entrada del agente biológico; igualmente importante es la retirada de los mismos para evitar el contacto con zonas contaminadas y/o dispersión del agente infeccioso.

A continuación, se describen los EPI que podrían ser necesarios, así como las características o aspectos de estos que pueden ser destacables en el entorno laboral que nos ocupa.

No se trata de una descripción de todos los EPI que pudieran proteger frente a un riesgo biológico, sino de los indicados en el caso del personal potencialmente expuesto en el manejo de las personas en investigación o confirmados de infección por el coronavirus. La evaluación del riesgo de exposición permitirá precisar la necesidad del tipo de protección más adecuado.

El Anexo III del Procedimiento de actuación para los Servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2 de 8 de abril de 2020), plantea alternativas y estrategias para la optimización del uso de mascarillas, ropa de protección y guantes. (Págs. 21-24)

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/PrevencionRRL COVID-19.pdf>

1. PROTECCIÓN RESPIRATORIA

Con el fin de evitar contagios, los casos sospechosos o confirmados deben aislarse en su domicilio, no acudir a su puesto de trabajo y contactar con su Servicio de prevención para la indicación de las medidas adecuadas. Hasta contactar con un profesional sanitario deben llevar mascarillas quirúrgicas. En el caso de que llevasen en lugar de una mascarilla quirúrgica una mascarilla autofiltrante, en ningún caso esta incluirá válvula de exhalación ya que en este caso el aire es exhalado directamente al ambiente sin ningún tipo de retención y se favorecería, en su caso, la difusión del virus.

Las mascarillas quirúrgicas deben cumplir la norma UNE-EN 14683:2019.

La colocación de la mascarilla quirúrgica a una persona con sintomatología respiratoria supone la primera medida de protección para la persona trabajadora.

La protección respiratoria generalmente recomendada para los profesionales de la salud que pueda estar en contacto a menos de 2 metros con casos posibles, probables o confirmados es una **mascarilla autofiltrante tipo FFP2** o media máscara provista con filtro contra partículas P2. Este tipo de protección respiratoria será también la recomendada cuando la evaluación específica del riesgo así lo requiera.

En caso de escasez de equipos de protección, el personal sanitario también podrá usar mascarillas quirúrgicas en combinación con otras medidas preventivas.

Las mascarillas autofiltrantes (que deben cumplir la norma UNE-EN 149:2001 +A1:2010) o, en su caso, los filtros empleados (que deben cumplir con las normas UNE-EN 143:2001), a priori, no deben reutilizarse y por tanto, deben desecharse tras su uso. Las medias máscaras (que deben cumplir con la norma UNE-EN 140:1999) deben limpiarse y desinfectarse después de su uso. Para ello se seguirán estrictamente las recomendaciones del fabricante y en ningún caso, el usuario debe aplicar métodos propios de desinfección ya que la eficacia del equipo puede verse afectada.

Cuando de la evaluación de riesgos se derive que en el desarrollo de la actividad se realizan procedimientos asistenciales en los que se puedan generar bioaerosoles en concentraciones elevadas, se recomienda el uso por el personal sanitario de mascarillas autofiltrantes contra partículas FFP3 o media máscara provista con filtro contra partículas P3.

Los equipos de protección respiratoria deben quitarse en último lugar, tras la retirada de otros componentes como guantes, batas, etc.

2. GUANTES Y ROPA DE PROTECCIÓN

2.1 Guantes de protección

Los guantes de protección deben cumplir con la norma UNE-EN ISO 374.5:2016.

En actividades de atención al paciente y en laboratorios, los guantes que se utilizan son desechables ya que las tareas asociadas requieren destreza y no admiten otro tipo de guante más grueso.

Sin embargo, es importante destacar que, en toda otra actividad que no requiera tanta destreza, como por ejemplo en tareas de limpieza y desinfección de superficies que hayan estado en contacto con personas sintomáticas puede optarse por guantes más gruesos, más resistentes a la rotura.

2.2 Ropa de protección

En lo relativo a la ropa, es necesaria la protección del uniforme del trabajador de la posible salpicadura de fluidos biológicos o secreciones procedentes de la persona sintomática a la que examina o trata.

Este tipo de ropa, como EPI, debe cumplir con la norma UNE-EN 14126:2004 que contempla ensayos específicos de resistencia a la penetración de microorganismos. Este tipo de ropa puede ofrecer distintos niveles de hermeticidad tanto en su material como en su diseño, cubriendo parcialmente el cuerpo como batas, delantales, manguitos, polainas, etc., o el cuerpo completo. En la designación, se incluye el Tipo y la letra B (de Biológico).

En caso de que sea necesario protección adicional en alguna zona, como cierta impermeabilidad, también puede recurrirse a delantales de protección química que cumplen con la norma UNE-EN 14605:2009, denominados Tipos PB [3] y PB [4] (PB procede de "Partial Body") que, aunque no sean específicamente de protección biológica, pueden ser adecuados para el uso de protección contra salpicaduras mencionado o para complementar una bata que no sea un EPI.

Se recomienda que la ropa de protección biológica sea desechable ya que presenta la ventaja de que al eliminarse se evitan fuentes de posible contagio que pudieran aparecer en el caso de que la desinfección del equipo no se realizase correctamente.

3. PROTECCIÓN FACIAL Y OCULAR

Se debe usar protección ocular cuando haya riesgo de contaminación de los ojos a partir de salpicaduras o gotas (por ejemplo: sangre, fluidos del cuerpo, secreciones y excreciones).

Los protectores oculares certificados en base a la norma UNE-EN 166:2002 para la protección frente a líquidos (*1) pueden ser gafas integrales frente a gotas o pantallas faciales frente a salpicaduras (ambos, campo de uso 3), donde lo que se evalúa es la hermeticidad del protector (en el caso de la gafa integral) o la zona de cobertura del mismo (en el caso de la pantalla facial).

Es posible el uso de otro tipo de protector ocular, como sería el caso de gafas de montura universal con protección lateral, para evitar el contacto de la conjuntiva con superficies contaminadas, por ejemplo; contacto con manos o guantes. No obstante, si por el tipo de exposición se precisa garantizar cierta hermeticidad de las cuencas orbitales deberemos recurrir a gafas integrales (campos de uso 3, 4 o 5 según UNE-EN 166:2002, en función de la hermeticidad requerida) (*2) y, para la protección conjunta de ojos y cara, a pantallas faciales.

Se recomienda siempre protección ocular durante los procedimientos de generación de aerosoles. Cuando sea necesario el uso conjunto de más de un equipo de protección individual, debe asegurarse la compatibilidad entre ellos, lo cual es particularmente importante en el caso de la protección respiratoria y ocular simultánea, para que la hermeticidad de los mismos y por tanto su capacidad de proteger no se vea mermada.

(*1) No existe norma específica de protectores oculares frente a microorganismos. Los posibles campos de uso a considerar según UNE EN 166 serían: protección frente a impactos (todo tipo de montura), líquidos (montura integral/pantalla facial), polvo grueso > 5 µm (montura integral), gas y polvo fino < 5 µm (montura integral).

(*2) Campos de uso: 3 (gotas de líquidos, admite ventilación directa), 4 (polvo grueso, admite ventilación indirecta), 5 (gas y polvo fino, no admite ventilación)

4. COLOCACIÓN Y RETIRADA DE LOS EPI

Tal y como se ha indicado, los EPI deben seleccionarse para garantizar la protección adecuada en función de la forma y nivel de exposición y que ésta se mantenga durante la realización de la actividad laboral. Esto debe tenerse en cuenta cuando se colocan los distintos EPI de tal manera que no interfieran y alteren las funciones de protección específicas de cada equipo. En este sentido, deben respetarse las instrucciones del fabricante.

Después del uso, debe asumirse que los EPI y cualquier elemento de protección empleado pueden estar contaminados y convertirse en nuevo foco de riesgo. Por lo tanto, un procedimiento inapropiado de retirada puede provocar la exposición del usuario.

Consecuentemente, debe elaborarse e implementarse una secuencia de colocación y retirada de todos los equipos detallada y predefinida, cuyo seguimiento debe controlarse.

Los EPI deben colocarse antes de iniciar cualquier actividad probable de causar exposición y ser retirados únicamente después de estar fuera de la zona de exposición.

Se debe evitar que los EPI sean una fuente de contaminación, por ejemplo, dejándolos sobre superficies del entorno una vez que han sido retirados.

Para acceder a información de la OMS sobre puesta y retirada de EPI puede consultarse el siguiente enlace: https://www.who.int/csr/resources/publications/PPE_EN_A1sl.pdf

5. DESECHO O DESCONTAMINACIÓN

Después de la retirada, los EPI desechables deben colocarse en los contenedores adecuados de desecho y ser tratados como residuos biosanitarios clase III.

Si no se puede evitar el uso de EPI reutilizables, estos se deben recoger en contenedores o bolsas adecuadas y descontaminarse usando el método indicado por el fabricante antes de guardarlos.

El método debe estar validado como efectivo contra el virus y ser compatible con los materiales del EPI, de manera que se garantiza que no se daña y por tanto su efectividad y protección no resulta comprometida.

6. ALMACENAJE Y MANTENIMIENTO

Los EPI deben ser almacenados adecuadamente, siguiendo las instrucciones dadas por el fabricante, de manera que se evite un daño accidental de los mismos o su contaminación.

4.4. MEDIDAS DE CARACTER ORGANIZATIVO

- Implementar las medidas necesarias para minimizar el contacto entre las personas trabajadoras y entre estas últimas y los potenciales clientes o público que puedan concurrir en su lugar de trabajo. En este sentido, la disposición de los puestos de trabajo, la organización de la circulación de personas y la distribución de espacios (mobiliario, estanterías, pasillos, etc.) en el centro de trabajo debe modificarse, en la medida de lo posible, con el objetivo de garantizar el mantenimiento de la distancia de seguridad de al menos 1,5 metros.
- Potenciar el teletrabajo para el desarrollo de aquellas actividades cuya naturaleza lo permita. Valorar la adopción de opciones de trabajo mixtas para aquellas actividades que no requieran una presencia continua en el centro de trabajo.
- Hay que asegurar que la distancia de seguridad y la ventilación está garantizada en las zonas comunes (comedor, aseos, vestuarios, etc.) y, en cualquier caso, deben evitarse aglomeraciones de personal en estos puntos, estableciendo turnos de uso si fuera necesario. Asimismo, en los períodos de descanso también debe contemplarse esta medida.

- En desplazamientos en vehículos compartidos, utilizar la mascarilla y garantizar la entrada permanente de aire exterior. La empresa debe garantizar la limpieza y desinfección de sus vehículos: picaportes, cinturón de seguridad, mandos del vehículo, etc., tras cada uso. En caso de sucesivos usos por parte de los mismos ocupantes, la limpieza y desinfección podrá hacerse tras el último uso del vehículo.
- Establecer planes de continuidad de la actividad ante un aumento de las bajas laborales del personal o en un escenario de incremento del riesgo de transmisión en el lugar de trabajo, con un proceso de participación y acuerdo con la representación legal de los trabajadores.
- Contemplar posibilidades de redistribución de tareas.
- En aquellos establecimientos abiertos al público se atenderá a las siguientes consideraciones:
 - El aforo máximo deberá permitir cumplir con las medidas extraordinarias dictadas por las autoridades sanitarias, concretamente con el requisito de distancias de seguridad.
 - Cuando sea posible, se fomentará la habilitación de mecanismos de control de acceso en las entradas de los locales. Este control de acceso debe garantizar el cumplimiento estricto del aforo máximo calculado para esta situación extraordinaria.
 - Cuando sea de aplicación, se establecerán medidas para organizar a los clientes que permanezcan en el exterior del establecimiento en espera de acceder a él cuando lo permita el aforo. Todo el público, incluido el que espera en el exterior del establecimiento, debe guardar rigurosamente la distancia de seguridad.
 - Se informará claramente a los clientes sobre las medidas organizativas y sobre su obligación de cooperar en su cumplimiento

4.5. MEDIDAS DE PROTECCIÓN COLECTIVA

- Implantar barreras físicas de separación: uso de interfonos, ventanillas, mamparas de metacrilato, cortinas transparentes, etc.
- Delimitación y mantenimiento de distancia en mostradores, ventanillas de atención, etc.
- Asegurar una correcta ventilación de los lugares de trabajo y espacios interiores.

5. TRABAJADOR/A ESPECIALMENTE SENSIBLE

El servicio sanitario del SPRL debe evaluar la presencia de personal trabajador especialmente sensible en relación con la infección de coronavirus SARS-CoV-2, establecer la naturaleza de especial sensibilidad de la persona trabajadora y emitir informe sobre las medidas de prevención, adaptación y protección. Para ello, tendrá en cuenta la existencia o inexistencia de unas condiciones que permitan realizar el trabajo sin elevar el riesgo propio de la condición de salud de la persona trabajadora.

Con la evidencia científica disponible en mayo de 2021 (Información científico-técnica sobre el COVID-19, del Ministerio de Sanidad; ECDC; CDC), el Ministerio de Sanidad ha definido como grupos vulnerables para COVID-19 las personas con enfermedad cardiovascular, incluida hipertensión, enfermedad pulmonar crónica, diabetes, insuficiencia renal crónica, inmunodepresión, cáncer en fase de tratamiento activo, enfermedad hepática crónica severa, obesidad mórbida (IMC>40), embarazo y mayores de 60 años.

Para calificar a una persona como especialmente sensible para SARS-CoV-2, debe aplicarse lo indicado en el primer párrafo. Esa evaluación es la única actividad técnica que podrá servir de base para tomar las decisiones técnico-preventivas adaptadas a cada caso.

PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE TRABAJADORES VULNERABLES AL CORONAVIRUS

El Departamento Médico de Vigilancia de la Salud de UNIMAT PREVENCIÓN estará a su disposición para aclarar cualquier duda y facilitar información actualizada.

Los trabajadores vulnerables de la empresa deberán ser comunicados al Servicio de Prevención, a través del correo electrónico:

trabajadoresvulnerablescoronavirus@unimat.es

6. PERSONAS VACUNADAS

El objetivo de la vacunación es prevenir la enfermedad, y disminuir la gravedad y mortalidad de esta, además de disminuir el impacto de la pandemia sobre el sistema asistencial y la economía, protegiendo especialmente a aquellos grupos con mayor vulnerabilidad.

La *Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España* incluye en sus diferentes etapas la vacunación de las personas trabajadoras, estableciendo grupos por orden de prioridad, en los que además de establecer el orden temporal en el acceso a la vacunación, al tener vacunas con diferentes características, también se indica qué vacuna o vacunas se administrarán a los diferentes grupos.

La Estrategia de vacunación es un documento vivo, que va adaptando la priorización de las vacunas según las dosis disponibles y según el contexto epidemiológico.

La evidencia actual indica que las diferentes vacunas disponibles contra la COVID-19 son eficaces para reducir la infección sintomática y asintomática, la enfermedad leve, moderada y grave, y la mortalidad. Sin embargo, se sabe que la inmunidad generada por las mismas no impide de forma completa la replicación del virus en la mucosa de las vías respiratorias superiores del sujeto vacunado y la eficacia de las vacunas no llega al 100%. Además, la respuesta inmune es menor en diversos grupos poblacionales (personas de mayor edad, inmunodeprimidos...) y puede verse afectada por la circulación de nuevas variantes.

A medida que la vacunación de la población avanza, es necesario tener en cuenta el estado vacunal de las personas trabajadoras, tanto en el proceso diagnóstico de casos sospechosos como en el manejo de los contactos.

Del mismo modo, teniendo también en cuenta la cobertura de vacunación y la situación epidemiológica actual, se plantean cambios en las guías de actuación para la gestión de la vulnerabilidad y el riesgo, que pueden permitir la reincorporación a su trabajo, con ciertas condiciones, de personas vacunadas. Pero, en cualquier caso, es necesario que las personas vacunadas sigan manteniendo las medidas de prevención y protección recogidas en este Procedimiento.

A medida que se disponga de nueva información científica, se irán modificando y estableciendo recomendaciones acordes a la misma.

7. DETECCIÓN, NOTIFICACIÓN, ESTUDIO Y MANEJO DE CASOS Y CONTACTOS

Las empresas, a través de los Servicios de prevención, están llamadas a colaborar con las autoridades sanitarias en la detección precoz de todos los casos compatibles con COVID-19 y sus contactos, para controlar la transmisión. La participación del personal sanitario de los servicios de prevención en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica con la recogida de información y la notificación de los casos COVID-19 es una obligación, pero también una acción fundamental en el control y seguimiento de los casos y de los contactos en el entorno laboral.

Los profesionales del servicio sanitario del servicio de prevención de riesgos laborales serán los encargados de establecer los mecanismos para la detección, investigación y seguimiento de los casos y contactos estrechos en el ámbito de sus competencias, de forma coordinada con las autoridades de salud pública. Las Comunidades y las Ciudades Autónomas establecerán los procedimientos y circuitos a seguir en cada caso.

7.1 CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS:

✓ **Caso sospechoso:**

Cualquier persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita de cualquier gravedad que cursa, entre otros, con fiebre, tos o sensación de falta de aire. Otros síntomas como la odinofagia, anosmia, ageusia, dolor muscular, diarrea, dolor torácico o cefalea, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico.

✓ **Caso probable:**

Persona con infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico y radiológico compatible con COVID-19 y resultados de PDIA negativos, o casos sospechosos con PDIA no concluyente.

✓ **Caso confirmado con infección activa:**

- Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso y PDIA positiva.
- Persona asintomática con PDIA positiva. En situaciones de cribado, únicamente se considerará caso confirmado si se obtiene una PCR positiva (En un caso asintomático, una PDIA positiva se considerará infección activa a menos que estuviera disponible la información sobre el umbral de ciclos (Ct) de la PCR y el estado serológico obtenido por serología de alto rendimiento capaz de diferenciar entre respuesta inmune por infección natural o por vacunación. Ante Ct bajos la infección se considera activa y ante Ct altos y presencia de Ig G, el caso se consideraría como **infección resuelta**. Esta interpretación debe individualizarse ante situaciones especiales como inmunodepresión severa o existencia de una alta probabilidad clínica y epidemiológica de padecer la infección.

✓ **Caso descartado:**

Caso sospechoso con PDIA negativa en el que no hay una alta sospecha clínico-epidemiológica.

✓ **Caso resuelto:**

Un resultado positivo de IgG por serología de alto rendimiento capaz de diferenciar entre respuesta inmune por infección natural o por vacunación realizado en una persona asintomática no vacunada en la que se ha descartado infección activa

✓ **Caso de reinfección**

Reinfección posible:

- Primera infección: diagnóstico por PCR no secuenciada o no secuenciable o prueba rápida de antígenos y
- Segunda infección: diagnóstico por prueba rápida de Ag en el que no se ha podido realizar una PCR, si han transcurrido al menos tres meses desde la primera infección.

Reinfección probable:

- Primera infección: diagnóstico por PCR no secuenciada o no secuenciable o prueba rápida de antígenos y
- Segunda infección: diagnóstico por PCR no secuenciada o no secuenciable, si han transcurrido al menos tres meses desde la primera infección.

Reinfección confirmada:

- Primera infección: diagnóstico por PCR secuenciada o PCR no secuenciada o no secuenciable o prueba rápida de antígenos y
- Segunda infección: diagnóstico por PCR secuenciada. Pueden darse dos circunstancias:
 - Que haya diferencias significativas entre ambas secuencias independientemente del tiempo transcurrido entre las dos infecciones
 - En ausencia de una primera secuencia, que el linaje de la segunda infección no circulara cuando se produjo la primera infección.

En situaciones especiales y ante determinados colectivos, se podrán adaptar estas definiciones por la autoridad de Salud pública de las comunidades autónomas.

7.2. Detección de casos sospechosos de COVID-19 y de reinfección

A toda persona con sospecha de infección se le realizará una prueba de diagnóstico de infección activa (PDIA) por SARS-CoV-2 en las primeras 24 horas. **Si la PDIA resulta negativa y hay alta sospecha clínico-epidemiológica de COVID-19 se recomienda repetir la prueba.** Si inicialmente se realizó una prueba rápida de detección de antígeno, se realizará una PCR. Si inicialmente se realizó una PCR, se repetirá la PCR a las 48 horas. En casos sintomáticos en los que la PDIA salga repetidamente negativa y exista una alta sospecha clínico-epidemiológica, se podrá valorar la realización de test serológicos de alto rendimiento (ELISA, CLIA u otras técnicas de inmunoensayo de alto rendimiento) capaz de diferenciar entre respuesta inmune por infección natural o por vacunación para orientar el diagnóstico.

7.2.1. Consideraciones especiales ante casos sospechosos

a) Las personas **que han sido vacunadas** y presenten sintomatología compatible con infección por SARS-CoV-2 serán también consideradas caso sospechoso. Se manejarán como casos sospechosos, siempre bajo criterio facultativo en el manejo clínico. Si se confirma la infección tras una pauta de vacunación completa, se considerará como fallo vacunal.

Para considerar una **persona como completamente vacunada** se requiere que haya recibido 2 dosis de vacuna separadas entre sí un mínimo de 19 días si la primera dosis fue de vacuna Comirnaty (de Pfizer/BioNTech), de 21 días tratándose de Vaxzevria (Oxford /AstraZeneca) o de 25 días tratándose de Moderna, y que haya transcurrido un periodo mínimo desde la última dosis de 7 días si la última dosis fue de con Comirnaty, o de 14 días si fue con Vaxzevria o Moderna. También se consideran completamente vacunadas aquellas personas que hayan recibido una dosis de vacuna de Janssen hace más de 14 días y aquellas de 65 y menos años que habiendo pasado la enfermedad, han recibido una dosis de cualquiera de las vacunas, pasado el periodo mínimo igual al establecido para las segundas dosis. En la pauta heteróloga en la que se utiliza AZ en primera dosis y vacunas de mRNA en segunda, se considerará completamente vacunado tras 7 días si segunda dosis fue con Comirnaty, o de 14 días si fue con vacuna de Moderna.

b) Las personas **sintomáticas que ya han tenido una infección por SARS-CoV-2 confirmada por PDIA en los 90 días anteriores** no serán consideradas casos sospechosos de nuevo. Las excepciones a esta consideración serán los trabajadores de centros sanitarios y sociosanitarios, dada la vulnerabilidad de su entorno laboral, las personas con condiciones clínicas que impliquen una inmunosupresión severa, siempre tras una valoración clínica y aquellos casos en los que se sospecha que la infección puede ser por una variante diferente de la que se detectó en la infección previa, en cuyo caso no se tendrá en cuenta el periodo de tiempo transcurrido.

c) Los casos confirmados únicamente mediante técnicas serológicas de diagnóstico rápido durante los primeros meses de la pandemia, serán considerados casos sospechosos de nuevo si cumplen criterios clínicos, independientemente del tiempo transcurrido desde su diagnóstico. Si se confirmara el diagnóstico, se notificarían como casos nuevos.

7.2.2. Caso sospechoso de reinfección

Se **considerarán** sospechas de reinfección aquellos casos con síntomas compatibles de COVID-19 que tuvieron una infección confirmada por PDIA de SARS-CoV-2 hace más de 90 días. En estos casos se **indicará** la realización de una PCR. Si el resultado de la PCR fuera positivo, se considerará caso de reinfección probable o confirmada.

Serán considerados también como reinfección aquellos casos asintomáticos que ya tuvieron una infección confirmada por PDIA de SARS-CoV-2 hace más de 90 días y se les ha realizado una nueva PDIA con resultado positivo (por estudio de contactos, cribados...). Si en estos casos la prueba positiva fuera de una prueba rápida de antígenos, se les realizará una PCR.

En ambos casos, si la PCR fuera negativa, y la sospecha clínico-epidemiológica alta, se repetirá la PCR.

Con el objetivo de confirmar y caracterizar la reinfección se recomienda que el estudio de estos casos se centralice en uno o varios servicios hospitalarios, siempre en una estrategia coordinada desde salud pública, y que las muestras de los casos positivos se secuencien siguiendo lo que se recoge en el protocolo de Integración de la secuenciación genómica en el sistema de vigilancia del SARS-CoV-2. En estos casos se solicitará también una serología de alto rendimiento frente a SARS-CoV-2 y muestras para eventuales estudios inmunológicos, por lo que habrá que enviar al laboratorio de referencia muestras de sangre y suero.

Los casos de reinfección posibles, probables y confirmados se manejarán del mismo modo que una primera infección, lo que implica aislamiento y búsqueda de contactos tras este nuevo resultado (ver más adelante).

En los casos de reinfección, el establecimiento de 90 días para considerar la segunda infección se ha realizado por consenso, para evitar la confusión con las primoinfecciones con prueba de PCR positiva por un largo periodo de tiempo. No significa que la causa de la reinfección sea la pérdida de inmunidad a los tres meses, ni que las reinfecciones no puedan ocurrir antes de los tres meses, aunque esto último es mucho menos frecuente que la excreción prolongada del material genético del virus.

Consideraciones especiales ante casos con infección resuelta en los 90 días previos

Aunque de forma general no esté indicada, puede haber **casos con infección resuelta en los 90 días previos**, en los que se realiza una PDIA y se obtiene un resultado positivo. Ante esta situación es necesario establecer una valoración del significado de esta nueva PDIA positiva y su manejo. Si la nueva PDIA positiva es una prueba rápida de antígenos, se recomendará realizar una PCR. Si esta PCR fuera negativa, se descartará la infección activa.

Si la PCR es positiva se considerará valorar el umbral de ciclos (Ct) en el que la muestra es positiva. Según la evidencia científica disponible, se asume que un umbral de ciclos alto (Ct) >30-35 equivaldría a una carga viral sin capacidad infectiva. Sin embargo, debido a la heterogeneidad

de la muestra tomada y de los diferentes equipos de realización de PCR, este criterio debe ser validado por el laboratorio responsable en cada caso y definir el umbral de ciclos en el que una muestra se considera con alta o baja carga viral.

- Ante un Ct bajo estaríamos ante un caso de infección activa y lo manejaríamos como tal, con aislamiento y búsqueda de contactos, independientemente del resultado de las pruebas serológicas si se han realizado.
- Ante un Ct alto estaríamos ante un caso de infección resuelta independientemente del resultado de las pruebas serológicas si se han realizado.

7.3. Pruebas de laboratorio para la detección de casos de COVID-19

7.3.1. Características de las diferentes pruebas de laboratorio

Las pruebas utilizadas actualmente para la detección de una infección activa (PDIA) están basadas en:

- Detección de Antígenos (*Rapid Antigen Diagnostic Test, RADT*).
- Detección de ARN viral mediante una RT-PCR o una técnica molecular equivalente.

La realización de una u otra PDIA, o una secuencia de ellas, dependerá del ámbito de realización, de la procedencia del caso sospechoso, la disponibilidad y los días de evolución de los síntomas.

No se considerarán para el diagnóstico de infección activa los resultados de ningún tipo de pruebas serológicas.

Las pruebas de autodiagnóstico no serán consideradas para el diagnóstico de confirmación de infección activa ni en personas con síntomas ni en asintomáticos. Los resultados positivos en estas pruebas se considerarán casos sospechosos que deberán confirmarse en un centro sanitario mediante una PDIA y su manejo será realizado como tal.

7.3.2. Tipos de muestras para la realización de PDIA

Tanto para RT-PCR como para (*RADT*), las muestras recomendadas para el diagnóstico de infección activa de SARS-CoV-2 son del tracto respiratorio inferior (de elección en casos con infección grave y/o evolucionada) o tracto respiratorio superior (exudados nasofaríngeos, nasales y orofaríngeos), según indicaciones del fabricante de la PDIA.

De forma excepcional, a los pacientes sintomáticos que no se les pueda extraer una muestra del tracto respiratorio, se podrá realizar la PDIA en muestra de saliva, teniendo en cuenta las limitaciones de sensibilidad y la posibilidad de que no existan estudios de validación para una

determinada técnica en ese tipo de muestras, así como su utilización fuera de las instrucciones de uso del fabricante.

7.4. Estrategias diagnósticas frente a COVID-19

En la *Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19* se establecen las prioridades de utilización de las diferentes PDIA en **casos sospechosos** en función de los ámbitos y de las características clínicas de las personas en las que se realizan y teniendo en cuenta tanto su utilidad como su disponibilidad.

Los profesionales sanitarios del Servicio de prevención de riesgos laborales deben saber que en aquellos casos en los que se recomienda la prueba rápida de detección de Antígeno, pero ésta no esté disponible, se realizará RT-PCR.

Personas trabajadoras sin criterios de hospitalización:

- **Si la evolución de los síntomas es ≤ 5 días, realizar prueba rápida de detección de antígeno de SARS-CoV-2.**
- Si el resultado es positivo, el diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 queda confirmado.
- Si el resultado es negativo se considera descartada la infección activa, en ausencia de alta probabilidad clínico-epidemiológica.
- **Si la evolución de los síntomas es > 5 días, se realizará PCR.**

Personas trabajadoras de centros sanitarios y centros sociosanitarios: personas con criterios de hospitalización, personal sanitario, personas hospitalizadas por otras causas que inician síntomas, trabajadores y residentes de centros sociosanitarios.

- Se considera válida la realización tanto de una prueba rápida de detección de antígeno de SARS-CoV-2 como una PCR en exudado nasofaríngeo, por lo que se realizará una u otra dependiendo de su disponibilidad y de lo que sea más operativo en función del circuito de pacientes establecido en el hospital.
- Si la prueba inicial ha sido PCR y el resultado es negativo pero la sospecha clínica/epidemiológica es alta, se repetirá la PCR en exudado nasofaríngeo y se considerará descartar otros patógenos como la gripe, y en niños y ancianos, virus respiratorio sincitial (VRS).
- Si la prueba inicial ha sido una prueba rápida de detección de antígeno y el resultado es negativo, se realizará la PCR en exudado nasofaríngeo.

- Si en las situaciones anteriores la prueba sigue siendo negativa, se descartará el diagnóstico, a no ser que sea considerado un caso con alta probabilidad clínico-epidemiológica y podrá ser considerado como un caso probable.

7.5. Notificación de casos

Los casos confirmados con infección activa serán de declaración obligatoria urgente y los brotes en el momento de la detección del brote, tal y como establece la *Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19*. Las Comunidades y las Ciudades Autónomas establecerán los procedimientos y circuitos a seguir en cada caso.

Los servicios de vigilancia epidemiológica de Salud pública de las CC.AA. deben obtener la información sobre los casos sospechosos y confirmados tanto en atención primaria como en hospitalaria del sistema público y privado, así como de los servicios de prevención.

Las unidades de Salud pública de las CC. AA enviarán la información de los **brotes**.

A efectos de notificación se considerará brote cualquier agrupación de **3 o más casos** con infección activa en los que se ha establecido un vínculo epidemiológico.

Se considera brote abierto aquel que ha tenido casos en los últimos 28 días, teniendo en cuenta la fecha de inicio de síntomas o de diagnóstico, si la de síntomas no está disponible, y **brote cerrado**, aquel sin casos en los últimos 28 días. Se considerará **brote activo** aquel que haya tenido algún caso en los últimos 14 días, teniendo en cuenta la fecha de inicio de síntomas o la de diagnóstico, si la de síntomas no está disponible. Aquellos brotes que se extienden a diferentes ámbitos, siempre que se puedan trazar a un primer caso índice, se seguirán considerando como un único brote con múltiples ámbitos (ej. familiar-laboral). Estos brotes se denominarán **“brotes mixtos”**.

No es necesario enviar información de los brotes domiciliarios (aquellos que únicamente afectan a los convivientes habituales de un mismo domicilio) salvo que tengan características especiales o que se expandan a nuevos ámbitos.

Debido a la vulnerabilidad de los centros socio-sanitarios, la detección de **un solo caso** en estas instituciones, se considerará un brote a efectos de intervención e implicará la puesta en marcha de las medidas de actuación que se aplicarían en otros ámbitos. Además de las actuaciones generales, se realizará una PDIA a los contactos estrechos o según la circunstancia, a todos los residentes y personas trabajadoras de la misma, en la forma que establezca cada CC.AA.

Notificación de los resultados derivados de la secuenciación

La vigilancia de las diferentes variantes del SARS-CoV-2 se realizará de acuerdo con el documento de Integración de la secuenciación genómica en el sistema de vigilancia del SARS-CoV-2. El objetivo de esta vigilancia es cuantificar su incidencia en el conjunto de la población y analizar los distintos patrones de transmisión, virulencia, escape a la inmunidad u otros problemas a los que

puedan estar asociadas. Las VOC y VOI y el resto de variantes que deben vigilarse, así como las mutaciones del genoma de SARS-CoV-2 que se asocian a un mayor impacto en la salud pública, serán propuestas por el Comité Coordinador de la red de laboratorios de secuenciación, que revisará de forma permanente el listado de VOC, VOI y mutaciones que se considere deben ser vigiladas y serán incluidas en SiViEs y difundidas a las CC. AA mediante el metadata correspondiente. Además del tipo de variante o la mutación, se indicará si la secuenciación se realizó como parte de un muestreo aleatorio.

7.6. Manejo de los casos de COVID-19 con infección activa

Ante cualquier caso sospechoso en personas trabajadoras se mantendrá el aislamiento a la espera del resultado de la PDIA y se iniciará la identificación de sus contactos estrechos. En caso de PDIA negativa, y si no se considera caso probable, el caso se da por descartado y finaliza el aislamiento y la búsqueda de contactos. **Tanto los casos confirmados con PDIA como los casos probables se manejarán de la misma forma.**

En los casos que no requieran ingreso hospitalario, se indicará aislamiento domiciliario, siempre que pueda garantizarse el aislamiento efectivo. Cuando éste no pueda garantizarse se indicará el aislamiento en hoteles u otras instalaciones habilitadas para tal uso. En las personas trabajadoras desplazadas fuera de su localidad de residencia en el momento del diagnóstico, las autoridades sanitarias podrán valorar otras alternativas siempre que garanticen la seguridad.

Siguiendo las recomendaciones del ECDC y el CDC, el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo de 10 días desde el inicio de los síntomas. **No será necesario la realización de una PCR para levantar el aislamiento ni para reincorporarse a la actividad laboral.** En los casos asintomáticos el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos 10 días desde la fecha de toma de la muestra para el diagnóstico. El seguimiento será supervisado hasta el alta epidemiológica de la forma que se establezca en cada comunidad autónoma.

Los casos que requieran ingreso hospitalario podrán recibir el alta hospitalaria si su situación clínica lo permite, aunque su PCR siga siendo positiva, pero se deberá mantener aislamiento domiciliario con monitorización de su situación clínica al menos 14 días desde el inicio de síntomas. En caso de enfermedad grave o inmunodepresión, este periodo se alargará a 21 días. A partir de este periodo, siempre bajo criterio clínico, se podrá finalizar el aislamiento si han transcurrido tres días desde la resolución de la fiebre y el cuadro clínico.

El personal sanitario y socio-sanitario que resulten casos confirmados y no requieran ingreso hospitalario serán manejados de la misma forma en cuanto al aislamiento. Estas personas trabajadoras podrán reincorporarse a su puesto de trabajo tras 10 días del inicio de síntomas siempre que permanezcan sin síntomas respiratorios ni fiebre al menos 3 días y tras la realización de una prueba de diagnóstico que pueda indicar una ausencia de transmisibilidad, bien sea por una determinación positiva de IgG por una técnica de alto rendimiento o por una PCR negativa o que, aún siendo positiva, lo sea a un umbral de ciclos (Ct) elevado.

El personal sanitario y sociosanitario que haya requerido ingreso hospitalario podrá recibir el alta hospitalaria si su situación clínica lo permite, aunque su PCR siga siendo positiva, pero se deberá mantener aislamiento domiciliario con monitorización de su situación clínica al menos 14 días desde el inicio de síntomas. En caso de enfermedad grave o inmunodepresión, este periodo se alargará a 21 días. A partir de este periodo, siempre bajo criterio clínico, se podrá finalizar el aislamiento si han transcurrido tres días desde la resolución de la fiebre y el cuadro clínico, y para su reincorporación se seguirán los mismos criterios que en el párrafo anterior.

7.7. Estudio y manejo de contactos

El estudio y seguimiento de los contactos laborales estrechos tiene como objetivo realizar un diagnóstico temprano en los contactos estrechos que inicien síntomas y evitar la transmisión en periodo asintomático y paucisintomático.

Se clasifica como contacto estrecho:

- Cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso o haya estado en contacto con sus secreciones y fluidos: personal sanitario o socio-sanitario que **NO** haya utilizado las medidas de protección adecuadas o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar o cualquier persona que haya manipulado muestras biológicas sin las debidas medidas de protección.
- Cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso, a una distancia menor de 2 metros (ej. visitas, reunión) y durante un tiempo total acumulado de más de 15 minutos en 24 horas sin utilizar las medidas de protección adecuadas. A la hora de establecer el riesgo, se tendrán en cuenta determinadas circunstancias como espacios en que haya riesgo elevado de generación de aerosoles u otras características personales o sociales del entorno en que se evalúe la posible transmisión. El servicio de prevención valorará el seguimiento y la adecuación de dichas medidas.
- En el contexto de los centros educativos, se seguirá lo establecido en la *Guía de actuación ante la aparición de casos de COVID-19 en centros educativos*.

El periodo para el estudio y seguimiento de los contactos laborales estrechos a considerar será desde 2 días antes del inicio de síntomas del caso hasta el momento en el que el caso es aislado. En los casos asintomáticos confirmados por PDIA, los contactos se buscarán desde 2 días antes de la fecha de toma de la muestra para el diagnóstico.

Manejo de contactos

Ante cualquier caso sospechoso, está indicado iniciar la identificación de sus contactos, recomendándoles evitar interacciones sociales. Si la sospecha de caso se descarta, se suspenderá la cuarentena de los contactos.

El manejo de los contactos de las personas con reinfección se hará de la misma forma que para los casos primoinfectados.

Cualquier persona que sea identificada como contacto estrecho deberá ser informada y se iniciará una vigilancia activa o pasiva, siguiendo los protocolos establecidos en cada comunidad autónoma. Se recogerán los datos epidemiológicos básicos de la forma en que cada comunidad autónoma haya establecido, así como los datos de identificación y contacto de todas las personas clasificadas como contactos. Se proporcionará a todos los contactos la información necesaria sobre la COVID-19, los síntomas de alarma y los procedimientos a seguir durante el seguimiento.

El SPRL investigará y analizará las causas de los brotes: medidas organizativas inadecuadas o no implantadas, incumplimiento de las distancias de seguridad, instrucciones en idiomas que no se comprenden, mascarillas inadecuadas, mal uso de las mismas, movimientos del personal, reuniones, descansos, espacios comunes, etc.

Las actuaciones sobre los contactos estrechos serán las establecidas en la *Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19*.

Actuaciones sobre contactos estrechos

Cuarentena y vigilancia:

Se indicará cuarentena durante los 10 días posteriores al último contacto con un caso confirmado. Se indicará al contacto que durante la cuarentena permanezca en su lugar de residencia. Esta es una de las principales medidas de prevención para controlar la transmisión. Si no se puede garantizar la cuarentena de los contactos de forma rigurosa, se recomienda realizarla en instalaciones de la comunidad preparadas para ello. Durante este periodo de 10 días, se indicará que las personas en cuarentena vigilen su estado de salud y ante la aparición de cualquier síntoma compatible se comunique al sistema sanitario según se establezca en cada CC.AA. De forma adicional, se indicará que durante los 4 días siguientes a la finalización de la cuarentena se siga vigilando la posible aparición de síntomas y si esto se diera, se deberá permanecer aislado en el domicilio y comunicarlo rápidamente de la forma establecida.

Recomendaciones generales a las personas en cuarentena:

Las personas en cuarentena deberán realizar lavado de manos frecuente (con agua y jabón o soluciones hidro-alcohólicas) especialmente después de toser, estornudar y tocar o manipular pañuelos u otras superficies potencialmente contaminadas.

Estas personas deben estar localizables a lo largo del periodo de seguimiento.

Todos los contactos deben evitar la toma de antitérmicos sin supervisión médica durante el periodo de vigilancia para evitar enmascarar y retrasar la detección de la fiebre.

Si el contacto sigue asintomático al finalizar su periodo de cuarentena podrá reincorporarse a su rutina de forma habitual. En caso de que las medidas establecidas para el seguimiento de un contacto conlleven la imposibilidad de que éste continúe con su actividad laboral, deberá comunicar dicha contingencia a la empresa o a su servicio de prevención siguiendo lo establecido en el Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-COV-2 (COVID-19).

Realización de pruebas diagnósticas en contactos:

Se recomienda la realización de al menos una PDIA durante el seguimiento de los contactos, idealmente cercana la finalización de la cuarentena. Si es posible, se realizarán dos pruebas, una al inicio y otra cercana a la finalización. Las CC.AA. podrán valorar realizar pruebas diagnósticas en otro momento del seguimiento de los contactos según su estrategia. Se podrá priorizar la realización de esta prueba a determinados colectivos como personas vulnerables, personas que atienden a personas vulnerables, convivientes, internos de centros penitenciarios o personas trabajadoras esenciales. **Ante un resultado negativo de la PDIA, la cuarentena finalizará igualmente a los 10 días de la fecha del último contacto.**

La prueba diagnóstica será preferentemente una PCR. Sin embargo, en función del ámbito, de la disponibilidad y operatividad se podrá utilizar un test rápido de detección de antígeno, sobre todo en entornos donde se espera una alta probabilidad de un resultado positivo, como en el caso de los contactos convivientes o en brotes y donde la rapidez del tiempo de respuesta ayuda al rápido manejo de los contactos:

- Si la PDIA es positiva, el contacto será considerado caso y se manejará como tal.
- Si la PDIA es negativa, y se realiza en cualquier momento anterior a los 10 días tras el último contacto, se deberá cumplir la cuarentena hasta el día 10.
- En el ámbito sanitario y sociosanitario se hace necesario garantizar un adecuado valor predictivo negativo⁸, por lo que ante un resultado negativo de la prueba rápida de antígeno se debe realizar una PCR.

Lugar de la cuarentena:

Se indicará al contacto que durante la cuarentena permanezca en su domicilio, preferentemente en una habitación individual, y que restrinja al mínimo las salidas de la habitación, que siempre se realizarán con mascarilla quirúrgica. También se le pedirá que restrinja al máximo posible el contacto con convivientes. En el caso de convivientes de un caso que no puede realizar la cuarentena de forma correcta, ésta se prolongará 10 días desde el final del periodo de aislamiento del caso. El contacto se deberá organizar para no realizar ninguna salida fuera de su casa que no sea excepcional durante su periodo de cuarentena.

A las personas desplazadas fuera de su localidad de residencia en el momento de ser identificadas como contactos, se permitirá el retorno a su lugar de residencia para la finalización

de la cuarentena siempre y cuando el alojamiento previsto en su lugar de residencia garantice las condiciones necesarias para la cuarentena, el desplazamiento se realice en un medio de transporte privado, se pueda garantizar el cumplimiento de todas las medidas de precaución establecidas para el manejo de contactos durante el trayecto y se haya informado y autorizado el desplazamiento por las autoridades de salud pública implicadas.

Desarrollo de síntomas durante la cuarentena:

Si los contactos desarrollan síntomas en el momento de su identificación o en cualquier momento durante la cuarentena, pasarán a ser considerados casos sospechosos, deberán hacer autoaislamiento inmediato en el lugar de residencia y contactar de forma urgente con el responsable que se haya establecido para su seguimiento o con el 112/061 indicando que se trata de un contacto de un caso de COVID-19.

Consideraciones especiales en el manejo de contactos:

▪ **Contactos vacunados:**

Las personas trabajadoras que han recibido una pauta de vacunación completa y sean consideradas como contacto estrecho estarán exentas de la cuarentena si utilizan EPIs adecuados.

En los centros sanitarios se tendrá en cuenta la unidad hospitalaria en la que desarrollan su actividad asistencial (unidades hospitalarias con pacientes especialmente vulnerables como por ejemplo hematología, UCI, oncología o unidades de quemados) pudiendo valorar cada caso si es necesario. Se les hará seguimiento con PCR preferiblemente y, si no fuera posible, con otra PDIA. Idealmente se realizarán dos pruebas, una al inicio y otra alrededor de los 7 días del último contacto con el caso confirmado. Si esto no fuera posible, se recomienda realizar al menos una prueba en el momento que lo indiquen los responsables de salud pública de cada CCAA.

Asimismo, se les indicará el uso de mascarilla *en sus interacciones sociales, no acudir a eventos multitudinarios y realizar una vigilancia de la posible aparición de síntomas compatibles*. Si estos aparecieran, pasarán a ser considerados casos sospechosos, deberán hacer autoaislamiento inmediato y contactar de forma urgente con el responsable que se haya establecido para su seguimiento o con el 112/061 indicando que se trata de un contacto de un caso de COVID-19.

Debido al mayor riesgo de escape inmunitario, únicamente realizarán cuarentena los contactos completamente vacunados en las siguientes situaciones:

- Contactos de casos vinculados a brotes producidos por una variante Beta y Gamma. En los casos esporádicos, la información sobre variantes normalmente no está disponible al inicio del diagnóstico, por lo tanto únicamente podrá realizarse cuarentena si se dispone de esta información de forma oportuna.
- Personas con inmunodepresión.

- Contactos de aquellos casos en los que se sospeche una transmisión a partir de visones.

Las autoridades de Salud pública, podrán establecer excepciones a esta recomendación en determinados ámbitos.

(Se define persona inmunodeprimida a: Paciente con **inmunodeficiencia primaria o congénita**: inmunodeficiencias congénitas humorales, celulares, combinadas y defectos inmunidad innata; defectos del sistema del complemento. Paciente con **inmunodeficiencia secundaria o adquirida**: - Tratamiento con inmunosupresores; trasplante progenitores hematopoyéticos; tratamiento con eculizumab; infección por el virus de inmunodeficiencia humana; asplenia anatómica o funcional; cáncer/hemopatías malignas; trasplante de órgano sólido. - Paciente con enfermedad crónica que podría afectar a la respuesta inmune (diabético de larga evolución mal control, hepatopatía o alcoholismo crónico, enfermo renal crónico...). Este punto deberá individualizarse de acuerdo con la historia clínica del paciente.)

- **Las personas asintomáticas que han tenido una infección por SARS-CoV-2 confirmada por PDIA en los 180 días anteriores y son contactos estrechos** estarán exentas de realizar la cuarentena, teniéndose en cuenta las mismas consideraciones y excepciones descritas en el punto anterior para los contactos vacunados.
- **Contactos que realicen trabajos esenciales**: en determinadas situaciones, las CC.AA. podrán establecer pautas de seguimiento específicas para estas personas.

PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE CASOS SOSPECHOSOS, CONFIRMADOS, PROBABLE Y ESTUDIO DE CONTACTOS ESTRECHOS

El Departamento Médico de Vigilancia de la Salud de UNIMAT PREVENCIÓN estará a su disposición para aclarar cualquier duda y facilitar información actualizada.

Los casos sospechosos /probables /confirmados de un/a trabajador/a de la empresa, así como las personas trabajadoras que puedan haber tenido un contacto estrecho de casos confirmados ocurridos en la empresa, deberán de comunicarlo al Servicio de Prevención a través del correo electrónico para investigación de contactos estrechos:

contactosestrechoscoronavirus@unimat.es

Aportando los siguientes datos:

- Nombre de la empresa
- Localidad y Provincia de la empresa
- Teléfono de contacto
- Persona de contacto de la empresa

8. ESTUDIOS DE CRIBADO

Los estudios de cribados son aquellos realizados sobre personas asintomáticas. La OMS define cribado como “la aplicación sistemática de una prueba para identificar a individuos con un riesgo suficientemente alto de sufrir un determinado problema de salud como para beneficiarse de una investigación más profunda o una acción preventiva directa, entre una población que no ha buscado atención médica por síntomas relacionados con esa enfermedad”. Sólo se recomienda su realización en determinadas situaciones que se exponen a continuación y **siempre bajo la recomendación de las autoridades de Salud pública**.

Los estudios de cribado han de estar muy dirigidos y relacionados con una alta transmisión en el área geográfica o en la población diana del cribado, y con el objetivo de realizar una intervención de salud pública según los resultados de dichos cribados.

Se plantea su realización en las siguientes situaciones:

Cribados puntuales. En estrategias indicadas por las autoridades de salud pública dirigidas a determinados grupos o poblaciones:

- Se propone de preferencia la realización de PCR en exudado nasofaríngeo con la posibilidad de hacerlo mediante su análisis en lotes (*pooling*) para optimizar recursos de PCR y siempre tras estudios de validación de esta técnica realizados por el laboratorio de referencia.
- Si los recursos de PCR estuvieran limitados y hubiera suficiente disponibilidad de pruebas rápidas de detección de antígeno, se pueden realizar los cribados con éstas, si bien sería necesario confirmar los casos positivos mediante PCR si la prevalencia de la enfermedad en la población de estudio es baja.

En centros sanitarios y sociosanitarios, la realización de cribados periódicos será valorada por cada CC.AA. dependiendo de la situación epidemiológica del territorio o de la situación específica de cada centro, aunque, de forma general, no se recomienda llevar a cabo cribados periódicos en trabajadores en aquellos centros con altas coberturas de vacunación.

Es importante reforzar en la población que se somete a cribados, que un resultado negativo en este contexto no exime del cumplimiento de ninguna de las medidas de control y prevención de la infección recomendadas.

9. COLABORACIÓN EN LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

Al objeto de proteger la salud pública, se consideraron, con carácter excepcional, situación asimilada a accidente de trabajo, exclusivamente para la prestación económica de incapacidad temporal del sistema de Seguridad Social, aquellos periodos de aislamiento o contagio de las personas trabajadoras provocado por el virus SARS-CoV-2 (Artículo 5 del Real Decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo, por el que **se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública**).

El Real Decreto-ley 28/2020, de 22 de septiembre, de trabajo a distancia, en su Disposición final décima, modifica el Artículo 5 del Real Decreto-ley 6/2020, para establecer la continuidad de la consideración excepcional como situación asimilada a accidente de trabajo de los periodos de aislamiento, contagio o restricción en las salidas del municipio donde tengan el domicilio o su centro de trabajo las personas trabajadoras como consecuencia del virus COVID-19.

En el documento “Actualización a 19 de marzo de 2020 de las Instrucciones aclaratorias relativas al nuevo procedimiento de remisión de partes de los Servicios Públicos de Salud (SPS) por coronavirus”, el Instituto Nacional de la Seguridad Social estableció que serán los médicos del SPS los que emitan los partes de baja y alta en todos los casos de afectación por coronavirus, tanto en las situaciones de aislamiento como de enfermedad y a todos los trabajadores y trabajadoras que por su situación clínica o indicación de aislamiento lo necesiten, tanto para el personal sanitario como para el resto de trabajadores. Estas instrucciones se completaron con la “Actualización de la emisión y transmisión de partes de incapacidad temporal al Instituto Nacional de la Seguridad Social, en el caso de trabajadores especialmente sensibles y de partes de procesos COVID-19 intercurrentes con otros procesos de IT por distintas patologías”, de 30 de abril de 2020, y con la “Actualización a 17 de junio de 2020 de las instrucciones aclaratorias relativas a los procesos de incapacidad temporal emitidos a los trabajadores especialmente sensibles por especial vulnerabilidad frente al coronavirus SARS- CoV-2”.

El servicio sanitario del servicio de prevención de riesgos laborales elaborará el informe para que quede acreditada la indicación de incapacidad temporal (IT), con el fin de facilitar a los servicios de atención primaria o entidades colaboradoras con la Seguridad Social su tramitación, en:

- Los casos sospechosos o confirmados y los contactos estrechos de casos confirmados ocurridos en la empresa. Así como los casos confirmados para los que le sea requerido por la autoridad sanitaria.
- Las personas trabajadoras con especial sensibilidad en relación con la infección de coronavirus SARS-CoV-2, sin posibilidad de adaptación del puesto de trabajo, protección adecuada que evite el contagio o reubicación en otro puesto exento de riesgo de exposición al SARS-CoV-2. En este caso, cuando se produzcan cambios en la evidencia científica disponible, en las condiciones de trabajo o en las medidas preventivas que hagan innecesaria la IT, el servicio de prevención debe

reevaluar con los nuevos criterios o datos, los informes de indicación de IT emitidos que puedan verse afectados y facilitar su resultado, por la misma vía, a los servicios de atención primaria. Asimismo, deben ser reevaluados los trabajadores especialmente sensibles en incapacidad temporal próximos al agotamiento de los 365 días.

Cuando se tenga conocimiento del periodo de aislamiento o de enfermedad con posterioridad al inicio de este, los partes de baja se emitirán con carácter retroactivo y sin la presencia física de la persona trabajadora.

El servicio de prevención de riesgos laborales informará sobre las actuaciones anteriores a las personas afectadas, a la empresa y a los órganos de representación en materia de seguridad y salud, si los hubiera, guardando la debida confidencialidad, que deberá extremarse con la información relativa a los problemas de salud de las personas trabajadoras con especial sensibilidad.

Además, informará de:

- La obligación del aislamiento preventivo o, en su caso, cuarentena.
- Que el parte de baja y los de confirmación serán emitidos sin la presencia física de la persona trabajadora. La persona interesada no debe ir a recoger los partes, puede recogerlos otra persona o utilizar otros medios disponibles para evitar desplazamientos.
- Las medidas y recomendaciones preventivas adecuadas de los lugares de trabajo.

9.1. Personal que presta servicio en centros sanitarios o socio-sanitarios

El Real Decreto-ley 28/2020, de 22 de septiembre, establece en su disposición adicional cuarta la consideración como contingencia profesional derivada de accidente de trabajo de las enfermedades padecidas por el personal que presta servicio en centros sanitarios o socio-sanitarios como consecuencia del contagio del virus SARS-CoV2 durante el estado de alarma:

1. Desde la declaración de la pandemia internacional por la Organización Mundial de la Salud y hasta que las autoridades sanitarias levanten todas las medidas de prevención adoptadas para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, las prestaciones de Seguridad Social que cause el personal que presta servicios en centros sanitarios o socio-sanitarios, inscritos en los registros correspondientes, y que en el ejercicio de su profesión, hayan contraído el virus SARS-CoV2 por haber estado expuesto a ese riesgo específico durante la prestación de servicios sanitarios y socio-sanitarios, cuando así se acredite por los servicios de Prevención de Riesgos laborales y Salud Laboral, se considerarán derivadas de accidente de trabajo, al entender cumplidos los requisitos exigidos en el artículo 156.2.e) del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre.

2. El contagio y padecimiento de la enfermedad se acreditará mediante el correspondiente parte de accidente de trabajo que deberá haberse expedido dentro del mismo periodo de referencia.

El Real Decreto-ley 3/2021, de 2 de febrero, por el que se adoptan medidas para la reducción de la brecha de género y otras materias en los ámbitos de la Seguridad Social y económico, establece en su artículo 6 que el personal que preste servicios en centros sanitarios y sociosanitarios inscritos en los registros correspondientes y que, en el ejercicio de su profesión, durante la prestación de servicios sanitarios o socio-sanitarios, haya contraído el virus SARS-CoV-2, dentro del periodo comprendido desde la declaración de la pandemia internacional por la Organización Mundial de la Salud hasta el levantamiento por las autoridades sanitarias de todas las medidas de prevención adoptadas para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el mencionado virus SARS-CoV-2, tendrá las mismas prestaciones que el sistema de la Seguridad Social otorga a las personas que se ven afectadas por una enfermedad profesional.

10. COLABORACIÓN CON LA INSPECCIÓN DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

La Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, incluye en su artículo 31.4, tras la modificación prevista por el Real Decreto-ley 26/2020, de 7 de julio, de medidas de reactivación económica para hacer frente al impacto de la COVID-19 en los ámbitos de transportes y vivienda, la habilitación al personal funcionario perteneciente al Cuerpo Superior de Inspectores de Trabajo y Seguridad Social y al Cuerpo de Subinspectores Laborales, escala de Seguridad y Salud Laboral, para **vigilar y requerir el cumplimiento** por parte del empresario de las **medidas de salud pública** establecidas en los párrafos a), b), c) del artículo 7.1, y en el párrafo d) del mismo, cuando afecten a las personas trabajadoras.

Esta habilitación se extiende a los **funcionarios habilitados** por las Comunidades Autónomas para realizar funciones técnicas comprobatorias, a los que se refiere el artículo 9.2 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales, de acuerdo con las facultades que tienen atribuidas.

El incumplimiento de las obligaciones por parte del empresario constituirá **infracción grave**, conforme a lo previsto en el artículo 31.5 del Real Decreto-ley 21/2020.

Considerando que la Inspección de Trabajo y Seguridad Social puede ser una buena aliada para el control de la transmisión en los lugares de trabajo, cualquier no conformidad respecto de aquellas cuestiones para las que ha sido habilitado su personal, relacionadas con la COVID-19 en los centros de trabajo, se les puede trasladar para el ejercicio de sus funciones de vigilancia y control de las medidas previstas en el artículo 7.1 a), b), c) y d) del Real Decreto-ley 21/2020.

Podrán planificarse, si así procede, **visitas conjuntas** a las empresas, con los agentes de las autoridades sanitarias y/o elaborar los correspondientes informes. A estos efectos, es necesario intercambiar nombres y contactos de responsables de Salud Laboral/Salud Pública y de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social a nivel autonómico, para resolver los problemas que surjan.

Puede obtener información actualizada sobre el coronavirus Sars-CoV-2 en:

Ministerio de Sanidad:

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/home.htm>

Preguntas y respuestas sobre COVID-19.

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/ciudadania.htm>

Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al nuevo Coronavirus (SARS-COV-2):

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/PrevencionRRL COVID-19.pdf>

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública:

http://www.san.gva.es/web_estatica/coronavirus/coronavirus_va.html

Tarjetas de redes sociales sobre el nuevo Coronavirus OPS-OMS:

<https://www.paho.org/es/covid-19-materiales-comunicacion>

ANEXO I

Teléfonos de INFORMACIÓN sobre la COVID-19 por Comunidades Autónomas

<u>Comunidad Autónoma</u>	<u>Teléfono de contacto</u>
Andalucía	955 545 060
Aragón	061
Asturias	112
Baleares	061
Canarias	900 112 061
Cantabria	112 y 061
Castilla y León	900 222 000
Castilla-La Mancha	900 122 112
Cataluña	061
Comunidad Valenciana	900 300 555
Extremadura	112
Galicia	900 400 116
Madrid	900 102 112
Murcia	900 121 212
Navarra	948 290 290
País Vasco	900 203 050
La Rioja	941 298 333
Melilla	112
Ceuta	900 720 692