



PROTOCOLO COVID-19

19 de enero 2022

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

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 fundamentalmente de persona a persona. Aún hay muchas cuestiones que se desconocen en relación al virus y a la enfermedad que produce: COVID-19. Según se avanza en el conocimiento, se van actualizando las recomendaciones.

¿CUÁLES SON LOS SINTOMAS DE LA COVID -19?

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 CORONAVIRUS SARS - COV2?

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 μm y gotas a los que tenían un tamaño mayor a 5 μm . Actualmente se denominan aerosoles a todas las que tienen un tamaño menor a 100 μm .

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 justificados, 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 de 2020, 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 declaró un nuevo estado de alarma, vigente hasta el día 9 de mayo de 2021, limitando 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. Consulte fuentes oficiales para mantenerse 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:

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20200325_Decalogo_como_actuar_COVID19.pdf

⊕ 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 situación epidemiológica actual avanza con un marcado descenso de los casos graves y de la letalidad. Esto, junto con las altas coberturas de vacunación, hace necesaria una revisión de las medidas preventivas recomendadas para cada uno de los niveles de riesgo establecidos.

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, de colaboración en la gestión de la incapacidad temporal y de reincorporación de las personas vacunadas.

Corresponde a las empresas evaluar el riesgo de exposición en que se pueden encontrar las personas trabajadoras en cada una de la 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.

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. 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 vayan actualizando las autoridades sanitarias, 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**. 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.

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.

En el momento actual se observa un incremento acelerado de la transmisión comunitaria de SARS-CoV-2 en España, dando lugar a las tasas de incidencia más altas de toda la pandemia. En esta situación de tan alta circulación del virus, es necesario revisar el manejo de los casos y los contactos priorizando las actuaciones a fin de controlar la transmisión del virus, con el foco en la protección de aquellos más vulnerables.

En cuanto a la circulación de variantes, tanto los datos tanto de secuenciación como de cribado con PCR, indican que la variante Ómicron está aumentando de forma muy rápida llegando en unos días a ser la variante mayoritaria en las infecciones por SARS-Cov2.

Distintos organismos, como el CDC estadounidense o el NHS británico, basándose en el conocimiento de que la mayor parte de la transmisión del coronavirus se produce en los días inmediatamente anteriores y posteriores al inicio de síntomas, han indicado acortar el periodo de aislamiento para las personas con COVID-19 que no presentan síntomas o presentan síntomas leves, así como la reducción en el periodo de cuarentena para aquellas personas identificadas como contactos estrechos de pacientes COVID-19 y que no están vacunadas.

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.

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 SARSCoV-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.msbs.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 transmisión 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 a 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 a 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 los mismos 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.

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 ésta 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+AC:2019). La colocación de la mascarilla quirúrgica a una persona con sintomatología respiratoria supone la primera medida de protección para el trabajador.

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.

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

- Adoptar medidas para evitar la coincidencia masiva de personas, tanto trabajadores como clientes o usuarios, en los centros de trabajo durante las franjas horarias de previsible mayor afluencia. En los períodos de descanso también debe contemplarse esta medida.
- Adaptar las condiciones de trabajo, incluida la ordenación de los puestos de trabajo y la organización de los turnos, así como el uso de los lugares comunes.
- 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.
- En desplazamientos en vehículos compartidos, utilizar la mascarilla y garantizar la entrada de aire exterior.
- Contemplar posibilidades de redistribución de tareas.
- En aquellos establecimientos abiertos al público se atenderá a las siguientes consideraciones:
 - Deben cumplirse las medidas dictadas por las autoridades sanitarias, minimizando el riesgo de exposición, especialmente en los espacios de espera.
 - Se informará claramente a los clientes/usuarios sobre las medidas organizativas y sobre su obligación de cooperar en su cumplimiento.

4.5. MEDIDAS DE PROTECCIÓN COLECTIVA

- Adoptar medidas de ventilación^{1,2}, limpieza y desinfección adecuadas a las características e intensidad de uso de los centros de trabajo, con arreglo a los protocolos que se establezcan en cada caso.
- Poner a disposición de los trabajadores agua y jabón, o geles hidroalcohólicos o desinfectantes con actividad virucida, autorizados y registrados por el Ministerio de Sanidad para la limpieza de manos, así como mascarillas adecuadas en función del riesgo de exposición al SARS-CoV-2.
- Implantar barreras físicas de separación: uso de interfonos, ventanillas, mamparas de metacrilato, cortinas transparentes, etc., cuando se considere necesario como medida de **protección colectiva** indicada por parte del servicio de prevención.

5. TRABAJADOR/A ESPECIALMENTE SENSIBLE

El servicio sanitario del SPRL debe evaluar la presencia de personal trabajador especialmente sensible en relación a 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. COVID PERSISTENTE ,COVID CRONICO O LONG COVID

Un porcentaje de personas refieren síntomas prolongados y recurrentes, durante semanas o meses, tras el primer episodio de COVID-19, independientemente de la gravedad de éste. Aún no se ha definido con precisión lo que se entiende por COVID persistente, también denominado COVID crónico o “Long COVID” (terminologías más utilizadas en España). Parece claro que se trata de una entidad que afecta a un gran número de personas y que, por tanto, está teniendo un gran impacto sanitario y social en la pandemia. Además de la repercusión en la calidad de vida, el Long COVID plantea muchos retos e incertidumbres en cuanto al diagnóstico y el tratamiento. Es por ello que tanto los colectivos de pacientes, la comunidad científica internacional como las Instituciones y autoridades de salud pública están haciendo un llamamiento y un gran esfuerzo para mejorar el conocimiento de la enfermedad, su incidencia, la atención clínica y las prestaciones sociales de las personas afectadas

Recientemente la Organización Mundial de la Salud ha definido al COVID persistente como “persona con historia de infección probable o confirmada por SARS CoV-2, habiendo transcurrido 3 meses desde el inicio de la infección, con síntomas que duran al menos 2 meses y que no pueden explicarse con otro diagnóstico. Los síntomas comunes incluyen fatiga, dificultad respiratoria, disfunción cognitiva, entre otros, y generalmente tienen un impacto en el funcionamiento diario. Pueden ser de nueva aparición después de la recuperación inicial de un episodio agudo de COVID-19 o persistente desde la enfermedad inicial, además, pueden ser fluctuantes o permanecer en el tiempo”.

Los síntomas y signos referidos por las personas que padecen COVID persistente son extremadamente

numerosos y variados, lo que añade complejidad al síndrome en cuanto a su diagnóstico y su requerimiento de atención sanitaria de carácter multidisciplinar. Puede consultarse la [Información científico-técnica sobre el COVID-19](#), del Ministerio de Sanidad, para obtener más detalles sobre definición, síntomas y signos, incidencia y población más afectada.

Por lo que se refiere a la vigilancia de la salud, los trabajadores y trabajadoras que hayan sido diagnosticados de “Long COVID” una vez reincorporados a su puesto de trabajo, deben ser valorados por el personal sanitario del servicio de prevención para determinar si requieren o no adaptaciones en su puesto de trabajo en función de sus limitaciones.

La valoración será asimilable a un reconocimiento después de una ausencia prolongada por motivos de salud, a los solos efectos de determinar, a partir de la evaluación de riesgos del puesto de trabajo y de la nueva situación de salud de la persona, las necesidades preventivas que eviten que cualquier riesgo presente en el lugar de trabajo pueda dañar o agravar el estado de salud de esa persona.

En su caso, el SPRL propondrá adaptar el puesto o las condiciones de trabajo a través de medidas de protección y prevención para evitar el daño y facilitar la recuperación, siguiendo lo establecido en el apartado 1.6. Valoración de la aptitud, de la [Guía Básica y General de Vigilancia de la Salud para la prevención de riesgos laborales](#), del Ministerio de Sanidad.

No se trata de emitir una aptitud médico-laboral para el puesto de trabajo, sino de proporcionar las recomendaciones preventivas oportunas más convenientes para el trabajador y su actual estado de salud.

Finalmente, con fecha 30/09/2021 se ha publicado el Criterio de gestión 25/2021 de la Subdirección General de Ordenación y Asistencia Jurídica del INSS, sobre contingencia de la que deriva la prestación económica por incapacidad temporal que traiga a causa del padecimiento del “síndrome post COVID-19.”

7.PERSONAS VACUNADAS

El objetivo de la vacunación es prevenir la enfermedad, y disminuir la gravedad y mortalidad de la misma, 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 facilitan la reincorporación al trabajo. Pero, en cualquier caso, es necesario seguir manteniendo las medidas de prevención y protección adecuadas.

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

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

8.1 DETECCION DE CASOS

Se define como **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 disnea. 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.

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.

Para considerar una persona como **completamente vacunada** se seguirán los criterios y definiciones que se acuerden en la “Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España” del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que se actualiza periódicamente y está disponible en la página web del Ministerio de Sanidad.

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 grave, 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 a SiViEs.

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 según se define en el *apartado 3*.

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 sea coordinado desde salud pública, y que las muestras de los casos positivos se secuencien siguiendo lo que se recoge en el documento de Integración de la secuenciación genómica en el sistema de vigilancia del SARS-CoV-2.

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). Los casos de reinfección se notificarán a SiViEs.

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.

Estos casos únicamente se notificarán a SiViEs si se se pueden clasificar como reinfección confirmada.

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

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 recomienda la realización de ningún tipo de pruebas serológicas para el diagnóstico de infección activa ni en personas con síntomas ni en asintomáticos

.Ante las diferentes pruebas rápidas de detección de antígenos existentes en el mercado, sólo deben utilizarse aquéllas que cumplan los criterios de la OMS de sensibilidad (S) $\geq 80\%$ y especificidad (E) $\geq 97\%$ y que hayan seguido estudios independientes de validación por laboratorios clínicos o de referencia a nivel nacional o internacional.

Tanto para RT-PCR como para pruebas rápidas de detección de antígenos, las muestras recomendadas para el diagnóstico de infección activa de SARS-CoV2 son del tracto respiratorio superior: en concreto frotis nasofaríngeo y algunas, frotis nasal (cornete medio).

De forma excepcional, a los pacientes sintomáticos a los que no se pueda extraer una muestra del tracto respiratorio, se les podrá realizar la RT-PCR en muestra de saliva, teniendo en cuenta las limitaciones de sensibilidad correspondientes.

Las muestras clínicas deben ser tratadas como potencialmente infecciosas y se consideran de categoría B. Si requieren transporte fuera del centro sanitario o del domicilio a un laboratorio, serán transportadas en triple embalaje por los procedimientos habituales.

A toda persona con sospecha de infección por el SARS-CoV-2 (ver definición de caso sospechoso) se le realizará una prueba diagnóstica de infección activa 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, capaces de diferenciar entre respuesta inmune por infección natural o por vacunación, para orientar el diagnóstico.

Clasificaciones de casos

o 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 disnea. 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. (ver también *Consideraciones especiales de caso sospechoso en apartado 1.1*)

o 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.

o 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..

o Caso descartado:

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

o 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

o 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.

8.2 ESTRATEGIAS DIAGNOSTICAS

En caso de que el sistema regional de salud, tenga coyunturalmente problemas para responder en plazo de tiempo adecuado a la realización de PDIA, se priorizará la realización de PDIA para confirmación de casos sospechosos en aquellos con sintomatología más grave, personas con mayor vulnerabilidad y aquellos que pertenezcan a entornos vulnerables.

Se establecen a continuación las prioridades de utilización de las diferentes PDIA **en casos sospechosos** en función de los ámbitos y de las características clínicas de las personas teniendo en cuenta tanto su utilidad como su disponibilidad. En aquellos casos en los que se indica la prueba rápida de detección de antígeno pero ésta no esté disponible, se realizará RT-PCR.

Ámbito comunitario:

Casos sospechosos sin criterios de hospitalización en Atención Primaria, servicios de urgencia ambulatoria, urgencias hospitalarias o puntos específicos de diagnóstico establecidos al efecto.

- Si la evolución de los síntomas es ≤ 5 días, realizar prueba rápida de detección de antígeno o PCR 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.

Centros sanitarios y centros sociosanitarios

Casos sospechosos con criterios de hospitalización, trabajadores sanitarios, personas hospitalizadas por otras causas que inician síntomas, trabajadores y residentes de centros sociosanitarios, independientemente de sus estatus vacunal:

- 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 el resultado de la prueba inicial es negativo pero la sospecha clínica/epidemiológica es alta, se realizará PCR (o se repetirá si fue la prueba realizada previamente) en exudado nasofaríngeo y se considerará descartar otros patógenos como la gripe, y en niños y ancianos, virus respiratorio sincitial (VRS).
 - Si 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.
- En pacientes con criterios de ingreso en UCI/grandes inmunodeprimidos, se recomienda realizar PCR preferentemente de muestra del tracto respiratorio inferior, si es accesible. Se considerará descartar otros patógenos respiratorios en función de la disponibilidad e indicación clínica, mediante técnicas combinadas de detección de varios genes de algunos patógenos respiratorios.

8.3 MANEJO DE CASOS

Todos los casos sospechosos se mantendrán en aislamiento a la espera del resultado de la PDIA . En caso de PDIA negativa, y si no se considera caso probable, el caso se da por descartado y finaliza el aislamiento. **Tanto los casos confirmados con PDIA como los casos probables se manejarán de la misma forma.**

Ámbito de atención primaria

Los profesionales de atención primaria, al igual que los de otros niveles asistenciales, tendrán la capacidad de solicitar una PDIA ante toda persona que refiera síntomas compatibles con la Covid-19.

En el momento actual, se dará prioridad absoluta al diagnóstico y seguimiento por parte de Atención Primaria de los casos sintomáticos, y entre ellos, a los **casos con sintomatología moderada o grave, o que presenten factores de riesgo** de mala evolución de la enfermedad. Así, se establece una priorización de los casos en los que se llevará a cabo un seguimiento activo:

1. Entornos vulnerables: residencias de personas mayores, centros penitenciarios, centros sanitarios y centros socio-sanitarios de personas con discapacidad

2. Personas mayores de 70 años
3. Personas con inmunosupresión por causa intrínseca o extrínseca
4. Mujeres embarazadas

En los **casos asintomáticos y leves**, en el momento del diagnóstico, se indicarán instrucciones de aislamiento, fecha de finalización y modo de contacto con el sistema sanitario en caso de empeoramiento.

El tiempo de aislamiento de los casos sintomáticos y asintomáticos será de 7 días si en el momento de finalización de este periodo la persona está asintomática. **No será necesario la realización de una PDIA para levantar el aislamiento ni para reincorporarse a la actividad laboral.** El seguimiento y el alta será supervisado por su médico de atención primaria cuando la situación del paciente lo requiera .

Tras el periodo de aislamiento de 7 días y hasta los 10 días posteriores al inicio de síntomas o a la fecha de diagnóstico en los casos asintomáticos, las personas positivas deben extremar las precauciones y reducir todo lo posible las interacciones sociales utilizando de forma constante la mascarilla. Especialmente se debe evitar el contacto con personas vulnerables

Las personas que obtengan un resultado positivo en un test de antígeno que actualmente se comercializan en farmacias, al presentar esta prueba muy alta sensibilidad, deberán aislarse y comunicarlo por el canal que establezca cada CCAAr

Ámbito hospitalario

Los casos que requieran ingreso hospitalario serán aislados durante su estancia en el hospital y manejados según los protocolos de cada centro.

Los casos que han requerido 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.

Residencias para mayores y otros centros socio sanitarios

En los casos confirmados que sean residentes en centros para mayores o en otros centros socio-sanitarios que no cumplan criterios de hospitalización y sean tratados en la residencia, se indicará aislamiento en los centros donde residan.

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. En los casos asintomáticos el aislamiento será de 7 días desde la toma de muestras. El seguimiento y el alta serán supervisados por el médico que haya hecho el seguimiento en su centro o de la forma que se establezca en cada comunidad autónoma.

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 hayan dispuesto para estos centros.

Centros penitenciarios y otras instituciones cerradas

En los casos confirmados que sean internos en centros penitenciarios o en otras instituciones cerradas que no cumplan criterios de hospitalización y sean manejados en sus propios centros, se indicará aislamiento en los centros donde estén internados.

EL aislamiento se mantendrá hasta transcurridos 3 días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo de 7 días desde el inicio de los síntomas si no han requerido hospitalización (o desde la toma de muestra en asintomáticos). El seguimiento y el alta serán supervisados por el médico que haya hecho el seguimiento en su centro o de la forma que se establezca en cada comunidad autónoma.

Ámbito laboral

Personal sanitario y sociosanitario

El personal sanitario y socio-sanitario que resulten casos confirmados y no requieran ingreso hospitalario serán manejados de la misma forma que la población general en cuanto al aislamiento. Estas personas trabajadoras se podrán reincorporar a su puesto de trabajo tras a los 7 días del inicio de síntomas siempre que sean asintomáticos al final de estos 7 días. Se requerirá la realización de una prueba antigénica antes de su incorporación al puesto de trabajo. Una vez reincorporados, y al menos durante los tres días siguientes, los trabajadores extremarán las precauciones y reducirán todo lo posible las interacciones sociales utilizando de forma constante una mascarilla de alta capacidad de filtración.

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.

Otras personas trabajadoras

Las personas trabajadoras que no sean personal sanitario o sociosanitario serán manejadas de la misma forma que la población general en cuanto al aislamiento. El seguimiento y el alta serán supervisados de la forma que se establezca en cada comunidad autónoma.

8.4 NOTIFICACIÓN DE CASOS Y BROTES

Notificación de casos con primera infección confirmada o reinfección

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

Notificación de brotes

Las unidades de salud pública de las CC.AA enviarán la información de los **brotes** que se detecten al CCAES (alertascaes@sanidad.gob.es) y al CNE (vigilancia.cne@isciii.es). 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. La información sobre los nuevos brotes notificados se enviará semanalmente, los miércoles antes de las 14:00. Esta notificación incluirá información relevante para su seguimiento, incluyendo al menos la fecha de notificación a la CC.AA, provincia, municipio, ámbito general, ámbito específico, fecha de inicio de síntomas del primer caso, número de casos. Además, se actualizarán aquellos brotes abiertos que hayan sufrido cambios relevantes. 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 esta disponible, y *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 que únicamente afectan a los convivientes habituales de un mismo domicilio salvo que tengan características especiales o que se expandan a nuevos ámbitos. El CCAES enviará al menos una vez a la semana un informe resumen de la situación.

Notificación de los resultados derivados de la secuenciación



La vigilancia de las diferentes variantes del SARS-CoV-2 se realizará de acuerdo al 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 variantes de preocupación (VOC) y las variantes de interés (VOI), así como las mutaciones del genoma de SARS-CoV-2 que se asocian a un mayor impacto en la salud pública, serán propuestas y revisadas permanentemente por el Comité Coordinador de la red de laboratorios de secuenciación 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.

8.5 ESTUDIO Y MANEJO DE CONTACTOS

Definición de contacto

El estudio y seguimiento de los contactos 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 fluídos: personal sanitario o socio-sanitario que **NO** haya utilizado las medidas de protección adecuadas, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar o cualquier persona que haya manipulado muestras biológicas sin las debidas medidas de protección.
- De forma general, a nivel comunitario, se considerará contacto estrecho a cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso, a una distancia **menor de 2 metros** y durante un tiempo total acumulado de **más de 15 minutos en 24 horas**. En entornos en los que se pueda hacer una valoración del seguimiento de las medidas de prevención podrá realizarse una valoración individualizada por el servicio de prevención de riesgos laborales o el responsable que sea designado para ese fin. 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.
- 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 a considerar para la identificación de contactos estrechos será desde dos 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 dos días antes de la fecha de toma de muestra para diagnóstico.

Manejo de los contactos

La identificación y seguimiento de contactos estrechos se realizará en los siguientes casos:

- Personas vulnerables (mayores de 70 años, inmunosupresión por causa intrínseca o extrínseca) y a personas que les prestan apoyos y cuidados (profesionales o familiares)
- Personal sanitario o sociosanitario y las personas que ingresen en un centro sanitario o residan en uno sociosanitario
- Mujeres embarazadas

Medidas preventivas y de cuarentena para todos los contactos estrechos

Los contactos estrechos de casos confirmados con pauta completa de vacunación están exentos de cuarentena pero los 10 días tras el último contacto deberán extremar las medidas de protección (utilización de mascarilla en todo momento, limitación del número de contactos sociales, evitar contacto con personas vulnerables...). 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;

Los contactos estrechos no vacunados que permanezcan asintomáticos realizarán una cuarentena de 7 días siempre y cuando no desarrollen síntomas durante este periodo. En los siguientes 3 días tras finalizar la cuarentena deberán extremar las medidas de protección (utilización de mascarilla, limitación del número de contactos sociales evitando contacto con personas vulnerables...). No será necesaria la realización de una PDIA para levantar la cuarentena.

En ambos supuestos, si durante este periodo de 10 días desarrollara síntomas, pasará a ser considerado caso sospechoso. Deberá hacer autoaislamiento y comunicarlos a su médico de familia o según como esté estipulado en la CCAA.

Consideraciones especiales en el manejo de contactos

Únicamente **realizarán cuarentena los contactos completamente vacunados** en las siguientes situaciones:

- Contactos de casos producidos por variantes Beta o Gamma. La confirmación del tipo de variante no suele estar disponible en el momento del diagnóstico por lo que esta medida debe aplicarse también a aquellos casos en los que exista sospecha bien por información preliminar a través de PCR específica bien porque el caso forme parte de un brote que incluya casos producidos por dichas variantes.

- **Personas con inmunodepresión** .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 a la historia clínica del paciente.

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/programasDeVacunacion/riesgo/Vac_GruposRiesgo_todasEdades.html

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

Las personas trabajadoras de centros sanitarios o sociosanitarios, estarán exentas de la cuarentena si están vacunadas y utilizan EPIs adecuados siguiendo lo establecido en el *Procedimiento para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2*. En cualquier caso, 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.

Las autoridades de salud pública, podrán establecer excepciones a esta recomendación en determinados ámbitos, como pueden ser los centros penitenciarios, donde a la población penitenciaria vacunada, se les podrá recomendar realizar cuarentena.

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.

En el ámbito escolar se seguirá lo establecido en el Protocolo de actuación ante casos en centros educativos.

Los contactos estrechos, tanto vacunados como no vacunados, se priorizará desde el sistema regional de salud, la realización de Pruebas Diagnósticas a **personas VULNERABLES** (personas >70 años, Embarazadas, Inmunodeprimidos), personas que las atienden (profesionales o familiares) así como al personal sanitario o sociosanitario .En estos casos se realizará una única prueba al 5º día del último contacto.

Los casos confirmados deben informar a sus contactos estrechos de esta situación y las de su situación de contacto. o durante los 10 días posteriores a la última exposición, los contactos estrechos deben extremar las precauciones y reducir todo lo posible las interacciones sociales utilizando de forma constante la mascarilla. Especialmente se debe evitar el contacto con personas vulnerables

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.

En el caso que en la empresa tengan un caso confirmado, deberán comunicarlo al SPRL.a través del correo electrónico para investigación de contactos estrechos .

Únicamente se realizará la identificación de contactos estrechos en aquellos ámbitos en los que la exposición se considere de alto riesgo por la presencia de personas con una mayor vulnerabilidad como CENTROS SANITARIOS Y RESIDENCIAS DE MAYORES , OTROS CENTROS SOCIO-SANITARIOS, PROFESIONALES CUIDADORES DE PERSONAS VULNERABLES.

No obstante recomendamos comuniquen aquellos contactos estrechos MAYORES DE 70 AÑOS, INMUNODEPRIMIDOS, EMBARAZADAS y NO VACUNADOS.

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

9. 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.

10. 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 a 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 del mismo, 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.

10.1. 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.

11. 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 2019-nCoV 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

Comunidad Autónoma	Teléfono de contacto
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