GUÍA DE ACTUACIÓN

Casos nosocomiales y brotes por **SARS-CoV-2**

en centros sanitarios y sociosanitarios. Prevención y control

sampspgs

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fragmentos de esta obra.

© 2022 ERGON (Edición digital)
C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)
C/ Berruguete 50. 08035 Barcelona

ISBN: 978-84-18576-19-5

Grupo de trabajo

Nombre y Apellidos	Correo electrónico	Centro de trabajo
Jesús Molina Cabrillana	jmolinacabrillana@gmail.com	Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Victoria". Málaga
Rafael Martínez Nogueras	rmnogueras@gmail.com	Hospital Universitario de Jaén.
Antonia Gasch Illescas	antonia.gasch.illescas@gmail.com	Institut Pasteur de Lille
María Jesús López Fernández	mariajesus.lopezf@gmail.com	Hospital Regional Universitario de Málaga
Beatriz Marín González	beatriz.marin.sspa@juntadeandalucia.es	Hospital Valle de los Pedroches. Córdoba
Rocío Pulido Luque	ropulu.12@gmail.com	Hospital San Juan de la Cruz
Nuria López Ruiz	nurialopezruiz@gmail.com	Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. Cádiz
Begoña López Hernández	mariab.lopez.sspa@juntadeandalucia.es	Distrito Sanitario de Granada

Control de cambios

Versión	Fecha	Comentarios
1	18/02/2021	Versión inicial
2	11/03/2022	Actualización de contenidos, adaptados a la nueva situación epidemiológica de la pandemia

Índice

1. Introducción

2. Definiciones

3. Gestión de brotes en centros sanitarios y sociosanitarios

3.1 Caracterización del brote

3.2. Investigación del brote

3.3. Medidas de prevención y control

3.3.1. Medidas básicas

3.3.2. Medidas adicionales

4. Coordinación interniveles

4.1. Coordinación con la dirección general de salud pública y epidemiología

4.2. Coordinación con distrito y atención primaria

4.3. Coordinación con la unidad de prevención de riesgos laborales

5. Bibliografía

Anexo 1. Medidas de prevención primaria y de control de la transmisión de SARS-COV-2 en los centros sanitarios. Dodecálogo de propuestas

Anexo 2. Medidas concretas para gestión de brotes en centros sociosanitarios residenciales

1

Introducción

La pandemia por el virus SARS-CoV-2 ha afectado de forma importante a España desde marzo de 2020. Según los datos de la Universidad John Hopkins, en el momento actual España se sitúa en el puesto número 13 a nivel mundial en cuanto a incidencia[1].

En España, la gestión de la pandemia corresponde al Centro Coordinador de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), dependiente del Ministerio de Sanidad. Este organismo publica datos de situación diariamente[2], e informes epidemiológicos de situación con carácter semanal[3].

La fuente de información para dichos informes son los datos individualizados notificados por las CC.AA. a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (Sistema SiViEs). Se incluyen los casos notificados confirmados con una prueba diagnóstica positiva de infección activa (PDIA) tal como se establece en la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19[4,5].

La situación en España se puede consultar en la información proporcionada por el Ministerio de Sanidad[6] y el Centro Nacional de Epidemiología [7].

Recientemente, el Ministerio de Sanidad y las Consejerías de Sanidad de las comunidades y ciudades autónomas han publicado la Declaración de Zaragoza. En la misma se constata el hecho de que la pandemia de la COVID-19 ha puesto de manifiesto ámbitos de mejora estructurales de la Vigilancia en Salud Pública en y con ello la necesidad de acometer cambios para responder adecuadamente a los riesgos presentes y futuros para la salud de la población (Ministerio de Sanidad. Declaración de Zaragoza sobre Vigilancia en Salud Pública. Zaragoza. 9-10 marzo 2022)[8].

Más concretamente, dicha Declaración pone de manifiesto que, respecto a la vigilancia de la COVID-19, durante la fase de transición hasta la implementación completa del sistema de vigilancia centinela de infecciones respiratorias agudas (IRAs), se debe mantener un sistema de vigilancia capaz de detectar aumentos de la incidencia en la población general, que permita la detección precoz de nuevas variantes y la medición de la efectividad vacunal, incluyendo, al menos:

a) La vigilancia individualizada de los casos de COVID-19 en ámbitos vulnerables y casos graves.

b) La vigilancia y seguimiento de brotes epidémicos en entornos vulnerables, en riesgo de exclusión social y en otros ámbitos que se consideren de interés.

La presente guía está en consonancia con la intención de la actual política sanitaria en España.

El objetivo de esta guía es aportar las medidas de prevención y control ante la aparición de casos nosocomiales o brotes de SARS-CoV-2 en centros sanitarios y sociosanitarios, para dar una respuesta rápida y eficaz, evitando así la propagación del virus.

2

Definiciones

El Real Decreto 1277/2003 establece las definiciones de centros, servicios y establecimientos sanitarios[9].

Centro sanitario

Conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan básicamente actividades sanitarias con el fin de mejorar la salud de las personas. Los centros sanitarios pueden estar integrados por uno o varios servicios sanitarios, que constituyen su oferta asistencial.

Se entiende por lo tanto como centro sanitario cualquier institución dedicada a la atención sanitaria de personas que solicitan asistencia sanitaria (sanas, enfermas o dependientes), incluyendo centros de atención primaria, de hemodiálisis y hospitales.

Los hospitales incluyen:

- Hospitales y/o unidades de larga estancia destinados a la atención a pacientes que precisan cuidados sanitarios de larga duración, en general de baja complejidad, por procesos crónicos o por tener reducido su grado de independencia funcional para la actividad cotidiana, que no pueden proporcionarse en su domicilio o que requieren un periodo prolongado de internamiento.
- Hospitales y/o unidades de convalecencia o de subagudos, dirigidos a personas que tras sufrir un proceso agudo de enfermedad o accidente, o un episodio intercurrente en casos de enfermedad o discapacidad crónica, presentan limitaciones en su autonomía y requieren atención y cuidados durante un periodo de tiempo limitado (por ejemplo, estabilización clínica de enfermedades en fase subaguda, cuidado y cicatrización de úlceras, etc.).
- Hospitales y/o unidades de rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable, orientada a la recuperación de la autonomía perdida y la prevención de situaciones de discapacidad y dependencia.
- Hospitales y/o unidades polivalentes o mixtas.

Centros socio-sanitarios residenciales

Aquellos centros residenciales en los que se presta una atención sanitaria y social continuada, multidisciplinar, temporal o permanente, a pacientes institucionalizados que necesitan de unos cuidados sanitarios de larga duración, convalecencia o rehabilitación o a pacientes con algún tipo de dependencia.

La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores no profesionales.

No incluye centros dedicados en exclusiva a la atención social de personas con determinadas necesidades (ej: centros de acogida).

Se clasifican en:

- Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
- Residencia de personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad, independientemente de la edad.

Definición de trabajador de centro sanitario y sociosanitario

Para el propósito de este documento, se entiende por trabajador sanitario y sociosanitario todo aquel profesional que lleva a cabo tareas para promover o restaurar la salud de las personas, independientemente de la titulación y del ámbito de trabajo, y que trabaja en un centro sanitario o sociosanitario.

Se incluyen médicos, personal de enfermería, auxiliares y gerocultores, técnicos sanitarios, celadores, personal administrativo y todo el personal que presta su labor en el centro.

Definición y clasificación de los casos

La definición y clasificación de los casos en el ámbito comunitario pueden consultarse en la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de Covid 19 del Ministerio[4].

Definición de caso según origen (nosocomial *vs* comunitario)

La clasificación del caso como comunitario o de adquisición dentro del centro sanitario o sociosanitario se puede realizar en el caso de pacientes ingresados o institucionalizados (residentes de centros sociosanitarios), en función de la fecha de inicio de síntomas o de PDIA +. El European Center for Disease Control (ECDC) hace la siguiente clasificación[10]:

- Caso COVID-19 de origen comunitario:
  a) Síntomas presentes al ingreso o que aparecen en los dos primeros días de ingreso
  b) Inicio en los días 3- 7 días posteriores al ingreso y fuerte sospecha de vínculo comunitario

- Caso COVID-19 indeterminado:
  a) Inicio en los 3-7 días posteriores al ingreso sin información suficiente sobre la fuente de transmisión para asignarlo a otra categoría

- Caso COVID-19 Nosocomial Probable:

a) Inicio en los 3- 7 días posteriores al ingreso con fuerte sospecha de vínculo en el centro sanitario
b) Inicio en los 8-14 días posteriores al ingreso

- Nosocomial Definitivo:
  a) Inicio a partir del 15º día de ingreso

La evaluación de la fuente se hará caso por caso y debe tener en cuenta la prevalencia de COVID-19 en la institución/sala, el contacto con casos conocidos en la comunidad o el centro sanitario y cualquier otro dato que indique de manera plausible la fuente de la infección.

Los casos con inicio de síntomas dentro de los 14 días posteriores al alta de un centro sanitario o sociosanitario (por ejemplo, reingreso) pueden considerarse como caso comunitario, caso nosocomial probable o definitivo, o indeterminado. La designación de uno u otro debe hacerse después de una evaluación caso por caso.

Las definiciones de caso anteriores no se aplican a los trabajadores de la salud. Las mismas categorías pueden usarse para clasificar la fuente de infección entre los trabajadores de la salud, pero deben basarse en una evaluación caso por caso de la probabilidad de exposición a casos de COVID-19 en el entorno de atención médica o en la comunidad.

En la investigación de casos y brotes nosocomiales por COVID-19, interesan los casos de primoinfección confirmados o probables, así como los casos de reinfección.

Definición de caso de reinfección

ECDC define caso sospechoso de reinfección como sigue[10]: PCR positiva o prueba rápida de antígeno (RADT) positiva ≥ 60 días después de:

a) PCR positiva previa
b) RADT positivo anterior
c) Serología previa positiva (Ac anti-spike IgG).

Brote nosocomial de Covid

Si existe un solo caso confirmado, debe hacerse una investigación epidemiológica y evaluación del riesgo. Esto será de especial importancia cuando se sospeche que el caso ha sido adquirido de forma nosocomial (ej: paciente que lleva más de 14 días ingresado o con una PDIA al ingreso negativa).

Se declara la existencia de brote cuando se detecta al menos otro caso (confirmado, sospechoso o probable) con vínculo epidemiológico. A este respecto pueden darse las siguientes circunstancias:

- 2 pacientes con evidencia epidemiológica de adquisición nosocomial.
- 2 profesionales en el ámbito sanitario con evidencia epidemiológica de adquisición nosocomial.
- 1 paciente + 1 profesional sanitario con evidencia epidemiológica de adquisición nosocomial.

En el momento actual existe controversia respecto al número de casos a partir del cual considerar la existencia de un brote epidémico.

El documento del Ministerio define brote de infección por SARS-CoV-2, a efectos de notificación, como cualquier agrupación de 3 o más casos con infección activa en los que se ha establecido un vínculo epidemiológico[4].

En el Reino Unido, el gobierno británico considera que existe un brote epidémico en un centro sanitario cuando existen 2 o más casos (pacientes, trabajadores, acompañantes, visitas, etc.) en un área concreta y, en caso de afectación de pacientes, el paciente llevaba ingresado al menos 15 días[11].

Es prudente iniciar la investigación ante la aparición de 2 o más casos con vínculo epidemiológico, pero al Ministerio de Sanidad solo se notificarán aquellos en los que se detecten 3 o más casos, con el propósito de homogeneizar la información con el resto de España.

En centros de agudos se puede dar el caso de pacientes con estancias prolongadas; por similitud a la estrategia anterior, el abordaje debería ser el mismo, lo cual debe ser valorado por la persona responsable de la gestión de los casos Covid-19.

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 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 denominan “brotes mixtos”.

Fecha de inicio de brote: 2 días antes del diagnóstico del primer caso (inicio de síntomas o PDIA+ en asintomáticos).

Fecha de fin de brote: día en el que se cumplen 28 días sin casos nuevos (brote cerrado).

Clúster *versus* brote epidémico

Clúster: agrupación casual de casos en tiempo y espacio sin que pueda identificarse una asociación entre ellos, o bien una misma fuente o reservorio. Es típico en agrupaciones de casos de enfermedades no transmisibles, donde puede existir un foco contaminante sin identificar.

Brote epidémico: agrupación de casos en tiempo y espacio en los que SÍ puede identificarse una asociación epidemiológica entre ellos, o una fuente común de infección o reservorio. Es propio de enfermedades transmisibles.

En cualquier caso, consideramos que se trata de una diferenciación más técnica y académica; en la literatura científica es habitual emplear más el término brote epidémico cuando en realidad se trata de un clúster, y al revés.

Identificar la fuente de infección común es especialmente útil para el control de brotes epidémicos originados por fuentes ambientales o alimentarias (ej. legionella, listeria, etc.). En los brotes epidémicos de transmisión interpersonal la trazabilidad y direccionalidad de la transmisión no puede establecerse con claridad y certeza y dificulta su control; en estos casos, se considera caso primario aquel que, con más probabilidad, inició la cadena de transmisión en su entorno.

En el caso de la gestión de brotes Covid-19 es muy difícil identificar el caso primario de infección y trazar las cadenas de contagio. A nivel práctico lo más importante es la adopción precoz y pertinente de medidas que nos aseguren la interrupción de la transmisión y evitar la generación de casos secundarios. Si el afectado es un trabajador y se identifica una exposición de alto riesgo ajena al centro de trabajo al que se pudiera atribuir con cierta seguridad el origen de la infección y no se generan contactos estrechos en el centro sanitario o sociosanitario, no se considerará como caso del de dicho centro. Si el afectado es un paciente ingresado o institucionalizado es de gran importancia valorar y asignar correctamente su carácter nosocomial.

3

Gestión de brotes en centros sanitarios y sociosanitarios

El abordaje de un brote epidémico de Covid-19 que afecta a un centro sanitario parte, como en cualquier otro brote epidémico, de una adecuada caracterización del mismo; pero en el caso del SARS-CoV-2, por la elevada presión social y la posibilidad de aparición de nuevas variantes, el abordaje debe ser precoz, multifactorial y multidisciplinar.

La coordinación de la investigación y el control del brote será a cargo del Servicio de Medicina Preventiva/Epidemiología, en función del centro afectado, sin que ello impida la participación de otros profesionales, tal como establece la normativa del SAS[12].

Aquellos centros que no cuenten con Servicios de Medicina Preventiva (o estos no estén dotados de especialistas en Medicina Preventiva), deberán contactar con los centros de referencia o con el Servicio de Epidemiología.

No obstante, y según la documentación técnica de El Servicio Andaluz de Salud (SAS), para una resolución efectiva y precoz de los brotes, dada la complejidad de los hospitales y las dificultades que entraña establecer acciones conjuntas y coordinadas, justifican la búsqueda de una metodología cualitativa facilitadora de todo el proceso de investigación y control[13].

Caracterización del brote

Cuanto más "cerrada y estable" sea la población atendida por el centro, más fácil será caracterizar el brote y definir cadenas de transmisión.

Tipos de brotes según el origen más probable

Clasificar que el brote tiene origen nosocomial o no es importante de cara a las medidas a implementar. Esta clasificación es aplicable en general a aquellos centros

sanitarios con pacientes ingresados (hospitales, sociosanitarios, etc.) y específicamente a las áreas de hospitalización, no aplicable por tanto al ámbito de Consultas Externas, Rehabilitación, Diálisis, Hospital de día, Atención Primaria, etc., excepto que tras una investigación epidemiológica pueda establecerse con certeza un vínculo epidemiológico entre los casos.

La clasificación epidemiológica de este tipo de brotes, en función al día en que se detecta el primer caso EN PACIENTE INGRESADO, tal como se especifica en la definición de caso nosocomial (apartado DEFINICIONES) es como sigue::

- Nosocomial Indeterminado: 3-7 días de ingreso
- Nosocomial Probable: 8-14 días de ingreso
- Nosocomial Definitivo: >= 15 días de ingreso

Las anteriores definiciones no se aplican al profesional sanitario (ver apartado "definición de caso según origen").

La adscripción del caso al área afectada, va a depender de la valoración epidemiológica que se haga, de forma que se considere como más probable esa área como el origen de la infección (siempre teniendo en cuenta la dificultad de esta clasificación y los errores que se pueden producir). Esto puede ser fácil en caso de pacientes (días de estancia) pero puede ser más laborioso en caso de trabajadores y familiares.

Dado que el brote no tiene por qué afectar solo a pacientes ingresados, pueden ser útiles los criterios usados en Atención Primaria para definir brotes escolares; de forma genérica se trata de interrogar a los casos e investigar el vínculo epidemiológico más probable (contacto con un caso ajeno al centro o desconocido), los casos secundarios a contactos ajenos al centro no se incluyen como casos iniciales del brote, ni se puede asumir una posible transmisión en el centro sanitario. Sin embargo, si el brote ya se ha definido, todos los casos se deberían considerar vinculados al brote, excepto que por parte del investigador exista otro criterio.

Investigación del brote

Se seguirán los pasos habituales en la investigación de un brote:

1. Definición de caso (ver apartado DEFINICIONES): se hará la definición de caso en el brote que nos ocupa, teniendo en cuenta la definición de caso establecida en la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control del Ministerio[4] y haciendo referencia a criterios de tiempo y espacio del brote en cuestión.

2. Estudio de contactos:
   - pacientes ingresados: el total de pacientes a estudiar dependerá de cada situación, pero priorizando compañeros de habitación, otros pacientes que compartan personal sanitario y finalmente el resto de pacientes del área afectada.
   - pacientes dados de alta 48 h antes de la fecha de inicio de brote.
   - acompañantes y visitantes de casos.

3. Descripción de los casos: con un conjunto mínimo de variables a recoger: fecha de inicio de síntomas (FIS), fecha de diagnóstico, ingreso en UCI, nivel de gravedad, fallecimiento, tipo de diagnóstico (sospecha, probable, confirmado), sexo, fecha de nacimiento, factores de riesgo, categoría (profe-

sional sanitario, profesional socio-sanitario, paciente, visita, etc.), recorrido del paciente.
Antecedente de vacunación: registrar si el caso ha sido o no vacunado y detalles de la vacunación (dosis recibidas y fecha de la última dosis).
Antecedente de infección previa por SARS-Cov-2.

4. Representación de los casos en un cuadro sinóptico, si se considera necesario, para ayudar en la investigación del brote y a establecer el vínculo epidemiológico entre los casos. Se representará el recorrido de los pacientes, el periodo de exposición y contagio, la fecha de diagnóstico y de inicio de síntomas (FIS) (Fig 1).

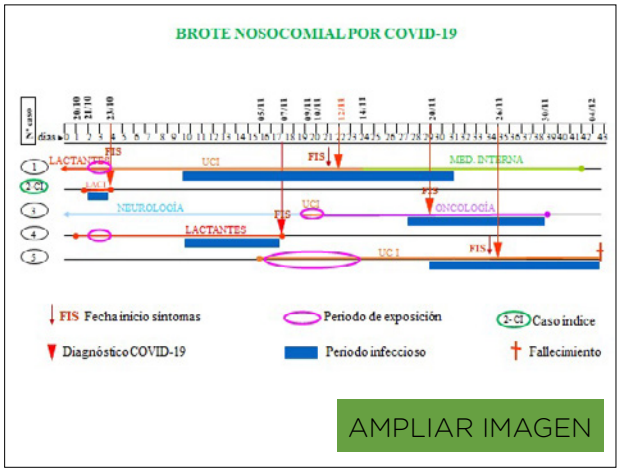

Figura 1. Ejemplo de representación témporo-espacial de un brote por Covid-19 en un centro sanitario.

5. Formulación de hipótesis sobre fuente y modo de transmisión (análisis de las medidas barrera y de control que hayan podido no respetarse y ser causantes del brote). Este análisis permitirá establecer las medidas de control oportunas adaptadas al brote en cuestión, y que se desarrollan de forma general en el siguiente apartado.

Medidas de prevención y control

Medidas básicas

Una parte importante de la prevención de situaciones epidémicas en centros sanitarios tiene que ver con las medidas organizativas y de gestión de pacientes (aislamiento, circuitos diferenciados, etc.), la higiene medioambiental y ventilación de espacios cerrados, y con el comportamiento de los trabajadores de los centros.

Respecto a las medidas generales, se deben seguir las recomendaciones del de los documentos técnicos del Ministerio de Sanidad, tanto el que focaliza la atención en las medidas preventivas y de control en relación a la transmisión plausible por aerosoles[14] como le relativo a las actuaciones de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales[15].

En el caso de las recomendaciones a seguir por parte de los sanitarios, se han emitido directrices por parte de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (SEMPSPGS)[16] con 5 recomendaciones clave:

- Maximizar las distancias
- Utilizar de forma adecuada la mascarilla
- Evitar espacios cerrados
- Fomentar la higiene de manos y la desinfección del entorno
- Utilizar las barreras de protección

El SAS también ha elaborado un documento de recomendaciones que se actualiza periódicamente y que incluye aspectos relativos al uso de EPI[17].

Recientemente, organismos como la OMS y el ECDC han emitido recomendaciones en relación

con el uso de mascarillas[18, 19]. La idea más importante de este documento es que el uso de la mascarilla siempre debe formar parte de un paquete de medidas preventivas que incluyen: higiene de manos, distancia física de al menos 1 metro, evitar tocarse la cara, etiqueta respiratoria, adecuada ventilación en espacios interiores, pruebas de laboratorio, estudio y trazabilidad de contactos, cuarentenas y aislamiento.

Las mascarillas tienen una doble función: evitar la transmisión de personas infectadas (sintomáticas o no) y prevenir la adquisición del virus en personas sanas.

Para cualquier tipo de mascarilla, es esencial su uso adecuado, el almacenamiento y limpieza de las reutilizables y el desecho adecuado de las no reutilizables

Medidas de aislamiento

Es uno de los aspectos cruciales en la gestión de casos, especialmente importante en el caso de brotes (sospechados o confirmados). Para ello se seguirán las recomendaciones contenidas en los documentos antes mencionados[4, 5, 11] y en el reciente documento de la Sociedad andaluza de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (SAMPSPGS)[20].

Medidas adicionales

En caso de que las medidas convencionales y básicas de prevención y control de infecciones en general y de brotes en particular no fuesen suficientes para controlar la situación, se requieren medidas adicionales, que conllevan mayor coste e incomodidad, tanto para trabajadores como para pacientes y acompañantes. Por eso deben reservarse como medidas de segunda línea en casos excepcionales (brotes de gran magnitud, afectación de áreas con pacientes más vulnerables, afectación de varias áreas simultáneamente, etc.).

En general, estas medidas van a requerir un esfuerzo coordinado por parte del Servicio de Medicina Preventiva, del equipo directivo, de la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales y de los mandos intermedios de las áreas afectadas, así como de todos los trabajadores del centro.

Medidas de vigilancia y control

- PDIA para detectar infección por SARS-CoV-2 con carácter urgente en contactos estrechos y con controles de Ct y/o serología (IgG) mediante técnicas de alto rendimiento (ELISA o similar).
- Revisión al menos dos veces al día (o con mayor frecuencia) de resultados microbiológicos.
- El Servicio de Microbiología participará de manera activa en la comunicación de resultados. Se establecerán circuitos de comunicación permanentes entre el Servicio de Microbiología y el Servicio de Medicina Preventiva, para la comunicación de resultados urgentes o relevantes.
- Cribados seriados “ampliados” a pacientes y trabajadores (el término ampliado se refiere a que no se limitaron a contactos estrechos sino al máximo de pacientes ingresados y trabajadores en activo) La búsqueda de casos con infección activa, se debe realizar en aquellos brotes con difícil control y utilizando PCR para el diagnóstico. La realización de serología puede ayudar al diseño de sectorizaciones.
- Actuaciones como el control de temperatura en las entradas a los centros, no tienen evidencia y se deben eliminar.

Refuerzo de medidas preventivas

En general, se seguirán las medidas indicadas en la Orden de 24 de febrero de 2022, por la que se actualizan las medidas sanitarias y preventivas de salud pública en los centros sociosanitarios, otros centros y servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Andalucía para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus (COVID-19)[22].

Para usuarios:

- Prohibición de visitas, excepto en Pediatría/ Ginecología, grandes dependientes, pacientes graves y terminales.
- Entrega de mascarilla quirúrgica a todos los pacientes y acompañantes para ser utilizada obligatoriamente durante su permanencia en las instalaciones del centro e indicación expresa por parte del personal en los accesos de la realización de higiene de manos con productos de base alcohólica.
- Control a la entrada del hospital para evitar las estancias innecesarias de pacientes en las instalaciones del hospital; el acceso únicamente se permitirá con el tiempo de antelación suficiente para sus citas.
- Estrategias de información a la población general. En los puntos de entrada al Centro, el personal celador que regula la entrada de pacientes, familiares y acompañantes, entregará información por escrito, de las normas generales establecidas en el Centro para el control y prevención de la transmisión del SARS-CoV-2, en el hospital. Esta tarea también se realizará en las Unidades de Hospitalización por el personal de enfermería de las Unidades correspondientes y por el personal de enfermería de Medicina Preventiva. Se recomienda sistemas para facilitar el acceso a esta información: disponibilidad en la página WEB del Hospital, enlaces a códigos QR, etc.

Para trabajadores

- Recomendación de uso de FFP2 y pantallas faciales para trabajadores que atienden a pacientes en un contexto de brote.
- Refuerzo de los mensajes sobre uso de espacios cerrados (ej. office y comportamiento de los mismos, llevando mascarillas oportunas y evitando uso compartido si no se puede asegurar la distancia de seguridad. (anexo 1).
- Refuerzo de la formación al personal sobre el uso de EPIs.
- Reuniones con los mandos intermedios (jefes de servicio y supervisores) para reforzar la información proporcionada sobre las medidas tomadas, insistir en su papel de transmisores de información y vigilantes del cumplimiento de dichas medidas.
- Puesta a disposición del personal de las áreas de hospitalización de las salas adicionales más grandes y/o mejor ventiladas (ej. las de uso de familiares y visitas, salas de sesiones clínicas, espacios al aire libre si las condiciones climáticas lo permiten, etc.) para evitar el uso indebido de los office superando el aforo establecido.
- Contratación de todos los profesionales disponibles, ofreciendo la realización de jornadas extraordinarias remuneradas a aquellos trabajadores que libremente lo deseen.
- Reorganizaciones en las distintas áreas para facilitar el deslizamiento de recursos humanos a aquellas con mayor sobrecarga.

Higiene hospitalaria

- Sectorización de áreas, separando contactos estrechos del resto y traslado de positivos a áreas Covid y cierre a nuevos ingresos de las áreas con mayor afectación.
- El procedimiento de limpieza y desinfección de las superficies en contacto con el paciente

se hará de acuerdo con la política habitual de limpieza y desinfección del centro.

- Refuerzo de limpieza 2 veces/día y de la formación del personal de limpieza y del personal auxiliar, responsable de la limpieza de superficies del entorno cercano del paciente, así como del aparataje y fómites.
- Valoración de medidas relacionadas con el refuerzo de la ventilación de las estancias solicitando al Servicio de Mantenimiento la verificación del correcto funcionamiento de la ventilación artificial (renovaciones de aire necesarias, flujos de aire, presiones diferenciales, temperaturas, etc.).
- Recomendamos el uso de sistemas adicionales de desinfección mediante sistemas "no touch". Estas tecnologías complementan, pero no reemplazan, la limpieza y desinfección manual. Las superficies, se deben limpiar manualmente de suciedad y residuos y posteriormente, desinfectar. Cada centro, valorará el sistema más apropiado a utilizar: luz UV-C, peróxido de hidrógeno vaporizado, peróxido de hidrógeno nebulizado, peróxido de hidrógeno mezclado con ácido peracético o pulverización de amonios cuaternarios.

El anexo 2 recoge las medidas específicas para centros sociosanitarios residenciales[4, 5, 21, 23].

Monitorización y feedback

En situaciones epidémicas es muy importante asegurar que se cumplen las medidas recomendadas. Para ellos se deben establecer sistemas de monitorización del cumplimiento de las mismas y el feedback a los profesionales.

De esta forma, se designará en el área afectada un responsable del cumplimiento estricto de las medidas de prevención y control del brote (EPI, medidas de aislamiento, régimen de visitas, uso correcto de mascarilla por parte de los pacientes, vigilancia activa de síntomas compatibles en pacientes ingresados...)

4

Coordinación y activación de planes y medidas poblacionales, salud publica y de atención sanitaria

La falta de coordinación entre sectores y niveles supone riesgo para el ciudadano, el paciente, desmotivación para los profesionales, uso inadecuado de recursos y una merma en la continuidad y calidad asistencial. Es por ello que se debe garantizar la existencia de las adecuadas vías de comunicación y consenso intersectorial e interniveles sanitarios asistenciales.

Órganos participativos de carácter intersectorial

Se definen unos órganos operativos y funcionales, adscritos a la Consejería de Presidencia para la gestión de situaciones de alerta y el impulso y coordinación de las actuaciones conjuntas que se desarrollen con el objeto de hacer frente a las mismas[22]:

- Comité Director de Alertas, de ámbito autonómico como órgano colegiado interdepartamental, de naturaleza decisoria y de participación administrativa y los correspondientes
- Comités de Coordinación territorial, de ámbito provincial.
- Grupo Asesor de Análisis y Seguimiento para el apoyo al Comité en la toma de decisiones ante la situación de alerta

Órganos participativos de carácter sanitario

Recientemente se ha creado el Consejo de Alertas de Salud Pública de Alto Impacto, adscrito a la Consejería de Salud y Familias, que adopta medidas de salud pública urgentes como respuesta inmediata a la situación de alerta de alto impacto y establece las instrucciones oportunas, localización, movilización y asignación de los recursos necesarios, tanto asistenciales (ámbito público o privado), como de salud pública[21].

Coordinación con la dirección general de salud pública y servicios sanitarios salud

Entre las funciones de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica se encuentran la protección, prevención y vigilancia de la salud, especialmente en momentos de crisis como el presente. Dentro de esas funciones se enmarca el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA), que cuenta con una amplia capacidad de detección e intervención ante este tipo de eventos considerados de alto riesgo.

En Andalucía, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) está integrado por dispositivos de diferentes niveles que utilizan un mismo sistema de información (RedAlerta).

Los niveles del SVEA son:

- En Atención Primaria: Epidemiólogos y enfermería de las Unidades de Epidemiología de AP
- En Atención Hospitalaria: especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública y enfermería de los Servicios de Medicina Preventiva.
- En las Delegaciones Provinciales de Salud: Servicio de Salud Pública (Sección de Epidemiología y Seguridad Alimentaria)
- En la Dirección General de Salud Pública: Servicio Vigilancia y Salud Laboral y Protección de la Salud

Este SVEA dispone, además, de un Sistema Integral de Alertas (SIA) dependiente de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica (DGSPyOF) constituido por 8 equipos de intervención provincial (1 por cada provincia) más un equipo de coordinación central que permite detectar de forma temprana aquellas situaciones de riesgo dentro y fuera del horario laboral los 365 días del año.

El Sistema Integral de Alertas en Salud Pública integra a los dispositivos de vigilancia epidemiológica con capacidad de activación de recursos asistenciales y protocolos de actuación para la toma de decisiones en caso de detección de alertas de Salud Pública y gestión de casos, con el apoyo de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) - 061.

Miembros

- Técnicos de la DGSPyOF
- Profesional de contacto designada por cada Consejería que presente una recomendación. (esta persona tendrá carácter permanente en cada Consejería)
- Profesional de la Dirección General que promueve la recomendación (en caso necesario).

Coordinación con distrito y atención primaria[22-24]

En Andalucía, la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud incluye las funciones de vigilancia epidemiológica que se vienen realizando a través de los equipos Médico-Enfermera de familia de los centros de atención primaria, en coordinación con las Unidades de Epidemiología de Distritos sanitarios. En toda la Red de Atención Primaria de Andalucía se realiza la detección, notificación e investigación de riesgos y situaciones que requieren una intervención y respuesta inmediata, actuando de acuerdo con la normativa específica del SVEA.

Esta tarea también se realiza en los hospitales cuya labor asistencial se integra con la epide-

miológica a través de los Servicios de Medicina Preventiva.

Ambos niveles asistenciales trabajan coordinados, ante respuestas de Salud Pública, con las Delegaciones Territoriales de Salud. La coordinación con Centros sanitarios y sociosanitarios privados corresponde a las Delegaciones Provinciales de Salud.

A nivel local otras medidas planteadas para el control de los brotes que pudieran aparecer, según el documento Plan de Vigilancia y Control del Covid-19 en Andalucía son:

- Se establecerán los protocolos específicos de actuación en caso de detección de brotes o transmisión comunitaria, que necesitarán la adopción de medidas de contención en los diferentes espacios territoriales, bajo el principio de proporcionalidad tras evaluación de riesgos por parte de la autoridad sanitaria, que permitan mitigar y controlar la eventual transmisión de COVID-19 pudiendo llegar a sectorizaciones mínimas y concretas.
- Se promocionará la adopción por parte de las entidades locales de un sistema de vigilancia en aguas residuales para el seguimiento de material genético del SARS-CoV-2 como indicador temprano de su transmisión, de conformidad con protocolos de muestreos, análisis y evaluación de resultados coordinados y conjuntados con la vigilancia epidemiológica.

Coordinación con la unidad de prevención de riesgos laborales

La coordinación de los Servicios de Salud Pública con los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2, se vienen realizando a través de los documentos de Procedimientos de Actuación para los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, que se actualizan constantemente con las modificaciones oportunas para abordar la actuación frente al Covid-19[12].

A nivel central existe coordinación entre el Servicio de Vigilancia y Salud Laboral y el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Servicio Andaluz de Salud, así como con Servicios de Prevención Ajenos.

5

Bibliografía

1. Universidad John Hopkins. Revisado el 27 de enero de 2022. Disponible en: https://coronavirus.jhu.edu/map.html).

2. Centro Coordinador de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES). Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm)

3. Centro Coordinador de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES). Ministerio de Sanidad. Disponible en:https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/InformesCOVID-19.aspx

4. Estrategia de Detección Precoz, Vigilancia Y Control de COVID-19. Actualizado a 18 de diciembre de 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf

5. Adaptación de la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19 en periodo de alta transmisión comunitaria. Comisión de Salud Pública. 30/12/2021. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Adaptacion_estrategia_vigilancia_y_control.pdf

6. Actualización nº 541. Enfermedad por coronavirus (COVID-19). 13.01.2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_541_COVID-19.pdf

7. Informe nº 119 CNE. Situación Covid-19 en España. Informe Covid-19, 23 de febrero 2022. . https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID-19%202022/Informe%20n%C2%BA%20119%20Situaci%C3%B3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%2023%20de%20febrero%20de%202022.pdf

8. Ministerio de Sanidad. Declaración de Zaragoza sobre Vigilancia en Salud Pública. Zaragoza. 9-10 marzo 2022.

9. Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

10. Surveillance definitions for COVID-19. ECDC. Disponible en:

11. https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/surveillance-definitions#:~:text=Source%20of%20infection%3A%20healthcare,day%20%3E14%20after%20admission

12. COVID-19: epidemiological definitions of outbreaks and clusters in particular settings. Published 7 August 2020. Disponible en: https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-epidemiological-definitions-of-outbreaks-and-clusters

13. Instrucciones conjuntas de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de la Consejería de Salud y Familias y de la Dirección General de Personal del Servicio Andaluz de Salud sobre la actuación del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Servicio Andaluz de Salud en el seguimiento de casos y contactos laborales por Covid-19

14. Documento Técnico de Apoyo Metodológico para el Abordaje Integral de Brotes Nosocomiales, aprobado por la Consejería de Salud (disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af95879cdd87_apoyo_metodologico.pdf

15. Evaluación del riesgo de la transmisión del SARS-CoV-2 mediante aerosoles. Medidas de prevención y Recomendaciones. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/

alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Aerosoles.pdf

16. Procedimiento de actuación para los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales frente a la exposición del SARS-CoV-2, fecha del 15/02/2021 y disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Proteccion_Trabajadores_SARS-CoV-2.pdf

17. Recomendaciones para prevenir la transmisión de SARS-CoV-2 en los centros sanitarios. SEMPSPH. 17 de septiembre de 2020. Disponible en: https://www.sempsph.com/es/noticias/recomendaciones-para-prevenir-la-transmision-de-sars-cov-2-en-los-centros-sanitarios.html)

18. Guía sobre el uso de equipos de protección en centros del SAS frente al coronavirus SARS-CoV-2. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2020/V2%20GU%C3%8DA%20EPIS%2001-12-2020.pdf

19. Mask use in the context of Covid-19. Interim guidance 1 december 2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1319378/retrieve.

20. Grupo de trabajo de la SAMPSPGS. Recomendaciones de criterios de mantenimiento y retirada de aislamientos en pacientes COVID Versión 2 (Enero 2022). Disponible en: https://www.sociedadandaluzapreventiva.com/wp-content/uploads/Recomendaciones-de-criterios-de-mantenimiento-y-retirada-de-aislamientos-en-pacientes-COVID_v2-27_01_22.pdf

21. European Centre for Disease Prevention and Control. Using face masks in the community: first update. 15 February 2021. ECDC: Stockholm; 2021

22. Data collection on COVID-19 outbreaks in closed settings: long-term care facilities 18 February 2022 Version 2.1. Disponible : https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Data-collection-on-COVID-19-outbreaks-in-closed-settings-Version%202.1-18-Feb-2022.pdf

23.

24. Decreto-ley 13/2020, de 18 de mayo, por el que se establecen medidas extraordinarias y urgentes relativas a establecimientos hoteleros, coordinación de alertas, impulso de la telematización, reactivación del sector cultural y flexibilización en diversos ámbitos ante la situación generada por el coronavirus (COVID-19).

25.

26. Orden de 24 de febrero de 2022, por la que se actualizan las medidas sanitarias y preventivas de salud pública en los centros sociosanitarios, otros centros y servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Andalucía para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus (COVID-19). BOJA Extraordinario núm.º 7 de 1 de marzo de 2022.

27.

28. Plan de Vigilancia y Prevención de Brotes de COVID-19 en Andalucía, de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica del 8 de junio del 2020. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Acuerdo%20CG%20toma%20raz%C3%B3n%20del%20Plan%20Andaluz%20de%20Vigilancia%20y%20Prevenci%C3%B3n%20de%20Brotes%20del%20COVID-19.pdf

Anexo 1

Dodecálogo de medidas de prevención primaria y de control de la transmisión de SARS-COV-2 en centros sanitarios

Las siguientes medidas están indicadas mientras dure la pandemia y, posteriormente, en caso de brote en un centro sanitario.

Atención a pacientes

1. Los **profesionales deben usar mascarilla siempre** cuando vayan a atender a pacientes (hospitalizados o en consulta). Utilizarán mascarilla de **filtro de partículas y protección ocular** para: 1) procedimientos sobre vía respiratoria que puedan generar aerosoles, 2) exploraciones/procedimientos en los que la atención es muy cercana de forma mantenida (Oftalmología, ORL ...) y 3) atención a niños pequeños y pacientes psiquiátricos o dementes. Los **pacientes también deben llevar siempre mascarilla quirúrgica** (se les entregará una al llegar si no la llevan).

2. Los profesionales no deben atender a pacientes que no tengan mascarilla (salvo exención por indicación médica). Se recomienda colocar carteles en las habitaciones y las salas de **espera que anuncien "los profesionales no están autorizados a atender a pacientes que no tengan la mascarilla bien colocada"**.

3. Los pacientes en **habitaciones compartidas deben tener siempre la mascarilla bien colocada.**

4. Se hará **checklist** de síntomas compatibles al inicio de cada turno al paciente hospitalizado. A los pacientes que acuden a consulta, al llegar.

Interacción con compañeros

5. Los profesionales no deben estar **nunca sin mascarilla a menos** de dos metros de otros compañeros de trabajo (dentro ni fuera del hospital).

6. Los profesionales **no deben dormir/descansar juntos sin mascarilla** (si hay más de una persona en la habitación, deberán usar mascarilla quirúrgica todos).

Evitar en lo posible compartir con otros compañeros espacios cerrados durante más de 10 minutos.

7. Los profesionales **no deben comer/beber en la misma sala a menos de dos metros.** Se preferirán mesas individuales. Si se comparte mesa, **nunca más de dos personas por mesa** y será obligatoria una distancia entre las sillas de más de 2 m (mesas señalizadas).

8. **No debe haber más de 3-4 personas por cada 10 m2** en una sala y lo más alejados posible.

Visitas/acompañantes

9. En habitaciones compartidas, las visitas deben restringirse: **1 visita al día, en horario prefijado** (máximo 1 hora). Las visitas deben llevar mascarilla quirúrgica para poder permanecer en la habitación.

10. Solo en caso de que se considere necesario, se permitirá la presencia continuada de un familiar (autorizado por el supervisor/responsable del paciente) y en este caso, **el familiar se compromete al uso continuado de la mascarilla quirúrgica.**

Cafeterías y salas de estar. Descansos

11. Serán **de preferencia individuales.** En cualquier caso, las mesas se dispondrán de tal forma que **las sillas de la misma mesa se encuentren a más de 2 metros** (se colocarán las sillas en los extremos de la mesa que estén a más distancia).

12. Se priorizarán las comidas y los descanso al aire libre, para lo que se habilitarán en el recinto exterior del hospital, **áreas al aire libre** con este fin.

Anexo
2

Medidas concretas para gestión de brotes en centros sociosanitarios residenciales

Medidas Preventivas

Vacunación

Se recomienda vacunación completa de los residentes y trabajadores, consistente en primovacunación y dosis de recuerdo según las indicaciones vigentes, contemplando la variable medicación en casos individualizados.

Medidas Generales

Distancia física de seguridad, higiene de manos, uso de mascarilla y ventilación adecuada de los espacios cerrados.

Los visitantes externos y los trabajadores de los centros residenciales de personas mayores o con discapacidad deben emplear siempre mascarilla.

Los residentes en centros residenciales de personas mayores y con discapacidad deben hacer un uso adecuado de mascarillas en los espacios cerrados de uso público. No será exigible cuando los usuarios y los trabajadores tengan coberturas de vacunación contra el COVID-19 superiores al 80% con pauta completa y dosis de recuerdo en regla.

Durante los periodos de alta transmisión comunitaria se recomendará a los trabajadores de los centros residenciales el uso de mascarillas FFP2.

Al ingreso y regreso de residentes se mantendrá una vigilancia activa de síntomas durante 10 días y se extremarán las medidas de prevención.

Realización de cribados periódicos en trabajadores según recomendaciones vigentes de la Autoridad Sanitaria.

Se recomienda que el personal que trabaja en más de un centro residencial o en un centro de día o en un centro sanitario de forma compartida extreme al máximo

las medidas de prevención y protección y que desempeñar su trabajo en unidades específicas COVID-19 de los centros sanitarios.

En caso de brote en el centro residencial, el uso de mascarilla será obligatorio para los residentes que hayan sido contactos estrechos hasta la finalización del estudio de brote.

Realización PDIA previo a los ingresos y regresos de larga duración de trabajadores y residentes. En las 48 horas previas, si la prueba es PCR, y 24 si se tratase de un Test de Antígeno. Siempre es preferible la realización de PCR.

Medidas de control del brote

Casos Covid

Se procederá al aislamiento de casos Covid -19 residentes en habitación individual.

El aislamiento se mantendrá durante 7 días desde el inicio de síntomas, pudiendo levantarse si en el momento de finalización de este periodo la persona está asintomática y han transcurrido al menos 3 días tras la resolución de los síntomas.

En los casos de enfermedad grave o inmunosupresión el tiempo de aislamiento se valorará en función del curso clínico, pudiéndose levantar tras 3 días sin síntomas y un test de antígeno negativo.

Si las personas contagiadas por COVID-19 son residentes y han requerido ingreso hospitalario, podrán recibir el alta hospitalaria si su situación clínica lo permite, independientemente de los resultados de PDIA.

Tras el periodo de aislamiento mínimo de 7 días y hasta completar 10 días posteriores al inicio de síntomas, o a la fecha de diagnóstico en los casos asintomáticos, las personas contagiadas del COVID-19 deberán extremar las precauciones, reducir interacciones sociales, especialmente con personas vulnerables, y usar constantemente la mascarilla, salvo excepciones por imposibilidad de uso de la misma.

Los trabajadores que sean casos Covid-19 deberán seguir las recomendaciones de aislamiento que defina la Estrategia. Una vez finalizado el periodo de aislamiento recomendado y para su reincorporación a su puesto de trabajo es exigible un test de antígeno previo negativo.

Contactos Estrechos

Se identificarán los contactos estrechos desde las 48 horas previas al inicio de síntomas y, en asintomáticos, desde las 48 horas previas a la toma de muestra. Para la clasificación se utilizará la definición empleada en la ESTRATEGIA DE DETECCIÓN PRECOZ, VIGILANCIA Y CONTROL DE COVID-19 (en adelante, la Estrategia) :

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, 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.

Se recomienda explorar los contactos estrechos en espacios comunes, habitaciones y comedores, así como las salidas y visitas de los casos.

Si el caso se trata de un trabajador, se explorará su ámbito familiar y de relaciones en busca del caso primario.

Por norma general, se incluirán los trabajadores que hayan prestado asistencia de aseo y comida a un caso confirmado durante el periodo de contagiosidad, ya que la probabilidad de accidentes es mayor. De la misma manera, si el caso es un trabajador, se incluirán como contactos estrechos a los residentes a los que hayan asistido en aseo y/o comida.

Los residentes y trabajadores completamente vacunados están exentos de realización de cuarentena, salvo las excepciones que marque la Estrategia. En todo caso deben extremar las medidas y recomendaciones generales.

Los residentes incompletamente vacunados o inmunodeprimidos deberán realizar cuarentena.

Los trabajadores no vacunados, o incompletamente vacunados no podrán acudir a sus centros de trabajo, ya que es un ámbito de especial vulnerabilidad. En el terreno extra laboral seguirán las recomendaciones de la Estrategia, vigentes para población general.

Los contactos estrechos deberán realizar un test de antígeno inicial y una PCR entre los días 3 a 5 postexposición. La realización de PDIA es independiente de la exención o no de cuarentenas.