

# **INFORMACIÓN Y PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA ALERTA SANITARIA POR SARS-CoV-2 (COVID-19)**

A todo el personal del CRC:

## **1. INFORMACIÓN RELEVANTE A LA ALERTA SANITARIA POR SARS-CoV-2**

### **Antecedentes y descripción epidemiológica:**

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó sobre un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida, con una exposición común a un mercado mayorista de marisco, pescado y animales vivos en la ciudad de Wuhan, incluyendo siete casos graves. El inicio de los síntomas del primer caso fue el 8 de diciembre de 2019. El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la familia *Coronaviridae* que posteriormente ha sido denominado SARS-CoV-2, cuya secuencia genética fue compartida por las autoridades chinas el 12 de enero.

Desde el inicio de la epidemia hasta el 11.03.2020 se han detectado más de 118.000 casos, de los cuales más de 20.000 se han detectado fuera de China y el número de fallecidos a nivel global asciende a más de 4.200. En España hasta el 11.03.2020 se han detectado 2140 casos y el número de fallecidos ha sido de 48.

Los coronavirus son una familia de virus que causan 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 pueden transmitirse de los animales a los humanos. Los coronavirus que afectan al ser humano (HCoV) pueden producir cuadros clínicos que van desde el resfriado común con patrón estacional en invierno hasta otros más graves como los producidos por los virus del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (por sus siglas en inglés, SARS) y del Síndrome Respiratorio de Oriente Próximo (MERS-CoV).

### **Fuente de infección:**

Igual que en otros brotes causados por coronavirus, la fuente primaria más probable de la enfermedad producida por el SARS-CoV-2 es de origen animal. En este momento parece claro que el reservorio del virus es el murciélago, mientras que se sigue investigando acerca del animal hospedador intermediario, habiendo controversia entre el pangolín y otros

### **Mecanismo de transmisión humano-humano**

La vía de transmisión entre humanos se considera similar al descrito para otros coronavirus a través de las secreciones de personas infectadas, principalmente por contacto directo con gotas respiratorias de más de 5 micras (capaces de transmitirse a distancias de hasta 2 metros) y las manos o los fómites contaminados con estas secreciones seguido del contacto con la mucosa de la boca, nariz u ojos. El SARS-CoV-2 se ha detectado en secreciones nasofaríngea, incluyendo la saliva.

Actualmente se desconoce el tiempo de supervivencia de SARS-CoV-2 en el medio ambiente. Los coronavirus humanos pueden permanecer activos en superficies inanimadas hasta 9 días, sin embargo a temperaturas  $\geq 30^{\circ}\text{C}$  la supervivencia es más corta. Se estima que la supervivencia del SARS-CoV es de

varios días y la del MERS-CoV >48 horas a una temperatura ambiente promedio (20°C) en diferentes superficies. Los coronavirus humanos se inactivan de forma eficiente en presencia de etanol al 95% o de hipoclorito sódico en concentraciones superiores al 0.1%.

La transmisión aérea o por aerosoles (capaz de transmitirse a una distancia de más de 2 metros) no ha podido ser demostrada en el brote de SARS-CoV-2 en China (4) Sin embargo se cree que esta podría ocurrir durante la realización de procedimientos médicos invasivos del tracto respiratorio. Durante el brote de SARS de 2003 se pudo detectar la presencia del virus en el aire de habitaciones de pacientes hospitalizados.

Aunque se ha detectado el genoma y el virus infeccioso en heces de personas enfermas, la transmisión a través de las heces es otra hipótesis para la cual no existe evidencia en esta epidemia hasta la fecha. Las manifestaciones clínicas gastrointestinales, aunque presentes no son demasiado frecuentes en los casos de COVID-19, lo que indicaría que esta vía de transmisión, en caso de existir, tendría un impacto menor en la evolución de la epidemia.

No hay evidencia suficiente acerca de la transmisión vertical del SARS-CoV-2, aunque los datos de una serie de 9 embarazadas indican la ausencia del virus en muestras de líquido amniótico, cordón umbilical y leche materna

#### **Periodo de incubación e intervalo serial**

El periodo de incubación medio es de 5-6 días, con un rango de 1 a 14 días.

El intervalo serial medio calculado en China con los primeros 425 casos fue 7,5 días con una desviación estándar de  $\pm 3,4$  días (IC 95%)

#### **Duración de la enfermedad**

El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la recuperación es de 2 semanas cuando la enfermedad ha sido leve y 3-6 semanas cuando ha sido grave o crítica. El tiempo entre el inicio de síntomas hasta la instauración de síntomas graves como la hipoxemia es de 1 semana, y de 2-8 semanas hasta que se produce el fallecimiento.

#### **Sintomatología y evolución clínica**

En el informe de la misión de la OMS en China se describen los síntomas y signos más frecuentes 55.924 casos confirmados por laboratorio, que incluyen: fiebre (87,9%), tos seca (67,7%), astenia (38,1%), expectoración (33,4%), disnea (18,6 %), dolor de garganta (13,9%), cefalea (13,6%), mialgia o artralgia (14,8%), escalofríos (11,4%), náuseas o vómitos (5,0%), congestión nasal (4,8%), diarrea (3,7%), hemoptisis (0,9%) y congestión conjuntival (0,8%).

#### **Gravedad y letalidad**

Los datos sobre gravedad de los casos confirmados han ido variando a lo largo del tiempo, lo cual es frecuente durante los brotes de enfermedades emergentes, en los que inicialmente se detectan los casos más graves y a medida que evoluciona se identifican casos más leves. En la serie hospitalaria de Wuhan con los primeros 99 pacientes ingresados, 31% precisaron cuidados intensivos, mientras que en la serie de 1.099 casos ingresados en 532 hospitales en China, 15,7% fueron considerados casos con neumonía grave pero sólo 5% fueron ingresados en UCI y 2,1% requirieron ventilación mecánica. Por el momento la evidencia es limitada por lo que los datos deben interpretarse con precaución debido a la actualización constante de los mismos.

Hasta la fecha, la proporción de defunciones entre los casos confirmados ha oscilado en torno al 3% en China. En los brotes detectados en otros países se han observado cifras diferentes a las notificadas en China, siendo mayores en algunos países como Irán al comienzo del brote y menores en otros como Corea del Sur o Singapur, lo que puede responder a diferencias en la sensibilidad de los sistemas de vigilancia de cada país. Además, ya que las defunciones se producen al cabo de varios días desde la notificación y los casos nuevos se actualizan cada día, estos cálculos deben interpretarse de forma cautelosa. El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el desenlace (muerte/recuperación), así como el grado de infranotificación de los casos, especialmente de los menos graves, varía con el tiempo y entre ciudades y países, por lo que una estimación precisa de la letalidad no es posible en la actualidad. En las primeras dos series publicadas de casos hospitalizados (n=41 y n=99), la letalidad fue 15% y 11% respectivamente, lo que refleja la situación inicial de la epidemia que se ha comentado. En la serie hospitalaria de 1.099 casos la letalidad ha sido del 1,35% con un 93,6% de casos aún ingresados, lo que indica que este resultado es muy poco valorable. Mediante modelización se ha estimado una letalidad entre los casos hospitalizados de 14% (IC95% 3,9-32%).

Según la serie publicada por el CDC Chino con un total de 1.023 muertes entre los casos confirmados (44.672) la letalidad bruta fue 2,3%. El grupo de edad  $\geq 80$  años tuvo la letalidad más alta de todos los grupos de edad con 14,8%. Los pacientes que no presentaban comorbilidades tuvieron una tasa de letalidad de 0.9%, frente a los pacientes con comorbilidades que tuvieron tasas mucho más altas: 10.5% para aquellos con enfermedad cardiovascular, 7.3% para diabetes, 6.3% para enfermedad respiratoria crónica, 6.0% para hipertensión, y 5.6% para el cáncer. La tasa de letalidad también fue muy alta para los casos clasificados como críticos (insuficiencia respiratoria, shock séptico y/o disfunción / fallo multiorgánico) con un 49% (53).

### **Tratamiento**

No existe un tratamiento específico para esta enfermedad hasta la fecha y por lo tanto es fundamental asegurar un tratamiento de soporte precoz. Sin embargo la OMS ha publicado una guía de recomendaciones de tratamiento fundamentada en la evidencia tras el tratamiento del SARS, MERS-CoV o gripe grave.

## **2. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN**

Como organización que presta sus servicios de reconocimientos médicos al público general, la dirección de la empresa conjuntamente con la dirección del El Corte Inglés, donde desarrollamos nuestra actividad, consideramos necesario implantar un protocolo de actuación en tanto se mantenga la alerta sanitaria por esta causa. Por ello solicitamos de todo el personal que siga las siguientes pautas:

### **1. Minimización de posibilidad de contagio:**

- a. Evitar en lo posible el contacto con los clientes. Dado que la transmisión del virus se produce por contacto o proximidad, intentaremos evitar el contacto directo y procuraremos mantener una distancia de seguridad de 1-2 metros con el cliente.
- b. Higienización de manos. Se pondrá a disposición de los trabajadores del centro gel antiséptico para su uso siempre que se haya mantenido contacto directo con cualquier

cliente. Si no está temporalmente disponible, se deberá seguir la misma sistemática con un lavado de manos completo con agua y jabón.

- c. Transmisión por el aire. El uso de mascarillas está indicado a los portadores del virus para evitar su propagación, no siendo recomendado el uso de mascarillas para evitar la infección por lo que no se consideran necesario su uso.

## **2. Limpieza de superficies:**

- a. Lápiz y tablet de firma. Antes de cada uso por parte de un cliente y a su vista, limpiaremos la superficie del lápiz y tablet que entran en contacto con la piel de la mano del cliente con un algodón, gasa o papel desechable impregnado con una solución de hipoclorito sódico en concentración superior al 0.1%. Si no se dispusiera de esta solución, se podrá utilizar opcionalmente gel antiséptico o alcohol  $\geq 95\%$ . Dicho elemento de limpieza deberá ser desechado en cada uso.
- b. Equipos de uso propio con clientes (auriculares, esfigomanómetro, equipo de pruebas de visión, etc...), Todos los equipos que entren en contacto con los pacientes deberán ser limpiados antes de cada uso con un algodón, gasa o papel desechable impregnado con una solución de hipoclorito sódico en concentración superior al 0.1%. Si no se dispusiera de esta solución, se podrá utilizar opcionalmente gel antiséptico o alcohol  $\leq 95\%$ . Dicho elemento de limpieza deberá ser desechado en cada uso.
- c. Mostrador y superficies de contacto. Todos las superficies que entren o puedan entrar en contacto con los pacientes deberán ser limpiadas diariamente con una solución de hipoclorito sódico en concentración superior al 0.1%. Si no se dispusiera de esta solución, se podrá utilizar opcionalmente gel antiséptico o alcohol  $\leq 95\%$ .

Esta información y protocolo de actuación seguirán vigentes en tanto no sea necesaria una actualización de la misma y en tanto se mantenga activada la alerta sanitaria.

Rogamos a todo el personal cumpla y haga cumplir estas medidas en beneficio de todos.

Atentamente,

*La Dirección.*

Centro asociado a la Asociación Española de Centros Médico-Psicotécnicos ASECEMP  
GARANTIA DE CALIDAD

