

COVID-19

PLAN DE CONTINGENCIA

5ª Actualización- 18/11/2021

ÍNDICE

1 Información epidemiológica.....3

2 Transmisión del SARS-CoV-2 en diferentes entornos.....9

3 Medidas higienicas generales.....10

4 Desarrollo de vacunas frente a SARS-CoV-2.....12

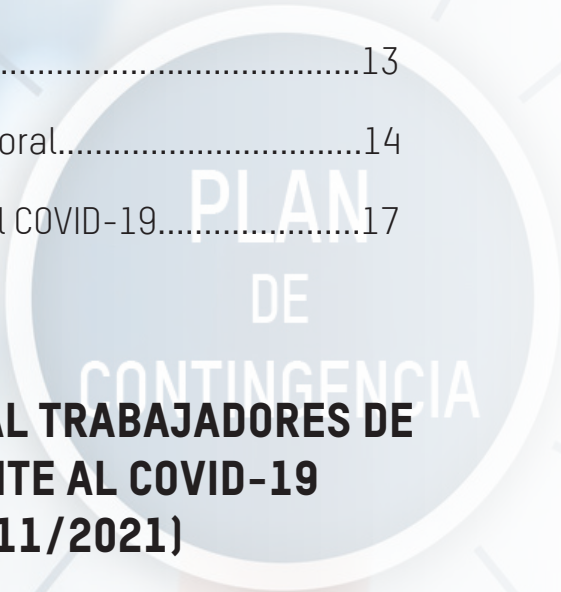
5 Normas de actuación si presenta síntomas de la enfermedad.....13

6 Información en caso de baja laboral.....14

7 Preguntas y respuestas sobre el COVID-19.....17

INFORMACION AL PERSONAL TRABAJADORES DE GRUPO SURESTE FRENTE AL COVID-19 (REVISIÓN 18/11/2021)

Se solicita a todo el personal de Grupo Sureste apelar a la responsabilidad personal para evitar el contagio entre las personas.



1 INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Información Epidemiológica
sobre Covid-19, 18/11/2021
Ministerio Sanidad

ESTA INFORMACIÓN SE HA EXTRAÍDO DE DIFERENTES DOCUMENTOS ELABORADOS Y ACTUALIZADOS POR EL MINISTERIO DE SANIDAD CENTRO DE CONTROL DE ALERTAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS. INFORMACIÓN CIENTÍFICA TÉCNICA SOBRE LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (15/01/2021), COVID-19 E INFORMACIÓN SOBRE LA INMUNIDAD FRENTE A COVID-19 (15/10/2021)

Al ser un documento científico se ha extraído los datos más relevantes para el conocimiento del personal. Pueden consultar el documento original en la Página del Ministerio de Sanidad.

El día 11 de marzo, la OMS declaró la pandemia mundial. Desde el inicio de la misma hasta la fecha de este informe, se han alcanzado más de 250 millones de casos notificados en todo el mundo y más de 5 millones de casos en España. 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 (SARS) y del Síndrome Respiratorio de Oriente Próximo (MERS-CoV).

1 -Mecanismo de transmisión humano- humano.

Se considera que SARS-CoV-2 puede transmitirse de persona a persona por diferentes vías, siendo la principal mediante el contacto y la inhalación de las gotas y aerosoles respiratorios emitidos por un enfermo hasta las vías respiratorias superiores e inferiores de una persona susceptible, 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.

Permanencia en superficies;

a.-En un estudio cuando se mantiene a 21-23 °C y con 40% de humedad relativa

La permanencia de SARS-CoV-2 viable en superficies:

- Cobre (4 horas)
- Cartón (24 horas).
- Acero inoxidable (48 horas)
- Plástico (72 horas)

2.- En otro estudio, a 22 °C y 60% de humedad, se deja de detectar el virus tras:

- 3 horas sobre superficie de papel (de imprimir o pañuelo de papel)
- 1 a 2 días cuando lo aplican sobre madera, ropa o vidrio
- Más de 4 días cuando se aplica sobre acero inoxidable, plástico, billetes de dinero y mascarillas quirúrgicas.

La presencia en el aire depende de las diferentes concentraciones y de los lugares. Los estudios demuestran que la ventilación, la limpieza continua y la disminución de concentración de personas, en lugares son las medidas preventivas hasta la fecha más efectivas.

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.

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.

Se considera que el riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 a través de la sangre o hemoderi-

vados es muy bajo. Por una parte, la carga viral de las personas con viremia es muy baja, y por otro, hasta el momento no se ha documentado ningún caso

2 - Inactivación de SARS-Cov-2.

Los coronavirus humanos (no SARS-CoV-2) se inactivan de forma eficiente en presencia de etanol al 62-71%, hipoclorito de sodio 0,1-0,5% y glutaraldehído 2%, con una reducción de 2-4 log₁₀ tras 1 minuto de exposición, mientras que cloruro de benzalconio al 0,04%, hipoclorito de sodio al 0,06% y orto-ftalaldehído al 0,05% serían menos efectivos (23,24).

En condiciones experimentales, el SARS-CoV-2 se redujo en 4-6 log₁₀ a los 5 minutos de aplicar lejía casera en concentraciones de 1:49 y 1:99, etanol 70%, povidona yodada 7,5%, cloroxilenol 0,05%, clorhexinina 0,05%, cloruro de benzalconio 0,1%, y solución de jabón líquido en concentración de 1:49.

En condiciones experimentales, el SARS-CoV-2 se mantiene estable, prácticamente sin modificaciones a los 60 minutos a distintas condiciones de pH desde 3 a 10.

3 - Periodo de incubación.

El periodo de incubación mediano es de mediano es de 5,1 días (IC 95% 4,5 a 5,8). A los 11,7 días (IC95% 9,7 a 14,2) el 95% de los casos sintomáticos han desarrollado ya sus síntomas.

Este parámetro se utiliza para calcular el tiempo de cuarentena que un contacto de un caso debe realizar para evitar la transmisión de la infección a otras personas.

Sobre la base de las observaciones y los casos detectados en los estudios exhaustivos de contactos inicialmente se pudo conocer que la transmisión de la infección comenzaba 1-2 días antes del inicio de síntomas.

4 - 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 se-

mana, y de 2-8 semanas hasta que se produce el fallecimiento.

5 - Tasa de ataque secundario.

La tasa de ataque secundario varía según el contexto en el que se produzca la transmisión. En general se puede decir que, en ambientes cerrados, con mucho contacto interpersonal la transmisión es mayor: convivientes familiares, eventos sociales y centros socio sanitarios residenciales.

6- Periodo infectivo

El periodo en el que un caso puede transmitir la infección a otra persona puede ser inferido mediante la detección de virus viable en muestras clínicas.

La técnica RT-PCR ha sido ampliamente utilizada a lo largo de la pandemia COVID-19 con cierta controversia, por su capacidad para detectar RNA viral durante periodos muy largos que no siempre pueden ser relacionados con virus con capacidad infectiva, lo que plantea numerosas dudas a la hora de tomar medidas de salud pública.

En pacientes que tienen un curso leve de infección, el pico de la carga viral en muestras nasales y orofaríngeas ocurre durante los primeros 5-6 días tras el inicio de síntomas y prácticamente desaparece al día 10. Si bien en algunos pacientes se detecta virus más allá del día 10, la carga viral es del orden de 100- 1.000 veces menor, lo cual sugiere que la capacidad de transmisión es progresivamente decreciente.

Por lo tanto, todo parece indicar, que en personas con síntomas leves, más allá de la primera semana tras el inicio de síntomas, la probabilidad de transmitir la infección a otros sería muy baja, incluso cuando el virus aún es detectable mediante PCR.

7 - Generación de inmunidad. Anticuerpos neutralizantes, inmunidad celular y técnicas serológicas.

Actualmente existe suficiente evidencia científica acerca de la generación de anticuerpos neutralizantes durante el curso de la infección

por SARS-CoV-2. Esto ha sido ampliamente demostrado en modelos humanos recuperados de COVID19, tanto leves como hospitalizados. Se desconoce la duración de la inmunidad.

8- Gravedad e interacción con el sistema inmunitario.

La gravedad de una enfermedad depende de diferentes factores: por una parte, factores intrínsecos de la persona (susceptibilidad) y del agente causal (virulencia) y por otra parte de otros factores extrínsecos que podrían modificar la historia natural (demográficos, de acceso y calidad de la asistencia sanitaria, tratamientos y vacunas efectivas etc.). La medición de la gravedad depende de los criterios que se establezcan para cada enfermedad y de los sistemas de vigilancia epidemiológica y su capacidad para detectar casos.

La infección por SARS-CoV-2 activa el sistema inmune innato generando una respuesta excesiva que podría estar relacionada con una mayor lesión pulmonar y peor evolución clínica. Las observaciones clínicas apuntan a que, cuando el repuesto inmune no es capaz de controlar eficazmente el virus, como en personas mayores con un sistema inmune debilitado, el virus se propagaría de forma más eficaz produciendo daño tisular pulmonar, lo que activaría a los macrófagos y granulocitos y conduciría a la liberación masiva de citoquinas pro-inflamatorias.

Un criterio comúnmente utilizado es la necesidad de ingreso hospitalario y/o en UCI. En enfermedades emergentes, los primeros casos detectados son, generalmente, aquellos que contactan con el sistema sanitario debido a su curso grave, y, por tanto, el primer conocimiento de la enfermedad da una visión de mayor gravedad.

A medida que se multiplican los casos, en un contexto de alta transmisión y se produce una saturación del sistema asistencial hospitalario, se puede favorecer otro tipo de asistencia, como el manejo extra-hospitalario, en domicilios o en áreas paramédicas, y por tanto estos casos pueden ser clasificados como no graves en función de los criterios adoptados. Al mismo tiempo, cuando el sistema se va recuperando, se añaden los diagnósticos de los casos más

leves, lo que modifica de nuevo la percepción de la gravedad.

9 – Sintomatología.

Según la OMS 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 %), congestión nasal (4,8%), diarrea (3,7%), hemoptisis (0,9%) y congestión conjuntival (0,8%).

GRUPOS DE RIESGO CON MAYOR RIESGO DE DESARROLLAR ENFERMEDAD GRAVE POR COVID

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.

1. Personas mayores

La mayor parte de los casos hospitalizados y las defunciones se concentran en las personas de mayor edad. No se puede establecer un umbral a partir del cual el riesgo está aumentado, puesto que hay otros factores que pueden contribuir a aumentar este riesgo, los más importantes de los cuales son la presencia de comorbilidades y la vida en residencias cerradas.

2. Enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial

Las personas con enfermedades cardiovasculares e hipertensión (HTA) constituyen un grupo de mayor riesgo para desarrollar síntomas graves por COVID-19.

Los niveles de ACE2 pueden estar aumentados en personas con enfermedad cardiovascular. Se ha observado que los tratamientos con in-

hibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y antagonistas de la Angiotensina II (ARA II) utilizados para el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) y la insuficiencia cardiaca, aumentan la expresión y actividad de la ECA2. Esto podría explicar la hipótesis de una mayor predisposición de estas personas a infectarse por SARS-CoV-2, aunque esto aún no se conoce con seguridad.

Por otra parte, la reducción de los receptores ACE2 y los altos niveles de Angiotensina II se relacionan con la insuficiencia respiratoria y el distress respiratorio agudo. En los casos graves de COVID-19, se han observado mayores niveles de Angiotensina II, lo que puede estar en relación con la inhibición por parte del virus de la ACE2.

Este efecto ya observado en otras infecciones que usan el mismo receptor, el SARS-CoV en 2003 y la encefalitis por virus de la fiebre del Nilo occidental sugiere que el tratamiento con ARA II podría resultar beneficioso en los casos graves de COVID-19.

El SARS-CoV-2 al igual que el MERS-CoV, produce daño cardíaco agudo e insuficiencia cardíaca. El daño miocárdico se observó en 5 de 41 pacientes diagnosticados en Wuhan, en los que se detectó elevación de los niveles de la troponina I (hs-cTnI) (>28 pg/ml). Cuatro de los 5 pacientes tuvieron que ser atendidos en la UCI y se observó que los pacientes con peor evolución tenían la tensión arterial más elevada (presión media sistólica 145 mmHg versus 122 mmHg; $p < 0,001$) [3,80]. En otra serie de 138 casos en Wuhan, 36 pacientes en estado crítico tenían una mayor elevación de los biomarcadores de daño miocárdico (medias de niveles de CK-MB 18 U/l versus 14 U/l, $p < 0,001$ y hs-cTnI 11,0 pg/ml versus 5,1 pg/ml, $p = 0,004$), lo que sugiere que el daño miocárdico es una complicación frecuente entre los pacientes más graves. Entre los fallecidos, 11,8% de personas sin antecedentes de enfermedad cardiovascular, tenían un daño importante del tejido cardíaco, con elevación de cTnI o parada cardíaca durante el ingreso.

La alta incidencia observada de síntomas cardiovasculares parece relacionada con la respuesta inflamatoria sistémica, el efecto de la desregulación de ACE2, así como de la propia disfunción pulmonar y la hipoxia. Todo ello re-

sultaría en un daño agudo de las células miocárdicas.

En un estudio de 12 años de seguimiento de 25 casos recuperados de la infección por SARS-CoV, 68% desarrollaron alteraciones en el metabolismo de los lípidos, 44% alteraciones en el sistema cardiovascular y 60% alteraciones del metabolismo de la glucosa. Se desconoce el mecanismo por el cual se han producido estas alteraciones, pero dado que el SARS-CoV-2 tiene una estructura similar, se supone que también podría provocar alteraciones crónicas del sistema cardiovascular.

3. Diabetes

Se ha descrito en diversos estudios realizados durante la epidemia de COVID-19 la presencia de diabetes mellitus como una de las comorbilidades más frecuentes presentes en aquellos pacientes que desarrollaron neumonía grave o fallecieron a causa de la enfermedad.

El motivo por el cual la diabetes supone un factor de riesgo para desarrollar enfermedad grave por COVID-19 no está bien establecido, pero también se sugiere que la sobreexpresión de ACE2 en pacientes diabéticos puede estar implicada en el proceso. La sobreexpresión de la ACE2 en diabéticos parece un mecanismo compensatorio para frenar el deterioro de la microvasculatura renal implicada en la nefropatía diabética a largo plazo, así como para limitar el daño cardiovascular a largo plazo en pacientes diabéticos mediante la activación del eje ACE2/Ang-(1-7)/MasR. Por otra parte, el grupo de antidiabéticos orales tiazolidinedionas también se han relacionado con una mayor expresión de la ACE2.

4. Mujeres embarazadas

Al inicio de la pandemia se sugirió que la mayoría de las embarazadas podrían pasar la enfermedad de forma leve o asintomática. En un estudio realizado por el CDC en EE.UU. con más de 400.000 mujeres en edad fértil con COVID-19 sintomático, se comparó la evolución de 23.443 mujeres embarazadas frente a las no embarazadas. Tras ajustar por edad, grupo étnico y comorbilidades, las mujeres embarazadas tuvieron 3 veces más riesgo de ingresar Información

científica-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19, 15 de enero 2021, 59 en UCI que las no embarazadas (IC95% 2,6-3,4) y 1,7 veces mayor riesgo de morir (IC95% 1,2-2,4) El riesgo absoluto de complicaciones graves en el embarazo se calcula bajo, en relación con el conjunto de la población. Teniendo en cuenta los análisis conjuntos de 77 estudios de cohortes de mujeres embarazadas con COVID-19 que requirieron ingreso, el riesgo de complicaciones graves fue del 13%. Los factores de riesgo asociados a un curso grave de la enfermedad según este estudio fueron: la mayor edad, el mayor índice de masa corporal, la hipertensión crónica, la diabetes preexistente y la pre-eclampsia. Se observó en mujeres embarazadas con COVID-19 una probabilidad 3 veces mayor de parto pretérmino y 2 veces mayor de cesárea que las embarazadas no COVID-19.

En una revisión sistemática, donde se incluyeron 44 neonatos con diagnóstico COVID positivo, alrededor de la mitad de los recién nacidos tuvieron un contacto documentado con la madre infectada y uno de cada tres recién nacidos infectados fueron re-ingresados desde casa. Uno de cada cuatro estaba asintomático y el resto presentaba síntomas leves típicos de infecciones respiratorias agudas y / o síntomas gastrointestinales. La mayoría tuvieron un buen pronóstico después de una mediana de duración de la hospitalización de 10 días. En conclusión, actualmente se considera que el embarazo es una situación de mayor riesgo de complicaciones del curso clínico de COVID-19, y también constituye un mayor riesgo para el propio curso del embarazo.

5. Inmunodepresión.

La inmunosupresión, tanto por causas intrínsecas como extrínsecas, tiene efectos en la respuesta ante virus respiratorios como la gripe o el virus sincitial respiratorio (VRS), aumentando el riesgo de infección grave.

En personas con tratamiento crónico con glucocorticoides se ha observado que la infección se puede manifestar con sintomatología atípica.

Las personas infectadas con el virus VIH podrían tener un mayor riesgo de desarrollar una enfermedad grave por SARS-CoV-2, especial-

mente aquellos con comorbilidades, número bajo de CD4 o carga viral RNA VIH no suprimida. Por otra parte, el uso de fármacos antirretrovirales, podría modificar el riesgo de infección y curso clínico.

7. Fumadores.

Se ha observado en personas que fuman una mayor expresión de la ACE 2, lo que ha sugerido que fumar podría estar en relación con un mayor riesgo de infectarse por SARS-CoV-2.

En una investigación sistemática realizada por investigadores de EEUU y Grecia se ha evaluado el efecto del tabaco sobre COVID-19. De 71 estudios seleccionados excluyeron 66. Revisaron 4 series de Wuhan y 1 de China continental. En tres series con 191, 140 y 41 casos en las que se analiza el tabaco (fumar en el momento del diagnóstico) con la gravedad de la enfermedad (necesidad de UCI o fallecimiento), no se encontraron diferencias significativas.

En conclusión, aunque el tabaquismo no parece ser el factor de riesgo más importante para la infección por SARS-CoV-2 ni en la mala evolución del COVID-19, estos estudios indican que los fumadores pueden ser también un grupo más vulnerable que los no fumadores.

8. Obesidad.

En los primeros estudios que evaluaban factores de riesgo para enfermedad grave y/o fallecimiento por COVID-19, no se consideraba el posible papel de la obesidad.

Por analogía con otras enfermedades respiratorias, la obesidad puede jugar un rol importante en la infección por COVID-19.

Hay varios factores que podrían influir en el mayor riesgo de infección y complicaciones por COVID-19 en los pacientes con obesidad, el primero de los cuales sería la asociación de la obesidad con otras comorbilidades y con una mayor predisposición a los fenómenos tromboembólicos que la población general, factores que ya se han asociado con una peor evolución de COVID-19. Por otro lado, se ha observado que la expresión de ECA2 en las células adiposas podría ser importante, lo pondría a las personas obesas en un mayor riesgo de contraer la infección.

9. Personas con enfermedades mentales y afectación de la pandemia en la salud mental.

Las repercusiones en la salud mental de la pandemia por COVID-19 son directos por la propia enfermedad y también derivados de la situación que la propia pandemia ha generado. Los grupos especialmente vulnerables son los hospitalizados, las personas con enfermedad mental previa, con situaciones difíciles provocadas por el aislamiento y la crisis económica y los trabajadores sanitarios, aunque los efectos psicológicos afectan a toda la población.

10. Otras enfermedades relevantes.

Cualquier condición crónica en la que exista un deterioro del estado general o las personas que requieren de mucha medicación para mantener el buen estado de salud y bienestar, pueden presentar un mayor riesgo ante una infección por SARS-CoV-2.

SE SOLICITA A TODO EL PERSONAL DE GRUPO SURESTE APELAR A LA RESPONSABILIDAD PERSONAL PARA EVITAR EL CONTAGIO ENTRE LAS PERSONAS.



2

TRANSMISIÓN DE SARS-COV-2

o generado nuevos contextos de vulnerabilidad social debido al impacto socioeconómico desigual entre la población.

1. Entornos laborales.

Uno de los entornos donde se produce mayor transmisión de SARS-CoV-2 son los entornos laborales cerrados y las actividades que suponen una mayor cantidad de contactos interpersonales. La población europea emplea >80% de su jornada laboral en entornos cerrados. Las situaciones laborales con concurrencia de personas trabajadoras, las reuniones de trabajo o compartir el espacio sin guardar la debida distancia de seguridad se consideran factores de riesgo para la transmisión de SARS-CoV-2, así como el contacto durante los tiempos de descanso en la cafetería, el transporte colectivo o los vestuarios. El "presentismo" consistente en ir al trabajo a pesar de estar sintomático o ser contacto de una persona diagnosticada de COVID-19, es un factor de riesgo evidente, que tiene que ver con el miedo a perder el trabajo o a las pérdidas económicas en el negocio. En esto también influye la característica del propio trabajo, en el que no sea posible hacerlo a distancia.

2. Población socialmente vulnerable.

La evidencia disponible a nivel internacional, así como los brotes vinculados a contextos de precariedad laboral y habitacional detectados en España, ponen de manifiesto que la pandemia de COVID-19 no afecta a todos los colectivos por igual e ilustran la retroalimentación entre la pandemia y la vulnerabilidad social.

La vulnerabilidad social se relaciona con la inseguridad y la indefensión que experimentan algunas comunidades y familias en sus condiciones de vida y con su capacidad para manejar recursos y para movilizar estrategias de afrontamiento. Estas personas, por su peor estado de salud de base, presentan un peor pronóstico de la enfermedad. La pandemia de COVID-19 y las medidas para su control han recrudecido

3

MEDIDAS HIGIENICAS GENERALES

• Para el personal que preste servicios en las instalaciones de los clientes, en cada centro se deberá tomar las medidas higiénicas de limpieza que se establezcan en sus protocolos internos sobre todo en las superficies que puedan ser susceptibles de favorecer transmisión.

• Individualmente para los que tengan que manejar PVD, ordenadores, contacto de mesas, móviles, limpiaran esos equipos de trabajo. Coordinarse entre los trabajadores que tengan que compartir los mismos equipos.

• **En el uso de vehículos de empresa** limpiar volantes y cambio de marchas y puertas, es decir las zonas de contacto. Si se supiera de un caso, se deberá de comunicar y proceder a la desinfección.

• **Lavar los uniformes a temperaturas de 60°C y por separado.**

• Los trabajadores que usen uniforme, se aconseja que vayan vestidos desde casa. Para ayudar a evitar contactos que no supongan la distancia de seguridad recomendada y el aforo en lugares como vestuarios.

• **Un uso inadecuado de los guantes; NO AYUDA**

→ Utilizarlos durante mucho tiempo hace que se ensucien y puedan contaminarse.

→ Tocarse la cara cuando estén contaminados.

→ Quitárselos sin la técnica adecuada, y sin lavarse las manos después de su uso.

En el ámbito laboral se seguirán las recomendaciones específicas de salud laboral.

El uso incorrecto de los guantes puede generar una sensación de falsa protección y poner en mayor riesgo de infección a quien los lleva, contribuyendo así a la transmisión.

• **Uso de mascarillas:**

→ Si tienes síntomas (tos, fiebre, falta de aire) o infección por coronavirus.

→ Si cuidas de una persona con infección o sospecha de infección por coronavirus, a una distancia a un metro, el paciente deberá llevar una mascarilla quirúrgica.

→ A fecha de hoy, no será obligado el uso de las mismas en todos los ámbitos.

→ En el ámbito laboral si hay contacto estrecho se usarán mascarillas homologadas con filtro FFP-2.

El uso incorrecto de las mascarillas puede generar más riesgo. Si debes utilizarla sigue estas instrucciones:

→ Lávate las manos antes de ponerla

→ Cubre la boca y la nariz con la mascarilla

→ Evita tocar la mascarilla mientras la llevas puesta

→ Desecha la mascarilla cuando esté húmeda y no la reutilices.

→ Lávate las manos después.

• Los centros de trabajo deberán de tomar medidas organizativas permitiendo en la medida de lo posible dejar puertas abiertas interiores, armarios, etc, en los casos que no sea posible se deberá extremar la limpieza de dichos pomos y manetas.

- En zonas comunes como vestuarios, zonas de descanso y aseos. Se extremarán la limpieza y el aforo en los mismos.
- Se limitarán las reuniones. Utilizando la comunicación, preferiblemente, a través de correo electrónico, llamadas telefónicas o videoconferencia. En el caso de no ser posible:
 1. Duración de reuniones se limitará al tiempo estrictamente necesario.
 2. Realizarlas en habitaciones amplias que permitan la separación igual o superior a un metro.
 3. Y para trabajadores que muestren síntomas apreciables se les dispensará de asistir.
- La formación se realizará preferentemente a través de Aula Virtual y Teleformación, limitando la formación en la modalidad presencial a los casos indispensables. En función de las medidas establecidas por las autoridades pertinentes se podrá acudir a otras modalidades de formación o proceder a su suspensión.
- En cada centro se recopilará un listado del personal para tenerlos localizable.

GRUPOSURSTE

4 DESARROLLO DE VACUNAS FRENTE A SARS-COV-2

A finales de 2020 comenzaron las campañas masivas de vacunación priorizando a

los más vulnerables en varios países, incluido España. En enero de 2021 son ya dos las vacunas aprobadas para su uso por parte de la Agencia Europea de Medicamentos (Comirnaty de Pfizer-BioNTech y COVID-19 Vaccine de Moderna) y otras ocho las aprobadas en diferentes países fuera de la UE. 19 vacunas se encuentran la fase I de ensayos clínicos, 18 en la fase I/II, 5 en la fase II, 6 en fase II/III y 15 en fase III.

1. Moderna, Inc. (COVID-19 Vaccine, mRNA-1273).

Es una vacuna de ARN mensajero que codifica la glicoproteína de superficie S (spike) encapsulada en nanopartículas lipídicas, con un esquema de vacunación de dos dosis en los días 0 y 29. La vacuna produce efectos sistémicos en una alta proporción de vacunados que aumentan tras la segunda dosis.

2. Pfizer/BioNTech. Comirnaty (BNT162b2).

Es una vacuna de ARN mensajero que codifica la glicoproteína de superficie S (spike) encapsulada en nanopartículas lipídicas, con un esquema de vacunación de dos dosis separadas por 21 días. Tiene una reactogenicidad sistémica de moderada intensidad tras la segunda dosis que es menor en los de más de 65 años.

3. Oxford Vaccine Group/AstraZeneca. ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222).

Es una vacuna en la que la glicoproteína S se vehiculiza en un adenovirus no replicante de chimpancé con un esquema de vacunación de dos dosis de 5x10¹⁰ partículas víricas a los 0 y 28 días en voluntarios de 18 a 55 años.

4. Janssen Vaccines & Prevention B.V./Johnson & Johnson. Ad26.COV2.S.

El perfil de seguridad es aceptable, con menor reactogenicidad en mayores de 65 años. Una dosis de vacuna genera respuestas de anticuerpos neutralizantes en todas las edades.

5. Novavax. NVX-CoV2373.

La vacuna tiene un buen perfil de seguridad y genera respuestas de anticuerpos neutralizantes superiores a los de los convalecientes de COVID-19.

5

NORMAS DE ACTUACIÓN SI PRESENTA SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD

SÍNTOMAS: Fiebre, tos, falta de aire y que se haya estado en contacto directo, con algún positivo confirmado.

2.1.- Si no hay síntomas

Se puede llevar vida normal. Siguiendo lo establecido en centros clientes, en sus protocolos en cuanto a sus medidas organizativas, protecciones colectivas, barreras físicas y control de aforo. Manteniendo distancias de seguridad de dos metros y las normas de higiene continuas.

2.2.- Si los síntomas aparecen en el Domicilio:

Todo aquel trabajador/a que presente los síntomas arriba descritos no acudirá al centro de trabajo, lo comunicará siguiendo el diagrama de comunicación establecido en el Plan de Contingencia en su página 6.

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 al teléfono habilitado de su Comunidad Autónoma, que se pueden consultar en:

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_que_hacer.pdf

Consulta cómo realizar el aislamiento domiciliario en el siguiente enlace:

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

2.3.- Si los síntomas aparecen en el Trabajo:

Si un trabajador/a se pone repentinamente enfermo estando en el trabajo, con síntomas de FIEBRE, TOS Y FALTA DE AIRE debe comunicarlo inmediatamente, siguiendo el diagrama de comunicación del Plan de Contingencia en su página 6.

Las recomendaciones incluidas en el presente documento están en continua revisión en función de la evolución y nueva información que se disponga de la infección por el nuevo coronavirus (SARS-COV-2).

2.4.- Consideraciones especiales en el manejo de contactos

Contactos vacunados: las personas que han recibido una pauta de vacunación completa y sean consideradas como contacto estrecho estarán exentas de la cuarentena. Se les hará seguimiento con PCR preferiblemente y, si no fuera posible, con otra PDIA. Idealmente se realizarán dos pruebas, una al inicio y otra alrededor de los 7 días del último contacto con el caso confirmado. Si esto no fuera posible, se recomienda realizar al menos una prueba en el momento que lo indiquen los responsables de salud pública de cada CCAA. Se recomendará evitar el 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. Únicamente realizarán cuarentena los contactos completamente vacunados en las siguientes situaciones:

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

- Personas con inmunodepresión.

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

Las 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.

6

INFORMACIÓN EN CASO DE BAJA LABORAL

¿Qué se considera una baja laboral por coronavirus?

Los periodos de aislamiento y de contagio de la enfermedad, a efectos de la prestación económica de la incapacidad temporal, se consideran situaciones asimiladas a **accidente de trabajo (AT)**.

Esta determinación puede verse alterada por la modificación 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, así como cualquier otro texto legal que afecten a esta situación laboral.

La asistencia sanitaria sigue dependiendo del Servicio Público de Salud, NO de la Mutua UNIVERSAL.

La baja, partes de confirmación y de alta corresponden al Servicio Público de Salud, **NUNCA a la Mutua.**

El parte de baja se enviará a la empresa para su mecanización, como hasta la fecha.

ACTUACIÓN PREVENTIVA PERSONAL



- Lavarse las manos con frecuencia correctamente con agua y jabón y siempre antes de comer, beber o fumar. Los desinfectantes a base de alcohol no son más efectivos que un lavado de manos de 20 a 40 segundos con agua y jabón. Secarse las manos con toallas desechables de papel evitando el uso de secadores de manos.
- Al toser o estornudar, cubrirse la boca y la nariz con un pañuelo desechable y tirarlo luego a la basura y lavarse las manos inmediatamente después. Si no se dispone de pañuelos o no da tiempo a sacarlo, colocar la boca y nariz contra el codo flexionado.
- Evitar tocarse ojos, nariz y boca

- Mantener la distancia de seguridad de al menos 1 metro entre personas, particularmente de aquellas que tosan, estornuden y tengan fiebre. Cuando alguien con una enfermedad respiratoria tose o estornuda, proyecta pequeñas gotículas que contienen el virus. Si se está demasiado cerca, se puede inhalar el virus.
- Evitar cualquier tipo de saludo que implique contacto físico.
- En caso de sufrir una infección respiratoria, evitar el contacto cercano con otras personas.
- Evitar las aglomeraciones de personas

El Ministerio de Sanidad establece a fecha 22/06/ 2020

Saber cómo actuar nos puede ayudar a controlar mejor las situaciones que puedan surgir estos días y a prestar ayuda a las personas de nuestro entorno. En caso de tener síntomas (fiebre, tos y dificultad respiratoria), sigue estos pasos:

Decálogo sobre cómo actuar en caso de tener síntomas de COVID-19:

Saber cómo actuar nos puede ayudar a **controlar mejor** las situaciones que puedan surgir estos días y a **prestar ayuda** a las personas de nuestro entorno. En caso de tener **síntomas** (fiebre o tos o dificultad respiratoria), sigue estos pasos:

- | | | | |
|-----------|--|--|---|
| 1 | AUTO-AISLARSE | En una habitación de uso individual con ventana, manteniendo la puerta cerrada, y, si es posible, baño individual.
Si no es posible: mantén la distancia de seguridad de 2 metros con el resto de convivientes y extrema la higiene. |  |
| 2 | MANTENTE COMUNICADO | Ten disponible un teléfono para informar de las necesidades que vayan surgiendo y puedas mantener la comunicación con tus seres queridos. |  |
| 3 | ¿SENSACIÓN DE GRAVEDAD? | Si tienes sensación de falta de aire o sensación de gravedad por cualquier otro síntoma llama al 112 . |  |
| 4 | TELÉFONO DE TU COMUNIDAD AUTÓNOMA | Si no, llama al teléfono habilitado en la Comunidad Autónoma o contacta por teléfono con el centro de salud. |  |
| 5 | AUTOCUIDADOS | Usa paracetamol para controlar la fiebre; ponte paños húmedos en la frente o date una ducha templada para ayudar a controlar la fiebre; bebe líquidos ; descansa , pero moviéndote por la habitación de vez en cuando. |  |
| 6 | AISLAMIENTO DOMICILIARIO | Ahora que ya has hecho lo más inmediato, estudia y aplica las recomendaciones para el aislamiento domiciliario e informa a tus convivientes de que tienen que hacer cuarentena. |  |
| 7 | LAVADO DE MANOS | Asegúrate de que en casa todos conocen cómo hacer un correcto lavado de manos . |  |
| 8 | SI EMPEORAS | Si empeoras o tienes dificultad respiratoria o no se controla la fiebre, llama al 112 . |  |
| 9 | AL MENOS 10 DÍAS | Se debe mantener el aislamiento un mínimo de 10 días desde el inicio de los síntomas, siempre que hayan pasado 3 días desde que el cuadro clínico se haya resuelto. |  |
| 10 | ALTA | El seguimiento y el alta será supervisado por su médico de Atención Primaria o según indicaciones de cada Comunidad Autónoma. |  |

Consulta fuentes oficiales para informarte
www.mscbs.gob.es
[@sanidadgob](https://twitter.com/sanidadgob)

22 junio 2020

#ESTE
VIRUS
LO
PARAMOS
UNIDOS



En el punto 4 se establecen los teléfonos por comunidad.

Se han incorporado nuevas líneas a las comunicadas en el Plan de Contingencia.

Andalucía	900 400 061 / 955 545 060	Aragón	976 696 382
Asturias	900 878 232 / 984 100 400 / 112 marcando 1	Cantabria	900 612 112
Castilla- La Mancha	900 122 112	Castilla -León	900 222 000
Cataluña	061	Ceuta	900 720 692
C. Madrid	900 102 112	Comunidad Valenciana	900 300 555
Extremadura	112	Galicia	900 400 116
Islas Baleares	061	Canarias	900 112 061
Rioja	941 298 333	Murcia	900 121212
Melilla	112	Navarra	948 290 290
País Vasco	900 203 050	EMERGENCIAS	112

7 PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE EL COVID-19

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias.
Mº DE SANIDAD.

¿QUE ES EL NUEVO CORONAVIRUS?

Los coronavirus son una amplia familia de virus que normalmente afectan sólo a animales. Algunos tienen la capacidad de transmitirse de los animales a las personas. El nuevo coronavirus SARS-CoV-2 es un nuevo tipo de coronavirus que puede afectar a las personas y se ha detectado por primera vez en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China. Todavía hay muchas cuestiones que se desconocen en relación a la enfermedad que produce: COVID-19.

¿CUALES SON LOS SINTOMAS DE COVID-19?

Los síntomas más comunes incluyen fiebre, tos, y sensación de falta de aire. En algunos casos también puede haber síntomas digestivos como diarrea y dolor abdominal. La mayoría de los casos presentan síntomas leves. En 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.

¿CUALES 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 el embarazo por el principio de precaución.

¿CÓMO SE TRANSMITE EL NUEVO CORONAVIRUS?

Parece que la transmisión es por contacto es-

trecho con las secreciones respiratorias que se generan con la tos o el estornudo de una persona enferma. Su contagiosidad depende de la cantidad del virus en las vías respiratorias. Estas secreciones infectarían a otra persona si entran en contacto con su nariz, sus ojos o su boca. Parece poco probable la transmisión por el aire a distancias mayores de 1-2 metros.

¿CUAL ES LA SITUACIÓN EN ESPAÑA?

Actualmente existe transmisión comunitaria sostenida generalizada en España. Se puede consultar la situación actualizada en el siguiente enlace: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/situacionActual.htm>

¿QUÉ SE CONSIDERA CONTACTO ESTRECHO CON POSITIVO COVID-19?

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.

Debe tenerse en cuenta, que el período a considerar será desde 2 días antes del inicio de los síntomas, hasta el aislamiento del sujeto contagiado o 2 días antes de la toma de la muestra para el diagnóstico en los casos asintomáticos.

¿QUE PUEDO HACER PARA PROTEGERME?

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

→Higiene de manos frecuente (lavado con agua y jabón o soluciones alcohólicas), especialmente después de contacto directo con personas enfermas o su entorno.

GRUPO SURESTE

www.gruposureste.es

www.securspace.es

