

# **RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TRANSMISIÓN INTRAHOSPITALARIA DE SARS- CoV-2**

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE INFECCIONES RELACIONADAS CON  
LA ASISTENCIA SANITARIA**

## ÍNDICE

	Pág.
I.- Introducción y justificación	3
II.- Objetivos del presente documento de recomendaciones	4
III.- Método	5
IV.- Definiciones	5
V.- Actuaciones en Urgencias	6
VI.- Medidas generales para minimizar el riesgo de transmisión en el resto del hospital	7
VII.- Actuaciones generales ante brotes hospitalarios por SARS-CoV-2	16
ANEXO 1. Tratamientos inmunosupresores	17
ANEXO 2. Procedimientos que generan aerosoles	19
ANEXO 3. Resumen de criterios para retirada de aislamientos de casos confirmados en el Hospital	21
Referencias	22

## I.- INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Tras la finalización de la crisis sanitaria provocada por la COVID-19, con la publicación de la Orden SND/726/2023, se produjo un cambio en la estrategia para reducir el impacto de dicha enfermedad, focalizando las actuaciones de vigilancia, prevención y protección sobre las personas y los ámbitos de mayor vulnerabilidad. Entre estos últimos se encuentran los hospitales, en los que además ingresan y acuden personas vulnerables en una proporción significativa.

En las últimas semanas, España ha experimentado un notable aumento en la incidencia de COVID-19, reflejando una tendencia preocupante. Aunque la situación todavía no es motivo de alarma, el incremento de casos y hospitalizaciones es un recordatorio de que el virus sigue presente y puede resurgir con fuerza, lo que resalta la importancia de mantener la vigilancia y extremar las medidas de prevención y control.

Así, en este contexto de incremento de casos e ingresos hospitalarios por o con SARS-CoV-2 que se está observando en la práctica totalidad de las Comunidades Autónomas, entendemos preciso mantener protocolos de información y formación continua y actualizada para los profesionales sobre las medidas de prevención y protección de la transmisión de la infección. En consecuencia, desde la SEMPSPGS, en ejercicio de nuestras competencias y responsabilidades, creemos necesario incidir en la necesidad de aplicar medidas encaminadas a minimizar riesgo de transmisión de dicho microorganismo en centros sanitarios. Con esa finalidad, elaboramos este documento de recomendaciones. Dada la variabilidad existente en cuanto a estructura y funcionamiento en los diferentes hospitales de nuestro país, forzosamente han de

resultar en muchos casos genéricas, debiendo adaptarse a las características específicas de cada centro.

En lo que se refiere a la Vigilancia, salvo que la administración sanitaria indique lo contrario, se mantiene la monitorización de la COVID-19 a través del Sistema de Vigilancia de las Infecciones Respiratorias Agudas (SiVIRA), constituido por la vigilancia centinela de infección respiratoria aguda en Atención Primaria (IRAs) y la vigilancia centinela de infección respiratoria aguda grave (IRAG) en hospitales.

## **II.- OBJETIVOS DEL PRESENTE DOCUMENTO DE RECOMENDACIONES**

- Detectar precozmente los casos de SARS-CoV-2 en los Centros Hospitalarios.
- Minimizar el riesgo de transmisión intrahospitalaria de SARS-Cov-2 a pacientes, profesionales y visitantes.
- Centrar y reforzar las medidas de protección sobre los pacientes vulnerables frente a la infección por SARS-CoV-2.
- Reducir el riesgo de aparición de brotes.
- Disminuir la probabilidad de desarrollar las consecuencias más graves de la infección COVID-19 en centros hospitalarios.
- Contribuir a la prestación de una asistencia sanitaria más segura a los pacientes COVID-19.
- Favorecer la gestión adecuada y eficiente de los recursos sanitarios en el contexto del aumento de ingresos hospitalarios causados por la COVID-19.

**III.- MÉTODO:** Consenso de grupo de expertos.

#### **IV.- DEFINICIONES**

**Caso sospechoso:** persona que presentase aparición repentina en los últimos 10 días de alguno de los siguientes síntomas respiratorios agudos: tos, disnea, dolor de garganta o secreción nasal, con o sin fiebre. Otros síntomas como anosmia, ageusia, diarrea, dolor torácico o cefalea, entre otros, también se pueden considerar síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterios clínicos. Se considerará también caso sospechoso a cualquier contacto estrecho de un caso confirmado que presente clínica

**Prueba Diagnóstica de Infección Activa (PDIA):** test diagnóstico que se realiza sobre un individuo para detectar la presencia de infección activa por el SARSCoV-2. Incluye pruebas basadas en la detección de antígenos y pruebas basadas en la detección de ARN viral mediante una RT-PCR o una técnica molecular equivalente.

**Caso confirmado:** persona con pruebas diagnósticas de infección activa (PDIA) positiva, con o sin síntomas.

**Personas con inmunosupresión moderada a grave:** en general, se refiere a trasplantados de progenitores hematopoyéticos, o CAR-T, en los dos años tras el trasplante/tratamiento, en tratamiento inmunosupresor o que tengan una enfermedad del injerto contra el huésped (EICH) independientemente del tiempo desde el trasplante; trasplantados de órgano sólido (menos de dos años o con tratamiento

inmunosupresor para eventos de rechazo); fallo renal crónico, infección por VIH con bajo recuento de CD4 (<200 CD4/mL), algunas inmunodeficiencias primarias (combinadas y de células B en las que se haya demostrado ausencia de respuesta vacunal), Síndrome de Down en personas mayores de 40 años y aquellos sometidos a ciertas terapias inmunosupresoras contempladas en las Recomendaciones de vacunación frente a gripe y COVID-19 en la temporada 2024-2025 en España (ver Anexo 1).

## V.- ACTUACIONES EN URGENCIAS

- Profesionales:
  - Utilizarán, al menos, mascarilla quirúrgica en su trabajo.
  - Si prestan atención asistencial directa a pacientes sin mascarilla que presenten clínica compatible con infección respiratoria: mascarilla FFP2.
  - Durante la realización de maniobras invasivas sobre la vía aérea y otros procedimientos generadores de aerosoles (PGA, ver Anexo 2): mascarilla FFP2, recomendándose FFP3 en los PGA en concentraciones elevadas.
- Todos los pacientes que acuden al servicio de Urgencias deben portar mascarilla quirúrgica o superior, incluida la sala de esperas.
- A criterio conjunto de los Servicios de Urgencias y Medicina Preventiva, y de acuerdo con la Dirección del Centro, si bien no se considera estrictamente necesario el establecimiento de dobles circuitos de tránsito, se podrán establecer zonas específicas para los pacientes con síntomas respiratorios, todos con al menos mascarillas quirúrgicas siempre que su situación clínica lo permita.
- Siempre que resulte posible, se habilitarán pruebas diagnósticas de infección activa (PDIA) de detección rápida, preferentemente combinadas gripe/VRS/SARS

CoV-2, que permitan eliminar o confirmar precozmente el aislamiento de sospechas de infección por el SARS-CoV-2, de tal manera que se minimice su impacto en la actividad normal del Servicio de Urgencias. En los casos en los que se realicen tests de antígeno o pruebas rápidas Multiplex, idealmente deberá obtenerse el resultado antes de trasladar al paciente desde el Servicio de Urgencias hasta el área hospitalización.

- Se solicitarán dichas pruebas al menos a los siguientes pacientes:
  - Pacientes que se ajusten a la definición de casos sospechoso y que cumplan criterios de ingreso.
  - Pacientes oncohematológicos o con alguna inmunodeficiencia con fiebre y clínica respiratoria.
- A criterio conjunto de los Servicios de Urgencias y Medicina Preventiva y de acuerdo con la Dirección del Centro, de existir disponibilidad arquitectónica, se establecerán boxes de aislamiento respiratorio para pacientes con resultado de prueba diagnóstica positiva.

## **VI.- MEDIDAS GENERALES PARA MINIMIZAR EL RIESGO DE TRANSMISIÓN EN EL RESTO DEL HOSPITAL**

Además del siempre exigible cumplimiento estricto de las precauciones estándar:

1- Se indica el uso de mascarillas para las siguientes personas:

- En las personas que presenten síntomas respiratorios

- En los profesionales que atiendan a pacientes con síntomas.
- En pacientes inmunodeprimidos o que presenten alto riesgo de desarrollar una infección respiratoria aguda grave.

2.- Además de su uso en los Servicios de Urgencias y para las personas señaladas en el punto 1, se indica el empleo de mascarillas en las unidades o servicios en los que se atiendan a pacientes vulnerables, que deberán ser definidas por los Servicios de Medicina Preventiva de acuerdo con la Dirección del Centro y según las características de cada hospital. A modo de referencia:

- Unidades de cuidados intensivos y pacientes críticos.
- Unidades de reanimación, incluidas unidades postquirúrgicas.
- Unidades de trasplantados.
- Unidades de pacientes oncológicos y hematológicos.
- Unidades de específicas de pacientes dializados y hospitales de día.

3.- Estricta higiene de manos y respiratoria. Asegurar disponibilidad de solución hidroalcohólica en los puntos estratégicos de atención.

4.- En general, NO se realizarán en pacientes sin síntomas de sospecha pruebas de cribado previas al ingreso, ni a la realización de pruebas invasivas ni a intervenciones quirúrgicas. No obstante, los Servicios de Medicina Preventiva, responsables del control de la infección, podrán indicar la realización de cribados en situaciones específicas que consideren oportunas para proteger a los pacientes en función de las circunstancias.



## 5.- Los casos confirmados hospitalizados de SARS-CoV-2:

a) Se indicarán precauciones de aislamiento lo más precozmente posible durante su estancia en el hospital hasta cumplir criterios de suspensión del mismo (ver apartado “e” y Anexo 3).

b) Se les aplicarán medidas de precaución de la transmisión por contacto y gotitas.

c) Se les aplicarán medidas de precaución de transmisión aérea a los pacientes que requieran procedimientos que podrían generar aerosoles infecciosos.

d) Idealmente, permanecerán en habitación individual. No obstante, podrán compartir habitación dos casos confirmados si se cumplen simultáneamente las siguientes condiciones:

- Son pacientes del mismo sexo (salvo en ciertos casos de familiares).
- Son pacientes adultos.
- No existen motivos para sospechar que estén infectados por cepas diferentes de SARS-CoV-2.
- No presenten coinfección o colonización por otro microorganismo transmisible o situación que implique aplicación de otras precauciones de aislamiento (gripe, tuberculosis bacilífera, microorganismos multirresistentes como el SARM, etc.).

**Nota:** Nunca compartirán habitación dos casos sospechosos, ni un caso sospechoso con un caso confirmado.

e) Duración del aislamiento:

- *Pacientes asintomáticos sin inmunosupresión moderada o grave:* hasta transcurridos 10 días desde la prueba positiva, siempre que se mantenga en todo momento asintomático.

- *Pacientes con síntomas leves o moderados sin inmunosupresión moderada o grave:* hasta transcurridos 10 días desde el inicio de los síntomas, siempre que:
  - Hayan pasado al menos 24 horas de resolución de la fiebre sin antitérmicos.
  - Y con clara mejoría del cuadro clínico (p.e., disminución de la tos, disnea...).
  - En caso de plantearse una estrategia basada en pruebas, se solicitará test de Ag o, preferentemente, PCR, que deberá ser negativa o con baja carga viral para retirar las precauciones.
  
- *Pacientes sintomáticos graves, críticos sin inmunosupresión moderada o grave:* hasta transcurridos al menos 10 días y hasta 20 días desde el inicio de los síntomas, siempre que:
  - Hayan pasado al menos 24 horas de resolución de la fiebre sin antitérmicos.
  - Y con clara mejoría del cuadro clínico (p.e., disminución de la tos, disnea...).
  - En caso de plantearse una estrategia basada en pruebas, se solicitará test de Ag o, preferentemente, PCR, que deberá ser negativa o con baja carga viral para retirar las precauciones.
  
- *Pacientes con inmunosupresión moderada o grave:* hasta transcurridos 20 días desde el inicio de los síntomas, siempre que:
  - Hayan pasado al menos 24 horas de resolución de la fiebre sin antitérmicos.
  - Y con clara mejoría del cuadro clínico (p.e., disminución de la tos, disnea...).

- Se solicitará test de Ag o, preferentemente, PCR, que deberá ser negativa o con baja carga viral para retirar las precauciones.

[Observación: estos pacientes pueden producir virus con capacidad de replicación más allá de los 20 días posteriores al inicio de los síntomas o, en aquellos que permanecieron asintomáticos durante toda la infección, desde la fecha de su primera prueba viral positiva].

- En caso de que la PDIA siga resultando positiva, podrá repetirse a las 48 horas (valoración individualizada según CT)

La estrategia de suspensión de aislamiento anteriormente descrita podrá seguir criterios individualizados en cada centro hospitalario, en función de cuadro clínico y/o pruebas microbiológicas, pudiendo ser modificada en escenarios de alta ocupación de camas. En general, se recomienda el uso de una estrategia basada en pruebas y, si está disponible, consulta al Servicio de Medicina Preventiva (especialista en control de infecciones), con el fin de determinar el momento adecuado para suspender las precauciones de aislamiento en estos pacientes.

Los criterios de retirada del aislamiento se resumen en el Anexo 3.

- f) El mero hecho de ser positivo no será motivo para prolongar la estancia hospitalaria si su situación clínica permite el alta.
- g) En cualquier caso, los profesionales de los Servicios de Medicina Preventiva del centro hospitalario podrán adaptar estas recomendaciones tras valoración de cada situación.

## 6.- Contactos estrechos hospitalarios:

### a) Se consideran como tales:

- Los compañeros de habitación
- Personal sanitario que haya proporcionado cuidados a un caso o haya estado en contacto con sus secreciones y fluidos, u otras muestras biológicas SIN haber utilizado las medidas de protección adecuadas.
- Acompañantes o similares del caso confirmado hospitalizado.

El período considerado de riesgo es desde 2 días antes del inicio de síntomas del caso; en los asintomáticos confirmados por PDIA, los contactos se buscarán desde 2 días antes de la fecha de la primera toma de la muestra para el diagnóstico que hubiese resultado positiva.

#### **b) Medidas de precaución en contactos estrechos – Cuarentena**

- Se mantendrá en habitación individual (nunca compartirán sala dos pacientes en cuarentena) durante los 7 días posteriores al último contacto con un caso confirmado, indicando una PDIA tras su identificación (valoración individual de la fecha de PDIA en función de la data de exposición).
- Si a lo largo de dicho periodo el paciente desarrolla sintomatología compatible con COVID, se solicitará una PCR y se actuará según el resultado: si negativo, se continuarán las medidas hasta finalización de la cuarentena; si positivo, se tratará como caso confirmado.
- Si, transcurridos los 7 días, el paciente continúa ingresado, se realizará una PCR y se actuará según el resultado: si negativo y no hay una alta sospecha clínica de COVID-19, se retirará la cuarentena; si positivo, se tratará como caso confirmado.

**Nota:** El hecho de estar en cuarentena no contraindica el alta hospitalaria del paciente si su situación clínica lo permite.

c) En trabajadores contactos y acompañantes asintomáticos no será estrictamente necesaria la realización de PDIA, si bien cada situación concreta podrá ser objeto de valoración individualizada por parte del Servicio de Medicina Preventiva y/o Unidad de Prevención de Riesgos Laborales (en el caso de los profesionales).

### **7.- Procedimientos generadores de aerosoles (PGA)**

Se prestará particular atención al cumplimiento de las medidas de precaución cuando se vayan a realizar terapias/o intervenciones que puedan causar aerosoles (aumentan el riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 y otros virus respiratorios). Se incluyen, entre otros procedimientos, la administración de medicación en aerosol, las técnicas de inducción de esputo, broncoscopia, aspiración de la vía aérea, intubación endotraqueal, la BiPAP, la CPAP. En anexo 2 al presente documento se incluye listado de técnicas. En estos casos, además de lo indicado de manera general:

- Se empleará bata desechable impermeable, equipos de protección respiratoria FFP2 o FFP3 y gafas de protección ocular.
- Se limitarán estas técnicas a aquellas situaciones en las que sean imprescindibles.
- A criterio clínico, se aplicará una sedación apropiada durante técnicas tales como intubaciones o broncoscopias, con el fin de minimizar la resistencia y la tos durante el procedimiento.
- Se limitará al mínimo necesario el número de personas presentes en el cuarto durante el procedimiento.

### **8.- Traslado de pacientes**

- En caso de traslado de casos confirmados, contactos estrechos o pacientes con sintomatología respiratoria sospechosa pendientes de resultado de prueba confirmatoria, el paciente llevará mascarilla quirúrgica.
- Los traslados se restringirán al mínimo imprescindible.
- Se avisará el servicio de destino y, si se trata de un traslado para una exploración o técnica terapéutica, se procurará programar ésta de modo que el paciente sea el último de la jornada, y siempre evitando que permanezca fuera de su habitación más tiempo del estrictamente necesario.

9.- De forma genérica, para el conjunto del centro, se indicará mantener una buena ventilación en el hospital a través de ventilación natural o del empleo de sistemas de ventilación forzada. En este caso, debe aumentarse el suministro de aire exterior y disminuir la fracción de aire recirculado, con el fin de obtener una adecuada renovación del aire.

10.- **Recomendaciones generales sobre ventilación en estancias de uso común:**

a) En las estancias de uso común se incluyen despachos, consultas, salas de reuniones, office, salas de descanso, de espera, ascensores, baños y vestuarios. Se excluyen quirófanos, habitaciones de aislamiento y otras localizaciones que requieren determinados requisitos específicos en cuanto a climatización, filtración y circulación del aire.

b) Sin perjuicio de la evaluación individual de determinados locales en los que pueden estar indicadas medidas específicas adicionales, en las estancias de uso común se recomienda:

- Si existe un sistema de climatización/ventilación con entrada y salida de aire al exterior, se recomienda mantenerlo en funcionamiento de forma permanente, o por lo menos durante el período de actividad de la sala.
- De no existir dichos sistemas, ventilar con frecuencia las instalaciones del centro, por lo menos durante 10-15 minutos al inicio y al final de la jornada y, siempre que sea factible, entre consultas o reuniones, manteniéndose las ventanas abiertas (cuando existan) de manera continuada todo el tiempo que sea posible.
- Usar preferentemente la escalera, en lugar del ascensor.
- El espacio destinado al descanso del personal (office) debe estar adecuadamente ventilado; es decir, el servicio de ingeniería y/o mantenimiento deberá garantizar las renovaciones/hora propias para este tipo de sala. De igual manera, se deberá respetar la distancia de seguridad entre las personas coincidentes en dicho espacio. En caso contrario, debe reducirse el número de personas y/o el tiempo de estancia al mínimo imprescindible. En esta zona se debe evitar el uso compartido de la loza y realizar una limpieza de la zona con desinfectante de superficies tras su uso (mesa, camilla etc.).
- En general, limiten su tiempo de estancia en lugares cerrados.

11.- **Protección de trabajadores/as especialmente sensibles frente al SARS-CoV-2:** en el caso de trabajadoras embarazadas y personal inmunodeprimido, el área de Medicina del Trabajo de la correspondiente Unidad de Prevención de Riesgos Laborales determinará las medidas de protección en función de su estado biológico y de las tareas a desarrollar en su puesto de trabajo.

12.- El diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 en un paciente fallecido no imposibilitará la realización de ningún procedimiento post-mortem.

## VII.- ACTUACIONES GENERALES ANTE BROTES HOSPITALARIOS POR SARS-CoV-2

- Se define BROTE como agrupación de 3 o más casos con un vínculo epidemiológico (en la misma unidad, con inicio de síntomas posterior a 24 horas desde el ingreso)
- Se realizarán PDIA al personal sanitario de la unidad donde se haya detectado el brote y a los pacientes considerados contactos cercanos de los casos. Si es posible, las pruebas deben repetirse cada 3 a 7 días (o si aparecen síntomas compatibles) hasta que no se identifiquen nuevos casos durante al menos 14 días. Esta indicación podrá ser modificada por el Servicio de Medicina Preventiva en función de las características específicas de cada brote o área en la que se haya producido el mismo.
- Tanto trabajadores como pacientes (si su situación clínica lo permite) y visitantes deberán llevar al menos mascarilla quirúrgica para la atención y permanencia en una unidad donde se haya detectado el brote. Se debe aconsejar limitar las visitas. Se debe indicar a los visitantes que solo visiten la habitación del paciente, restringiendo al mínimo imprescindible sus desplazamientos por el interior del centro. Deben minimizar el tiempo que pasan en otros lugares de la instalación.
- Se considerará finalizado el brote cuando no se han identificado nuevos casos de infección por SARS-CoV-2 durante 14 días



## ANEXO 1. TRATAMIENTOS INMUNOSUPRESORES

Personas que reciban o hayan recibido en los 3 meses anteriores tratamiento para una enfermedad autoinmune, como:

- inhibidores de JAK o moduladores inmunitarios biológicos, incluidas terapias dirigidas a células B (también rituximab, pero en este caso el receptor se consideraría inmunosuprimido durante un periodo de 6 meses),
- moduladores de la coestimulación de células T,
- inhibidores monoclonales del factor de necrosis tumoral (TNF),
- receptores solubles de TNF,
- inhibidores del receptor de IL-6,
- inhibidores de la IL-17, inhibidores de la IL 12/23,
- inhibidores de la IL 23.

Los que reciban o hubieran recibido:

- corticosteroides a dosis altas (equivalentes a  $\geq 20$  mg de prednisona o prednisolona al día o equivalentes a  $\geq 1$  mg/kg/día en población infantil) durante más de 10 días en el mes anterior
- corticosteroides a dosis moderadas a largo plazo (equivalentes a  $\geq 10$  mg de prednisona o prednisolona al día  $\geq 0,5$  mg/kg/día en población infantil durante más de 4 semanas) en los 3 meses anteriores.
- fármacos inmunomoduladores orales no biológicos, como metotrexato  $> 20$  mg por semana (oral y subcutáneo), azatioprina  $> 3,0$  mg/kg/día; 6-mercaptopurina  $> 1,5$  mg/kg/día, micofenolato  $> 1$  g/día en los 3 meses anteriores.

- ciertos tratamientos combinados a dosis individuales inferiores a las anteriores, incluidos los que reciben  $\geq 7,5$  mg de prednisolona al día en combinación con otros inmunosupresores (distintos de hidroxicloroquina o sulfasalazina) y los que reciben metotrexato (cualquier dosis) con leflunomida, o cualquier dosis en población infantil, en los 3 meses anteriores.
- altas dosis de esteroides (equivalentes a  $>40$  mg de prednisona o prednisolona al día o equivalentes a  $>2$  mg/kg/día en población infantil) durante más de una semana por cualquier motivo en el mes previo.

Observación: lista no exhaustiva.

## **ANEXO 2. PROCEDIMIENTOS QUE GENERAN AEROSOL (PGA).**

Los PGA se pueden agrupar en dos categorías:

- a) Los procedimientos que mecánicamente crean y dispersan los aerosoles (p.e., ventilación manual).
- b) Los procedimientos que inducen al paciente a la producción de estos aerosoles por irritación de las vías respiratorias (p.e., broncoscopia).

Aunque no existe una relación de PGA unánimemente aceptada, los procedimientos sanitarios realizados comúnmente que habitualmente son considerados como generadores de aerosoles incluyen:

### **I.- Procedimientos con elevada concentración de aerosoles con posible asociación con el incremento de riesgo de transmisión de microorganismos patógenos:**

- Broncoscopia.
- Reanimación cardiopulmonar.
- Intubación/extubación endotraqueal.
- Ventilación no invasiva del tracto respiratorio (BIPAP, CPAP, HFOV).20
- Inducción al esputo.
- Ventilación manual.
- Succión abierta o profunda de secreciones de vías respiratorias.
- Traqueotomía.
- Endoscopia digestiva alta.

**II.- Procedimientos que pueden producir aerosoles en los que el riesgo de transmisión de infección durante la realización de los mismos no está completamente establecido:**

- Ventilación mecánica.
- Toma de muestras de esputo.
- Desfibrilación.
- Oxígeno a alto flujo (incluye máscara de Venturi); valorar utilización de máscaras tipo mariposa si la concentración programada lo permite.
- Tratamiento nebulizador con máscara; si es posible, sustituir por inhaladores presurizados con cámaras con ajuste de dosis.
- Administración de broncodilatadores en cartucho presurizado sin cámara espaciadora.
- Fisioterapia respiratoria.
- Espirometría forzada.

### ANEXO 3. RESUMEN DE CRITERIOS DE RETIRADA DE AISLAMIENTO EN EL HOSPITAL DE CASOS CONFIRMADOS.

Paciente		Criterios para retirada de aislamiento <sup>1</sup>		
Estado inmunológico	Forma de presentación	Clínica	Tiempo mínimo <sup>2</sup>	PDIA
Inmunocompetente	Asintomático	Permanecer asintomático <sup>3</sup>	10 días	A criterio del Servicio de Medicina Preventiva
	Sintomatología leve-moderada	Resolución fiebre > 24 horas sin antitérmicos y mejoría clínica.	10 días	Test Ag o PCR (preferente) negativo o CT > 30 <sup>4</sup>
	Sintomatología grave / pacientes críticos	Resolución fiebre > 24 horas sin antitérmicos y mejoría clínica.	10-20 días <sup>5</sup>	Test Ag o PCR (preferente) negativo o CT > 30 <sup>4</sup>
Inmunosupresión Moderada-Grave	Cualquiera	Resolución fiebre > 24 horas sin antitérmicos y mejoría clínica.	20 días	Test Ag o PCR (preferente) negativo o CT > 30 <sup>4</sup>

<sup>1</sup> El mero hecho de ser positivo no será motivo para prolongar la estancia hospitalaria si la situación clínica del paciente permite el alta.

<sup>2</sup> A contar desde el inicio de los síntomas o desde la primera PDIA en asintomáticos.

<sup>3</sup> Si empieza con sintomatología se utilizarán los criterios aplicables a pacientes inmunocompetentes con sintomatología.

<sup>4</sup> En caso de que la PDIA siga resultando positiva, podrá repetirse a las 48 horas (valoración individualizada según CT).

<sup>5</sup> Realizar test a partir del día 10 si se cumplen las dos condiciones clínicas (24 horas sin fiebre en ausencia de antitérmicos y clara mejoría), o ya a partir del día 20 en cualquier caso.

## Referencias

- Centers for Diseases control and prevention. Interim infection prevention and control recommendations for healthcare personnel during the coronavirus disease 2019 (covid-19) pandemic. Última actualización 18/03/2024. Disponible: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html> (consultado 8 junio 2024)
- Centers for Diseases control and prevention. Interim infection prevention and control recommendations for healthcare personnel during the coronavirus disease 2019 (covid-19) pandemic. Última actualización 18/03/2024. Disponible: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html#aerosol> (consultado 8 junio 2024)
- Centers for Diseases control and prevention. Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities. 21/12/2023. Disponible: [https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/environmental-control/air.html?CDC\\_AAref\\_Val=https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/background/air.html](https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/environmental-control/air.html?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/background/air.html) (consultado 8 junio 2024)
- European Centre for Disease Prevention and Control. Considerations for infection prevention and control practices in relation to respiratory viral infections in healthcare settings. 6/02/2023. Disponible: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/considerations-infection-prevention-and-control-practices-relation-respiratory> (consultado 3 junio 2024)
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria. COVID-19: criterios para finalizar aislamiento y cuarentena en pacientes en el ámbito hospitalario. 26/01/2022. Disponible:

[https://www.sempspgs.es/files/portalmenus/87/documentos/2022\\_01\\_26\\_SEMPSPGS\\_RECOMENDACIONES\\_PARA\\_CRITERIOS\\_DE\\_RETIRADA\\_DE\\_AISLAMIENTO\\_EN\\_PACIENTES\\_COVID.pdf](https://www.sempspgs.es/files/portalmenus/87/documentos/2022_01_26_SEMPSPGS_RECOMENDACIONES_PARA_CRITERIOS_DE_RETIRADA_DE_AISLAMIENTO_EN_PACIENTES_COVID.pdf) (consultado 4 junio 2024)

- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Recomendaciones de la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta sobre la utilización de mascarilla tras el fin de la emergencia sanitaria internacional por COVID-19. Mayo, 2023. Disponible:

[https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/documentos/Recomendaciones\\_uso\\_mascarillas\\_Mayo\\_2023.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/documentos/Recomendaciones_uso_mascarillas_Mayo_2023.pdf)

(consultado 5 junio 2024)

- Ministerio de Sanidad. Ponencia de Alertas, Planes de Preparación y Respuesta. LA COVID-19 TRAS EL FIN DE LA EMERGENCIA SANITARIA. NUEVO MARCO ESTRATÉGICO INTEGRADO EN LA VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDA. 5/07/2023. Disponible:

[https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/documentos/Nuevo\\_marco\\_estrategico\\_COVID-19\\_05072023.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/documentos/Nuevo_marco_estrategico_COVID-19_05072023.pdf)

(consultado 5 junio 2024)

- Ministerio de Sanidad. Ponencia de Alertas, Planes de Preparación y Respuesta. Recomendaciones de vacunación frente a gripe y COVID-19 en la temporada 2024-2025 en España. Actualización. Aprobado por la Comisión de Salud Pública el 18 de julio de 2024. Disponible:

[https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/gripe\\_covid19/docs/RecomendacionesVacunacion\\_Gripe-Covid19.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/gripe_covid19/docs/RecomendacionesVacunacion_Gripe-Covid19.pdf)

(consultado 22 julio 2024)

- Servicio Gallego de Salud, Xunta de Galicia. Medidas preventivas en los Hospitales tras la publicación de la Orden SND/726/2023 por la que se declara la finalización de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19.10(07/2023. Disponible: [https://coronavirus.sergas.gal/Contidos/Documents/1115/MEDIDAS\\_PREVENTIVAS\\_NOS\\_HOSPITAIS\\_POSTCOVID-19.pdf](https://coronavirus.sergas.gal/Contidos/Documents/1115/MEDIDAS_PREVENTIVAS_NOS_HOSPITAIS_POSTCOVID-19.pdf) (consultado 5 junio 2024).
- Sociedad Andaluza de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria. 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](https://www.sociedadandaluzapreventiva.com/wp-content/uploads/Recomendaciones-de-criterios-de-mantenimiento-y-retirada-de-aislamientos-en-pacientes-COVID_v2-27_01_22.pdf) (consultado 5 junio 2024).