

# Prevención, identificación y gestión de las infecciones de los profesionales sanitarios en el contexto de la COVID-19

Orientaciones provisionales

30 de octubre de 2020



## Puntos fundamentales

- Los profesionales sanitarios que están en contacto con pacientes de COVID-19 o atienden a esos pacientes corren un mayor riesgo de infectarse que la población general. Es esencial mitigar y reducir este riesgo para proteger su bienestar y reducir la propagación de la COVID-19.
- Las pruebas científicas disponibles parecen indicar que el uso apropiado de equipos de protección personal, las prácticas óptimas de higiene de las manos, la aplicación de políticas que establecen el uso de mascarillas por todas las personas en los centros de atención sanitaria, así como la adecuada formación teórica y práctica sobre prevención y control de infecciones (PCI), están asociados a una disminución del riesgo que corren los profesionales sanitarios de adquirir la COVID-19.
- Para prevenir que los profesionales sanitarios contraigan la infección por SARS-CoV-2 es necesario adoptar un enfoque integrado multidimensional que incluya medidas de salud y seguridad ocupacionales (SSO), así como la PCI. Todos los centros de atención sanitaria deben establecer o fortalecer y aplicar *a)* programas de PCI y *b)* programas de salud y seguridad ocupacionales con protocolos para garantizar la seguridad de los mencionados profesionales y prevenir que contraigan infecciones cuando se encuentran en el entorno de trabajo. Se recomienda garantizar niveles adecuados de dotación de personal clínico para prevenir la transmisión de infecciones relacionadas con la atención sanitaria.
- La detección precoz de las infecciones de los profesionales sanitarios por SARS-CoV-2 puede lograrse mediante la vigilancia sindrómica o las pruebas de laboratorio y es una estrategia fundamental para prevenir la transmisión

secundaria de dichos profesionales a los pacientes, entre esos profesionales en todos los entornos de atención sanitaria y de tales profesionales a los contactos fuera de los centros sanitarios. Debe elaborarse y aplicarse una estrategia de vigilancia y realización de pruebas a nivel nacional o local.

- Debe establecerse un sistema de gestión de las exposiciones basado en la evaluación de riesgos para promover y apoyar el suministro de información por los profesionales sanitarios sobre sus exposiciones a la COVID-19 en el trabajo o fuera de este o sobre sus síntomas relacionados con esta enfermedad.
- Debe establecerse un sistema de gestión de presuntas infecciones, que incluya medidas aplicables a los profesionales sanitarios que den positivo en las pruebas de detección del SARS-CoV-2 y a quienes presenten síntomas y den negativo en tales pruebas.
- Deben establecerse criterios claros para volver al trabajo, de conformidad con los principios de la OMS relativos a la interrupción del aislamiento de casos de COVID-19.
- Los sistemas y centros sanitarios deben mantener una filosofía no culpabilizante con respecto a las infecciones de los profesionales sanitarios por el virus de la COVID-19.
- La OMS ha ofrecido varios instrumentos y estudios de vigilancia para comprender mejor el alcance de las infecciones de los profesionales sanitarios y los factores de riesgo de infección de dichos profesionales por SARS-CoV-2.

## Antecedentes

Los profesionales sanitarios<sup>1</sup>, en particular los que están en contacto con pacientes de COVID-19 o atienden a esos pacientes, corren un mayor riesgo de contraer la infección por

suelen desempeñar funciones a la hora de dispensar atención en los centros de cuidados de larga duración y en los entornos comunitarios (61).

<sup>1</sup> Según la definición de la OMS, los profesionales sanitarios son todas las personas que participan en acciones destinadas principalmente a mejorar la salud, como los asistentes sociales que

SARS-CoV-2 que la población general (1, 2). Según los datos recopilados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) mediante la vigilancia mundial de la COVID-19, que provienen principalmente de países europeos y americanos, alrededor del 14% de los casos de COVID-19 notificados a la OMS corresponden a los mencionados profesionales. Se ha probado documentalmente que la transmisión del SARS-CoV-2 a los profesionales sanitarios se produce tanto en los entornos de cuidados intensivos como en los de cuidados de larga duración; de pacientes y residentes a esos profesionales, así como entre tales profesionales, lo cual también puede estar asociado a exposiciones a compañeros de trabajo infectados en zonas comunes y salas de descanso (3–7).

A medida que la pandemia evoluciona, los estudios indican que, además de los entornos de atención sanitaria, los entornos comunitarios (como los hogares) también son un punto de transmisión del virus de la COVID-19 a los profesionales sanitarios (6, 8–12). Sus infecciones por el mencionado virus pueden dar lugar a un agotamiento de la fuerza de trabajo en un momento en el que el sistema de atención sanitaria se enfrenta a un aumento de la demanda. Por otro lado, los profesionales sanitarios que están infectados corren el riesgo de transmitir el SARS-CoV-2 a otras personas en los hogares y otros entornos comunitarios. Para consultar más información relativa a los datos probatorios sobre la epidemiología de las infecciones de los profesionales sanitarios y los factores de riesgo de infección de dichos profesionales, véase el recuadro 1. Comprender la transmisión del SARS-CoV-2, tal como se describe en el documento de la OMS titulado [Transmisión del SARS-CoV-2: repercusiones sobre las precauciones en materia de prevención de infecciones](#) (1), es un elemento fundamental para la aplicación de medidas apropiadas de prevención de infecciones.

El presente documento ofrece orientaciones para prevenir y vigilar la aparición de la COVID-19 en los profesionales sanitarios y para someterlos a pruebas de detección<sup>1</sup>, incluyendo la gestión tras la exposición y el eventual retorno seguro al trabajo de aquellos que hayan presentado infección presunta o confirmada por SARS-CoV-2. En la base de datos de vigilancia de la OMS, el término profesional sanitario incluye médicos, enfermeros, profesionales paramédicos (rayos X, personal de laboratorio, fisioterapeutas, etc.), y personal administrativo y de apoyo, como personal de limpieza y lavandería, auxiliares administrativos de admisión/recepción, transportistas de pacientes y personal de servicios de restauración (13).

Para prevenir la infección en el lugar de trabajo es necesario adoptar un enfoque integrado multidimensional que incluya medidas de PCI y de salud y seguridad ocupacionales (SSO),

además de acatar las medidas sociales y de salud pública en la comunidad. La vigilancia sindrómica es un proceso que suelen utilizar los sistemas de vigilancia de la salud pública para la detección precoz de los brotes y se centra en la identificación temprana de los síntomas (14). Desde el inicio de la pandemia de COVID-19, los laboratorios han estado utilizando pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (AAN), como las pruebas de reacción en cadena de la polimerasa por transcripción inversa en tiempo real (RCP-RTr), para detectar el SARS-CoV-2, el virus que causa la COVID-19. Las pruebas diagnósticas rápidas que detectan antígenos han comenzado a entrar en el arsenal de instrumentos que pueden desempeñar una función importante para orientar el tratamiento de los pacientes, la toma de decisiones de salud pública y la vigilancia de la COVID-19 (15).

El presente documento de orientaciones complementa el [cuestionario de evaluación de riesgos](#) de la OMS (16) sobre el tratamiento de infecciones de los profesionales sanitarios en el contexto de la COVID-19 y el documento titulado [Brote de la enfermedad por coronavirus \(COVID-19\): derechos, funciones y responsabilidades de los profesionales sanitarios, así como consideraciones fundamentales para la seguridad y la salud ocupacionales: orientaciones provisionales](#) (17). Las presentes orientaciones están dirigidas tanto a los países como a los centros, así como a las autoridades de salud pública, los administradores de centros sanitarios, los departamentos de salud ocupacional y los departamentos o puntos focales de prevención y control de infecciones (PCI)<sup>2</sup> y pueden adaptarse en función de los contextos nacionales y locales.

Se examinaron rápidamente las publicaciones para constituir la base probatoria sobre la que se elaboraría el presente documento, en particular con respecto a la epidemiología de las infecciones de los profesionales sanitarios por SARS-COV-2 y los factores de riesgo de infección de dichos profesionales por este coronavirus y a la eficacia de la vigilancia sindrómica activa y pasiva y de las pruebas de laboratorio sistemáticas. El presente documento de orientaciones se ha elaborado consultando con el Grupo especial de la OMS para la formulación de orientaciones acerca de la prevención y control de infecciones en el contexto de la COVID-19, así como con expertos externos y personal de la OMS especializados en el campo de la salud ocupacional y de los derechos y el desarrollo de las fuerzas de trabajo sanitarias. Esos grupos examinaron los datos probatorios disponibles, tuvieron en cuenta diversas experiencias de los países y formularon estas recomendaciones basadas en el consenso para realizar una vigilancia sindrómica de los profesionales sanitarios y hacerles pruebas.

---

<sup>2</sup> El punto focal de PCI se define como un profesional que es nombrado para estar a cargo de la PCI a nivel nacional, subnacional o en los centros u organizaciones (62).

**Recuadro 1: Datos probatorios sobre la epidemiología de las infecciones de los profesionales sanitarios y los factores de riesgo de infección de dichos profesionales**

Existen pocos datos disponibles a nivel mundial y nacional sobre las infecciones de los profesionales sanitarios por SARS-CoV-2. La OMS ha elaborado recientemente un resumen de esas infecciones (18). En pocas palabras, la vigilancia mundial de la COVID-19, principalmente en los países de la Región de las Américas y la Región de Europa de la OMS, indica que alrededor del 14% de los casos de COVID-19 notificados a la OMS han sido identificados como profesionales sanitarios. Incluso cuando se trataba de los países que habían completado más del 75% de las variables de los datos presentados en relación con el estado del profesional sanitario, las proporciones de profesionales sanitarios infectados variaban ampliamente entre el 2% y el 35%. El momento de la notificación, la fluctuación de las pautas de transmisión comunitaria y la aplicación por los centros de medidas de PCI repercutieron en la aparición de infecciones en los profesionales sanitarios. Según un informe reciente del Consejo Internacional de Enfermeras, que realizó una encuesta de 50 países, principalmente de Europa y las Américas, las infecciones de los profesionales sanitarios variaban entre el 1% y el 32% de todos los casos confirmados de COVID-19 (19).

La disponibilidad limitada de los datos publicados sobre las infecciones de los profesionales sanitarios puede atribuirse en parte a las dificultades para distinguir la adquisición de infecciones en brotes comunitarios de la adquisición en entornos de atención sanitaria y a las diferencias en los aspectos de confidencialidad de los datos sobre vigilancia de los mencionados profesionales. En general, existen limitaciones para obtener datos completos, como la alta variabilidad de la integridad de la información.

Según los estudios citados en un rápido examen dinámico encargado por la OMS sobre la epidemiología de las infecciones de los profesionales sanitarios por el virus de la COVID-19 y otros coronavirus (SARS-CoV-1 y MERS-CoV) y sobre los factores de riesgo de infección de dichos profesionales por estos virus (3), las estimaciones de sus infecciones por SARS-CoV-2 varían considerablemente de un estudio a otro. La incidencia de la infección por SARS-CoV-2 (RCP positiva) variaba entre el 0,4% y el 49,6%, y la prevalencia de la seropositividad para el SARS-CoV-2, entre el 1,6% y el 31,6%, dependiendo del estudio. Los factores que contribuyen al aumento del riesgo de contracción de la infección por SARS-CoV-1, MERS-CoV o SARS-CoV-2 en el trabajo son, entre otros, la variabilidad de las estimaciones, las diferencias de los entornos, el tipo y duración de la exposición o exposiciones, el aumento de la intensidad de la transmisión en la comunidad en la que se encuentran los centros sanitarios, la presencia y gravedad de los síntomas y el uso y suministro inadecuados de equipos de protección personal. Algunas de las constataciones principales del examen dinámico son (3):

- El uso apropiado de equipos de protección personal, las prácticas óptimas de higiene de las manos, la aplicación de políticas que establecen el uso de mascarillas por todas las personas en los centros de atención sanitaria, así como la adecuada formación teórica y práctica sobre PCI para todos los profesionales sanitarios, están asociados a una disminución del riesgo que corren dichos profesionales de infectarse.
- Según los datos probatorios disponibles, no existe una asociación entre la edad y el sexo ni entre la función desempeñada por el profesional sanitario (por ejemplo, enfermero frente a médico) y el riesgo de infección por SARS-CoV-2.
- Se ha observado que las infecciones por SARS-CoV-2 se producen en varios departamentos hospitalarios y son contraídas por profesionales sanitarios que desempeñan distintas funciones, como aquellas en las que no hay contacto directo con el paciente.
- Ciertas exposiciones (por ejemplo, cuando se realizan intubaciones, se tiene contacto directo con el paciente y se entra en contacto con las secreciones corporales) y el uso discontinuo o incompleto del equipo de protección personal están asociados a un mayor riesgo de infecciones de los profesionales sanitarios por coronavirus.

La transmisión del SARS-CoV-2 a los profesionales sanitarios se ha probado documentalmente en entornos de cuidados intensivos y de cuidados de larga duración: de pacientes y residentes a dichos profesionales y de un profesional de ese tipo a otro, lo cual incluye posibles exposiciones en zonas comunes y salas de descanso (3–7). Existen estudios genómicos y de seroprevalencia de tales profesionales que están en curso o se han finalizado. Los estudios indican que, además de los entornos de atención sanitaria, los entornos comunitarios (como los hogares) también son un punto de transmisión (6, 8–12).

Si bien el uso apropiado de equipos de protección personal es una medida de protección fundamental para los profesionales sanitarios, en el documento de la OMS titulado *[Brote de la enfermedad por coronavirus \(COVID-19\): derechos, funciones y responsabilidades de los profesionales sanitarios, así como consideraciones fundamentales para la seguridad y la salud ocupacionales: orientaciones provisionales](#)* (17) se describen estrategias para mitigar los daños asociados al uso prolongado y reiterado de tales equipos y otros factores de riesgo identificados.

### Principios fundamentales para prevenir las infecciones de los profesionales sanitarios

Para prevenir que los profesionales sanitarios contraigan la infección por SARS-CoV-2 es necesario adoptar un enfoque integrado multidimensional de PCI y medidas de salud y seguridad ocupacionales (SSO) (17, 20). La OMS recomienda que todos los centros de atención sanitaria establezcan y apliquen programas de PCI y de SSO con protocolos para garantizar la seguridad de dichos

profesionales y prevenir las infecciones por el virus de la COVID-19 en el entorno de trabajo (20).

Según varios estudios, los profesionales sanitarios de las zonas afectadas por la COVID-19 tienen niveles elevados de depresión, ansiedad y angustia psicológica (21–23). La escasez de esos profesionales y sus turnos prolongados sin períodos de descanso adecuados, así como la escasez de equipos de protección personal, son importantes determinantes que conducen al cansancio y al cumplimiento inadecuado de las prácticas de prevención de infecciones (21, 22). Esto se ha puesto de relieve en las directrices de la OMS, en las que se recomiendan encarecidamente niveles

adecuados de dotación de personal y una adecuada formación en PCI como componentes fundamentales de los programas eficaces de PCI para prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, por ejemplo, las que se propagan a través de brotes (20). También se ha informado de la falta de medidas adecuadas de protección social de la salud, como el monitoreo de la salud, la licencia por enfermedad para la cuarentena y las políticas de «no salir de casa en caso de sentirse mal» para determinados grupos de profesionales sanitarios (por ejemplo, dispensadores privados autónomos, agentes de salud comunitarios y dispensadores no técnicos). Por eso, la OMS recomendó antes establecer programas nacionales de PCI y de SSO a nivel nacional y en todos los centros de atención sanitaria (24).

A continuación figura una lista de recomendaciones anteriores y nuevas para prevenir que los profesionales sanitarios contraigan la infección por SARS-CoV-2.

### 1. Establecer un programa de prevención y control de infecciones

Las [Directrices sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nivel nacional y de establecimientos de atención de salud para pacientes agudos](#) (20) constituyen la base de las estrategias de la OMS para prevenir las amenazas que planteen ahora o en el futuro las infecciones y la resistencia a los antimicrobianos para la atención sanitaria. Debe establecerse en los centros un programa de PCI con un equipo de PCI especial y formado, o al menos un punto focal de PCI, que cuente con el apoyo de los directivos superiores del ámbito nacional y de dichos centros (20). Se recomienda garantizar niveles adecuados de dotación de personal clínico como componente básico para prevenir la transmisión de infecciones relacionadas con la atención sanitaria, en particular la propagación a través de brotes. Se han identificado [requisitos mínimos](#) (25) para facilitar la aplicación escalonada de los componentes básicos de la OMS correspondientes a los programas de PCI, en particular en los países en los que la PCI es limitada o inexistente (25). Es esencial cumplir los requisitos mínimos de PCI y lograr que los programas de PCI sean más sólidos y amplios en todo el sistema de salud de todos los países, en consonancia con todos los componentes básicos de la OMS en materia de PCI, a fin de mantener los esfuerzos de control de la pandemia de COVID-19 y de otras enfermedades infecciosas emergentes y prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y la resistencia a los antimicrobianos (20, 25).

Se ha identificado que los servicios de cuidados de larga duración son un punto de alto riesgo de transmisión de la COVID-19 entre los residentes y el personal (7, 26). Asimismo, se han elaborado orientaciones de la OMS específicas para estos entornos, a saber: [Prevención y manejo de la COVID-19 en los servicios de cuidados de larga duración: reseña normativa](#) (27), [Prevención y manejo de la COVID-19 en los servicios de cuidados de larga duración: anexo para la web](#) (28) y [Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales](#) (29), las cuales deben utilizarse como complemento de los documentos sobre PCI antes mencionados.

En varios documentos de orientaciones técnicas fundamentales sobre PCI (2, 29–33) se describen medidas específicas de PCI, que recomienda la OMS, para reducir la transmisión del SARS-CoV-2 a los profesionales sanitarios, entre las cuales figuran las siguientes:

- Garantizar el triaje, el reconocimiento temprano y el control de las fuentes (aislando los casos presuntos y confirmados de COVID-19, como los residentes que reciben cuidados de larga duración).
- Tomar las precauciones habituales de PCI en relación con todos los pacientes, prestando especial atención a la higiene de las manos y la limpieza del entorno apropiadas.
- Tomar precauciones adicionales (precauciones contra la transmisión por gotículas respiratorias y por contacto y, cuando proceda, contra la transmisión por vía aérea para procedimientos generadores de aerosoles) en relación con casos presuntos o confirmados de COVID-19, como el uso de mascarillas médicas por todos los profesionales sanitarios en los centros de atención sanitaria, lo cual incluye las zonas comunes en las que interactúan.
- Aplicar controles administrativos, como políticas y procedimientos de PCI, incluyendo los modos de comportamiento apropiados y el cumplimiento de las medidas fundamentales de PCI en las zonas comunes.
- Utilizar o introducir controles ambientales y técnicos, como la ventilación apropiada.

### 2. Establecer un programa de salud y seguridad ocupacionales

Todos los servicios de salud deben contar con una política y un programa de salud y seguridad ocupacionales, que incluyan un punto focal de salud ocupacional o un servicio de salud ocupacional; un comité de gestión de salud y seguridad en el trabajo; una evaluación periódica de riesgos en el lugar de trabajo que abarque todos los peligros y la eficacia de sus controles; las inmunizaciones; la notificación no culpabilizante de exposiciones accidentales o sin protección a agentes patógenos y de incidentes; la vigilancia médica y la formación teórica y práctica de los trabajadores, así como medidas de higiene (34). En las orientaciones provisionales que impartirá la OMS con el nombre de *COVID-19: Salud y seguridad ocupacionales de los profesionales sanitarios, derechos y responsabilidades* (de próxima publicación) y en el documento de la OMS y la OIT titulado [Seguridad y salud de los trabajadores en las crisis sanitarias: manual sobre la protección del personal sanitario y de los equipos de emergencia](#), se describen medidas específicas para proteger a los profesionales sanitarios contra los riesgos ocupacionales que intensifica la pandemia de COVID-19 (35).

Un elemento fundamental de la prevención y el control de la transmisión en los entornos de atención sanitaria es la aplicación de controles técnicos, ambientales y administrativos, además de los comportamientos individuales y los equipos de protección personal. Además de los elementos básicos de los programas de PCI y de SSO que se describen más arriba, deben incluirse las medidas que se indican a continuación para prevenir que los profesionales sanitarios se infecten, a saber:

- Evaluación periódica de los riesgos y la eficacia de las medidas de control y, en particular, del cumplimiento de los protocolos de PCI y de seguridad y los riesgos ocupacionales.
- Formación teórica y práctica de todo el personal sobre medidas de PCI y salud y seguridad ocupacionales, así como formación de actualización periódica.
- Obtención y uso apropiado de suministros para la PCI, como los suministros para la higiene de las manos, y

de equipos de protección personal (mascarillas médicas, mascarillas autofiltrantes, protección ocular, guantes y batas), que deben estar disponibles en cantidades y variedades de tamaño suficientes, y cumplir con las normas de calidad.

- Monitoreo de los procedimientos de PCI y retroinformación periódica a diversos destinatarios, como el personal clínico, con el apoyo de tutorías y la supervisión de la práctica; y refuerzo de las competencias para establecer normas sociales sólidas relacionadas con la observancia de la PCI (36).
- Monitoreo de los elementos comportamentales y sociales que entorpecen y facilitan la adhesión de los profesionales sanitarios, como las percepciones sobre el valor de los procedimientos, la confianza en el seguimiento de los procedimientos y las percepciones sobre el apoyo disponible (36).
- Políticas y procedimientos de salud y seguridad ocupacionales que incluyen:
  - realización de exámenes y pruebas del personal, protocolos de enfermedad del personal y políticas de retorno seguro al trabajo;
  - políticas que permiten que el personal se quede en casa si se siente mal, sin pérdida de ingresos;
  - procedimientos para la notificación no culpabilizante y la investigación de exposiciones sin protección y de contactos con casos presuntos o confirmados de COVID-19;
  - protocolos de gestión para garantizar que haya personal suficiente; proporción segura entre el número de personal y el de pacientes; turnos apropiados; períodos de descanso en zonas con espacio y ventilación adecuados, y recordatorios al personal para que siga cumpliendo los procedimientos de PCI.
- Comunicación regular entre el personal y el personal directivo superior, con inclusión de la participación del personal en la planificación.
- Cooperación entre los empleadores y los subcontratistas que trabajan en el mismo centro sanitario para elaborar y aplicar protocolos de seguridad y medidas de protección.

### Detección precoz de las infecciones de los profesionales sanitarios por SARS-CoV-2 para prevenir una mayor transmisión

La detección precoz de las infecciones de los profesionales sanitarios por el virus de la COVID-19 puede lograrse mediante la vigilancia sindrómica o las pruebas de laboratorio y es una estrategia fundamental para prevenir la transmisión secundaria a los pacientes, entre esos profesionales y en todos los entornos de atención sanitaria.

La vigilancia sindrómica puede llevarse a cabo utilizando métodos pasivos (por ejemplo, los que se basan en la información sobre los síntomas o enfermedades facilitada por los propios profesionales sanitarios) o métodos activos (por ejemplo, los que implican entrevistar o evaluar a tales profesionales para identificar casos presuntos de la enfermedad bajo vigilancia) (14, 37).

La fiebre es un síntoma común de la COVID-19. En un examen sistemático se comprobó que la fiebre, la mialgia o la

artralgia, el cansancio y la cefalea eran síntomas comunes en los pacientes de COVID-19 (38, 39). También se comunicaron pérdida del gusto (ageusia) y del olfato (anosmia), dolor ocular, malestar general y cansancio extremo (6, 7). Algunos casos no comunicaron ningún síntoma (40).

Según pocos estudios disponibles, los profesionales sanitarios que presentan síntomas dan positivo en las RCP con más frecuencia que los que no presentan síntomas (la razón de productos cruzados varía entre 3,5 y 19,4) (12, 41–44). Se ha comprobado que la proporción de profesionales sanitarios que dieron positivo mientras eran asintomáticos variaba entre el 12% y el 23,1% (11, 26, 41, 43, 44).

En un pequeño estudio de Escocia (Reino Unido), en el que los profesionales sanitarios que comunicaron síntomas se sometieron rápidamente a pruebas de detección de la COVID-19, en lugar de ponerse en cuarentena durante un período de hasta 14 días, se señaló que dichas pruebas podían haberse traducido en un ahorro para el sistema de salud de unos 8573 días de trabajo perdidos gracias a la reducción de las ausencias del personal (45). Según un amplio estudio multicéntrico que se realizó hace poco en centros de cuidados de larga duración de los Estados Unidos de América, había 1,3 casos de profesionales sanitarios con COVID-19 por cada 3 casos de residentes identificados. Esa constatación concuerda con otros estudios realizados en entornos de cuidados de larga duración en los que se detectaron casos de profesionales sanitarios con COVID-19 cuando se aplicaba una amplia estrategia de realización de pruebas a todos los profesionales sanitarios una vez que se identificaba a un residente que daba positivo por COVID-19 (7).

En general, los estudios demuestran que las pruebas realizadas con regularidad a los profesionales sanitarios pueden detectar la infección, pero no se han identificado intervalos claros para las pruebas sistemáticas ni puntos temporales (46–49).

Basándose en los datos probatorios disponibles, la OMS recomienda lo siguiente:

#### **1. La vigilancia sindrómica de los profesionales sanitarios para comprobar si presentan síntomas de la COVID-19 debe realizarse antes de que ingresen al lugar de trabajo e incluir lo siguiente:**

- Vigilancia pasiva: alentar a los profesionales sanitarios a que comuniquen sus síntomas al profesional de salud ocupacional u otro funcionario designado en el centro antes de su turno (por ejemplo, a través de formularios digitales de suministro de información sistemático si existen), y durante este o después de este.
- Vigilancia activa: establecer un proceso confidencial que permita garantizar que los profesionales sanitarios sean examinados para detectar síntomas de la COVID-19, como fiebre, y cualquier posible riesgo de exposición cuando lleguen para cumplir su turno.

La vigilancia pasiva puede ser la única opción disponible si los recursos son limitados, pero se debe considerar la posibilidad de realizar una vigilancia sindrómica activa si los recursos humanos y la logística lo permiten. Se recomienda realizar todos los esfuerzos necesarios para instituir una vigilancia sindrómica activa cuando haya conglomerados de

casos de transmisión en el centro sanitario o en las zonas en las que esté ubicado. En caso de que haya transmisión comunitaria<sup>3</sup>, es fundamental realizar una vigilancia sindrómica.

A la hora de monitorear los síntomas de los profesionales sanitarios como parte de la vigilancia sindrómica deben incluirse, por lo menos, los siguientes: fiebre, tos seca, mialgia, artralgia, cansancio, cefalea, disnea, anosmia y

ageusia. El personal que presente cualquiera de los síntomas anteriores o que no pase por el proceso de examen debe ponerse en contacto con su servicio de SSO para recibir más instrucciones. Deben establecerse políticas de empleo, como la licencia por enfermedad y la posibilidad de quedarse en casa en caso de sentirse mal, que garanticen la confidencialidad y no resulten punitivas para los profesionales sanitarios que se conviertan en contactos<sup>4</sup> o contraigan la infección por SARS-CoV-2 (17).

**Cuadro 1. Ejemplos de enfoques de vigilancia sindrómica**

Escenario de transmisión de la COVID-19 (50)	Tipo de vigilancia sindrómica de los profesionales sanitarios	Posible enfoque
Inexistencia de casos o casos esporádicos	Implementar una vigilancia sindrómica pasiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>El propio personal facilita información al profesional de salud ocupacional u otro funcionario designado si tiene algún síntoma, como fiebre.</li> </ul>
Conglomerados de casos	Implementar una vigilancia sindrómica pasiva y considerar la posibilidad de realizar una vigilancia activa si se dispone de recursos	<ul style="list-style-type: none"> <li>El propio personal facilita información al profesional de salud ocupacional u otro funcionario designado si tiene algún síntoma, como fiebre.</li> <li>Si se dispone de recursos, considerar la posibilidad de realizar un proceso para monitorear activamente al personal en busca de síntomas, como fiebre.</li> </ul>
Transmisión comunitaria	Implementar una vigilancia sindrómica activa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se establece un proceso en el que se monitorean las temperaturas del personal y se lo evalúa activamente (se lo examina) en busca de síntomas, por lo menos, al inicio de cada turno.</li> </ul>

## 2. Deben elaborarse y aplicarse estrategias nacionales y subnacionales de realización de pruebas a los profesionales sanitarios detectar infecciones por SARS-CoV-2.

Las pruebas de laboratorio adecuadas para detectar las infecciones por SARS-CoV-2 son otro elemento necesario para identificar con mayor precisión la transmisión del SARS-CoV-2 entre los profesionales sanitarios (15, 51). Al considerar la posibilidad de aplicar una estrategia de realización de pruebas, deben tenerse en cuenta los siguientes factores contextuales: la eficacia de los programas de salud ocupacional y de PCI del centro (lo cual incluye la aplicación plena de los protocolos por los empleadores o directivos y la adhesión demostrada del personal a los protocolos), el escenario de transmisión local, los recursos e infraestructuras disponibles para realizar pruebas y la repercusión de la COVID-19 en la fuerza de trabajo sanitaria (por ejemplo, posibles ausencias debidas a la licencia por enfermedad, el autoaislamiento o la cuarentena). En entornos con recursos limitados que se encuentran en zonas de transmisión comunitaria, la OMS recomienda que se dé prioridad a los profesionales sanitarios a la hora de realizar las pruebas, independientemente de que sean o no un contacto de un caso

confirmado (para proteger a dichos profesionales y reducir el riesgo de transmisión nosocomial) (52).

La OMS formula recomendaciones relativas a la realización de RCP-RT y pruebas basadas en antígenos para diagnosticar el SARS-CoV-2 (15, 51).

La estrategia de realización de pruebas debe incluir:

### a) Realización de pruebas a los profesionales sanitarios tras la exposición al SARS-CoV-2

Los profesionales sanitarios de un centro de atención sanitaria que se hayan convertido en contactos<sup>4</sup> de un caso presunto o confirmado (53), debido una exposición sin protección en el trabajo o en la comunidad, deben consultar con el punto focal de salud ocupacional si deben ser evaluados utilizando el [instrumento de la OMS para la evaluación del riesgo y la gestión de la exposición de los profesionales de atención sanitaria](#) (16). La OMS recomienda que todos los contactos con exposición de alto riesgo se sometán a pruebas de detección del SARS-CoV-2.

### b) Realización de pruebas sistemáticas a los profesionales sanitarios para la vigilancia de la COVID-19

confirmado, haya estado expuesta sin protección a alguna de las siguientes situaciones: 1. contacto personal con un caso probable o confirmado a menos de un metro de distancia y durante más de 15 minutos; 2. contacto físico directo con un caso probable o confirmado; 3. atención directa a un paciente de COVID-19 probable o confirmado sin utilizar el equipo de protección personal recomendado; O 4. situaciones de otro tipo en función de la evaluación local del riesgo (53).

<sup>3</sup> La transmisión comunitaria se describe como brotes en los que no es posible relacionar los casos confirmados a través de cadenas de transmisión cuando hay un gran número de casos ni mediante el aumento del número de muestras centinela con resultado positivo en las pruebas (50).

<sup>4</sup> Un contacto es cualquier persona que, desde 2 días antes hasta 14 días después del inicio de los síntomas de un caso probable o

Para determinar si es necesario realizar pruebas sistemáticas debe utilizarse un enfoque basado en los riesgos y deben tenerse en cuenta los siguientes factores:

- La intensidad de la transmisión en el entorno del centro o los centros sanitarios, por ejemplo, cuando aparecen una transmisión comunitaria o brotes intensos de COVID-19.
- Las capacidades del centro y los laboratorios para realizar las pruebas, en particular, los recursos financieros y humanos disponibles, así como la disponibilidad de material para realizarlas y la capacidad de los laboratorios.
- El volumen de pacientes que han sido identificados como casos positivos de SARS-CoV-2, son admitidos en el centro o son evaluados por los profesionales sanitarios.
- La tasa de positividad del personal.
- El número de funcionarios que están enfermos pero no han sido diagnosticados con COVID-19 y que

están en cuarentena por ser contactos de casos de COVID-19, debido a lo cual no pueden alcanzarse niveles adecuados y seguros de dotación de personal.

**c) Realización de pruebas a los profesionales sanitarios en los centros de cuidados de larga duración**

Independientemente del escenario de transmisión de la COVID-19, los profesionales sanitarios que trabajan en centros de cuidados de larga duración como miembros del personal o sin serlo deben ser tenidos en cuenta a la hora de realizar pruebas sistemáticas y, como mínimo, someterse a pruebas de detección de la COVID-19 en cuanto se identifique un caso positivo de dicha enfermedad entre los residentes o el personal.

En el cuadro 2 se presentan algunos ejemplos de escenarios para la aplicación de un enfoque basado en los riesgos.

**Cuadro 2: Ejemplos de escenarios y estrategias de realización de pruebas a los profesionales sanitarios**

Entorno de atención sanitaria	Escenario de transmisión (50)	Posible destinatario de la estrategia de realización de pruebas que debe tenerse en cuenta (cuando los recursos lo permitan)
Cuidados intensivos	Inexistencia de casos o casos esporádicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales sanitarios que presentan síntomas.</li> <li>• Profesional sanitario identificado como contacto de un caso de SARS-CoV-2.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Profesionales sanitarios asociados a la transmisión hacia un paciente o residente o proveniente de ellos o asociados a una investigación de brotes</li> </ul> </li> </ul>
	Conglomerados de casos o transmisión comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales sanitarios que presentan síntomas.</li> <li>• Profesional sanitario identificado como contacto de un caso de SARS-CoV-2.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Profesionales sanitarios asociados a la transmisión hacia un paciente o conglomerado de casos o proveniente de ellos o asociados a una investigación de brotes</li> </ul> </li> <li>• Profesionales sanitarios que trabajan en áreas clínicas, en cuyo caso se da prioridad a las áreas en las que los recursos son limitados teniendo en cuenta la evaluación de riesgos (por ejemplo, las áreas de triaje, los servicios de emergencia o las plantas para los casos de COVID-19).</li> <li>• Todos los profesionales sanitarios que trabajan en servicios o centros dedicados a la COVID-19.</li> </ul>
Cuidados de larga duración	Todos los escenarios de transmisión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales sanitarios que presentan síntomas.</li> <li>• Profesionales sanitarios identificados como contactos de un caso de SARS-CoV-2.</li> <li>• Realización de pruebas a todos los profesionales sanitarios cuando se identifica a un residente o miembro del personal como un caso positivo de SARS-CoV-2.</li> <li>• Realización de pruebas sistemáticas a los profesionales sanitarios, cuando sea factible.</li> </ul>

La frecuencia con la que se someterá a pruebas a los profesionales sanitarios dependerá del nivel de transmisión dentro del centro y las zonas circundantes, el objetivo u objetivos de la estrategia de realización de pruebas (es decir, vigilancia frente a control de brotes), la capacidad del centro y los laboratorios pertinentes para dicha realización, así como las orientaciones a nivel nacional y local. Durante un brote de COVID-19, deben realizarse pruebas periódicamente (por ejemplo, semanalmente, si los recursos lo permiten) hasta que no haya casos de profesionales sanitarios o residentes con COVID-19 en el centro (7, 26, 48).

### Gestión de las exposiciones, las infecciones y el retorno seguro al trabajo de los profesionales sanitarios

Debe establecerse un sistema no culpabilizante de gestión de las exposiciones de los profesionales sanitarios a la COVID-19 para promover y apoyar el suministro de información sobre exposiciones o síntomas. Las organizaciones que dispensan atención sanitaria deben contar con políticas de licencia por enfermedad con goce de sueldo para dichos profesionales que no resulten punitivas, no estén asociadas a desincentivos financieros y sean confidenciales, flexibles y coherentes con las orientaciones de salud pública. Los puntos focales de SSO deben mantener registros confidenciales de los profesionales sanitarios que estén expuestos a la COVID-19 y monitorear a aquellos que presenten o comuniquen síntomas o den positivo en las pruebas.

Un elemento fundamental para formular políticas de gestión de las exposiciones, las infecciones y el retorno seguro al trabajo de los profesionales sanitarios son las pruebas disponibles sobre la duración de la liberación de virus de los pacientes de COVID-19 y, en particular, sobre el plazo en el que puede aislarse el virus capaz de replicarse. La reseña científica de la OMS titulada [Criterios para poner fin al aislamiento de los pacientes de COVID-19](#) (54) ofrece un panorama general de las pruebas.

En consecuencia, las siguientes orientaciones se basan en varios estudios que demuestran que, en el caso de los pacientes con un cuadro clínico de COVID-19 de leve a moderado, el virus capaz de replicarse no ha sido recuperado después de 10 días contados a partir de la aparición de los síntomas.

La OMS da las siguientes recomendaciones:

#### 1. Debe alentarse a los profesionales sanitarios a que comuniquen sus exposiciones a la COVID-19 tanto en el trabajo como fuera de este.

Para los casos en los que un profesional sanitario comunique una exposición a la COVID-19 sin protección, no se someta al examen sindrómico en el momento de su llegada o presente síntomas durante su turno, deben establecerse políticas y

procedimientos claros que describan las medidas que deben adoptarse, como las siguientes:

- Instrucciones para que el profesional sanitario deje de trabajar inmediatamente, se ponga una mascarilla médica si no lleva ya una, informe al funcionario de SSO de su centro y se autoaisle.
- El profesional de SSO debe reunirse con el profesional sanitario para realizar una evaluación de los antecedentes de exposición cuando los recursos lo permitan, o pedirle que complete y presente el [formulario de la OMS para la evaluación del riesgo y la gestión de la exposición de los profesionales de atención sanitaria en el contexto de la COVID-19](#).
- El profesional de SSO debe categorizar los riesgos basándose en el instrumento de evaluación de riesgos de los profesionales sanitarios que han tenido una exposición sin protección y determinar la gestión apropiada, incluyendo la capacidad de dichos profesionales de volver al trabajo.
- El profesional de SSO debe ponerse en contacto con las autoridades locales de salud pública para informarlas de los profesionales sanitarios que comunican exposiciones relacionadas con el trabajo y no relacionadas con este y para organizar un seguimiento y monitoreo apropiados.
- La enfermedad profesional debe comunicarse con arreglo a las leyes en materia de SSO.
- Deben establecerse estrategias para mitigar la escasez de fuerza de trabajo (17, 34, 55, 56).

Puede consultarse más información sobre la evaluación del riesgo y la gestión de la exposición de los profesionales de atención sanitaria en el contexto de la COVID-19 haciendo clic [aquí](#) (16). En el enfoque que se menciona en estas orientaciones se distinguen las exposiciones con alto riesgo de infección por el virus de la COVID-19 de aquellas con bajo riesgo. En el cuadro 3 figura un resumen de las recomendaciones fundamentales para distintas situaciones.

Sobre la base de la clasificación de riesgos después de la exposición, el departamento de salud y seguridad ocupacionales puede dar las siguientes recomendaciones al profesional sanitario, a saber:

- Seguir trabajando, lo cual dependerá de su capacidad para hacerlo y de la evaluación de los riesgos de la exposición.
- Monitorear los síntomas y hacer un seguimiento adicional en caso necesario.
- Someterse a pruebas de detección del SARS-CoV-2 con arreglo a la estrategia de realización de pruebas a nivel nacional y local.
- Considerar la posibilidad de ponerse en cuarentena, dependiendo de la naturaleza de la exposición.



**Cuadro 3: Riesgo de exposición de los profesionales sanitarios y medidas recomendadas**

Tipo de exposición	Estado del profesional sanitario	Recomendación
<p><b>Exposición con menor riesgo</b> en el lugar de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dispensación de atención directa a un paciente de COVID-19 sin dejar de usar el equipo de protección personal necesario o seguir las precauciones de PCI;</li> <li>• presencia durante una intervención generadora de aerosoles en un paciente de COVID-19 sin dejar de usar el equipo de protección personal necesario o seguir las precauciones de PCI;</li> <li>• exposición en el trabajo a un colega que es un caso presunto o confirmado de COVID-19 sin dejar de usar una mascarilla.</li> </ul>	<p>No presenta síntomas (asintomático)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se puede seguir trabajando siguiendo las medidas de PCI, como los requisitos de uso de mascarillas a nivel local.</li> <li>• Hacerse una prueba de detección del SARS-CoV-2, si se dispone de recursos. Seguir las orientaciones que figuran en el documento titulado <a href="#">Pruebas diagnósticas para el SARS-CoV-2</a> (51).</li> <li>• Reforzar las medidas de PCI (distanciamiento físico, higiene de las manos, equipo de protección personal y uso de mascarillas).</li> <li>• Monitorearse en busca de síntomas durante 14 días e informar inmediatamente al profesional de SSO si aparece alguno.</li> <li>• Si es un caso positivo, identificar los contactos y hacer un seguimiento conforme a los procedimientos de rastreo de contactos.</li> </ul>
	<p>Presenta síntomas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoaislarse.</li> <li>• Realizar un monitoreo con el profesional de SSO.</li> <li>• Hacerse una prueba de detección del SARS-CoV-2. Seguir las orientaciones que figuran en el documento titulado <a href="#">Pruebas diagnósticas para el SARS-CoV-2</a> (51).</li> <li>• Si es un caso positivo, identificar los contactos y hacer un seguimiento conforme a los procedimientos de rastreo de contactos.</li> </ul>
<p><b>Exposición con mayor riesgo</b> en el lugar de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dispensación de atención directa al paciente de COVID-19 sin equipo de protección personal o con uno inapropiado, violación de la integridad del equipo de protección personal u omisión de otras precauciones de PCI (es decir, inobservancia de los cinco momentos de la OMS para la higiene de las manos y falta de limpieza y desinfección de las superficies o el entorno);</li> <li>• presencia durante una intervención generadora de aerosoles sin equipo de protección personal o con uno inapropiado, violación de la integridad del equipo de protección personal u omisión de otras precauciones de PCI (por ejemplo, inobservancia de los cinco momentos de la OMS para la higiene de las manos y falta de limpieza y desinfección de las superficies o el entorno);</li> <li>• exposición sin mascarillas (&gt;15 minutos de contacto facial, &lt; 1 metro) a un colega que ha sido identificado como un caso positivo de COVID-19 (por ejemplo, en una sala de descanso, en el momento de la comida, etc.);</li> <li>• exposición a salpicaduras o rociamientos de líquidos corporales/sangre o de una lesión punzante/cortante.</li> </ul>	<p>No presenta síntomas (asintomático)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ponerse en cuarentena durante 14 días contados a partir de la última exposición.</li> <li>• Permanecer fuera del trabajo durante 14 días contados a partir de la última exposición.</li> <li>• Hacerse una prueba de detección del SARS-CoV-2. Seguir las orientaciones que figuran en el documento titulado <a href="#">Pruebas diagnósticas para el SARS-CoV-2</a> (51).</li> <li>• Si es un caso positivo, identificar los contactos y hacer un seguimiento conforme a los procedimientos de rastreo de contactos.</li> <li>• Monitorear diariamente los síntomas y notificar al profesional de SSO.</li> </ul>
	<p>Presenta síntomas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoaislarse.</li> <li>• Hacerse una prueba de detección del SARS-CoV-2. Seguir las orientaciones que figuran en el documento titulado <a href="#">Pruebas diagnósticas para el SARS-CoV-2</a> (51).</li> <li>• Identificar los contactos y hacer un seguimiento conforme a los procedimientos de rastreo de contactos.</li> <li>• Ver las orientaciones que figuran más abajo para volver al trabajo.</li> </ul>

Tipo de exposición	Estado del profesional sanitario	Recomendación
Exposición fuera del trabajo (por ejemplo, contacto <sup>4</sup> con un pariente o miembro de la comunidad que es un caso confirmado).	Asintomático	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ponerse en cuarentena durante 14 días contados a partir de la última exposición.</li> <li>• Si es un caso positivo, identificar los contactos y hacer un seguimiento conforme a los procedimientos de rastreo de contactos.</li> </ul>
	Presenta síntomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislarse.</li> <li>• Hacerse una prueba de detección del SARS-CoV-2.</li> <li>• Seguir las orientaciones que figuran en el documento titulado <a href="#">Pruebas diagnósticas para el SARS-CoV-2</a>.</li> <li>• Si es un caso positivo, identificar los contactos y hacer un seguimiento conforme a los procedimientos de rastreo de contactos.</li> <li>• Ver las orientaciones que figuran más abajo para volver al trabajo.</li> </ul>

## 2. Gestión de las infecciones de los profesionales sanitarios

Todo profesional sanitario que identifique que tiene síntomas o dé positivo en la prueba de detección del SARS-CoV-2 debe hacer lo siguiente:

- aislarse inmediatamente y detener todas sus actividades de atención a los pacientes;
- informar a su supervisor, que debe notificar a los profesionales de PCI y SSO;
- buscar atención si se siente mal o los síntomas se agravan a través del sistema de derivación apropiado.

En el cuadro que figura a continuación se describen las recomendaciones y las medidas de gestión orientadas a los profesionales sanitarios que dan positivo en la prueba de detección del SARS-CoV-2.

**Cuadro 4: Medidas orientadas a los profesionales sanitarios que dan positivo en la prueba de detección del SARS-CoV-2**

Estado del profesional sanitario	Medidas de PCI
<b>El profesional sanitario da positivo en la prueba de detección del SARS-CoV-2 (con o sin síntomas)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislarse en un centro de atención sanitaria, un entorno designado (por ejemplo, un centro como el mencionado antes o un centro no convencional) o en el hogar (51), según corresponda y en función del estado clínico, durante no menos de 10 días y 3 días más sin aparición de síntomas (33).</li> </ul>
<b>El profesional sanitario presenta síntomas, pero da negativo en la prueba de detección del SARS-CoV-2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguir las orientaciones que figuran en el documento titulado <a href="#">Pruebas diagnósticas para el SARS-CoV-2</a> (51).</li> <li>• Consultar con el profesional de SSO si se debe volver al trabajo y considerar la posibilidad de que puede ser necesario someterse a pruebas adicionales para hacer diagnósticos alternativos según las orientaciones a nivel local.</li> <li>• Los profesionales sanitarios a los que se les permita volver al trabajo deben recibir asesoramiento sobre los síntomas que han de monitorear y seguir las orientaciones descritas anteriormente sobre el control de las infecciones, como el uso de equipo de protección personal apropiado.</li> </ul>

Si la infección de un profesional sanitario está relacionada con una exposición en el trabajo, como prácticas incorrectas de PCI, deben establecerse medidas correctivas apropiadas, como formación de actualización del personal sobre medidas de PCI, para subsanar y corregir los fallos. Los centros deben garantizar que los profesionales sanitarios dispongan de suministros adecuados de equipos de protección personal cuyo ajuste sea apropiado y que se establezcan procesos de monitoreo y observación de los procedimientos de PCI, como la comprobación del ajuste de las mascarillas autofiltrantes y el orden correcto de la extracción y eliminación de los equipos de protección personal. También debe haber recordatorios en el lugar de trabajo en los que se mencionen el empleo de medidas de higiene durante las actividades de

trabajo y la toma de períodos de descanso adecuados. Puede consultarse información detallada en el [documento](#) de la OMS sobre SSO (17).

El profesional de SSO deberá encontrar un equilibrio entre el riesgo de escasez de profesionales sanitarios esenciales y los riesgos de exposición y aplicación de restricciones al trabajo, según los escenarios de transmisión en el centro y la comunidad.

### 3. Recomendaciones para el retorno al trabajo de los profesionales sanitarios

Los principios de la OMS relativos a la interrupción del aislamiento de los pacientes de COVID-19 deben adoptarse a la hora de tomar decisiones sobre el retorno al trabajo de los profesionales sanitarios que se vieron afectados por la COVID-19, con algunas consideraciones adicionales para subgrupos específicos de profesionales sanitarios. Los criterios actuales de la OMS para poner fin al aislamiento de los pacientes de COVID-19 son los siguientes (54):

- Los pacientes sintomáticos pueden salir del aislamiento 10 días después de la aparición de síntomas, más por lo menos otros 3 días sin síntomas (como presencia de fiebre<sup>5</sup> y síntomas respiratorios).
- Las personas asintomáticas pueden salir del aislamiento 10 días después de que dieron positivo por primera vez.

Algunas personas pueden presentar síntomas (como tos post-viral, entre otros) después del periodo de infectividad o del de aislamiento que dura 13 días como mínimo (54). La evaluación médica caso por caso debe determinar si los profesionales sanitarios están en condiciones de volver al trabajo. Puede consultarse información adicional en el documento de la OMS titulado [Manejo clínico de la COVID-19: orientaciones provisionales](#) (57).

Los países pueden optar por seguir utilizando las RCP para interrumpir el aislamiento de los profesionales sanitarios que presentaron síntomas y dieron positivo en la prueba de detección de la COVID-19 de manera que puedan volver al trabajo cuando estén clínicamente recuperados y hayan dado negativo en dos RCP en las que las muestras secuenciales se tomaron con 24 horas de diferencia como mínimo (54, 57).

La decisión relativa al retorno al trabajo debe tomarse en función de cada caso contando con la colaboración de los profesionales de SSO y PCI y teniendo en cuenta las propias preferencias del profesional sanitario. Las condiciones que determinan si un profesional sanitario puede volver al trabajo de manera segura incluyen:

- Su unidad (dedicada a pacientes de COVID-19, UCI o cuidados de larga duración frente a atención directa al paciente o atención al paciente no presencial).
- El estado clínico de los pacientes (por ejemplo, inmunodeprimidos) a los que el profesional sanitario puede dispensar atención.
- Las medidas de PCI y el uso de mascarillas por todas las personas en el centro, con arreglo al documento de la OMS titulado [Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales](#) (31).
- Su estado general de salud y la gravedad de su cuadro anterior de COVID-19.

Los profesionales sanitarios deben atenerse a las recomendaciones que se indican a continuación al volver al trabajo después de la infección por el virus de la COVID-19, a saber:

- Seguir una formación de actualización sobre las prácticas de PCI, como la higiene de las manos y las precauciones al toser y estornudar, la prueba y comprobación del ajuste de las mascarillas autofiltrantes, el uso de equipos de protección personal, las políticas que establecen el uso de mascarillas, así como el distanciamiento físico seguro.
- Seguir las medidas de salud pública recomendadas en los entornos domésticos y comunitarios (mantener el distanciamiento físico, la higiene de las manos, las precauciones al toser y estornudar y el uso de mascarillas).
- Continuar monitoreándose en busca de síntomas asociados a la COVID-19 y, si aparecen nuevos o empeoran los ya existentes, dejar de trabajar inmediatamente, informar a su departamento de SSO y autoaislarse.
- Solicitar apoyo y monitoreo continuos al profesional de SSO para complicaciones de salud a más largo plazo y posibles repercusiones psicológicas.

### Monitoreo, estudio y notificación de las infecciones de los profesionales sanitarios

Se alienta a los centros de atención sanitaria a que recopilen datos sobre los profesionales sanitarios expuestos e infectados, monitoreen y rastreen las exposiciones e identifiquen los ámbitos susceptibles de mejora. Debe documentarse e investigarse cada infección de los profesionales sanitarios para poder realizar un control rápido. Con los auspicios del servicio de SSO, debe establecerse un sistema de recopilación sistemática de datos a nivel nacional y en los centros. Las infecciones de los profesionales sanitarios deben notificarse sistemáticamente en el sistema nacional de vigilancia. La notificación en todos los niveles debe servir de guía para adoptar rápidamente medidas correctivas o realizar investigaciones adicionales en todas las instancias del sistema de salud. Además, las evaluaciones rápidas de las percepciones de los profesionales sanitarios sobre los procedimientos de PCI a nivel local pueden ayudar a los centros a identificar las percepciones contextuales, sociales o comportamentales que entorpecen o facilitan la puesta en práctica por el personal de las medidas de PCI (36).

La OMS ha elaborado varios estudios del alcance de la infección en los profesionales sanitarios y protocolos de vigilancia de dicho alcance y de evaluación de los factores de riesgo de infección de dichos profesionales por el virus de la COVID-19. Estos instrumentos pueden ser utilizados de forma independiente por los centros o en el contexto de la vigilancia o investigación apoyadas por la OMS.

#### 1. [Protocolo de evaluación de los posibles factores de riesgo de enfermedad por coronavirus 2019 \(COVID-19\) para los trabajadores de salud en entornos sanitarios](#) (58)

La OMS ha creado una investigación prospectiva, a partir de los casos comprobados, de todos los profesionales de atención sanitaria identificados como contactos de un paciente con infección por el virus de la COVID-19 confirmada en laboratorio que recibe cuidados en un centro de atención de ese tipo. El estudio de cohortes puede

<sup>5</sup> Sin el uso de antipiréticos (54).

realizarse en centros de atención sanitaria en los tres niveles de un sistema de salud, no solo en los hospitales. El objetivo es obtener información epidemiológica y serológica que servirá de guía para identificar los factores de riesgo de infección de los profesionales sanitarios por el virus de la COVID-19.

Los objetivos de esta investigación son, entre otros:

- Comprender mejor el alcance de la transmisión de un profesional sanitario a otro estimando la tasa de infección secundaria de los profesionales sanitarios que hayan estado en contacto con un caso a título individual.
- Caracterizar los diversos cuadros clínicos de la infección y los factores de riesgo de infección de dichos profesionales.
- Evaluar la eficacia de las medidas de PCI de tales profesionales.
- Evaluar la eficacia de los programas de PCI a nivel nacional y en los centros sanitarios.

Para recibir información adicional sobre el uso de este protocolo o ayuda relacionada con dicho uso, puede enviarse un mensaje electrónico a la dirección [EarlyInvestigations-2019-nCoV@who.int](mailto:EarlyInvestigations-2019-nCoV@who.int).

## **2. Evaluación de los factores de riesgo de enfermedad de por el coronavirus de 2019 (COVID-19) entre trabajadores de salud: protocolo para un estudio de casos y testigos** (59)

La OMS había elaborado un segundo protocolo destinado a caracterizar y evaluar los factores de riesgo de infección por SARS-CoV-2 de los profesionales sanitarios expuestos a pacientes de COVID-19. El estudio se basa en el uso de muestreos de densidad de incidencia y debe iniciarse en cuanto se confirme el caso de un profesional sanitario infectado por SARS-CoV-2 en un entorno de atención sanitaria. Los profesionales sanitarios que tengan COVID-19 confirmada serán seleccionados como casos y los profesionales expuestos a pacientes de COVID-19 en el mismo entorno pero sin infección serán seleccionados como testigos y el objetivo consistirá en disponer por lo menos de 2 a 4 testigos por cada caso. Para los países o centros de atención sanitaria que deseen y puedan participar, la OMS está llevando a cabo un estudio multicéntrico de casos y testigos a nivel internacional en entornos de atención de ese tipo durante un periodo de un año.

## Referencias

1. Transmisión del SARS-CoV-2: repercusiones sobre las precauciones en materia de prevención de infecciones: reseña científica, 9 de julio de 2020 [Internet]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333390>, consultado el 20 de agosto de 2020).
2. Prevención y control de infecciones durante la atención sanitaria a casos presuntos o confirmados de COVID-19: orientaciones provisionales, 29 de junio de 2020 [Internet]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333389>, consultado el 16 de septiembre de 2020).
3. Chou R, Dana T, Buckley DI, Selph S, Fu R, Totten AM. Epidemiology of and Risk Factors for Coronavirus Infection in Health Care Workers. *Ann. Intern. Med.* 21 de julio de 2020; 173(2): 120–36.
4. Vahidy FS, Bernard DW, Boom ML, Drews AL, Christensen P, Finkelstein J, et ál. Prevalence of SARS-CoV-2 Infection Among Asymptomatic Health Care Workers in the Greater Houston, Texas, Area. *JAMA Netw. Open.* 27 de julio de 2020; 3(7): e2016451.

Los objetivos son, entre otros:

- Evaluar la eficacia de las actuales medidas de PCI de los profesionales sanitarios en el contexto de la COVID-19.
- Describir los diversos cuadros clínicos de la infección de los profesionales sanitarios por SARS-CoV-2, incluyendo la duración y gravedad de la enfermedad.
- Determinar las respuestas serológicas de los profesionales de atención sanitaria con infección por SARS-CoV-2 confirmada y de los profesionales que atienden a pacientes pero no padecen la COVID-19.

Para recibir información adicional sobre este protocolo o ayuda relacionada con este, puede enviarse un mensaje electrónico a la dirección [EarlyInvestigations-2019-nCoV@who.int](mailto:EarlyInvestigations-2019-nCoV@who.int).

## **3. Protocolo de vigilancia de las infecciones de los profesionales sanitarios por SARS-CoV-2** (60)

La OMS ha elaborado un protocolo de vigilancia que se utilizará para recopilar sistemáticamente datos sobre los profesionales sanitarios, incluyendo las características de la exposición y los factores de riesgo como parte de las investigaciones de los casos. Este protocolo incluye un [cuestionario de evaluación de riesgos](#) (16) que puede ser utilizado por un centro sanitario. Cada país deberá modificar determinados aspectos de este protocolo para adaptarlo a sus sistemas clínicos, de salud pública y de realización de pruebas, conforme a su capacidad y su disponibilidad de recursos y teniendo en cuenta aspectos culturales.

Gracias al uso de este protocolo normalizado, pueden recopilarse sistemáticamente datos sobre vigilancia de las infecciones de los profesionales sanitarios por el virus de la COVID-19 y su exposición epidemiológica y compartirse rápidamente en un formato en el que pueden agregarse, tabularse y analizarse fácilmente en todos los entornos a nivel local, nacional y mundial. Esto permitirá investigar de manera oportuna los casos de profesionales sanitarios con COVID-19 y su exposición relacionada y servirá de guía a la hora de dar respuestas de salud pública y adoptar decisiones en materia de políticas.

Con estos instrumentos y protocolos, los centros podrán caracterizar las infecciones que están contrayendo los profesionales sanitarios e identificar los ámbitos en los que hay que introducir mejoras.

5. Hughes MM, Groenewold MR, Lessem SE, Xu K, Ussery EN, Wiegand RE, et ál. Update: Characteristics of Health Care Personnel with COVID-19 — United States, February 12–July 16, 2020. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 25 de septiembre de 2020; 69(38): 1364–8.
6. Sikkema RS, Pas SD, Nieuwenhuijse DF, O’Toole Á, Verweij J, van der Linden A, et ál. COVID-19 in health-care workers in three hospitals in the south of the Netherlands: a cross-sectional study. *Lancet Infect. Dis.* 2020; 3099(20): 1–8.
7. Hatfield KM, Reddy SC, Forsberg K, Korhonen L, Garner K, Gulley T, et ál. Facility-Wide Testing for SARS-CoV-2 in Nursing Homes — Seven U.S. Jurisdictions, March–June 2020. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 11 de agosto de 2020; 69(32): 1095–9.
8. Bahrs C, Kimmig A, Weis S, Ankert J, Hagel S, Stallmach A, et ál. Seroprevalence of SARS CoV-2 antibodies in healthcare workers and administration employees: a prospective surveillance study at a 1,400-bed university hospital in Germany. *medRxiv.* 2020.
9. Luo L, Liu D, Liao X, Wu X, Jing Q, Zheng J, et ál. Contact Settings and Risk for Transmission in 3410 Close Contacts of Patients With COVID-19 in Guangzhou, China. *Ann. Intern. Med.* 13 de agosto de 2020; M20-2671.
10. Wilkins J, Gray EL, Wallia A, Hirschhorn L, Zembower T, Ho J, et ál. Seroprevalence and Correlates of SARS-CoV-2 Antibodies in Healthcare Workers in Chicago. *medRxiv.* 2020.
11. Garcia-Basteiro AL, Moncunill G, Tortajada M, Vidal M, Guinovart C, Jiménez A, et ál. Seroprevalence of antibodies against SARS-CoV-2 among health care workers in a large Spanish reference hospital. *Nat. Commun.* 8 de diciembre de 2020; 11(1): 3500.
12. Nagler AR, Goldberg ER, Agüero-Rosenfeld ME, Cangiarella J, Kalkut G, Monahan CR, et ál. Early Results from Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Polymerase Chain Reaction Testing of Healthcare Workers at an Academic Medical Center in New York City. *Clin. Infect. Dis.* 28 de junio de 2020.
13. Data dictionary for case-based reporting form. COVID-19: Surveillance, case investigation and epidemiological protocols, 27 de febrero de 2020. Ginebra, 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/data-dictionary-for-case-based-reporting-form>, consultado el 23 de septiembre de 2020).
14. Henning K J. Overview of Syndromic Surveillance What is Syndromic Surveillance? (<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su5301a3.htm>, consultado el 28 de septiembre de 2020).
15. Detección de antígenos para el diagnóstico de la infección por el SARS-CoV-2 mediante inmunoanálisis rápidos: orientaciones provisionales. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336028>, consultado el 1 de octubre de 2020).
16. Risk assessment and management of exposure of health care workers in the context of COVID-19: interim guidance, 19 de marzo de 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331496>, consultado el 5 de septiembre de 2020).
17. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health: interim guidance, 19 de marzo de 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331510>, consultado el 5 de septiembre de 2020).
18. Coronavirus disease (COVID-19) Global epidemiological situation. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20201012-weekly-epi-update-9.pdf>, consultado el 13 de octubre de 2020).
19. Consejo Internacional de Enfermeras. Proteger las enfermeras del COVID-19, una prioridad máxima: Una encuesta de las ANE del CIE [Internet]. Ginebra, 2020 ([https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-09/Analysis\\_COVID-19%20survey%20FINAL\\_SP\\_0.pdf](https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-09/Analysis_COVID-19%20survey%20FINAL_SP_0.pdf), consultado el 13 de octubre de 2020).
20. Directrices sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nivel nacional y de establecimientos de atención de salud para pacientes agudos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/255764>, consultado el 28 de septiembre de 2020).
21. Shaukat N, Ali DM, Razzak J. Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. *Int. J. Emerg. Med.* [Internet]. 20 de diciembre de 2020; 13(1): 40.
22. Stuijzand S, Deforges C, Sandoz V, Sajin C-T, Jaques C, Elmers J, et ál. Psychological impact of an epidemic/pandemic on the mental health of healthcare professionals: a rapid review. *BMC Public Health.* 12 de diciembre de 2020; 20(1): 1230.
23. Shreffler J, Petrey J, Huecker M. The impact of COVID-19 on healthcare worker wellness: A scoping review. *West. J. Emerg. Med.* 2020; 21(5): 1059–66.
24. Organización Mundial de la Salud. WHO calls for healthy, safe and decent working conditions for all health workers, amidst COVID-19 pandemic. 28 de abril de 2020 (<https://www.who.int/news/item/28-04-2020-who-calls-for-healthy-safe-and-decent-working-conditions-for-all-health-workers-amidst-covid-19-pandemic>, consultado el 21 de septiembre de 2020).

25. Minimum requirements for infection prevention and control programmes. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330080>, consultado el 28 de septiembre de 2020).
26. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, et ál. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *N. Engl. J. Med.* 2020; 382(22): 2081–90.
27. Prevención y manejo de la COVID-19 en los servicios de cuidados de larga duración: reseña normativa, 24 de julio de 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333726>, consultado el 15 de octubre de 2020).
28. Prevención y manejo de la COVID-19 en los servicios de cuidados de larga duración: anexo para la web. Ginebra, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334184>, consultado el 15 de octubre de 2020).
29. Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales, 21 marzo de 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331643>, consultado el 15 de octubre de 2020).
30. Precauciones estándares en la atención de la salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (<https://www.who.int/csr/resources/publications/standardprecautions/es/>, consultado el 27 de septiembre de 2020).
31. Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales, 5 de junio de 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332657>, consultado el 5 de septiembre de 2020).
32. Uso racional del equipo de protección personal frente a la COVID-19 y aspectos que considerar en situaciones de escasez graves: orientaciones provisionales, 6 de abril de 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331810>, consultado el 30 de septiembre de 2020).
33. Atención en el domicilio a casos sospechosos o confirmados de COVID-19 y manejo de sus contactos: orientaciones provisionales, 12 de agosto de 2020 Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333967>, consultado el 30 de septiembre de 2020).
34. Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo. Caring for those who care National Programmes for Occupational Health for Health Workers [Internet]. Ginebra, 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/caring-for-those-who-care>, consultado el 7 de octubre de 2020).
35. Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo. Seguridad y salud de los trabajadores en las crisis sanitarias: manual sobre la protección del personal sanitario y de los equipos de emergencia. Ginebra, 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/occupational-safety-and-health-in-public-health-emergencies-a-manual-for-protecting-health-workers-and-responders>, consultado el 12 octubre de 2020).
36. Houghton C, Meskell P, Delaney H, Smalle M, Glenton C, Booth A, et ál. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst. Rev.* 21 de abril de 2020 (4).
37. Organización Mundial de la Salud. WHO Accelerated Disease Control 2020 ([https://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/burden/vpd/surveillance\\_type/active/en/](https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/en/), consultado el 28 de septiembre de 2020).
38. Clemency BM, Varughese R, Scheafer DK, Ludwig B, Welch J V., McCormack RF, et ál. Symptom Criteria for COVID-19 Testing of Health Care Workers. *Acad. Emerg. Med.* 8 de junio de 2020; 27(6): 469–74.
39. Tostmann A, Bradley J, Bousema T, Yiek W-K, Holwerda M, Bleeker-Rovers C, et ál. Strong associations and moderate predictive value of early symptoms for SARS-CoV-2 test positivity among healthcare workers, the Netherlands, March 2020. *Eurosurveillance.* 23 de abril de 2020; 25(16).
40. Grant MC, Geoghegan L, Arbyn M, Mohammed Z, McGuinness L, Clarke EL, et ál. The prevalence of symptoms in 24,410 adults infected by the novel coronavirus (SARS-CoV-2; COVID-19): A systematic review and meta-analysis of 148 studies from 9 countries. *Hirst JA, editora. PLoS One.* 23 de junio de 2020; 15(6): e0234765.
41. Rivett L, Sridhar S, Sparkes D, Routledge M, Jones NK, Forrest S, et ál. Screening of healthcare workers for SARS-CoV-2 highlights the role of asymptomatic carriage in COVID-19 transmission. *Elife.* 2020.
42. Fusco FM, Pisaturo M, Iodice V, Bellopede R, Tambaro O, Parrella G, et ál. COVID-19 among healthcare workers in a specialist infectious diseases setting in Naples, Southern Italy: results of a cross-sectional surveillance study. *J. Hosp. Infect.* Agosto de 2020; 105(4): 596–600.
43. Lombardi A, Consonni D, Carugno M, Bozzi G, Mangioni D, Muscatello A, et ál. Characteristics of 1573 healthcare workers who underwent nasopharyngeal swab testing for SARS-CoV-2 in Milan, Lombardy, Italy. *Clin. Microbiol. Infect.* 2020.
44. Brown CS, Clare K, Chand M, Andrews J, Auckland C, Beshir S, et ál. Snapshot PCR surveillance for SARS-CoV-2 in hospital staff in England. *J. Infect.* Septiembre de 2020; 81(3): 427–34.

45. Parcell BJ, Brechin K, Allstaff S, Park M, Third W, Bean S, et ál. Drive-through testing for SARS-CoV-2 in symptomatic health and social care workers and household members: an observational cohort study. *Thorax*. 27 de agosto de 2020; [thoraxjnl-2020-215128](https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2020-215128).
46. Cattelan AM, Sasset L, Di Meco E, Cocchio S, Barbaro F, Cavinato S, et ál. An Integrated Strategy for the Prevention of SARS-CoV-2 Infection in Healthcare Workers: A Prospective Observational Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 10 de agosto de 2020; 17(16): 5785.
47. Treibel TA, Manisty C, Burton M, McKnight Á, Lambourne J, Augusto JB, et ál. COVID-19: PCR screening of asymptomatic health-care workers at London hospital. *Lancet*. Mayo de 2020; 395(10237): 1608–10.
48. Blain H, Rolland Y, Tuailon E, Giacosa N, Albrand M, Jaussent A, et ál. Efficacy of a Test-Retest Strategy in Residents and Health Care Personnel of a Nursing Home Facing a COVID-19 Outbreak. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2020; 21(7): 933–6.
49. Chen Y, Tong X, Wang J, Huang W, Yin S, Huang R, et ál. High SARS-CoV-2 antibody prevalence among healthcare workers exposed to COVID-19 patients. *J. Infect.* Septiembre de 2020; 81(3): 420–6.
50. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19: interim guidance, 22 de marzo de 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331511>, consultado el 15 de octubre de 2020).
51. Pruebas diagnósticas para el SARS-CoV-2: orientaciones provisionales, 11 de septiembre de 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/335830>, consultado el 30 de septiembre de 2020).
52. Laboratory testing strategy recommendations for COVID-19: interim guidance, 21 de marzo de 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331509>, consultado el 30 de septiembre de 2020).
53. Vigilancia de salud pública en relación con la COVID-19: orientaciones provisionales, 7 de agosto de 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334000>, consultado el 17 de septiembre de 2020.
54. Criterios para poner fin al aislamiento de los pacientes de COVID-19: reseña científica, 17 de junio de 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332997>, consultado el 17 de septiembre de 2020).
55. Atención al trabajador de salud expuesto al nuevo coronavirus (COVID-19) en establecimientos de salud. Recomendaciones provisionales, 13 de abril de 2020. Organización Panamericana de la Salud (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52033>, consultado el 10 de octubre de 2020).
56. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2020 (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>, consultado el 10 de octubre de 2020).
57. Manejo clínico de la COVID-19: orientaciones provisionales, 27 de mayo de 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332638>, consultado el 15 de octubre de 2020).
58. Protocolo de evaluación de los posibles factores de riesgo de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) para los trabajadores de salud en entornos sanitarios. Ginebra, 2020 ([https://www.who.int/es/publications/i/item/protocol-for-assessment-of-potential-risk-factors-for-2019-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-infection-among-health-care-workers-in-a-health-care-setting](https://www.who.int/es/publications/i/item/protocol-for-assessment-of-potential-risk-factors-for-2019-novel-coronavirus-(2019-ncov)-infection-among-health-care-workers-in-a-health-care-setting), consultado el 16 de octubre de 2020).
59. Cassini A, Bergeri I. Evaluación de los factores de riesgo de enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19) entre trabajadores de salud: protocolo para un estudio de casos y testigos. Ginebra, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332505>, consultado el 18 de octubre de 2020).
60. Surveillance protocol for SARS-CoV-2 infection among health workers: 28 May 2020, version 1. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332203>, consultado el 18 de octubre de 2020).
61. Informe sobre la salud en el mundo 2006: colaboremos por la salud. Ginebra (Suiza). Ginebra, 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43434>, consultado el 15 de septiembre de 2020).
62. Core Competencies for Infection Prevention and Control Professionals. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<http://apps.who.int/bookorders>, consultado el 12 de octubre de 2020).

## Nota de agradecimiento

El presente documento ha sido elaborado en consulta con las siguientes personas de distintos ámbitos:

1. El Grupo especial para la formulación de orientaciones acerca de la COVID-19 del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS:

Jameela Alsalman, Ministerio de Salud (Bahrein); Anucha Apisarntharak, Hospital Universitario Thammsat (Tailandia); Baba Aye, Internacional de Servicios Públicos (Francia); Roger Chou, Universidad de Ciencias de la Salud de Oregón (EE. UU.); May Chu, Facultad de Salud Pública de Colorado (EE. UU.); John Conly, Servicios de Salud de Alberta (Canadá); Barry Cookson, University College de Londres (Reino Unido); Nizam Damani, Consorcio de Salud y Atención Social del Sur (Reino Unido); Dale Fisher, Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN) (Singapur); Tiouiri Benaissa Hanene, Hospital Universitario La Rabta (Túnez); Joost Hopman, Centro Médico de la Universidad Radboud (Países Bajos); Mushtuq Husain, Instituto de Epidemiología, Control de Enfermedades e Investigación (Bangladesh); Kushlani Jayatilleke, Hospital General de Sri Jayawardenepura (Sri Lanka); Seto Wing Jong, Facultad de Salud Pública, Región Administrativa Especial de Hong Kong (China); Souha Kanj, Centro Médico de la Universidad Estadounidense de Beirut (Líbano); Daniele Lantagne, Universidad Tufts (EE. UU.); Fernanda Lessa, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EE. UU.); Anna Levin, Universidad de São Paulo (Brasil); Yuguo Li, Universidad de Hong Kong (China); Lin Moi Ling, SingHealth (Singapur); Caline Mattar, Alianza de las Profesiones de la Salud (EE. UU.); MaryLouise McLaws, Universidad de Nueva Gales del Sur (Australia); Geeta Mehta, Journal of Patient Safety and Infection Control (India); Shaheen Mehtar, Red Africana para el Control de las Infecciones (Sudáfrica); Ziad Memish, Ministerio de Salud (Arabia Saudita); Babacar Ndoye, Red Africana para el Control de las Infecciones (Senegal); Fernando Otaíza, Ministerio de Salud (Chile); Diamantis Plachouras, Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (Suecia); Maria Clara Padoveze, Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo (Brasil); Mathias Pletz, Universidad de Jena (Alemania); Marina Salvadori, Agencia de Salud Pública del Canadá (Canadá); Ingrid Schoeman, TB Proof (Sudáfrica); Mitchell Schwaber, Ministerio de Salud (Israel); Nandini Shetty, Public Health England (Reino Unido); Mark Sobsey, Universidad de Carolina del Norte (EE. UU.); Paul Ananth Tambyah, Hospital de la Universidad Nacional (Singapur); Andreas Voss, Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis (Países Bajos), y Walter Zingg, Hôpitaux Universitaires de Genève (Suiza).

2. Expertos del UNICEF:

Gregory Built, Nagwa Hasanin y Raoul Kamadjeu.

3. Revisores externos:

Howard Catton, Consejo Internacional de Enfermeras (Suiza); Raoul Kamadjeu, UNICEF; Antoon De Schryver, IDEWE-Universidad de Amberes (Países Bajos); Paolo Durando, Universidad de Ginebra (Suiza), y Annalee Yassi, Universidad de la Columbia Británica (Canadá).

4. Secretaría de la OMS:

Benedetta Allegranzi, Gertrude Avortri, Mekdim Ayana, April Baller, Elizabeth Barrera-Cancedda, Alessandro Cassini, Giorgio Cometto, Ana Paula Coutinho Rehse, Sophie Harriet Dennis, Sergey Eremin, Dennis Falzon, Nathan Ford, Lice Angulo González, Ivan Ivanov, Pierre Claver Kariyo, Ying Ling Lin, Ornella Lincetto, Madison Moon, Takeshi Nishijima, Kevin Ousman, Nahoko Shindo, Alice Simniceanu, Valeska Stempliuk, Maha Talaat Ismail, Joao Paulo Toledo, Maria Van Kerkhove, Vicky Willet, Masahiro Zakoji, Bassim Zayed y Matteo Zignol.

La OMS sigue la situación de cerca para detectar cambios que puedan influir en las presentes orientaciones provisionales. Si se produjera un cambio de esa índole, la OMS publicaría una nueva actualización. En caso contrario, el presente documento de orientaciones provisionales tendrá una validez de dos años contados a partir de la fecha de su publicación.