

Protección
+ *Precaución*
Contención

= SEGURIDAD

Hospital-Acquired SARS-CoV-2 Infection. Lessons for Public Health

Richterman A, Meyerowitz E.A, Cevik M.

JAMA 2020. doi:10.1001/jama.2020.21399

Antecedentes:

- La OMS ha sugerido que 1 de cada 7 casos de COVID-19 se ha producido en trabajadores sanitarios y socio-sanitarios.
- Los hospitales han sido un importante núcleo de transmisión del virus,
- Inicialmente, hasta el 44% de las infecciones fueron adquiridas en el hospital.
- En un hospital de Sudáfrica, entre el 9 de Marzo y el 30 de Abril de 2020, a partir de un caso sin sospecha de infección se provocaron 6 grandes brotes en diferentes instalaciones del hospital, afectando a 80 miembros del personal (de 735) y a 39 pacientes (el hospital tenía 469 camas), falleciendo 15 de entre ellos.
- Se ha descrito un incremento del riesgo de tener una prueba positiva frente al SARS-CoV-2 entre el personal sanitario que trata directamente a pacientes en comparación con la población general (HR 3,40 [IC 95% 3,37-3-43], tras el ajuste por el mayor número de pruebas diagnósticas entre el personal sanitario y, por lo tanto, la mayor probabilidad de ser diagnosticados.

Posibles causas

- Muchos de los casos fueron previos a la implementación del uso de la mascarilla o ante la falta de suministro de las mismas, así como de otros materiales de protección cuando eran precisos.
- Los estudios que han mostrado mayor riesgo de contagio entre los trabajadores sanitarios no han demostrado el origen real del contagio (intrahospitalario o comunitario).
- El personal sanitario es más susceptible a realizarse pruebas diagnósticas que la población general, pudiendo ser la causa de una mayor identificación de la infección.
- La mayoría de los pacientes con COVID-19 que son ingresados lo hacen al 5º-7º día tras la aparición de los síntomas, momento en que se estima que son mínimamente o no contagiosos, por lo que difícilmente son origen de contagio especialmente si utilizan la mascarilla.

Consecuencias

- Preocupación entre los pacientes y el personal sanitario sobre el riesgo de atender a pacientes con COVID-19.
- Importante reducción o retraso, por parte de los pacientes, en acudir a los servicios sanitarios ante situaciones de urgencia (infarto de miocardio, ictus).
- Exceso de mortalidad debida a la pandemia (muchos casos no relacionados con la COVID-19).

Soluciones adoptadas

- Uso universal de mascarilla por el personal sanitario y los pacientes, dada la incapacidad de mantener el distanciamiento físico.
- Tras la implementación del uso universal de mascarillas:
 - Disminución de las pruebas positivas frente al SARS-CoV-2 entre el personal sanitario (del 14,65% al 11,46% en un intervalo de 3 semanas).

- Escasa posibilidad de transmisión de la infección al paciente en el contexto de la consulta médica (sólo 1 de 226 pacientes expuestos a sanitarios que resultaron positivos para COVID-19 resultó contagiado, en el contexto de una consulta de 30 minutos de duración, ambos sin mascarilla, en el primer día de síntomas del sanitario).

- inapreciable número de posibles contagios nosocomiales entre los pacientes con ingreso hospitalario (1 posible caso entre 9149 pacientes ingresados en un intervalo de 12 semanas en un hospital de Boston en el que se implantó un estricto programa de control de la infección).

Posibles fallos a estas soluciones

- Exposición sin mascarilla al interactuar con otros compañeros.
- Concentrarse en sala de descanso, reuniones, trabajo y comedores quitándose la mascarilla y/o no manteniendo el suficiente distanciamiento físico.
- No mantener la distancia de seguridad mientras el paciente está sin mascarilla (p. ej. mientras está comiendo).
- Insuficiente ventilación de las instalaciones
- Apoyo insuficiente para mantener el uso de la mascarilla en todo momento, tanto por parte de los pacientes como de los sanitarios, especialmente en los momentos de descanso.

Soluciones a los fallos

- Suministro adecuado de mascarillas para pacientes y personal sanitario, además del suministro del resto de equipamiento protector cuando sea necesario.
- Ventilación adecuada y periódica de las instalaciones
- Adecuar las zonas comunes de uso de los trabajadores para ser utilizadas de forma gradual, para minimizar los contactos y las conversaciones.
- Acomodar a los pacientes recién ingresados en habitaciones individuales, dentro de lo posible, ante la posibilidad de encontrarse en periodo de incubación de la infección.
- Realizar pruebas diagnósticas periódicas, flexibles y con acceso rápido al resultado, facilitando la baja laboral cuando sea preciso por razones clínicas o epidemiológicas.

Implicaciones

- La transmisión intra-hospitalaria del SARS-CoV-2 es infrecuente desde el empleo generalizado de las mascarillas, a pesar de las altas prevalencias comunitarias de la infección.
- Informar que el empleo generalizado de la mascarilla en los hospitales los convierte en lugares seguros
- Enfatizar la importancia de acudir sin retraso a un centro sanitario ante la presencia de una situación clínica urgente.
- Reforzar la importancia del uso de mascarilla en lugares cerrados compartidos, incluso cuando tengan buena ventilación, incluyendo las zonas de reunión del personal sanitario.