



FICHAS Y PROTOCOLOS SOBRE EL COVID-19

FCOVID19-01: INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA ENFERMEDAD COVID-19

1. ¿Qué es la COVID-19, y qué es el SARS-CoV-2?¹

Los coronavirus son una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. En los humanos, se sabe que varios coronavirus causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SARS).

La **COVID-19** es la enfermedad infecciosa causada por el **coronavirus SARS-CoV-2**, que se ha descubierto recientemente. Tanto el nuevo virus como la enfermedad eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (provincia de Hubei, China) en diciembre de 2019.



2. ¿Cómo se propaga la enfermedad?

La enfermedad puede propagarse de persona a persona a través de las **pequeñas gotas (o gotículas, de tamaño de 5 micras o superior) procedentes de la nariz o la boca** que salen despedidas cuando una persona infectada habla, tose o estornuda, entrando en contacto con nuestras mucosas (ojos, nariz o boca). Estas gotículas tienen un alcance de 1-2 metros, y caen luego sobre los objetos y superficies que rodean a la persona, de modo que otras personas pueden contraer la COVID-19 si tocan estos objetos o superficies y luego se tocan los ojos, la nariz o la boca.

También se puede contagiar cuando **nos llevamos accidentalmente a la boca, nariz u ojos secreciones de la persona infectada** (por ejemplo, cuando esta persona se toca la nariz dejando pequeños restos de secreciones nasales en el pomo de una puerta, una mesa, etc.)

¹ La principal fuente de información del presente documento es la contenida en el documento publicado por el Ministerio de Sanidad en:

<https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/ITCoronavirus.pdf>



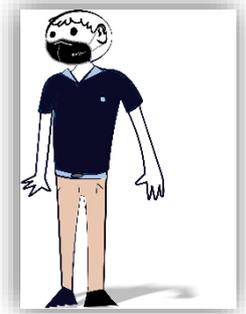
Recuerda, por tanto, que la enfermedad se propaga fundamentalmente:

1. A través de las gotículas respiratorias que liberamos al ambiente normalmente tras una tos o un estornudo, aunque también –en menor medida- al hablar; esas pequeñas gotas tienen un alcance de 1-2 metros antes de caer por efecto de la gravedad, depositándose entonces sobre superficies y objetos. Si estas secreciones se tocan con las manos y posteriormente se llevan a la boca, nariz u ojos puede sobrevenir la infección → de ahí surgen las siguientes medidas preventivas (se marcan en negrita las prioritarias):
 - a) **Distancia de seguridad (1,5 – 2 metros).**
 - b) **Lavado frecuente de manos.**
 - c) **No tocarnos la cara con las manos.**
 - d) **Buenos hábitos de etiqueta respiratoria: estornudar o toser sobre pañuelos desechables (o en su defecto sobre el pliegue del codo), desechando inmediatamente dicho pañuelo y lavándonos las manos con agua y jabón o solución desinfectante de base alcohólica o similar, con efecto virucida acreditado.**
 - e) **Procurar en lo posible no hablar en voz alta ni gritar**
 - f) **Extremar las precauciones en el descanso para el desayuno (o la comida que corresponda en caso de turnos de tarde o noche): es el único momento de la jornada en el que podríamos compartir brevemente espacios sin mascarilla (y solo en el momento de ingerir alimentos o beber). Por eso, procura desayunar siempre en espacios exteriores, preferiblemente con las mismas personas y con un adecuado distanciamiento entre las sillas, y prescinde del uso de la mascarilla única y exclusivamente en el momento de comer o beber. Por supuesto, no compartas comida, bebida, vasos, cubiertos ni utensilios con las otras personas, y cuida siempre la higiene de manos.**
 - g) **Limpieza y desinfección regular de superficies.**
 - h) **Uso generalizado de mascarillas para retener secreciones respiratorias, conforme a la instrucción publicada al efecto ([aquí](#)).**
 - i) **Uso de pantallas faciales o mamparas como elementos de bloqueo adicionales cuando no podemos mantener distancias de seguridad.**
2. A través de las secreciones o fluidos de una persona infectada que, accidentalmente, se toca las mucosas (nariz, boca, ojos...) y a continuación toca objetos, dejando en ellos restos contaminados → de ahí surgen las siguientes medidas preventivas (se marcan en negrita las prioritarias)
 - a) **Lavado frecuente de manos.**



- b) **No tocarnos la cara con las manos.**
- c) **Buenos hábitos de etiqueta respiratoria: estornudar o toser sobre pañuelos desechables, o sobre el pliegue del codo, desechando inmediatamente dicho pañuelo y lavándonos las manos con agua y jabón o solución desinfectante de base alcohólica o similar, con efecto virucida acreditado.**
- d) **Limpieza y desinfección regular de superficies.**
- e) **Recuerda lo comentado en el primer punto con relación a la pausa para el desayuno (u otro descanso en el turno correspondiente).**

En la actualidad se sigue investigando la **posibilidad de transmisión a través de aerosoles respiratorios** emitidos por el paciente, es decir, gotitas mucho más pequeñas que las indicadas anteriormente y que quedan “flotando” en el aire durante un cierto tiempo (se estima que durante unas 3 horas los virus podrían mantenerse activos en estos aerosoles). Para ello se han realizado estudios en entornos hospitalarios con pacientes que –se sabían desarrollaron la enfermedad, detectándose alguna concentración en los aseos de los pacientes y en los cuartos usados por el personal sanitario para la retirada de EPIs. No obstante, **los resultados, de momento, no son concluyentes**. En todo caso, se recomienda siempre –como ocurre con el resto de virus respiratorios- como medida preventiva básica:



- a) Una **adecuada ventilación de los espacios** para diluir la posible carga vírica en el aire. La ventilación será suficiente para renovar el aire de las dependencias de manera regular, recomendándose valores del entorno de **45 m³/hora y trabajador/a**.
- b) **Procurar no hablar en voz alta ni gritar, y mantener siempre la etiqueta respiratoria al toser y estornudar, de modo que evitemos la propagación de aerosoles al ambiente.**
- c) Uso generalizado de mascarillas para retener secreciones respiratorias, conforme a la instrucción publicada al efecto ([aquí](#)).
- d) **Recuerda lo comentado en el primer punto con relación a la pausa para el desayuno (u otro descanso en el turno correspondiente).**

Tampoco existe evidencia a día de hoy sobre la posible transmisión a través de las heces. Aun así, se recomienda **extremar la higiene en el aseo, y accionar la cisterna siempre**



con la tapa del WC bajada, a fin de limitar la posible propagación de aerosoles con posibles restos víricos provenientes de las heces al ambiente.

La transmisión de la madre al hijo en los casos en los que ocurre, se produce por el contacto estrecho entre ellos tras el nacimiento. La transmisión de madre a hijo del SARS-CoV-2 en principio sería poco probable, dado que no es posible encontrar el virus en muestras de líquido amniótico, cordón umbilical y leche materna, aunque recientemente se han observado algunos casos, por lo que se considera que sería posible.

3. ¿Cuánto tiempo permanece el virus activo en superficies?

En uno de los estudios realizados, con temperaturas del orden de 21-23°C y una humedad relativa del 40% la permanencia de SARS-CoV-2 viable en superficies fue de:

| Material | Tiempo |
|-------------------------|---------|
| Cobre | 4 horas |
| Cartón | 1 día |
| Acero inoxidable | 2 días |
| Plástico | 3 días |

En otro estudio, a 22 °C y 60% de humedad, se deja de detectar el virus en estos plazos:

| Material | Tiempo |
|--|--------------|
| Papel (de impresora, o pañuelos de papel) | 3 horas |
| Madera, ropa o vidrio | 1-2 días |
| Acero inoxidable | 4 o más días |
| Plástico | 4 o más días |
| Billetes de dinero | 4 o más días |
| Mascarillas quirúrgicas | 4 o más días |



4. ¿Cuál es el periodo de incubación de la enfermedad?

El “**período de incubación**” es el tiempo que transcurre entre la infección por el virus y la aparición de los síntomas de la enfermedad. La mayoría de las estimaciones a día de hoy respecto al periodo de incubación de la COVID-19 oscilan entre 1 y 14 días, y en general se sitúan en torno a los 5-6 días.

5. ¿Cuáles son los síntomas más habituales de la COVID-19?

Se considera caso sospechoso de infección por SARS-CoV-2 a cualquier persona con un cuadro clínico de **infección respiratoria aguda de aparición súbita** de cualquier gravedad que **curso, entre otros, con fiebre, tos o sensación de falta de aire**.

Otros síntomas atípicos como el dolor de garganta al tragar alimentos, la pérdida de olfato o del gusto, los dolores musculares, la diarrea, el dolor torácico o las cefaleas, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico².

En España, en un estudio realizado a partir de los primeros 18.609 primeros casos notificados, los síntomas más frecuentes fueron: fiebre o reciente historia de fiebre (68,7%), tos (68,1%), dolor de garganta (24,1%), disnea (31%), escalofríos (27%), vómitos (6%), diarrea (14%) y otros síntomas respiratorios (4,5%)

6. ¿Se puede transmitir la COVID-19 por pacientes que tienen el virus pero no presentan síntomas? ¿Contagian más los que presentan cuadros graves?

Mediante la técnica de RT-PCR se ha observado que las personas infectadas presentan en su mayoría una alta carga viral antes del inicio de los síntomas y en los primeros días de la aparición de la clínica.

Así, parece que la enfermedad sigue un patrón similar al de la influenza estacional: la transmisión de la infección se iniciaría 2 -3 días antes del inicio de síntomas, haría pico al inicio de la clínica y descendería de forma muy significativa en los siguientes 7-8 días. En personas con síntomas leves, más allá de la primera semana tras el inicio de síntomas,

² https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf



la probabilidad de transmitir la infección a otras personas sería muy baja (incluso cuando el virus aún es detectable mediante la prueba PCR).

En personas con un curso clínico más grave la carga viral es de hasta 60 veces mayor que las que tienen un curso más leve y la carga viral elevada es más duradera.

Como siempre, todas estas cuestiones siguen siendo investigadas a día de hoy. En el resto de documentación publicada por el Ministerio de Sanidad parece seguir asumiéndose que el contagio se produce únicamente por personas que presenten algún síntoma, aunque sea leve.

7. ¿Si paso la enfermedad me quedo inmunizado/a?

Existen evidencias científicas publicadas que permiten indicar que sí se generan anticuerpos neutralizantes, tanto en modelos animales como en casos humanos. Estos datos indican que la respuesta inmune juega un papel en la curación, y dan soporte a que se pueda generar una vacuna que proteja de la enfermedad si dicha vacuna reproduce la respuesta inmune que generan las personas que se infectan y se curan.

8. ¿Cuánto tiempo dura la enfermedad? ¿Es muy grave?

En la anterior edición de este documento –y conforme a la documentación oficial publicada- se indicaba que la COVID-19 es una enfermedad que cursa en el 80% de los casos de forma leve o moderada, el 15% precisa ingreso hospitalario y el 5% cuidados intensivos. Estas cifras, en todo caso, se van ajustando a medida que se conocen más datos, ya que en enfermedades emergentes como esta, los primeros casos detectados son, generalmente, aquellos que contactan con el sistema sanitario debido a su curso grave, y por tanto, el primer conocimiento de la enfermedad da una visión de mayor gravedad. A modo de ejemplo, en la serie hospitalaria de Wuhan con los primeros 99 pacientes ingresados, el 31% precisaron cuidados intensivos, mientras que posteriormente, con 1.099 casos ingresados, sólo fue del 5%, lo que ejemplifica el efecto descrito.

De la misma forma, a día de hoy se realizan muchas más pruebas PCR que al comienzo de la crisis sanitaria, detectándose así muchos casos asintomáticos o leves que, en las fases iniciales, no se detectaban, y que por lo tanto aumenta el porcentaje total de casos leves o incluso asintomáticos de la enfermedad.

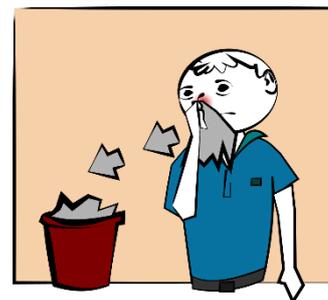
Si bien, y como se ha dicho, **la COVID-19 suele cursar con síntomas leves**, parece que las personas mayores de 60 años y las que padecen afecciones médicas preexistentes



(enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial, diabetes, enfermedades pulmonares crónicas, cáncer o personas inmunodeprimidas) pueden desarrollar casos graves de la enfermedad con más frecuencia que otras. Se considera igualmente personal especialmente sensible a las mujeres embarazadas.

Las observaciones clínicas apuntan a que, cuando la repuesta inmune no es capaz de controlar eficazmente el virus, como en personas mayores con un sistema inmune debilitado, el virus se propagaría de forma más eficaz produciendo daño pulmonar, lo que activaría determinados mecanismos que conducen a una reacción inflamatoria peligrosa.

Parece que existe un cierto porcentaje de la población que cursa la enfermedad de manera completamente asintomática (en el estudio de seroprevalencia de España, se calculó que el 33% de los casos eran asintomáticos), especialmente niños/as: parece claro a día de hoy que los niños desarrollan un curso clínico de la enfermedad mucho más leve.



El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la recuperación es de 2 semanas cuando la enfermedad ha sido leve, y de 3-6 semanas cuando ha sido grave o crítica.

El tiempo entre el inicio de síntomas hasta la instauración de síntomas graves (como la falta de oxígeno) es de 1 semana. El fallecimiento puede producirse entre las 2-8 semanas después del contagio.

Aún es pronto para conocer la letalidad real de la enfermedad (tanto por ciento de las personas que fallecen con relación a las que se contagian), porque se sospecha que existen un gran número de casos no diagnosticados. Por eso, la letalidad con los datos disponibles en España u otros países (denominada "letalidad cruda": número de fallecidos con relación a los casos diagnosticados) es probablemente muy superior a la real.

Mediante estudios de modelización se ha estimado que la letalidad para la población general puede situarse entre el 0,3 y 1%, si bien varía mucho –como se ha indicado anteriormente- en función del grupo de edad, siendo las personas mayores mucho más vulnerables que las personas jóvenes y, por tanto, con tasas de letalidad mucho mayores.

A partir del estudio de seroprevalencia realizado en España durante los meses pasados se ha obtenido la siguiente tabla sobre la letalidad observada y la letalidad estimada de la enfermedad en los distintos grupos de edad:



Tabla 1. Letalidad observada y estimada y mortalidad estimada a partir de los resultados del estudio de seroprevalencia en España el día 1 de mayo de 2020

| Edad | Casos notificados | Fallecidos notificados* | Letalidad observada* | Casos estimados** | Letalidad estimada |
|--------------|-------------------|-------------------------|----------------------|-------------------|--------------------|
| < 10 | 871 | 2 | 0,23% | 110.406 | 0,002% |
| 10 - 19 | 1.619 | 5 | 0,31% | 185.416 | 0,003% |
| 20 - 49 | 13.439 | 23 | 0,17% | 926.676 | 0,002% |
| 50 - 69 | 57.818 | 263 | 0,45% | 724.151 | 0,04% |
| > 70 | 88.094 | 16559 | 19% | 403.548 | 4,1% |
| TOTAL | 239095 | 19155 | 8% | 2350198 | 0,8% |

*Actualización nº 105. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 14.05.2020, Ministerio de Sanidad. Se han excluido los casos en los que en la notificación no figuraba el dato de la edad.

**a partir de los resultados de la encuesta de seroprevalencia tras ponderar por los grupos de población

Fuente: elaboración propia con datos de notificación diaria de las CCAA al Ministerio de Sanidad y la encuesta de seroprevalencia del Instituto Carlos III (69).

Fuente:<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/ITCoronavirus.pdf>

9. ¿Quiénes son los colectivos de mayor riesgo?

Con la evidencia científica disponible³, el Ministerio de Sanidad ha definido como grupos vulnerables para COVID-19 a las personas con:

- Enfermedad cardiovascular, incluida hipertensión
- Enfermedad pulmonar crónica
- Diabetes

³

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Proteccion_Trabajadores_SARS-CoV-2.pdf



- Insuficiencia renal crónica
- Inmunodepresión
- Cáncer en fase de tratamiento activo
- Enfermedad hepática crónica severa
- Obesidad mórbida (IMC>40)
- Embarazo
- Y mayores de 60 años



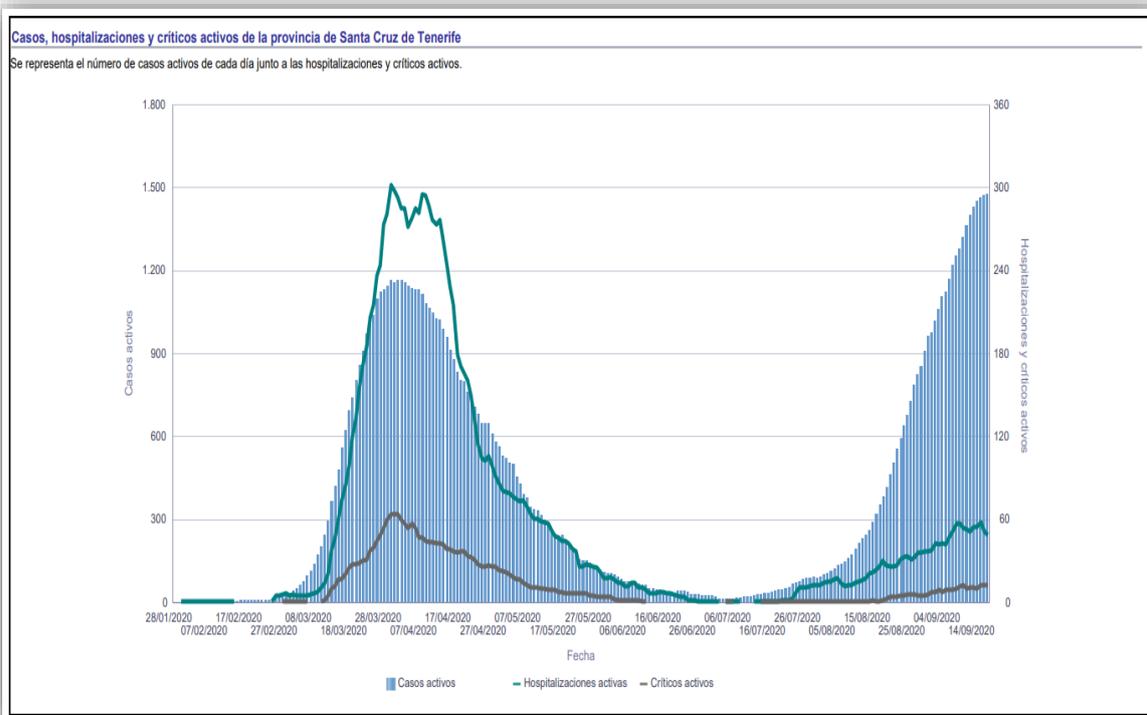
En todo caso, desde Salud Laboral se ha analizado y seguirá analizando cada caso de manera singularizada, a fin de gestionar este factor en coordinación con el resto del equipo de prevención de riesgos laborales.

10. ¿Cómo estamos en nuestra isla?

Después de una segunda quincena de junio y primera de julio relativamente tranquilas, con unos indicadores epidemiológicos de la crisis sanitaria muy controlados en nuestro territorio, se ha observado en estas últimas semanas un incremento significativo en los casos diagnosticados de COVID19, especialmente importante en la provincia oriental de Canarias. Las cifras en nuestra provincia, aunque mejores, también han empezado a mostrar un comportamiento preocupante. De ahí que las autoridades sanitarias de nuestras islas hayan incorporado, progresivamente, medidas más restrictivas, las cuales parecen que han ido surtiendo efectos en estas últimas semanas.

Como datos significativos, y además de la gráfica que aportamos más adelante sobre la evolución del número de casos y de hospitalizaciones en nuestra provincia desde el inicio de la pandemia (que entendemos muy ilustrativa), podemos aportar algunos indicadores relevantes:

- En la semana del 31/08 al 06/09 la incidencia acumulada a 7 días (IA) **en nuestra provincia** fue de 28,27 casos por cada 100.000 habitantes (120,76 en la provincia de Las Palmas). En la semana del 07/09 al 13/09 la IA a 7 días en nuestra provincia fue de 24,69 (82,74 en la provincia de Las Palmas).
- En nuestra **isla de Tenerife**, el último dato publicado (16/09/2020) nos refiere una IA a 7 días de 42,16 casos por cada 100.000 habitantes.
- Si nos centramos **en nuestra ciudad**, estos índices han sufrido un incremento especialmente significativo en estas últimas semanas. Así, a fecha 17/09/2020 la incidencia acumulada (IA) a 7 días es de 89,72 casos por cada 100.000 habitantes, la mayor de nuestra isla (La Laguna acumula un IA de 78,09). Solo ciudades como Las Palmas, Tejeda, Arrecife y Puerto del Rosario presentan índices superiores.



Para contextualizar estos datos, en la última redacción del “Acuerdo por el que se establecen medidas de prevención para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, una vez superada la Fase III del Plan de transición hacia una nueva normalidad, finalizada la vigencia de las medidas propias del estado de alarma” del Gobierno de Canarias se establece como referencia para la adopción de medidas de intervención administrativa de carácter específico lo siguiente: “En las islas que tengan al menos un municipio que supere los 100 casos/100.000 habitantes en la incidencia acumulada de casos diagnosticados en los últimos 7 días (...)”

En cualquier caso, las **medidas de prevención y contención frente a este riesgo deben seguir siendo estrictas**, a fin de evitar en lo posible la posible infección del personal e, igualmente, la transmisión del virus a la comunidad.



RECUERDA: CUANDO EL VIRUS DA LA CARA HAN PASADO YA VARIOS DÍAS DESDE EL CONTAGIO, ASÍ QUE LOS POSIBLES POCOS CASOS DE HOY NO DEBEN HACERNOS BAJAR LA GUARDIA: SI NOS PROTEGEMOS CADA DÍA, EVITAREMOS LOS REBROTOS Y LA POSIBLE PROPAGACIÓN A LA COMUNIDAD DE MAÑANA.

11. ¿El verano traerá una disminución del número de casos?

Se desconoce si el SARS-CoV-2 tendrá un patrón estacional al igual que ocurre con otros virus respiratorios como la gripe o los coronavirus causantes de los catarros comunes.

Algunos estudios realizados parecen así indicarlo, estableciendo que a mayor temperatura existe un menor índice de transmisión de la enfermedad. Existen otros estudios que parecen relacionar la radiación UV con una eficaz desactivación del virus, por lo que el verano ayudaría también en este sentido. No obstante, también hay que tener en cuenta el resto de factores que influyen en la transmisión en el curso de esta epidemia, como la alta susceptibilidad a la infección de la población en su conjunto y la relajación de las medidas de distanciamiento social con la llegada del verano.

Por ello, es probable que en verano se seguirá transmitiendo, aunque con menor intensidad.

LA PREVENCIÓN ES LA MEJOR MANERA DE
DETENER LA PROPAGACIÓN.
CUÍDATE, Y CUÍDALES

prevencion@santacruzdetenerife.es

saludlaboral@santacruzdetenerife.es

