Preguntas y respuestas del decreto de salud pública: Control y prevención de la COVID-19

June 20, 2023

Materiales relacionados:

- Decreto del funcionario de salud pública estatal sobre el control y prevención de la COVID-19

Actualizaciones a partir del 20 de junio de 2023:

- Se incluyen la definición de brote y enlaces para recursos.

¿Por qué el Departamento de Salud Pública de California (CDPH) actualizó la definición de brote de COVID-19 para entornos fuera de la atención médica?

El CDPH actualizó la definición de brote para entornos fuera de la atención médica en base a la evidencia epidemiológica que demuestra un descenso en el período de incubación de las infecciones de COVID-19 (promedio 3.4 días), y a fin de alinearse con los cambios similares realizados por el Consejo de Epidemiólogos Estatales y Territoriales (CSTE) a la definición de brote para escuelas (PDF) y entornos de atención médica (PDF) y con la definición de brote del CDPH para entornos de atención médica. Tenga en cuenta que se aplican otros lineamientos y regulaciones en algunos casos de brote de COVID-19, los cuales pueden consultarse en la Regulación para situaciones de no emergencia de prevención del COVID-19 de Cal/OSHA.

¿El cambio en la definición de brote de COVID-19 afecta también a los entornos de atención médica?

Este cambio se aplica únicamente a entornos fuera de la atención médica. Consulte AFL-23-09 para obtener más información.

¿Cómo define el CDPH el contacto estrecho en espacios interiores amplios no relacionados con la atención médica?

El “contacto estrecho” se define de la siguiente manera:

- En espacios interiores de 400,000 pies cúbicos por piso o menos (como una casa, la sala de espera de una clínica, un avión, etc.), el contacto estrecho se define como compartir el mismo espacio aéreo interior por un total acumulativo de 15 minutos o más en un período de 24 horas (por ejemplo, tres exposiciones individuales de cinco minutos para un total de 15 minutos) durante el período infeccioso de una persona con un caso confirmado.
- En espacios interiores de más de 400,000 pies cúbicos por piso (como los espacios de oficinas, los almacenes, las grandes tiendas, las fábricas o los centros de procesamiento de alimentos, etc.), el contacto estrecho se define como estar a menos de seis pies de una persona con un caso confirmado por un

total acumulativo de 15 minutos o más en un período de 24 horas durante el período infeccioso de esa persona.

Los espacios separados por paredes que van desde el piso hasta el techo (p. ej., oficinas, suites, habitaciones, salas de espera, baños, áreas de descanso o comedores separados por paredes que van desde el piso hasta el techo) deben considerarse espacios aéreos independientes.

Se usa la definición anterior por varios motivos: Una persona con COVID-19 genera y libera aerosoles de SARS-CoV-2 a través de actividades como respirar, hablar y toser. Estos aerosoles ingresan al aire alrededor de la persona infectada y luego se dispersan de manera uniforme por el aire.

En entornos interiores, la exposición al SARS-CoV-2 puede ocurrir de dos maneras: 1) directa, por interacciones cara a cara con una persona con COVID-19 e 2) indirecta, por la inhalación de aerosoles dispersados por la persona con COVID-19, que se acumularon en el aire del espacio. Ambos tipos de exposición a los aerosoles del SARS-CoV-2 pueden causar la infección por COVID-19.

El riesgo de infección por interacciones directas cara a cara depende de la distancia a la que se encuentre la persona infectada, siendo el riesgo más elevado a menos de seis pies. Sin embargo, el riesgo de infección por la exposición a aerosoles acumulados en el aire depende del tamaño (volumen) de la habitación y los niveles de ventilación y filtración del aire como factores clave, entre otros.

Además del riesgo de infección por interacciones cara a cara en un espacio interior, los modelos de calidad del aire predicen que estar 15 minutos en cualquier lugar de un espacio interior de 400,000 pies cúbicos o más pequeño con una persona infectada supone un riesgo de infección por la exposición indirecta a los aerosoles acumulados en el aire; este riesgo de infección aumenta cuanto mayor sea la cantidad de tiempo que se esté en el espacio.

En espacios interiores no relacionados con la atención médica de más de 400,000 pies cúbicos, se espera que el riesgo de infección por exposición a los aerosoles acumulados en el aire sea menor al diez por ciento incluso después de ocho horas debido al gran volumen de aire presente. Por lo tanto, el riesgo de infección en estos entornos grandes se limita principalmente a la exposición cara a cara a la persona infectada.

¿Cuál es la diferencia entre la exposición directa e indirecta?

La exposición directa a corta distancia sucede cuando una persona inhala aerosoles de SARS-CoV-2 durante una interacción cara a cara con una persona con COVID-19. La persona infectada genera y libera aerosoles al respirar, hablar, toser y estornudar. La concentración de aerosoles que contienen SARS-CoV-2 es más alta cerca de la persona infectada y disminuye a medida que los aerosoles se dispersan por el aire, especialmente en espacios más grandes donde hay suficiente volumen de aire para diluir los aerosoles que puedan acumularse.

La exposición indirecta a larga distancia sucede cuando una persona inhala aerosoles de SARS-CoV-2 propagados por una persona con COVID-19 y que se acumularon en el aire en un espacio interior. Los aerosoles tienden a mezclarse uniformemente en un

espacio debido a la dilución y la mezcla del aire. En los espacios pequeños suele haber mayor concentración de aerosoles acumulados que en los espacios grandes, porque en un espacio pequeño hay menos aire para disminuir su concentración.

Tanto para las exposiciones directas e indirectas, el riesgo de infección depende de la duración de la exposición, la cantidad de virus que se inhaló, los niveles de ventilación y filtración del aire en el lugar, de si la persona infectada tiene síntomas y de si las personas infectadas y expuestas tenían puesto un respirador o una mascarilla.

El riesgo de infección por exposición directa depende de la distancia a la que se encuentre la persona infectada, siendo el riesgo más elevado a menos de seis pies, aunque la tos y los estornudos pueden hacer que los aerosoles se dispersen más. El riesgo de infección por exposición indirecta también depende del tamaño (volumen) de la habitación.

Por lo tanto, el riesgo de infección por exposición indirecta es casi el mismo para todos en un espacio interior más pequeño, independientemente de la distancia de la persona infectada. Esto se debe a que todos están expuestos a aproximadamente la misma concentración de aerosol después de que se mezcla por toda la habitación. En un espacio interior amplio, la concentración de aerosoles de SARS-CoV-2 disminuye, y el riesgo de exposición indirecta es menor.

¿Cómo deben responder los centros de atención médica a una posible exposición usando la definición actual de contacto estrecho?

Los centros de atención médica deben continuar usando el marco de evaluación de riesgo de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para determinar el riesgo de exposición del personal de atención médica (HCP) con una posible exposición ocupacional a los pacientes, residentes y visitantes con COVID-19 en un entorno de atención médica. Los CDC plantean consideraciones adicionales para evaluar el riesgo de exposición de pacientes o residentes expuestos al HCP que tiene COVID-19 en un entorno de atención médica.

La guía del CDPH para evaluar las exposiciones en la comunidad debe aplicarse al HCP que pueda estar expuesto fuera del trabajo (p. ej., en su grupo familiar), a los miembros del HCP expuestos unos a otros mientras trabajan en zonas en las que no hay pacientes (p. ej., en oficinas administrativas) y a los pacientes o residentes expuestos a otros pacientes, residentes o visitantes en zonas de atención médica o en las que no hay pacientes (p. ej., salas de espera y comedores). Los centros de atención médica deben priorizar la identificación de dichos contactos y la respuesta correspondiente en función de qué tan cerca estuvieron del caso positivo y la duración o la intensidad de la exposición, según lo explicado arriba, y el riesgo de enfermarse gravemente o de morir que corre el contacto como resultado de la infección.

¿Por qué el CDPH actualizó la definición de período infeccioso e incluyó la definición de caso confirmado?

La definición actualizada de período infeccioso tiene el objetivo de ajustarse a las actualizaciones recientes a las recomendaciones con respecto al aislamiento y a la

guía de los CDC. De este modo, la guía en relación con el aislamiento se basa actualmente en la recuperación del caso confirmado o de la persona infectada y quita el énfasis en obtener un resultado negativo en una prueba para finalizar el aislamiento antes del día 10. El CDPH también incluyó una nueva definición de caso confirmado para mantener la coherencia en todos sus materiales. Para obtener más información y ver los últimos cambios, consulte la guía de aislamiento y cuarentena del CDPH.

¿Por qué el CDPH eliminó a los megaeventos, las escuelas de kínder a 12.º grado y las guarderías del ámbito del decreto del funcionario de salud pública estatal?

El CDPH eliminó las disposiciones relativas a los requisitos en megaeventos, escuelas de kínder a 12.º grado y guarderías para reflejar que la guía y las recomendaciones actuales para estos entornos no establecen requisitos.

Publicado originalmente el 12 de octubre de 2022