

**POSICIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA  
(SEIMC) ANTE LA SITUACIÓN ACTUAL (7 de febrero 2022) DE LA  
PANDEMIA DE COVID-19 EN ESPAÑA**

***DEL “CERO COVID EN LA POBLACIÓN GENERAL” AL “CERO COVID EN  
PERSONAS ESPECIALMENTE VULNERABLES”***

**INTRODUCCIÓN**

El mundo está experimentando una intensísima ola de transmisión de la variante ómicron de SARS-CoV-2. Las estimaciones basadas en los modelos matemáticos realizados por instituciones académicas de gran prestigio sugieren que actualmente se están produciendo en el mundo más de 125 millones de infecciones diarias, valor al menos 10 veces superior al observado en el pico máximo de la pasada ola de transmisión, causada principalmente por la variante delta. De hecho, ómicron es la variante predominante o casi exclusiva en la mayoría de países del planeta.

Este nivel de contagiosidad sin precedentes sugiere que más del 50% de la población mundial podría estar infectada antes del final del próximo mes de marzo. Además de ello, se ha determinado que hasta el 80-90% de las infecciones producidas podrían ser asintomáticas, porcentaje muy superior al 40% estimado para otras variantes del virus.

La frecuencia de hospitalización, de ingreso en las unidades de críticos o de fallecimiento en pacientes sintomáticos también se han reducido de forma muy considerable con esta variante en relación a la incidencia de casos diagnosticados. La elevada frecuencia de casos en la comunidad y la alta transmisibilidad de la variante ómicron condicionan, sin embargo, que en el momento actual muchos pacientes sean diagnosticados de COVID-19 al ingresar en el hospital por otras causas. Se estima que hasta un 10% de los pacientes sin síntomas de COVID-19 que ingresan en los hospitales por otros motivos o

que se realizan cribados para pruebas diagnósticas o cirugías programadas tienen una prueba PCR positiva para SARS-CoV-2. Este valor es más de 5 veces superior al observado en los picos máximos de las olas producidas por otras variantes del virus. Además otros muchos pacientes se diagnostican durante su estancia en el mismo, ocasionando en las instituciones sanitarias una excesiva carga laboral y asistencial, así como relevantes problemas organizativos que afectan a la atención a los pacientes, tanto a los que sufren COVID-19 como a los que padecen otras patologías, al aplicarse las mismas estrategias y recomendaciones que en pasadas olas de la pandemia, producidas por variantes diferentes de SARS-CoV-2.

Estas circunstancias epidemiológicas, clínicas y evolutivas hacen necesario un posicionamiento por parte de la SEIMC, sociedad que engloba a los profesionales dedicados al área de conocimiento de las enfermedades infecciosas y la microbiología clínica. Este posicionamiento, basado en los datos existentes, se resume en que se requieren importantes modificaciones en la manera actual de abordar la vigilancia epidemiológica, la metodología diagnóstica, la organización de los sistemas asistenciales, la aplicación de medidas de prevención de la transmisión y, finalmente, la aplicación de los avances científicos en los campos de la terapéutica y de la utilización de las vacunas en la población general. Como tal documento de posición, no se trata de un protocolo o guía y está abierto a la discusión pública. Las dos premisas principales de nuestro posicionamiento son que la variante ómicron puede producir enfermedad grave en personas no vacunadas, incompletamente vacunadas y en pacientes vulnerables, y que, por tanto, es en estos grupos de población donde hay que centrar el esfuerzo preventivo, diagnóstico y terapéutico; y que la contagiosidad de la variante ómicron es de tal magnitud que hace muy probable que la mayoría de la población acabe infectada.

Este posicionamiento puede tener que cambiar en el futuro si aparecen nuevas variantes con características biológicas diferentes y con mayor riesgo de producir una enfermedad más grave.

## HECHOS CIENTÍFICOS Y PROPUESTAS DE ACTUACIÓN

Los hechos científicos relacionados con este posicionamiento son:

### **1. LA VARIANTE ÓMICRON DE SARS-COV-2 TIENE UN COMPORTAMIENTO DIFERENTE RESPECTO A TODAS LAS VARIANTES ANTERIORES DEL VIRUS**

1.1. Parece probable que la vacunación no va a evitar que la mayoría de la población se infecte por la variante ómicron, ya que es una variante con modificaciones genéticas que le permiten un escape inmunitario y, por tanto, es capaz de infectar a personas vacunadas y a las que han tenido una infección previa. La inmunidad esterilizante de grupo frente a la infección por ómicron no es factible, incluso en un país como España con una tasa de vacunación de la población mayor de 12 años que supera el 90%. Sin embargo, está bien demostrado que las vacunas actuales son capaces de contribuir de forma notable a conseguir una “protección de grupo” frente a la enfermedad grave, a la necesidad de hospitalización en unidades convencionales o de cuidados intensivos y al fallecimiento en la mayoría de personas infectadas. La variante ómicron produce, en la gran mayoría de las personas no vulnerables que han respondido a la vacunación, una enfermedad similar a un resfriado común o incluso es asintomática. Además, *per se*, es altamente probable que esta variante del virus sea menos virulenta que las anteriores.

1.2. Aun habiéndose vacunado de forma completa, en las personas vulnerables como los ancianos con otras enfermedades crónicas de base (enfermedades crónicas pulmonares, cardíacas, demencia, entre otras), una infección por ómicron puede ser suficiente para que ésta empeore y sea necesaria su hospitalización. El agravamiento de la enfermedad de base también se produce con otros virus respiratorios, como son los rinovirus del resfriado común o la gripe. Esta situación clínica en algún momento puede superponerse a la COVID-19 y deberán ponerse en marcha estrategias comunes de actuación válidas para todas las infecciones víricas respiratorias, endémicas o epidémicas, que puedan condicionar un empeoramiento de la salud de estos grupos de población. La

aparición de SARS-CoV-2, como un patógeno más que puede producir estas descompensaciones, predice un aumento de la carga de enfermedad del sistema sanitario.

1.3. La variante ómicron, o cualquier otra variante de SARS-CoV-2, puede producir una enfermedad muy grave en personas no completamente vacunadas o en personas vulnerables que no han respondido a la vacunación, como son los pacientes inmunodeprimidos.

1.4. Para las personas con riesgo elevado de presentar una enfermedad grave por el virus SARS-CoV-2, incluida la variante ómicron, existen tratamientos que, administrados precozmente y de manera controlada, reducen el riesgo de progresión de la enfermedad y de la necesidad de hospitalización o de fallecimiento. En el momento actual hay una disponibilidad limitada de estos fármacos, por lo que es imprescindible la existencia de protocolos terapéuticos elaborados por profesionales expertos y avalados por la evidencia científica para que sean utilizados de la forma más eficiente posible. La administración sanitaria y la comunidad científica deben valorar de forma continua su uso adecuado, la equidad en su acceso y su eficiencia.

## **2. LA RESPUESTA FRENTE A LA VARIANTE ÓMICRON DEBE DE SER DIFERENTE Y PROPORCIONAL A LA CARGA DE ENFERMEDAD QUE PRODUCE**

2.1. Las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento deberían focalizarse en los grupos de personas vulnerables que son ahora los que sufren la enfermedad grave, y tendrían que adaptarse a la realidad actual en el resto de la población. Para ello, planteamos que deben considerarse las siguientes modificaciones de determinadas estrategias de control de la transmisión del virus:

2.1.1. Suprimir la obligatoriedad del uso de mascarillas en exteriores. Por el contrario, el uso de mascarillas en interiores sigue siendo recomendable mientras se mantengan las altas tasas de transmisión comunitaria actual, lo que está especialmente dirigido a proteger a la población vulnerable.

2.1.2. Transmitir y explicar que determinadas medidas que se realizan con frecuencia, como el control de la temperatura corporal a la entrada de los

establecimientos públicos o pulverizar las superficies con soluciones antisépticas en dichos establecimientos, carecen de utilidad.

2.1.3. Suprimir la obligatoriedad de los certificados de vacunación para la entrada en locales públicos.

2.1.4. Recomendar dosis vacunales adicionales o de recuerdo solo cuando la evidencia científica avale que aumentan la protección frente a la enfermedad grave.

2.1.5. Como indicadores principales de evolución del impacto clínico de la pandemia deben utilizarse los de incidencia de hospitalización y mortalidad. Consideramos que la vigilancia de la incidencia de infección basada en el diagnóstico individual de todos los casos de infección es innecesaria y debería sustituirse por una estrategia basada en centros centinela de Atención Primaria y hospitales similar a la usada para otras infecciones respiratorias agudas.

2.1.6. Consideramos que no es necesario realizar pruebas diagnósticas en casos leves en personas no vulnerables.

2.1.7. La estrategia de detección de variantes en nuestro país adolece de varios defectos: se secuencia un número bajo de aislados en comparación con países de nuestro entorno, no se focaliza en pacientes de mayor riesgo de desarrollar nuevas variantes y proporciona los datos con retraso. Por ello, consideramos que es necesario desarrollar una nueva estrategia que corrija estos defectos.

### **3. LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA INFECCIÓN POR LA VARIANTE ÓMICRON REQUIERE UNA MODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA COMUNIDAD**

3.1. El manejo médico de los colectivos de personas sanas con un cuadro respiratorio leve de la vía aérea superior debe ser el habitual para estas patologías, independientemente del agente causal.

3.2. Hay que incrementar los esfuerzos de protección de los pacientes vulnerables para evitar la enfermedad grave, diseñando medidas específicas. Los factores que aumentan el riesgo de enfermedad grave y mortalidad son la edad mayor de 65 años, personas con comorbilidades crónicas, inmunosupresión, cáncer en

tratamiento, síndrome de Down mayor de 40 años y embarazo. El riesgo es muy superior en todos ellos en ausencia de vacunación completa.

- 3.2.1. Identificar las personas de los grupos vulnerables que no han recibido la dosis adicional o de recuerdo de la vacuna, para ofrecérsela sin demora.
- 3.2.2. Mejorar la información para el autocuidado de las personas vulnerables, promoviendo el uso de mascarillas tipo FFP2 en interiores, y en exteriores en situaciones de alta concentración de personas; aumentar su conocimiento sobre la existencia de tratamientos antivirales eficaces si se usan de forma precoz al inicio de la sintomatología; y mejorar la formación de los cuidadores de estas personas vulnerables.
- 3.2.3. Establecer un sistema de diagnóstico precoz de la infección para las personas vulnerables.
- 3.2.4. Priorizar en estas personas el uso de los nuevos fármacos que, administrados precozmente, reducen el riesgo de progresión a la infección grave y la muerte. Establecer un protocolo que defina un circuito sencillo para el acceso a estos tratamientos de forma rápida.

#### **4. LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA INFECCIÓN POR LA VARIANTE ÓMICRON REQUIERE UNA MODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LOS HOSPITALES**

- 4.1. Los hospitales deberán diseñar medidas de protección para personas vulnerables que requieren hospitalización mediante:
  - 4.1.1. Restricción de visitas.
  - 4.1.2. Uso de mascarillas tipo FFP2 cuando acceda el personal sanitario y en los desplazamientos por el hospital.
  - 4.1.3. Una medida muy eficaz para proteger a las personas vulnerables es el ingreso en habitación individual. Desafortunadamente, en la mayoría de nuestros hospitales, esta medida no es posible por el número insuficiente de estas habitaciones.
- 4.2. Establecer protocolos que permitan el tratamiento precoz de la enfermedad leve en grupos de pacientes ingresados vulnerables de alto riesgo de progresión a formas graves.

- 4.3.** La realización de pruebas diagnósticas de SARS-CoV-2 previas a procedimientos causa suspensiones y demoras para su realización, con el consiguiente perjuicio para los pacientes. Consideramos que estos cribados deben dejar de realizarse, sustituyéndose por medidas de protección de los profesionales basadas en el riesgo de cada procedimiento.
- 4.4.** La realización de pruebas de cribado de SARS-CoV-2 a todos los pacientes al ingreso y la consideración de áreas “no-COVID” no es útil en la situación actual, dado que la altísima tasa de transmisión comunitaria hace que la posibilidad de transmisión desde sanitarios o familiares sea muy alta en todo momento y en todos los espacios asistenciales. La estrategia diagnóstica debe estar focalizada en proteger a los pacientes vulnerables ingresados en el hospital.
- 4.5.** Las recomendaciones sobre la duración de las medidas de aislamiento de los pacientes ingresados con COVID-19 basadas en la realización de pruebas que no está diseñadas para este fin, son obsoletas y conducen a alargamiento innecesario de la estancia en áreas COVID, lo que en ocasiones tiene consecuencias negativas para la seguridad y cuidados de los pacientes. Consideramos que deben sustituirse por criterios clínico-temporales.
- 4.6.** Adaptar las medidas de protección de los trabajadores sanitarios a los conocimientos adquiridos sobre la transmisión de SARS-CoV-2, a las necesidades de los pacientes y a la situación actual de vacunación de los trabajadores sanitarios.
- 4.6.1.** Restringir el uso de equipos de protección individual que incluyen batas impermeables, gorros y protección ocular a las situaciones específicas que puedan requerirlos en función de las precauciones estándar. El uso de estos equipos complejos de protección dificulta el cuidado y la vigilancia de los pacientes ingresados, y afecta a la seguridad del paciente.
- 4.6.2.** Mientras dure la alta frecuencia de transmisión comunitaria del virus, creemos razonable recomendar que los sanitarios usen mascarillas tipo FFP2, para la atención a todos los pacientes. Cuando se realicen procedimientos de riesgo de generación de aerosoles, se añadirán las medidas de protección individual necesarias, sin necesidad de realizar pruebas de SARS-CoV-2 a los pacientes.

**4.6.3.** Continuar promocionando la higiene de manos y la limpieza adecuada de superficies.

**4.7.** En los centros hospitalarios la duración de aislamientos de los sanitarios basadas en pruebas microbiológicas no validadas para medir la contagiosidad, conduce a alargamientos innecesarios de las mismas, con el consiguiente déficit de personal y saturación del resto.

Por último, hay que recordar que, en ausencia de vacunas pan-coronavirus o universales efectivas frente a múltiples variantes y/o vacunas con capacidad esterilizante que sean eficaces en la población vulnerable, el escenario más probable para la COVID-19 en el futuro inmediato es el de una enfermedad endémica o hiperendémica. “Endémica” no significa que sea irrelevante como problema de salud, todo lo contrario. La COVID-19 va a suponer una sobrecarga adicional a un sistema sanitario que ya operaba en condiciones de máxima presión antes de la aparición de esta pandemia. Los responsables políticos deben priorizar el fortalecimiento del sistema sanitario en su conjunto. Los recursos de los que disponemos actualmente no son suficientes para responder a la pandemia actual ni a las que puedan aparecer en el futuro. La estructura actual de la mayoría de los hospitales no permite que los pacientes vulnerables sean ingresados de forma preferente en habitaciones individuales con condiciones de bioseguridad adecuadas. La pandemia ha puesto de manifiesto la necesidad de que se realicen las reformas estructurales necesarias que hagan posible esta recomendación.

Finalmente, la pandemia ha evidenciado la necesidad de contar con redes de investigación financiadas que permitan la realización de ensayos clínicos a gran escala de forma eficiente y rápida en nuestro país.

Es necesario resaltar que estas medidas han de ser promovidas homogéneamente porque, al unificar los mensajes, las medidas y los recursos empleados, las autoridades sanitarias facilitarán la comprensión y la aceptación de las mismas por parte de la población, y con ello los resultados favorables en salud.



La SEIMC manifiesta, una vez más, su voluntad de colaboración con las autoridades sanitarias en la toma de decisiones sobre este problema.

**GRUPO REDACTOR DEL DOCUMENTO**

Jesús Rodríguez Baño, Benito Almirante, Míriam Álvarez, José Ramón Arribas, José Miguel Cisneros, Federico García, María del Mar Tomás.

Agradecemos a los socios de SEIMC que han realizado comentarios y sugerencias al documento.