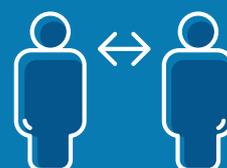


Actualización de protocolos de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas. Fac. de Medicina (UdeLaR).

Criterios para levantar el aislamiento y reintegro laboral (COVID-19).



Dres. Sofía Griot, Henry Albornoz, Graciela Pérez, Susana Cabrera.

22 de Diciembre de 2020

Versiones previas: 17/09/2020, 2/10/2020



**Cátedra de
Enfermedades Infecciosas**

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA • FACULTAD DE MEDICINA

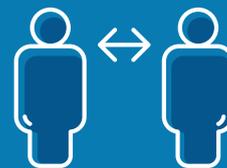
Prof. Dr. Julio Medina

Actualización de protocolos de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas,
Facultad de Medicina (UdeLaR).

Criterios para levantar el aislamiento y reintegro laboral (COVID-19).

Dres. Sofía Griot, Henry Albornoz, Graciela Pérez, Susana Cabrera.

Versiones previas: 17/09/2020; 2/10/2020



El aislamiento de las personas con infección por SARS-CoV-2 es una pieza fundamental para la contención de la pandemia. Sin embargo, prolongar el aislamiento más allá del tiempo necesario genera efectos negativos. Esto impacta a nivel de acceso sanitario/rehabilitación, psicológico, social y económico. También por la sobrecarga al sistema de salud con exceso de uso de equipamiento de protección personal, utilización de salas individuales, sobrecarga al personal de asistencia y retraso en el reintegro laboral del personal de salud.

Los criterios para el fin del aislamiento han evolucionado durante la pandemia al surgir más información respecto al tiempo de excreción de partículas virales infectantes. En un estudio epidemiológico ocurrieron transmisiones solo hasta el 5° día después del inicio de síntomas, sin transmisiones en contactos expuestos luego del 6° día, con mayor tasa de transmisión a partir de casos severos.¹ El cultivo celular es un buen indicador de viabilidad viral y de capacidad infectante, pero no está disponible en nuestro medio.

La RT-PCR es el estudio de elección para diagnóstico, su uso como estrategia de fin de aislamiento inicialmente incluyó la necesidad de dos resultados negativos separados por 24 horas. Sin embargo, la presencia de ARN viral en muestras respiratorias no es marcador de infectividad. Una proporción de las personas con COVID-19 recuperadas pueden continuar persistentemente positivas por semanas sin demostrarse viabilidad viral en el cultivo celular, en casos leves más allá de 10 días y en los severos más allá de 20-30 días.²⁻⁶ Por otra parte, en personas con resultado de PCR negativo al alta y luego nueva prueba positiva, re-positivos, no se encontró viabilidad viral en el cultivo ni transmisión a los contactos, por lo que se consideran no infectantes.⁷

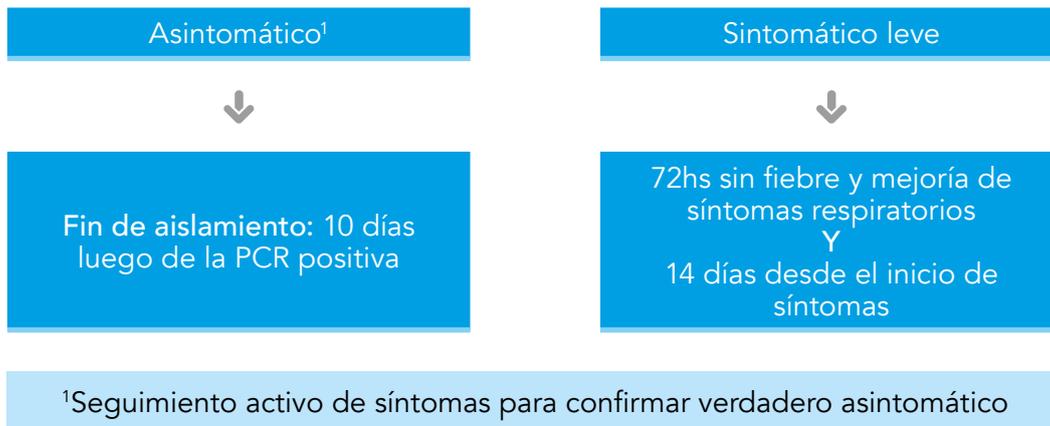
El valor del Ct de RT-PCR se puede considerar un marcador indirecto de carga viral, a menor valor de Ct mayor carga viral. Se describe una relación entre el valor del Ct y la capacidad infectante estudiada a través del cultivo en líneas celulares.^{2,3,7} La excreción de virus infectante es más prolongada en los casos severos³⁻⁵ y en los inmunosuprimidos, en quienes se encontró excreción de virus viable hasta 74 días desde el inicio de síntomas.⁸ Por otra parte, se ha encontrado que la presencia de anticuerpos neutralizantes se asocia con cultivo negativo en casos severos³, aunque seguramente se necesitan más estudios que lo avalen.

Los parámetros que se sugieren para estimar infecciosidad son:

- » Tiempo desde inicio de los síntomas
- » Gravedad del cuadro clínico
- » Inmunosupresión celular o humoral (quimioterapia, tratamiento inmunosupresor, corticoides a altas dosis, trasplante de órgano sólido o precursores hematopoyéticos, Infección por VIH con bajo recuento de CD4, inmunodeficiencias primarias)
- » Valor del Ct (tiempo de umbral de ciclo).
- » Presencia de anticuerpos neutralizantes

Para el alta a domicilio y el reintegro laboral, otro elemento muy importante por considerar es el contexto al reintegro (lugar de trabajo, convivientes)

» CRITERIOS PARA LEVANTAR AISLAMIENTO – Asintomático/Sintomático leve



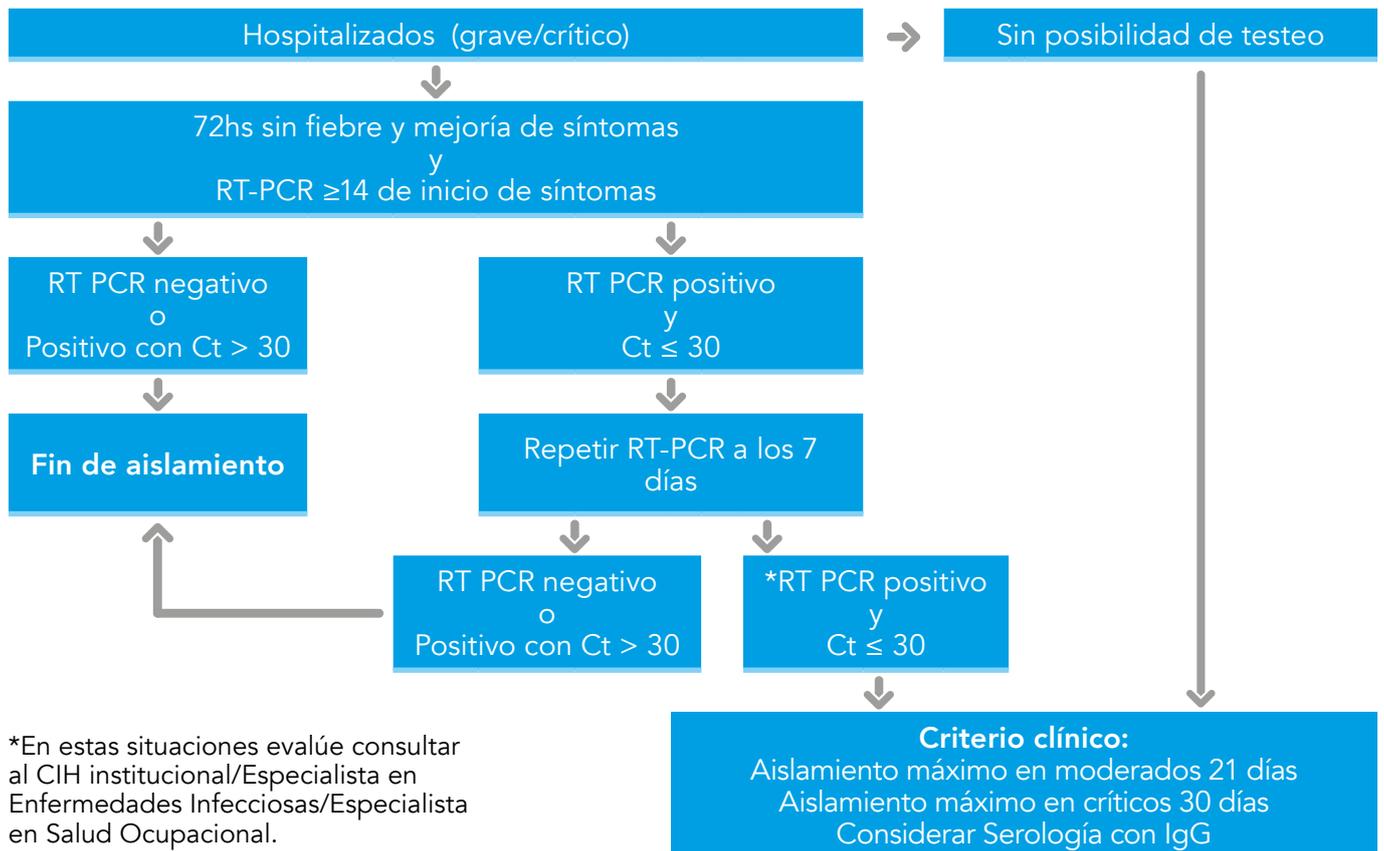
» ALGORITMO PARA LEVANTAR AISLAMIENTO - Hospitalizados (grave/crítico)

En esta población se recomienda mantener la estrategia de testeo según el algoritmo propuesto más adelante.

De no disponer de la posibilidad de testeo se sugiere como criterio clínico para levantar las medidas de aislamiento 21 días desde el

inicio de síntomas en los pacientes ingresados en área de moderados y 28 días desde el inicio de los síntomas en los ingresados en áreas críticas.

Algoritmo para pacientes hospitalizados (grave/crítico)



*En estas situaciones evalúe consultar al CIH institucional/Especialista en Enfermedades Infecciosas/Especialista en Salud Ocupacional.

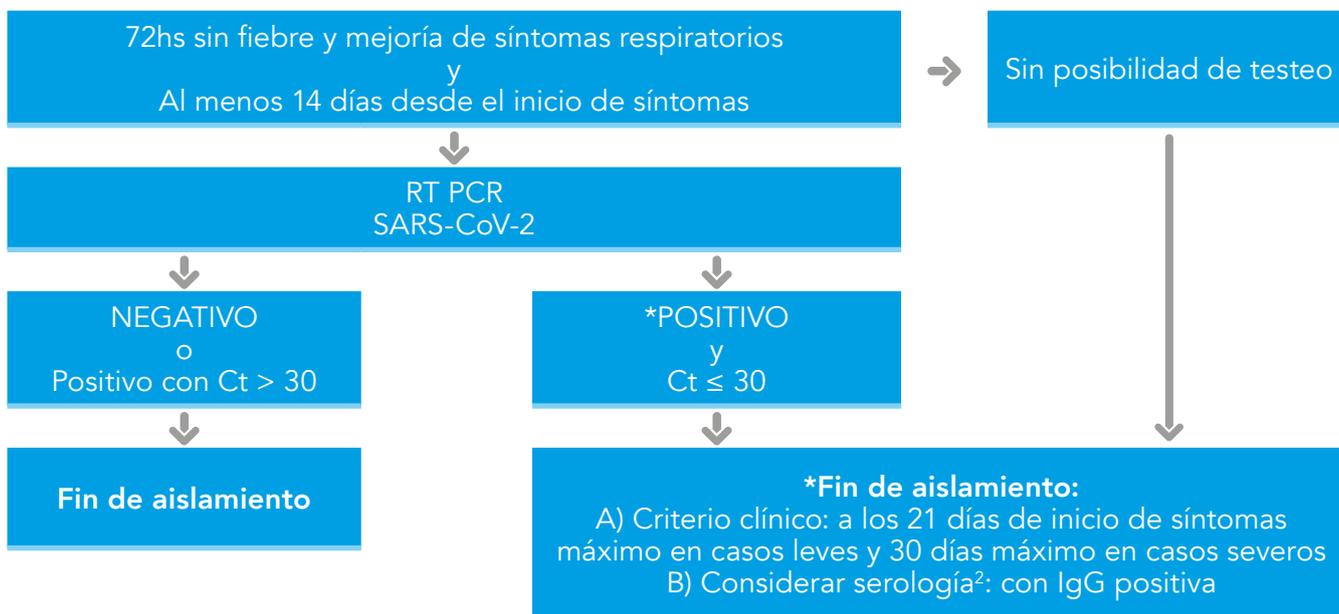
» Situaciones especiales – Inmunosupresión / Entornos vulnerables

Se incluyen aquí poblaciones donde se ha demostrado que se requiere más tiempo para el aclaramiento viral en secreciones respiratorias, aunque existe aún poca evidencia sobre el potencial infectante de las mismas: inmunosupresión por tratamientos y/o enfermedad de base (oncológicos, trasplantes, inmunosupresores, VIH con CD4 menor a 200 células/ml), o inmunodeficiencia primaria

donde debe levantarse el aislamiento en un paciente con un **entorno vulnerable**, como puede ser un establecimiento de larga estancia para adultos mayores, hospitales psiquiátricos, centro de hemodiálisis crónica, cárceles. O trabajador con población vulnerable en las que no se pueda asegurar medidas de precaución como distanciamiento físico, uso de mascarilla e higiene de manos frecuente.

También se incluyen aquellas situaciones

Algoritmo para situaciones especiales



¹Serología. La detección de anticuerpos ocurre aproximadamente a los 10 días de producida la infección y a partir de entonces no se produce transmisión. Deben utilizarse técnicas validadas con adecuada S y E (actualmente en plasma o suero)

*En estas situaciones evalúe consultar al CIH institucional/Especialista en Enfermedades Infecciosas/Especialista en Salud Ocupacional.

Bibliografía

1. Cheng H, Jian S, Liu D, et al. Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset. *JAMA Intern Med* 2020;180(9):1156–1163. doi:10.1001/jamainternmed.2020.2020
2. Bullard J, Dust K, Funk D, et al. Predicting Infectious Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 From Diagnostic Samples. *Clin Infect Dis* 2020; ciaa638, <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa638>
3. van Kampen JJ, van de Vijver DA, Fraaij PL, et al. Shedding of infectious virus in hospitalized patients with coronavirus disease-2019 (COVID-19): duration and key determinants. medRxiv; 2020. DOI: 10.1101/2020.06.08.20125310
4. Folgueira MD, Luczkowiak J, Lasala F, Perez-Rivilla A, Delgado R. Persistent SARS-CoV-2 replication in severe COVID-19. medRxiv; 2020. DOI: 10.1101/2020.06.10.20127837
5. Basile K, McPhie K, Carter I, et al. Cell-based culture of SARS-CoV-2 informs infectivity and safe de-isolation assessments during COVID-19. *Clin Infect Dis* 2020; ciaa1579, <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1579>
6. Singanayagam A, Patel M, Charlett A, Lopez Bernal J, Saliba V, Ellis J, Ladhani S, Zambon M, Gopal R. Duration of infectiousness and correlation with RT-PCR cycle threshold values in cases of COVID-19, England, January to May 2020. *Euro Surveill.* 2020 Aug;25(32):2001483. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.32.2001483. PMID: 32794447; PMCID: PMC7427302.
7. KCDC press release May 19 2020; <http://www.kdca.go.kr/board/board.es?mid=a30402000000&bid=0030>
8. Choi B, Choudhary MC, Regan J, et al. Persistence and Evolution of SARS-CoV-2 in an Immunocompromised Host [published online ahead of print, 2020 Nov 11]. *N Engl J Med.* 2020;10.1056/NEJMc2031364. doi:10.1056/NEJMc2031364



Cátedra de Enfermedades Infecciosas

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA • FACULTAD DE MEDICINA

Prof. Dr. Julio Medina



Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"
Piso 16. Av. Italia, S/N.
Montevideo, 11600. Uruguay.



clinfec@fmed.edu.uy



+598 2 4876981



@Infectologia_uy



/infectologia.edu.uy



www.infectologia.edu.uy