



## Enmascaramiento universal en hospitales de la era Covid-19

Lista de autores.

- Michael Klompas, M.D., M.P.H.,
- [Artículo](#)

### [Métricas](#)

- [5 Referencias](#)
- [169 Citando artículos](#)

A medida que la pandemia del SARS-CoV-2 continúa explotando, los sistemas hospitalarios están luchando para intensificar sus medidas para proteger a los pacientes y trabajadores de la salud del virus. Un número cada vez mayor de proveedores de primera línea se preguntan si este esfuerzo debería incluir el uso universal de máscaras por parte de todos los trabajadores de la salud. El enmascaramiento universal ya es una práctica habitual en Hong Kong, Singapur y otras partes de Asia y ha sido adoptado recientemente por un péstre de hospitales estadounidenses.

Sabemos que llevar una máscara fuera de los centros de salud ofrece poca, si es que hay alguna, protección contra la infección. Las autoridades de salud pública definen una exposición significativa a Covid-19 como contacto cara a cara a 6 pies con un paciente con Covid-19 sintomático que se mantiene durante al menos unos minutos (y algunos dicen más de 10 minutos o incluso 30 minutos). La posibilidad de atracar a Covid-19 de una interacción pasajera en un espacio público es, por lo tanto, mínima. En muchos casos, el deseo de enmascaramiento generalizado es una reacción reflexiva a la ansiedad por la pandemia.

Sussértese en alertas y actualizaciones

Manténganse al día sobre el contenido relevante del *New England Journal of Medicine* con alertas gratuitas de correo electrónico.

### [SIGN UP](#)

El cálculo puede ser diferente, sin embargo, en los entornos de atención médica. En primer lugar, una máscara es un componente central del equipo de protección personal (EPI) que necesitan cuando atienden a pacientes sintomáticos con infecciones virales respiratorias, junto con bata, guantes y protección ocular. Enmascarar en este contexto ya forma parte de las operaciones rutinarias para la mayoría de los hospitales. Lo que está menos claro es si una máscara ofrece alguna protección adicional en los entornos de atención médica en los que el usuario no tiene interacciones directas con pacientes sintomáticos. Hay dos escenarios en los que puede haber posibles beneficios.

La primera es durante el cuidado de un paciente con Covid-19 no reconocido. Sin embargo, una máscara sola en este entorno reducirá el riesgo sólo ligeramente, ya que no proporciona protección contra gotitas que pueden entrar en los ojos o de las fomititas en el paciente o en el ambiente que los proveedores pueden recoger en sus manos y llevar a sus membranas mucosas (especialmente dada la preocupación de que los portadores de máscaras puedan tener una mayor tendencia a tocar sus caras).

Más convincente es la posibilidad de que usar una máscara pueda reducir la probabilidad de transmisión de trabajadores de la salud asintomáticos y mínimamente sintomáticos con Covid-19 a otros proveedores y pacientes. Esta preocupación aumenta a medida que Covid-19 se generaliza en la comunidad. Nos enfrentamos a un riesgo constante de que un trabajador de la salud con infección temprana pueda traer el virus a nuestras instalaciones y transmitirlo a otros. La transmisión de personas con infección asintomática ha sido bien documentada, aunque no está claro hasta qué punto dicha transmisión contribuye a la propagación general de la infección.<sup>1-3</sup>

Más insidioso puede ser el trabajador de la salud que viene a trabajar con síntomas leves y ambiguos, como fatiga o dolores musculares, o una garganta rasante y congestión nasal leve, que atribuyen a trabajar largas horas o estrés o alergias estacionales, en lugar de reconocer que pueden tener Covid-19 temprano o leve. En nuestros hospitales, ya hemos visto una serie de casos en los que los miembros del personal llegaron a trabajar bien pero desarrollaron síntomas de Covid-19 a través de sus turnos o trabajaron con síntomas leves y ambiguos que posteriormente fueron diagnosticados como Covid-19. Estos casos han llevado a que un gran número de pacientes y miembros del personal estén expuestos al virus y a una pila de infecciones potencialmente vinculadas en los trabajadores de la salud. Enmascarar a todos los proveedores podría limitar la transmisión de estas fuentes al impedir que los trabajadores de la salud asintomáticos y mínimamente sintomáticos se propañeran gotas orales y nasales cargadas de virus.

Lo que está claro, sin embargo, es que el enmascaramiento universal por sí solo no es una panacea. Una máscara no protegerá a los proveedores que cuidan a un paciente con Covid-19 activo si no está acompañado de meticulosa higiene de manos, protección de ojos, guantes y una bata. Una máscara por sí sola no impedirá que los trabajadores de la salud con los primeros Covid-19 contaminen sus manos y propagándose el virus a pacientes y colegas. Centrote solo en la enmascaramiento universal puede, paradójicamente, llevar a más transmisión de Covid-19 si desvía la atención de implementar medidas más fundamentales de control de infecciones.

Tales medidas incluyen el cribado vigoroso de todos los pacientes que acuden a un centro para los síntomas de Covid-19 e inmediatamente conseguirlos enmascarados y entrar en una habitación; implementación temprana de las precauciones de contacto y gotitas, incluyendo protección ocular, para todos los pacientes sintomáticos y errantes en el lado de la precaución cuando están en duda; re-proscubriendo a todos los pacientes ingresados diariamente en busca de signos y síntomas de Covid-19 en caso de que una infección fue incubante al ingreso o estuvieron expuestos al virus en el hospital; teniendo un umbral bajo para analizar pacientes con síntomas respiratorios virales (esto incluye pacientes con neumonía, que un tercio o más de neumonías son causadas por virus en lugar de bacterias); exigir a los empleados que atestornen que no tienen síntomas antes de empezar a trabajar cada día; estar atentos al distanciamiento físico entre los miembros del personal en todos los entornos (incluyendo entornos potencialmente descuidados como ascensores, autobuses de transporte hospitalario, rondas clínicas y salas de trabajo); restringir y cribado a los visitantes; y aumentar la frecuencia y fiabilidad de la higiene de las manos.

El alcance de la ventaja marginal de la enmascaramiento universal por encima de estas medidas fundacionales es discutible. Depende de la prevalencia de trabajadores de la salud con infecciones asintomáticas y mínimamente sintomáticas, así como de la contribución relativa de esta población a la propagación de la infección. En este sentido, es informativo que la prevalencia de Covid-19 entre los evacuados asintomáticos de Wuhan durante el apogeo de la epidemia sólo hubo entre 1 y 3%.<sup>4,5</sup> Los modelos que evalúan la propagación de la infección en Wuhan han señalado la importancia de las infecciones no diagnosticadas en el consumo de la propagación de Covid-19, al tiempo que reconocen que es probable que el riesgo de transmisión de esta población sea menor que el riesgo de propagación de pacientes [sintomáticos](#).<sup>3</sup> Y luego los posibles beneficios de enmascaramiento universal necesitan ser equilibrados contra el riesgo futuro de quedarse sin máscaras y así exponer clínicaA los pacientes sintomáticos con el riesgo mucho mayor de cuidar a los pacientes sintomáticos sin máscara. Sin embargo, proporcionar a cada trabajador de la salud una máscara por día para un uso prolongado puede mejorar paradójicamente el control del inventario reduciendo los usos de una sola vez y facilitando flujos de trabajo centralizados para asignar máscaras sin evaluaciones de riesgo a nivel de empleado individual.

Puede haber beneficios adicionales para políticas de enmascaramiento amplias que vayan más allá de su contribución técnica a la reducción de la transmisión de patógenos. Las máscaras son recordatorios

visibles de un patógeno por lo demás invisible pero ampliamente prevalente y pueden recordar a la gente la importancia del distanciamiento social y otras medidas de control de infecciones.

También está claro que las máscaras sirven a roles simbólicos. Las máscaras no son sólo herramientas, también son talismanes que pueden ayudar a aumentar la sensación de seguridad, bienestar y confianza percibida en sus hospitales. Aunque tales reacciones pueden no ser estrictamente lógicas, todos estamos sujetos al miedo y la ansiedad, especialmente en tiempos de crisis. Se podría argumentar que el miedo y la ansiedad están mejor contrarrestados con los datos y la educación que con una máscara marginalmente beneficiosa, particularmente a la luz de la escasez de máscaras en todo el mundo, pero es difícil conseguir que los médicos escuchen este mensaje al calor de la crisis actual. Protocolos de enmascaramiento ampliados, la mayor contribución puede ser reducir la transmisión de la ansiedad, más allá de cualquier papel que puedan desempeñar en la reducción de la transmisión de Covid-19. El valor potencial de la enmascaramiento universal en la administración de los trabajadores de la salud la confianza para absorber e implementar las prácticas de prevención de infecciones más fundacionales descritas anteriormente puede ser su mayor contribución.

[Los formularios de divulgación](#) proporcionados por los autores están disponibles en NEJM.org.

Este artículo fue publicado el 1 de abril de 2020 en NEJM.org.

### **Afiliaciones de autor**

Del Departamento de Medicina de Población, Harvard Medical School y Harvard Pilgrim Health Care Institute (M.K.), Brigham and Womens Hospital (M.K., C.A.M., J.S., M.P.), Harvard Medical School (M.K., C.A.M., E.S.S.), y la Unidad de Control de Infesión y División de Enfermedades Infecciosas, Hospital General de Massachusetts (E.S.) Todos en Boston.

### **Material complementario**

[Formas de divulgación](#) PDF 122KB

### **Referencias (5)**

1. **1.** Rothe C, Schunk M, Sothmann P, et al. Transmisión de la infección de 2019-nCoV por un contacto asintomático en Alemania. N Engl J Med 2020 ;382: 970 - 971.
  - o [Texto Completo Gratuita](#)
  - o [Web de la Ciencia. se abre en nueva pestaña](#)
  - o [Medline. se estrena en nueva pestaña](#)

[Google Scholar. se abre en nueva pestaña](#)

2. **2.** Bai Y, Yao L, Wei T, et al. Suponiendo transmisión asintomática de la compañía COVID-19. JAMA 2020 21 de febrero (Epub por delante de la impresión).
  - o [Crossref. se abre en nueva pestaña](#)
  - o [Web de la Ciencia. se abre en nueva pestaña](#)
  - o [Medline. se estrena en nueva pestaña](#)

[Google Scholar. se abre en nueva pestaña](#)

3. **3.** Li R, Pei S, Chen B, et al. Infectados indocumentados sustanciales facilita la rápida diseminación de nuevos coronavirus (SARS-CoV2). Ciencia 2020 16 de marzo (Epub antes de la impresión).
  - o [Crossref. se abre en nueva pestaña](#)
  - o [Web de la Ciencia. se abre en nueva pestaña](#)
  - o [Medline. se estrena en nueva pestaña](#)

[Google Scholar. se abre en nueva pestaña](#)

4. **4.** Hoehl S, Rabenau H, Berger A, et al. Evidencia de la infección por SARS-CoV-2 en los viajeros que regresaban de Wuhan, China. N Engl J Med 2020 ;382: 1278 - 1280.
- [Texto Completo Gratuita](#)
  - [Web de la Ciencia. se abre en nueva pestaña](#)
  - [Medline. se estrena en nueva pestaña](#)

[Google Scholar. se abre en nueva pestaña](#)

5. **5.** Ng O-T, Marimuthu K, Chia P-Y, et al. SARS-CoV-2 infección entre viajeros que regresan de Wuhan, China. N Engl J Med 2020 ;382: 1476 - 1478.
- [Texto Completo Gratuita](#)
  - [Web de la Ciencia. se abre en nueva pestaña](#)
  - [Medline. se estrena en nueva pestaña](#)

[Google Scholar. se abre en nueva pestaña](#)

**Más de la semana del 21 de mayo de 2020**