

Dra. Catterina Ferreccio

Presidenta Consejo Asesor Externo

Dr. Ignacio Silva

Vicepresidente Consejo Asesor Externo

Comisión Nacional de Respuesta Pandémica

Estimada Dra. Ferreccio, estimado Dr. Silva

Presentes

Junto con saludar, me dirijo a ustedes para comunicar las decisiones adoptadas por el Ministerio de Salud, en el marco de las recomendaciones realizadas por el Consejo Asesor Externo. Al respecto, me permito informar lo siguiente:

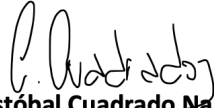
1. La alta cobertura de vacunación en la población, así como la evolución de las variantes a formas más contagiosas, pero menos graves, ha implicado que la enfermedad COVID-19 presente actualmente un menor impacto sanitario. En vista de ello, acogemos la recomendación de avanzar hacia un fin de la emergencia y establecer nuevos objetivos para abordar la prevención y control de la enfermedad, centrado en evitar las hospitalizaciones y muertes por COVID-19.
2. En línea con lo dispuesto anteriormente, frente a la ratificación de la propuesta ministerial del término de los aforos y exigencia del pase de movilidad, acogemos la recomendación de comunicar que el avance de las medidas para el manejo de la pandemia ha sido posible gracias al esfuerzo colectivo que ha tenido la ciudadanía y la Autoridad Sanitaria desde su inicio. Con relación al pase de movilidad, dicha medida se adopta en virtud de la alta cobertura de vacunación y el pronto cambio en el esquema con la nueva vacuna bivalente.
3. Sobre la mantención de la exigencia de uso de mascarillas en lugares de mayor riesgo de transmisión, acogemos la recomendación de exigirlos en usuarios que acuden a recintos de salud, siendo ésta la única situación obligatoria para su uso. Se recomendará fuertemente el uso de mascarillas en personas con síntomas respiratorios, usuarios del transporte colectivo público y privado, y visitas a centros de larga estadía. Así mismo en grupos de riesgo.
4. Respecto al aislamiento, acogemos la recomendación del Consejo de fomentar el uso del test de antígeno en atención primaria, entendiendo que es el nivel de atención más cercano a la comunidad y que permite el desarrollo de estrategias costo-efectivas para el diagnóstico. Del mismo modo, acogemos que la estrategia de trazabilidad regrese a su modalidad pre-pandemia, donde los equipos de epidemiología de atención primaria realicen la trazabilidad de los casos que la requieran.
5. En vista del acuerdo del Consejo con el cambio de la estrategia de vigilancia universal hacia la vigilancia centinela, a través de los centros centinelas habilitados para la vigilancia de enfermedad tipo influenza (ETI) e infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), acogemos la sugerencia de que

la contingencia COVID-19 permita el fortalecimiento de la vigilancia IRAG en su globalidad, y que el reporte mantenga la información actualmente entregada, al menos por un período de tiempo, conviviendo con el reporte de vigilancia centinela hacia el cual se espera transitar como Ministerio de Salud. Del mismo modo, se acoge la recomendación de que el reporte disminuya su periodicidad, realizándose de forma semanal en vista del nuevo momento epidemiológico y el beneficio técnico del proceso de notificación.

6. Acogemos la recomendación de avanzar en la compra del antiviral Paxlovid para uso en casos específicos y de riesgo, a partir de un protocolo a elaborar por el Ministerio de Salud. Dicha decisión se adopta en acuerdo con los argumentos del Consejo, donde se indica la pertinencia de contar con alternativas farmacológicas para población de riesgo que permitan prevenir la hospitalización e intervenir oportunamente brotes de alto riesgo epidemiológico.
7. Respecto a la adaptación de protocolos escolares, acogemos la sugerencia de que las medidas sanitarias velen por la continuidad del aprendizaje como un objetivo primordial. Frente a ello, manifestamos nuestro acuerdo con que ante la definición de un brote, se deba aislar sólo a las personas contagiadas, evitando el cierre de salas completas y de establecimientos. Se realizará test de antígeno y observación de síntomas a sus contactos para tomar acciones oportunamente. Con relación al uso de mascarillas, nuestro ministerio considera que el uso de diferentes medidas de reducción del riesgo asociado al escenario epidemiológico actual, de transición hacia un escenario de apertura, permite mantener riesgos bajos en los establecimientos educacionales si se mantienen medidas como el lavado de manos frecuente, la ventilación de los espacios cerrados, evitar que niños, niñas, adolescentes y trabajadores con síntomas respiratorios asistan al establecimiento y que las personas completen su esquema de vacunación, donde actualmente los menores de 18 años alcanzan un 89% de cobertura del esquema primario y 69% de cobertura del primer refuerzo. Frente a ello, nos parece pertinente que las mascarillas no se encuentren supeditadas a cobertura de vacunación, y se alineen con las medidas a implementar en la población general. Esto va en línea con la recomendación recibida por la Sociedad Chilena de Pediatría de liberalizar el uso de mascarillas en contextos escolares, la cual se adjunta como anexo.
8. Nuestro ministerio ha reevaluado su definición frente a la recomendación emitida el día 20 de mayo de 2022 sobre revisar el período de aislamiento indicado actualmente para pacientes COVID-19. La evidencia científica muestra que la mayoría de los contagios se producen dentro de 1 a 2 días antes de desarrollar síntomas y 2 a 3 días posteriores. El Centro para el Control de Enfermedades de EE.UU (CDC) estableció el período de aislamiento para los casos de COVID-19 en 5 días, aplicado a aquellas personas que cursan con enfermedad leve o asintomática y que durante el aislamiento resuelven sus síntomas sin presentar fiebre por 24 horas. De esta manera y en concordancia con el escenario actual de menor impacto sanitario del COVID-19 en nuestro país, con la mayor cantidad de casos leves, es que el período de aislamiento para un caso confirmado sin complicaciones clínicas se reduce de 7 a 5 días.
9. Finalmente, acogemos la recomendación de desaconsejar fuertemente medidas que no se encuentran sustentadas en evidencia científica, tales como la medición de la temperatura al ingreso a recintos, desinfección y sanitización de espacios abiertos, uso de pediluvios y túneles sanitarios, entre otros.

Agradezco la disposición y dedicación que han tenido como Consejo Asesor Externo en las recomendaciones y enriquecedora discusión, las cuales han contribuido a que hoy nuestro país se encuentre en una nueva etapa de la pandemia COVID-19.

Le saluda atentamente,



Cristóbal Cuadrado Nahum

Subsecretario de Salud Pública

Obligatoriedad del uso de mascarillas en los colegios

El uso de mascarilla es una estrategia ampliamente establecida para el control de las infecciones respiratorias y ha sido utilizada en pacientes con tuberculosis, en infección por virus influenza y en la infección por virus SARS-CoV-2 ¹.

La mascarilla reduce el riesgo de transmisión y adquisición del virus SARS-CoV-2, especialmente en lugares con alta aglomeración de público y ha demostrado su efectividad tanto en ambientes hospitalarios como en la comunidad^{2, 3}. Esta medida protege de la transmisión cruzada del virus y disminuye el riesgo de reinfección durante el relajamiento de las medidas de distanciamiento social ¹. La justificación de su uso está basada en la utilidad en prevenir la transmisión de enfermedades graves a miembros de la comunidad ⁴.

Si se considera la posibilidad de tener pacientes asintomáticos, una carga viral importante en el tracto respiratorio superior, la dispersión de gotitas y de aerosoles que se producen al hablar y respirar, y la viabilidad del virus en el exterior, se fundamenta el uso universal de la mascarilla ^{1,5}.

El uso de la mascarilla como elemento individual de protección en estudios randomizados y controlados, y en estudios de cohorte, han demostrado que disminuye en 6 a 15% la transmisión del virus SARS-CoV-2 ⁶.

Organismos internacionales como la OMS y el Centro de Prevención y Control Europeo de Enfermedades recomendaron el uso de mascarillas a contar de los 12 años, en lugares con alta circulación del virus, sin embargo, su uso se hizo extensivo a edades menores ^{7, 8}.

El rol de los niños en la transmisión de virus SARS-CoV-2 en los colegios, es un tema ampliamente discutido⁹. Un estudio realizado en Cataluña, España, donde se siguieron en forma prospectiva 1040 niñas, niños y adolescente (NNA) menores de 16 años, demostraron que el 73% de los casos de infección por SARS-CoV-2 fueron secundarios a la infección de un adulto, solo un 5% fue secundario a la transmisión por otro niño. Un 8% de los casos fueron casos índices en sus hogares, 15% casos primarios y el 72% no transmitió la infección a un miembro del hogar. Estos datos avalan que la transmisión del virus en NNA ocurre en forma más frecuente en el hogar, con menor número de casos secundarios comparados con los adultos y con una tasa de ataque menor en los colegios (53% vs 64.4%; P= 0.02) ¹⁰.

Se ha demostrado que las actividades extraescolares son una instancia frecuente de infección, especialmente en los adolescentes. Por otra parte, el nivel de circulación del virus en la comunidad es crítico para el control de la transmisión en el ambiente escolar, al igual que la cobertura de vacunación en estos grupos ¹¹.

El uso de la mascarilla altera las interacciones sociales, la expresión facial y desarrollo del lenguaje y el reconocimiento facial, que es de gran importancia en el desarrollo de los preescolares. No siempre es posible garantizar el uso correcto de la mascarilla, ya que se la tocan frecuentemente y no siempre está ajustada o colocada adecuadamente. En algunos NNA es una molestia, como los usuarios de lentes ópticos, y no todos son capaces de tolerar su uso continuo durante toda la jornada escolar. Asimismo, hay grupos de NNA con comorbilidades como asma, alergias y alteraciones del neurodesarrollo, que no la toleran. En otros grupos genera ansiedad e interfiere en la atención, como los niños con trastorno del espectro autista y con déficit atencional. Esto sin considerar la molestia que genera su uso en períodos de calor o de humedad ^{12,13}.

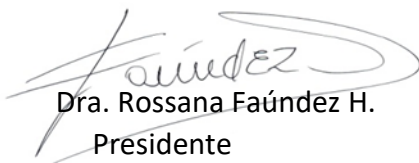
Un estudio con un diseño quasi experimental realizado en Cataluña, España de forma retrospectiva en una población de 599.314 estudiantes, compara grupos de 3-5 años que asisten al colegio sin mascarilla con el grupo de 6-11 años que usan mascarilla, durante un período de alta transmisión de la variante Ómicron, en relación a la evolución en los que usan mascarilla (5 años) vs los que no lo usan (6 años). El estudio midió la tasa de transmisión y el Re (número de reproducción efectiva) entre ambos grupos. La incidencia de SARS-CoV-2 en niños mayores es más alta que en los niños < de 5 años (3.54 % vs 3.1%, OR 1.15; IC 95% 0.82-1.11), con un Re de 0.9 vs 0.93, resultados que no son estadísticamente significativos. Se concluye que falta evidencia científica para apoyar el uso obligatorio de mascarilla en niños mayores de 5 años ¹⁴.

En consideración a que el uso de mascarilla en NNA, no garantiza el bloqueo de la transmisión del virus SARS-CoV-2, que generalmente es adquirido en ambientes extraescolares, especialmente en el hogar, y a través del contacto con un adulto enfermo, se recomienda suspender la obligatoriedad del uso de la mascarilla.

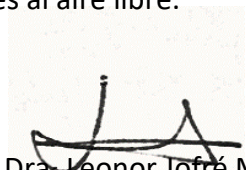
La misma recomendación se hace extensiva a la no suspensión de las actividades en un curso, si existen más de 3 casos positivos. En este caso el estudiante afectado debe ser aislado en su casa por 7 días y los compañeros quedan en calidad de alerta COVID por un plazo de 5 días, manteniendo su rutina habitual. En caso de presentar síntomas antes de ese periodo, se debe solicitar el estudio y si es positivo debe cumplir con el aislamiento establecido.

Conclusiones

- El uso de mascarilla no debe ser obligatorio, su uso genera molestias y discomfort, problemas de comunicación verbal y no verbal, con un efecto en las interacciones sociales de los educandos.
- El uso de la mascarilla en juegos y actividades físicas tampoco está bien estudiado, por lo que no debe ser usada ¹⁵.
- La mascarilla debiera ser utilizada por NNA que presentan síntomas respiratorios, para evitar la transmisión cruzada y en niños con patologías de riesgo de adquirir una infección respiratoria ¹⁶.
- Es necesario fortalecer campañas comunicacionales de riesgo de la infección, tanto a nivel escolar, como en los padres o tutores de los NNA.
- Se debe mantener campañas educativas a nivel general, para aumentar las coberturas de vacunación en la población escolar, que es el pilar fundamental en la contención de la pandemia. Es necesario considerar la amplia oferta de vacunas de que se dispone en la actualidad, las que han sido autorizadas por organismos internacionales y por el Instituto de Salud Pública, a contar de los 6 meses de edad.
- Es importante mantener al día los datos de circulación, tanto de los virus respiratorios tradicionales como de SARS-CoV-2 en la comunidad escolar y en los profesores, para mantener las medidas generales de distanciamiento físico, higiene de manos frecuente con uso de alcohol gel, refuerzo de la etiqueta de la tos y uso de espacios ventilados, favoreciendo las actividades al aire libre.



Dra. Rossana Faúndez H.
Presidente



Dra. Leonor Jofré M.
Presidente Rama Infectología

Sociedad Chilena de Pediatría

Referencias

1. Esposito S, Principi N, Leung CC, Migliori GB. Universal use of face masks for success against COVID-19: evidence and implications for prevention policies. *Eur Respir J.* 2020 Jun 18;55(6):2001260. doi: 10.1183/13993003.01260-2020.
2. Macintyre C R, Chughtai A A . Facemasks for the prevention of infection in healthcare and community settings[J]. *BMJ*, 2015, 350(apr09 1):h694-h694.
3. Jefferson T, Del Mar C, Dooley L, Ferroni E, Al-Ansary LA, Bawazeer GA, van Driel ML, Foxlee R, Rivetti A. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses: systematic review. *BMJ.* 2009 Sep 21;339: b3675. doi: 10.1136/bmj. b3675.
4. Gostin LO, Cohen IG, Koplan JP. Universal Masking in the United States: The Role of Mandates, Health Education, and the CDC. *JAMA.* 2020 Sep 1;324(9):837-838. doi: 10.1001/jama.2020.15271.
5. Leung NHL, Chu DKW, Shiu EYC, et al. Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. *Nat Med.* 2020;26(5):676- 680. doi:10.1038/s41591-020-0843-2
6. Brainard J, Jones NR, Lake IR, Hooper L, Hunter PR. Community use of face masks and similar barriers to prevent respiratory illness such as COVID-19: a rapid scoping review. *Euro Surveill.* 2020 Dec;25(49):2000725. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.49.2000725.
7. World Health Organization & United Nations Children’s Fund (UNICEF). Advice on the use of masks for children in the community in the context of COVID-19: annex to the advice on the use of masks in the context of COVID19. Available: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333919>
8. European Centre for Disease Prevention and Control. Questions and answers on COVID-19: children aged 1 – 18 years and the role of school settings. Available: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid19/questions-answers/questions-answersschool-transmission>.
9. Buonsenso D, Valentini P. Children and Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Transmission: A Step Closer to Better Understanding and Evidence-Based Interventions? *Clin Infect Dis.* 2021 Sep 15;73(6): e1270-e1272. doi: 10.1093/cid/ciab559.
10. Soriano-Arandes A, Gatell A, Serrano P, et al; COPEDI-CAT Research Group. Household SARS-CoV-2 transmission and children: a network prospective study. *Clin Infect Dis* 2021; 73: e1261–9.
11. Lordan R, Prior S, Hennessy E, Naik A, Ghosh S, Paschos GK, Skarke C, Barekat K, Hollingsworth T, Juska S, Mazaleuskaya LL, Teegarden S, Glascock AL, Anderson S, Meng H, Tang SY, Weljie A, Bottalico L, Ricciotti E, Cherfane P, Mrcela A, Grant G, Poole K, Mayer N, Waring M, Adang L, Becker J, Fries S, FitzGerald GA, Grosser T. Considerations for the Safe Operation of Schools During the Coronavirus Pandemic. *Front Public Health.* 2021 Dec 16; 9:751451. doi: 10.3389/fpubh.2021.751451.

12. Landeros A, Ji X, Lange K, Stutz TC, Xu J, Sehl ME, Sinsheimer JS. An examination of school reopening strategies during the SARS-CoV-2 pandemic. PLoS One. 2021 May 20;16(5): e0251242. doi: 10.1371/journal.pone.0251242. PMID: 34014947
13. American Academy of Pediatrics. COVID-19 Planning Considerations: Guidance for School Re-entry. Published June 25, 2020. Disponible en <http://services.aap.org/en/pages/2019-novelcoronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/covid-19-planning-considerations-return-to-inperson-education-in-schools/>.
14. Hermosilla E, Alvarez-Lacalle E, Pino D, Medina M, Asso L, Gatell A, Bassat Q, Mas A, Soriano-Arandes A, Fina Avilés F, Prats C. Unravelling the role of the mandatory use of face covering masks for the control of SARS-CoV-2 in schools: a quasi-experimental study nested in a population-based cohort in Catalonia (Spain). Arch Dis Child. 2022 Aug 23:archdischild-2022-324172. doi: 10.1136/archdischild-2022-324172. Epub ahead of print.
15. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). Advice on the use of masks for children in the community in the context of COVID-19: annex to the advice on the use of masks in the context of COVID19. Available: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333919>. Accedido el 24 de agosto del 2022
16. Feng S, Shen C, Xia N, Song W, Fan M, Cowling BJ. Rational use of face masks in the COVID-19 pandemic. Lancet Respir Med. 2020 May;8(5):434-436. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30134-X. Epub 2020 Mar 20.