

1. Indicaciones para la realización del test diagnóstico para la detección del nuevo coronavirus (SARS-CoV-2).

En un escenario de transmisión comunitaria sostenida generalizada se debe realizar la detección de infección por SARS-CoV-2 en las siguientes situaciones:

Persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda que se encuentre hospitalizada o que cumpla criterios de ingreso hospitalario.

Persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de cualquier gravedad que pertenezca a alguno de los siguientes grupos: (a) personal sanitario y socio-sanitario, (b) otros servicios esenciales.

Se podrá considerar la realización del test diagnóstico en personas especialmente vulnerables o residentes en instituciones cerradas que presenten un cuadro clínico de infección respiratoria aguda independientemente de su gravedad, tras una valoración clínica individualizada.

No se realizará el test diagnóstico de rutina a aquellas personas que presenten infección respiratoria aguda leve no incluidas en los supuestos anteriores.

La muestra para diagnóstico irá acompañada del nuevo formulario para la petición de PCR por Coronavirus SARS COV-2 al Laboratorio de Microbiología del Área de Salud de Cáceres, disponible en el apartado de Formularios de JARA Asistencial, de manera que vendrán ya impresos todos los datos del paciente, del servicio o centro y profesional solicitante. La única etiqueta que habrá que pegar en el formulario será la etiqueta de la muestra. No se pueden hacer copias, ni utilizar otros formularios impresos de otros pacientes, aunque se borren o supriman sus datos.

Los casos se clasificarán del siguiente modo:

Caso confirmado: caso que cumple criterio de laboratorio (PCR de screening positiva y PCR de confirmación en un gen alternativo al de screening también positiva). Se enviarán al CNM al menos las muestras de los pacientes confirmados con curso atípico de la enfermedad o de especial gravedad.

Caso probable: caso con criterio clínico y radiológico de neumonía bilateral intersticial compatible con un diagnóstico de COVID-19 al que no ha realizado una prueba de diagnóstico microbiológico o caso cuyo resultado de laboratorio para SARS-CoV-2 no es concluyente.

Caso descartado: caso cuyo resultado de laboratorio para SARS-CoV-2 es negativo.

Caso posible: caso con infección respiratoria aguda leve sin criterio para realizar test diagnóstico.

2. Toma y envío de muestras para diagnóstico de infección por SARS-CoV-2:

El diagnóstico por una PCR de confirmación en aquellos casos que cumplan criterio para ello, se realizará en los laboratorios de los hospitales de área que dispongan de ella; en caso de no disponer de la técnica se realizará en el laboratorio del hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres.

La muestra para diagnóstico irá acompañada del nuevo formulario para la petición de PCR por Coronavirus SARS COV-2 al Laboratorio de Microbiología del Área de Salud de Cáceres, disponible en el apartado de Formularios de JARA Asistencial, de manera que vendrán ya impresos todos los datos del paciente, del servicio o centro y profesional solicitante. La única etiqueta que habrá que pegar en el formulario será la etiqueta de la muestra. No se pueden hacer copias, ni utilizar otros formularios impresos de otros pacientes, aunque se borren o supriman sus datos.

Muestras recomendadas para el diagnóstico y confirmación:

Tanto para su determinación en laboratorios del SES como para su envío al CNM, tanto para diagnóstico como confirmación, son:

Muestras del tracto respiratorio ^{(Ver nota):}

- a. **Superior** exudado nasofaríngeo **preferiblemente** y/o orofaríngeo (en medio de cultivo de virus, el mismo utilizado para muestras de virus gripal),
- o
- b. **Inferior** preferentemente lavado broncoalveolar, esputo (si es posible) y/o aspirado endotraqueal especialmente en pacientes con enfermedad respiratoria grave.

Se considera que con una prueba negativa es suficiente para descartar el caso. Sin embargo, si las pruebas iniciales son negativas en un paciente con una alta sospecha clínica y epidemiológica para SARS-CoV-2 (especialmente cuando solo se han recogido muestras de tracto respiratorio superior o la muestra recogida inicialmente no estaba tomada adecuadamente) se repetirán las pruebas diagnósticas con nuevas muestras del tracto respiratorio.

Si es posible, en los casos confirmados en los que se envíe muestra al CNM, se enviará también pareja de sueros tomadas con al menos 14-30 días de diferencia, recogiendo el primer suero en la primera semana de enfermedad (fase aguda). Si se recoge solamente una única muestra de suero se debe tomar al menos 14 días después del inicio de los síntomas para poder confirmar la presencia de anticuerpos específicos. Se recomienda contactar previamente al envío de las muestras al CNM con el Área de Orientación Diagnóstica.

Las muestras deben mantenerse refrigeradas a 4°C. El envío al CNM debe hacerse también a 4°C.

Las muestras clínicas deben ser tratadas como potencialmente infecciosas y se consideran de categoría B: deben ser tratadas como otras muestras biológicas de este tipo y, si requieren transporte fuera del centro sanitario o domicilio a un laboratorio, serán transportadas en triple embalaje por los procedimientos habituales. En el Anexo 1 se aporta información más detallada sobre el tipo de muestras y el medio de conservación para su transporte.

3.- Manejo de casos:

Atención primaria:

De manera general, a **los casos posibles** que presenten **síntomas leves** se les indicará que NO acudan a consulta y contacten con sus Centro de Salud o PAC solicitando atención domiciliar; la cual se realizará de manera presencial en el domicilio o por teléfono o video consulta, según el estado clínico y las circunstancias del paciente. Se le indicará aislamiento domiciliario informándole de las condiciones y recomendaciones para ello (indicaciones disponibles en el Gestor Documental del Portal del SES en: [VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA - ENFERMEDADES TRANSMISIBLES/Coronavirus SARS CoV-2.](#)). El aislamiento se mantendrá hasta transcurridos 14 días desde el inicio de los síntomas, siempre que el cuadro clínico se haya resuelto. El seguimiento y el alta serán realizado por el médico de atención primaria correspondiente. Las condiciones de la vivienda deben permitir el aislamiento del paciente en una estancia bien ventilada y si es posible, la disponibilidad de un baño propio. El paciente debe estar disponible para las evaluaciones médicas que sean necesarias y tanto el paciente como sus convivientes tienen que ser capaces de aplicar de forma correcta y consistente las medidas básicas de higiene, prevención y control de la infección. Los servicios sanitarios proporcionarán al paciente y sus convivientes todas las indicaciones necesarias.

Si el caso acude a consulta se tendrán en cuenta las indicaciones para la prevención y control de la infección (apartado 6).

Hospital:

En los **casos posibles** atendidos en hospital se actuará como en atención primaria.

Los casos **probables y confirmados** atendidos o ingresados en hospital, este se realizará según lo indicado en el apartado 6. Estos pacientes podrán recibir el alta si su situación clínica lo permite aunque su PCR siga siendo positiva, pero deberá mantener aislamiento domiciliario con monitorización de su situación clínica al menos 14 días desde el alta hospitalaria, **siempre que el cuadro clínico se haya resuelto** o hasta que se obtenga un resultado de laboratorio negativo. Los casos ingresados que al alta tengan un resultado de laboratorio negativo podrán ir a su domicilio sin aislamiento.

Tabla 1: Criterios para el alta epidemiológica.

| Caso | PCR | Alta epidemiológica |
|--|-----------------------------------|---|
| Infección respiratoria leve sin hospitalización | No realizada | 14 días desde el inicio de los síntomas, siempre que el cuadro se haya resuelto |
| | PCR positiva | |
| Infección respiratoria moderada/grave con hospitalización | PCR positiva al alta hospitalaria | 14 días desde el alta hospitalaria, siempre que el cuadro se haya resuelto |
| | Sin PCR al alta hospitalaria | |
| | PCR negativa al alta hospitalaria | Alta. No aislamiento domiciliario |

El manejo y seguimiento de los profesionales sanitarios considerados casos, se establece en el procedimiento específico *“Guía de actuación frente a COVID-19 en los profesionales sanitarios y sociosanitarios. Versión del 31 de marzo de 2020”*; disponible en

- Gestor Documental del Portal del SES en: [VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA - ENFERMEDADES TRANSMISIBLES/Coronavirus SARS CoV-2](#),
- Web del Ministerio de Sanidad:
https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccaves/alertasActual/nCov-China/documentos/Protocolo_Personal_sanitario_COVID-19.pdf

4. Estudio y manejo de contactos.

Se clasifica como **contacto estrecho** de casos posibles, probables o confirmados:

- Cualquier persona que haya proporcionado cuidados mientras el caso presentaba síntomas: trabajadores sanitarios que no han utilizado las medidas de protección adecuadas, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar.
- Convivientes, familiares y personas que hayan estado en el mismo lugar que un caso mientras el caso presentaba síntomas a una distancia menor de 2 metros durante un tiempo de al menos 15 minutos.

No se hará un seguimiento activo de los contactos, únicamente se les indicará realizar cuarentena domiciliaria durante 14 días **desde el último contacto con el caso si no es conviviente o desde la finalización de los síntomas del caso, si es un conviviente.**

Si durante los 14 días posteriores a la exposición el contacto desarrollara síntomas y la situación clínica lo permite, deberá hacer autoaislamiento inmediato domiciliario y contactar con su Centro de Salud o PAC o 1-1-2, desde donde se le prestara la atención domiciliaria precisa, según estado clínico y circunstancias, y se comprobará si reúne las indicación de manera general será considerado caso “posible”.

Los servicios de prevención de riesgos laborales serán los encargados de establecer los mecanismos para la investigación y seguimiento de los contactos estrechos en el ámbito de sus competencias, de forma coordinada con las autoridades de salud pública.

No se realizarán pruebas diagnósticas para coronavirus de rutina en los contactos.

Las Direcciones de Salud de Área podrán valorar situaciones individuales que requieran otro tipo de recomendación.

El manejo y seguimiento de los profesionales sanitarios considerados contactos, se establece en el procedimiento específico “Guía de actuación frente a COVID-19 en los profesionales sanitarios y socios sanitarios. Versión del 31 de marzo de 2020”; disponible en

- Gestor Documental del Portal del SES en: [VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA - ENFERMEDADES TRANSMISIBLES/Coronavirus SARS CoV-2](#),

- Web del Ministerio de Sanidad:

https://www.msbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Protocolo_Personal_sanitario_COVID-19.pdf

5.- Notificación de casos y contacto.

Notificación desde atención primaria y urgencias:

Los **casos “posibles”** atendidos en atención primaria y urgencias, así como los “contactos estrechos” se documentarán en la historia clínica de paciente como **problema de salud**, con los siguientes códigos CIAP-2:

- **A77.01: caso “confirmado”** de infección debida a coronavirus.
- **A77.99: caso “posible”** de infección por coronavirus.
- **A23.19: “contacto estrecho”** con caso (contacto/exposición a otras enfermedades).

La manera de realizar la codificación de los casos atendidos en servicios de urgencia se establecerá por las Direcciones de Atención Primaria de Área.

Además, **todos los casos “confirmados”** han de ser notificados a la Dirección de Salud de Área dentro de las 24 horas siguientes a su detección, por el profesional que lo conozca, cumplimentado la correspondiente encuesta epidemiológica.

Notificación desde hospital:

Los casos atendidos en hospital, **probable** sin confirmación por laboratorio y **confirmados** por laboratorio, se notificarán de manera inmediata al Servicio de Medicina Preventiva, o en los centros en los que exista este a la persona designada al efecto por la Dirección Médica, y estos lo notificarán inmediatamente a la Dirección de Salud de área; cumplimentando la correspondiente encuesta epidemiológica.

Notificación a nivel central y registro de casos:

La Dirección de Salud del Área cargará los datos de los todos los casos confirmados en la aplicación REVISA, considerando dicha carga como comunicación del caso a la Subdirección de Epidemiología.

La Subdirección de Epidemiología será la encargada de informar a la Dirección General de Salud Pública y a la RENAVE.

6.- Medidas dirigidas a la prevención y control de la infección.

Los coronavirus se transmiten principalmente por las gotas respiratorias de más de 5 micras y por el contacto directo con las secreciones de pacientes infectados. Debido a ello, las precauciones para el manejo de los pacientes posibles, para aquellos que cumplen criterios para la realización de la prueba diagnóstica y para los probables o confirmados por SARS-CoV-2 deben incluir las **precauciones estándar, precauciones de contacto y precauciones de transmisión por gotas.**

Las medidas recomendadas en este momento, que se irán revisando según se disponga de más información sobre la enfermedad y su epidemiológica, son las siguientes:

- a) Los centros sanitarios y sociosanitarios deberán establecer de forma rápida si un paciente con Infección Respiratoria Aguda (IRA) cumple los criterios para la realización de la prueba diagnóstica de SARS-CoV-2. Los pacientes con infección respiratoria aguda deberán separarse de otros pacientes, se les pondrá una mascarilla quirúrgica y serán conducidos de forma inmediata a una zona habilitada para su manejo. El personal que les acompañe hasta la zona de aislamiento llevará mascarilla quirúrgica.
- b) El personal sanitario que atienda a casos de infección por SARS-CoV-2 o las personas que entren en la habitación de aislamiento (p. ej familiares, personal de limpieza...) deben llevar un equipo de protección individual para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto que incluya bata, mascarilla (quirúrgica o FFP2 si hay disponibilidad y siempre asegurando la existencia de stocks suficientes para las situaciones en las que su uso esté indicado de forma más priorizada), guantes y protección ocular antisalpicaduras.
- c) Los procedimientos que generen aerosoles se deben realizar únicamente si se consideran estrictamente necesarios para el manejo clínico del caso. Estos incluyen procedimientos como la intubación traqueal, el lavado bronco-alveolar, o la ventilación manual y se deberán reducir al mínimo el número de personas en la habitación y todos deben llevar:
 - Una mascarilla autofiltrante FFP2 o FFP3 si hay disponibilidad.
 - Protección ocular ajustada de montura integral o protector facial completo.
 - Guantes.
 - Batas de manga larga (si la bata no es impermeable y se prevé que se produzcan salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales, añadir un delantal de plástico).

Si hay disponibilidad, se valorará realizar estos procedimientos en habitaciones de presión negativa.

- d) Se debe cumplir una estricta higiene de manos antes y después del contacto con el paciente y de la retirada del EPI.
- e) Cuando sea necesario realizar el transporte de casos probables o confirmados, se realizará en una ambulancia con la cabina del conductor físicamente separada del área de transporte del paciente. El personal que intervenga en el transporte deberá ser informado previamente y deberá utilizar equipo de protección individual adecuado. Una vez finalizado el transporte se procederá a la desinfección del vehículo y a la gestión de los residuos producidos según se indica más adelante. La gestión del traslado se hará de manera habitual, coordinada desde el 1-1-2, el cual informará al hospital de destino de la llegada del paciente con suficiente antelación para poner en marcha su protocolo de recepción.
- f) Los trabajadores sanitarios que recogen muestras clínicas deben llevar el Equipo de Protección Individual adecuado: para la extracción de sangre y toma de muestras que no

generan aerosoles seguir las recomendaciones del apartado b, para muestras que generan aerosoles seguir las recomendaciones del apartado c. El manejo de muestras para la realización de analíticas de rutina en el laboratorio (por ejemplo hemograma o bioquímica) se realizará de la forma habitual aplicando las precauciones estándar de control de la infección.

- g) Se deben seguir los protocolos de descontaminación, mantenimiento y eliminación de residuos utilizados habitualmente para otro tipo de microorganismos con el riesgo de propagación y mecanismo de transmisión similar. Los residuos se consideran residuos de Clase III o como residuos Biosanitarios Especiales (se considerarán como residuo Biosanitario Especial del Grupo 3, similar a la tuberculosis). Las condiciones de manejo domiciliario de los residuos en los casos posibles se establecen en el procedimiento específico de manejo domiciliario.
- h) Se debe realizar la limpieza y desinfección de las superficies con las que ha estado en contacto el paciente y/o sus secreciones. La limpieza y desinfección se realizará con un desinfectante incluido en la política de limpieza y desinfección del centro sanitario. Estos virus se inactivan tras 5 minutos de contacto con desinfectantes de uso por el público en general, como la lejía o con una solución de hipoclorito sódico que contenga 1000 ppm de cloro activo (dilución 1:50 de una lejía con concentración 40-50 gr/litro preparada recientemente). El personal de limpieza utilizará equipo de protección individual adecuado dependiendo del nivel de riesgo que se considere en cada situación. Las condiciones para el manejo de casos posibles se establecen en el procedimiento específico de manejo domiciliario.
- i) Un paciente podría excretar virus en heces y/o orina sin tener resultados positivos en sus muestras respiratorias. No es imprescindible la negativización de estas muestras para el alta, pero debe tenerse en cuenta a la hora de establecer las recomendaciones al alta y seguir precauciones **higiénicas para proteger a los contactos en el hogar, especialmente en la población infantil.**

BIBLIOGRAFÍA.

Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. The Lancet [Internet]. 12 de febrero de 2020 [citado 13 de febrero de 2020];0(0). Disponible en:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30360-3/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30360-3/abstract)

Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S, Lofy KH, Wiesman J, Bruce H, et al. First Case of 2019 Novel Coronavirus in the United States. N Engl J Med [Internet]. 31 de enero de 2020 [citado 6 de febrero de 2020];0(0):null. Disponible en:

<https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001191>

Hung LS. The SARS epidemic in Hong Kong: what lessons have we learned? J R Soc Med [Internet]. agosto de 2003 [citado 6 de febrero de 2020];96(8):374-8. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC539564/>

Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and its inactivation with biocidal agents. J Hosp Infect. 6 de febrero de 2020;

Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Last update: July 2019 <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines-H.pdf>

To KK-W, Tsang OT-Y, Chik-Yan Yip C, Chan K-H, Wu T-C, Chan JMC, et al. Consistent detection of 2019 novel coronavirus in saliva. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 12 de febrero de 2020

World health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>

WHO. Global Surveillance for human infection with novel coronavirus (2019-nCoV). Interim guidance 31 January 2020. [https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov))

WHO. Laboratory testing for 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in suspected human cases. Interim guidance. 17 January 2020. <https://www.who.int/publications-detail/laboratory-testing-for-2019-novel-coronavirus-in-suspected-human-cases-20200117>

WHO. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance- January 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330375/WHO-2019-nCoV-IPC-v2020.1-eng.pdf>

WHO. Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts. [https://www.who.int/internal-publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/internal-publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts)

WHO. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). 30 January 2020. [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

World health Organization. Water, sanitation, hygiene and waste management for COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331305/WHO-2019-NcOV-IPC_WASH-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Yeo C, Kaushal S, Yeo D. Enteric involvement of coronaviruses: is faecal-oral transmission of SARS-CoV-2 possible? Lancet Gastroenterol Hepatol. 19 de febrero de 2020;

Contacto para más información y comunicaciones:

Dirección General de Salud Pública. Subdirección de Epidemiología.

Correo-e: vigilancia.epidemiologica@salud-juntaex.es.

Teléfonos: 924 382 154 / 924 382 153 / 924 382 173 / 924 382 171.

Fax: 924 382 509.