

Estrategia de vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de COVID-19.

Este documento se basa en la estrategia de vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de covid-19 aprobado por la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta del CISNS, y está en revisión permanente en función de la evolución y nueva información que se disponga de la infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2)

Introducción.

Según consta en el *Plan para la transición hacia una nueva normalidad*, de 28 de abril, la fase de transición requiere disponer de capacidades estratégicas reforzadas en cuatro áreas:

- **La asistencia sanitaria.** La capacidad asistencial, tanto en asistencia primaria como en los hospitales es un pilar fundamental para la gestión de la pandemia y se debe garantizar a corto plazo una ampliación de camas de agudos y UCI que no continúe desplazando recursos de tratamiento de COVID-19 a no COVID-19.
- **La vigilancia epidemiológica.** Se debe contar con un sistema que reciba información diaria para permitir la reacción rápida y que garantice el seguimiento de la epidemia. Disponer de sistemas de información de calidad requiere de un refuerzo de los servicios de vigilancia epidemiológica en las comunidades autónomas y en el nivel central.
- **La identificación y contención precoz de fuentes de contagio.** Esto incluye el diagnóstico de sintomáticos en estadios iniciales de la enfermedad, el aislamiento de los casos, la localización, cuarentena y seguimiento de contactos estrechos y la identificación de posibles focos de transmisión en colectivos específicos.
- **Las medidas de protección colectiva.** La difusión e implementación de prácticas higiénicas y de distanciamiento físico y la disponibilidad y uso de material de protección entre la población general ha comenzado ya a desarrollarse y se debe impulsar durante esta fase.

1. Vigilancia en la fase de transición.

Respecto a la Vigilancia Epidemiológica, la monitorización en la fase de transición exige sistemas de información epidemiológica que proporcionen información diaria para la toma de decisiones.

El **objetivo** de la vigilancia en la etapa de transición es la detección precoz de cualquier caso que pueda tener infección activa y que, por tanto, pueda transmitir la enfermedad.

Este procedimiento entrará en vigor a las 00:00 horas del día 11 de mayo de 2020.

2. Clasificación de los casos:

Caso sospechoso:

Caso que cumple criterio clínico de caso sospechoso hasta obtener el resultado de la PCR.

Se considera caso sospechoso de infección por SARS-CoV-2 a cualquier persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita de cualquier gravedad que cursa, entre otros, con fiebre, tos o sensación de falta de aire. Otros síntomas atípicos como la odinofagia, anosmia, ageusia, dolores musculares, diarreas o cefaleas, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico.

Casos probables:

Casos de infección respiratoria aguda grave con criterio clínico y radiológico compatible con COVID-19 con resultados de PCR negativos o los casos sospechosos con PCR no concluyente.

Caso confirmado (con infección activa):

- Caso con o sin clínica y PCR (u otra técnica de diagnóstico molecular que se considere adecuada) positiva.
- Casos que cumple **criterio clínico**, con PCR negativa y resultado positivo a IgM por serología (tipo ELISA, no por test rápidos).

Casos de infección resuelta:

Aquellos pacientes que estén asintomáticos y que hayan tenido síntomas compatibles con la enfermedad hace más de 14 días, a los que no se les haya realizado una PCR o ésta haya sido negativa, y que se obtiene un resultado positivo en una prueba de diagnóstico serológico (de cualquier tipo).

Casos descartados:

Casos sospechosos con PCR negativa e IgM también negativa, si esta prueba se ha realizado, en los que NO hay una alta sospecha clínica.

3.- Notificación de casos.

Notificación desde atención primaria (incluida Atención Continuada):

Los **casos sospechosos, probables y confirmados** atendidos en atención primaria y urgencias, se documentarán en la historia clínica de paciente como **problema de salud**, con los siguientes códigos CIAP-2:

- **A77.01: caso “confirmado” o “probable”** de infección debida a coronavirus.
- **A77.99: caso “sospecho”** de infección por coronavirus.

Se indicará en el campo “Fecha validez del problema” la de inicio de síntomas, y en el campo “Fecha de fin de validez” la del alta epidemiológica.

Además, los **casos “confirmados” y “probables”** han de ser notificados a la Dirección de Salud de Área en el mismo día de su detección, por el profesional que lo conozca, cumplimentado la correspondiente **encuesta epidemiológica**.

Notificación desde servicios de urgencias de hospital.

Los responsables de servicios de urgencia hospitalarios enviarán diariamente, antes de las 9:00 horas a la correspondiente Dirección de Salud de Área y a la Subdirección de Epidemiología una **relación nominal (CIP y nombre) de los casos sospechosos** de COVID-19 atendidos el día anterior que NO hayan requerido ingreso hospitalario, indicado fecha y centro.

Además, **los casos “confirmados” y “probables”** se notificarán de manera inmediata al Servicio de Medicina Preventiva, o en los centros en los no 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 desde hospital de casos ingresados:

Los casos **probables y confirmados** que requieran ingreso en hospital, se notificarán de manera inmediata al Servicio de Medicina Preventiva, o en los centros en los no 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**.

Además, para asegurar el registro de los casos hospitalizados los Servicios de Admisión del hospital enviará diariamente antes de las 9:00 horas, a la correspondiente Dirección de Salud de Área y a la Subdirección de Epidemiología una relación nominal (CIP y nombre) de los casos ingresados por COVID-19 el día anterior, indicado fecha, centro y si el ingreso fue en UCI.

Notificación desde centros socio sanitarios:

Los responsables de los centros socio sanitarios comunicarán individualmente a la Dirección de Salud de Área todos los casos confirmados en internos de su centro en el mismo día de su detección, cumplimentándose la correspondiente **encuesta epidemiológica** por los servicios sanitarios del centro.

Además los responsables del centro enviarán diariamente antes de las 9:00 horas a la Dirección General de Salud Pública una relación nominal de los internos afectados por COVID-19 del día anterior, indicado fecha, centro y si el caso es sospechoso o confirmado.

Notificación desde laboratorios de diagnóstico:

Los responsables de los laboratorios en los que se realicen diagnósticos por PCR y/o por serología con determinación de IgM de COVID-19, enviarán diariamente, antes de las 9:00 horas a la correspondiente Dirección de Salud de Área y a la Subdirección de Epidemiología, una **relación nominal acumulada de las personas a las que se les ha realizado la prueba** desde las 00:00 horas del día 11 de mayo, en la que recogerá como mínimo: la fecha y centro a la que corresponde y los datos de identificación del paciente (CIP, nombre y apellidos) y resultado.

Notificación por profesionales en ejercicio libre y centros sanitarios privados:

Los profesionales en ejercicio libre y centros sanitarios privados comunicaran los casos **confirmados** que atiendan inmediatamente, antes de las 24 horas siguientes, a la correspondiente Dirección de Salud de Área, cumplimentando la correspondiente **encuesta epidemiológica**.

4.- Manejo de casos:

Según la evidencia actual, la OMS recomienda el uso de test rápidos serológicos solo para fines de investigación. Estos NO deben usarse para el diagnóstico ni para la toma de decisiones clínicas, hasta que esté disponible la evidencia que respalde su uso para estas indicaciones.

A todo caso sospechoso de infección por el SARS-CoV-2 se le realizará una PCR (u otra técnica de diagnóstico molecular que se considere adecuada) en las primeras 24 horas.

Si la PCR resulta negativa y hay alta sospecha clínica de COVID-19 se repetirá la PCR con una nueva muestra del tracto respiratorio¹ o se realizará determinación de IgM mediante prueba serológica tipo ELISA.

La solicitud de prueba para diagnóstico de COVID-19 en los laboratorios del SES, **se realizará mediante el formulario específico** disponible en JARA, cumplimentando todas las variables solicitadas.

Por las Gerencias de Área se proveerá de equipos de protección individual a los profesionales para las tomas de muestras incluido en el domicilio si fuera necesario, hisopos, material de aislamiento para el traslado de la muestra y servicio de transporte de muestras como estimen para hacer llegar al laboratorio en tiempo mínimo.

Todos los casos sospechosos se mantendrán en aislamiento a la espera del resultado de la PCR y se iniciará la búsqueda de sus contactos. 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). ***Si el caso NO se confirma se levantará el aislamiento.***

a. Actuaciones desde el 1-1-2.

Ante casos que cumple definición de “caso sospechoso” tras valoración clínica telefónica, desde el 112 se remitirá al paciente a contacto telefónico inmediato con su centro de salud o PAC según el horario como vienen procediendo en la actualidad. Desde el centro de salud se actuará como se indica en el punto siguiente.

b. Ámbito de atención primaria.

Tanto en consulta como en atención continuada y atención domiciliaria ante casos que tras valoración clínica (bien presencial o telefónicamente) cumple definición de “caso sospechoso”:

- Se codificará el caso como problema de salud en JARA.
- Se indicará aislamiento domiciliario dado las recomendaciones oportunas, hasta posterior contacto con el paciente cuando se obtenga el resultado de la prueba.
- Se realizará toma para PCR lo antes posible y en todo caso antes de las 24 horas.
- Se remitirá la muestra con el formulario impreso debidamente cumplimentado al laboratorio de referencia por las vías que cada gerencia hayan habilitado.

¹ Las muestras recomendadas para el diagnóstico por PCR y por test de antígeno son del tracto respiratorio:

Superior, exudado nasofaríngeo preferiblemente y/o orofaríngeo o inferior, preferiblemente lavado broncoalveolar, esputo (si es posible) y/o aspirado endotraqueal, especialmente en pacientes con enfermedad respiratoria grave.

Las muestras clínicas deben ser tratadas como potencialmente infecciosas y se consideran de categoría B. Si requieren transporte fuera del centro sanitario o domicilio a un laboratorio, serán transportadas en triple embalaje por los procedimientos habituales descritos en el

Las muestras recomendadas para el diagnóstico por test serológico son de sangre obtenida por extracción de vía venosa periférica o digitopunción.

Se favorecerá la toma de muestra en el momento en que el paciente consulta, o bien en los puntos centralizados para la toma de muestras, en las zonas habilitadas en los centros de salud si se realiza en el lugar de triaje u otro punto habilitado para ello, o con equipos externos al del centro de salud, según se decida en cada área y se definirá el procedimiento en el caso de los consultorios locales según el área de salud.

Si el caso NO se confirma se levantará el aislamiento y se manejará según su situación clínica.

En los **casos confirmados** que NO requieran ingreso hospitalario y sean manejados en el ámbito de atención primaria, el aislamiento domiciliario se mantendrá hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo de 14 días desde el inicio de los síntomas. El seguimiento del caso y el alta serán realizados por su médico de atención primaria y supervisado por la Dirección de Salud de Área.

Cuando no pueda garantizarse el aislamiento efectivo de los casos confirmados leves en su domicilio se indicará el aislamiento en hoteles u otras instalaciones habilitadas para tal uso si existe esta posibilidad.

c. Ámbito hospitalario.

Ante casos atendidos en servicios de urgencias que tras valoración clínica cumplan definición de “caso sospechoso”:

- Se realizará toma para PCR en el propio hospital.
- Se remitirá la muestra con el formulario impreso debidamente cumplimentado al laboratorio de referencia por las vías que cada gerencia hayan habilitado.
- Se codificará el caso con los códigos CIE-10: B97.29 “Otros coronavirus como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto” o B34.2 “Infección debida a coronavirus, no especificada”.
- Se registrará el caso en el listado diario de casos sospechosos.

Si el paciente NO requiere ingreso se les indicará aislamiento domiciliario, dando las recomendaciones oportunas, y que contacte con su centro de salud para seguimiento.

Los **casos que requieran ingreso hospitalario** serán aislados durante su estancia en el hospital siguiendo las precauciones estándar, de contacto y precauciones de transmisión por gotas y serán manejados según los protocolos de cada centro.

Los casos **confirmados que han requerido ingreso** hospitalario podrán recibir el alta hospitalaria si su situación clínica lo permite aunque su PCR siga siendo positiva, pero deberán mantener aislamiento domiciliario con monitorización de su situación clínica al menos 14 días desde el alta hospitalaria, siempre que hayan transcurrido tres días desde la resolución de la fiebre y el cuadro clínico. Si antes de transcurridos los 14 días de aislamiento desde el alta hospitalaria se realiza una PCR y se obtiene un resultado negativo se podrá desaislar al paciente. En caso de tener la última PCR negativa en el momento del alta hospitalaria y no presentar síntomas respiratorios en los tres días previos, se considerará que la enfermedad está resuelta y se podrá dar el alta sin necesidad de aislamiento en domicilio.

Al ingreso se codificará el caso con los códigos CIE-10: B97.29 “Otros coronavirus como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto” o B34.2 “Infección debida a coronavirus, no especificada”.

d. Residencias para mayores y otros centros socio sanitarios.

Ante casos que tras valoración clínica cumplen definición de “**caso sospechoso**”, los responsables de los centros contactarán con su centro de salud de referencia (o Punto de Atención Continuada) para organizar la toma de muestras, e iniciarán el aislamiento del caso en el propio centro.

En los casos **confirmados** que sean residentes en centros para mayores o en otros centros socio-sanitarios que no requieran ingreso hospitalario y sean tratados en la residencia, el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo de 14 días desde el inicio de los síntomas. El seguimiento y el alta serán realizados por el médico que haya hecho el seguimiento en su centro y supervisados por la Dirección de Salud del Área. Si no puede garantizarse el aislamiento efectivo de los casos leves se indicará el aislamiento en hoteles u otras instalaciones habilitadas para tal uso si existe esta posibilidad.

Ante un caso confirmado de COVID-19 en una residencia para mayores u otro tipo de centro socio-sanitario, se considerará que existe un brote en la institución. Se indicará la realización de cuarentena y seguimiento de los contactos estrechos y se realizará una PCR a aquellos que desarrollen cualquier tipo de síntoma.

e. Centros penitenciarios y otras instituciones cerradas.

Ante casos que tras valoración clínica cumplen definición de “**caso sospechoso**”, en internos en centros penitenciarios o en otras instituciones cerradas, los servicios médicos de los centros contactarán con su centro de salud de referencia (o con el 1-1-2) para organizar la toma de muestras, e iniciarán el aislamiento del caso en el propio centro.

En los casos confirmados que sean internos en centros penitenciarios o en otras instituciones cerradas que no requieran ingreso hospitalario y sean manejados en sus propios centros, el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo de 14 días desde el inicio de los síntomas. El seguimiento y el alta serán supervisados por el equipo sanitario que haya hecho el seguimiento en su centro, comunicando el resultado a la Dirección de Salud de Área.

f. Ámbito laboral

Los trabajadores sanitarios y socio-sanitarios que resulten casos confirmados y no requieran ingreso hospitalario serán manejados de la misma forma que la población general en cuanto al aislamiento. Para la reincorporación a su puesto de trabajo será necesario, además de la resolución de síntomas al menos 3 días antes del fin del aislamiento, la realización de una PCR. En caso de que sea negativa, el profesional se reincorporará al trabajo haciendo uso de mascarilla quirúrgica hasta pasados 14 días desde la fecha de inicio de síntomas. En caso de que la PCR siga siendo positiva el trabajador no podrá reincorporarse a su puesto de trabajo y se le dará una nueva cita para repetir la PCR transcurridas al menos 72 horas de la toma anterior.

Los trabajadores sanitarios que requieran ingreso hospitalario se gestionarán como en la población general tanto para considerar el fin del aislamiento como para su reincorporación a la actividad laboral.

Los trabajadores que no sean sanitarios o sociosanitarios, que sean casos confirmados y que no requieran ingreso hospitalario serán manejados de la misma forma que la población general en cuanto al aislamiento.

El seguimiento y el alta serán realizados por su médico de atención primaria o por el médico del trabajo si el contagio resultó de la actividad laboral.

Los trabajadores que requieran ingreso hospitalario se gestionarán como en la población general tanto para considerar el fin del aislamiento como para su reincorporación a la actividad laboral.

g. *Ámbito privado y de ejercicio libre.*

Ante casos que, tras valoración clínica, cumplan definición de “caso sospechoso” atendidos por profesionales en ejercicio libre y centros sanitarios privados, mutuas de seguros, etc., actuarán como se indica para los ámbitos de atención primaria y hospitalizada, según proceda, estableciendo el aislamiento del caso y realizándoles PRC para diagnóstico en un plazo no superior a 24 horas. Si el caso se confirma se notificará a la Dirección de Salud correspondiente al paciente o al centro sanitario, como se indica en el apartado de notificación de casos.

Estas actuaciones incluyen la identificación y seguimiento de los contactos estrechos que reciban asistencia por instituciones diferentes al SES (mutuas de seguros, entidades de asistencia sanitaria, etc.).

En todos los ámbitos el manejo de los **casos confirmados en población asintomática** se realizará igual que en los casos confirmados con enfermedad activa sintomática indicándose aislamiento domiciliario o en su lugar de residencia.

En los casos asintomáticos, el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos 14 días desde la fecha del diagnóstico. El seguimiento y el alta serán supervisados por su médico de atención primaria o del trabajo si procede.

Los casos descartados y los casos confirmados con enfermedad resuelta NO deberán seguir ninguna precaución específica.

5. Estudio y manejo de contactos.

El estudio y seguimiento de los contactos estrechos tiene como objetivo realizar un diagnóstico temprano en los contactos estrechos que inicien síntomas y evitar la transmisión en periodo asintomático y paucisintomático.

Se clasifica como contacto estrecho:

- Cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso: trabajadores sanitarios que no han utilizado las medidas de protección adecuadas, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar.
- Cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso, a una distancia menor de 2 metros (ej. convivientes, visitas) y durante más de 15 minutos.
- Se considera contacto estrecho en un avión, a los pasajeros situados en un radio de dos asientos alrededor de un caso y a la tripulación que haya tenido contacto con dicho caso.

En el momento que se detecte un caso sospechoso el médico que atiende al caso lo comunicará a los servicios de salud pública del Equipo de Atención Primaria correspondiente, los cuales iniciarán la búsqueda de sus contactos estrechos, obteniendo para cada caso un listado nominal con datos de contacto (teléfono, domicilio, CIP, etc.), dicho listado se remitirá a la Dirección de

Salud de Área antes de las 24 horas siguientes, de la manera que cada Área establezca. Además de incorporarlos al listado se podrá codificar el contacto en JARA con el código: A23.19 “Contacto/exposición a otras enfermedades víricas transmisibles”.

El periodo a considerar para determinar los contactos será desde 2 días antes del inicio de síntomas del caso hasta el momento en el que el caso es aislado. En caso de convivientes se iniciará el seguimiento desde el momento de la detección del caso sospechoso. En los casos asintomáticos confirmados por PCR, los contactos se buscarán desde 2 días antes de la fecha de diagnóstico.

Toda persona asintomática que cumpla la definición de contacto estrecho deberá ser informada su situación y se le indicará cuarentena hasta la confirmación o no del caso:

- Si el caso NO se confirma se levantará la cuarentena de los contactos.
- Si el caso se confirma se iniciará una vigilancia activa o pasiva del mismo por parte del E.A.P., supervisada por la Dirección de Salud del Área, cómo se indica a continuación.

Los contactos estrechos de un caso confirmado realizarán cuarentena domiciliaria durante 14 días desde la fecha de último contacto con el caso. En caso de ser convivientes y no poder realizar un aislamiento del caso en las condiciones óptimas la cuarentena se iniciará en el momento en que finalice el aislamiento del caso.

Si durante los 14 días de cuarentena desarrollara síntomas, pasará a ser considerado caso sospechoso, deberá hacer autoaislamiento inmediato en el lugar de residencia y contactar de forma urgente con su centro de salud o 112; desde donde se le prestará la atención que corresponda según su estado de salud; manejándolo en todo momento como tal caso sospecho al que ha de realizarse PCR inmediatamente, iniciando el correspondiente nuevo estudio de contactos.

Si el contacto sigue asintomático al finalizar su periodo de cuarentena podrá reincorporarse a su rutina de forma habitual, si se ha codificado como contacto se indicará en el campo “fecha de fin de validez” la correspondiente al fin de la cuarentena.

6. Detección de casos con infección resuelta de COVID-19.

Aquellos pacientes que estén asintomáticos y que hayan tenido síntomas compatibles con la enfermedad más de 14 días antes de la fecha de la toma de la muestra a los que no se les haya realizado una PCR o ésta haya sido negativa, se les considerará casos con infección resuelta si se obtiene un resultado positivo de infección pasada en una prueba de diagnóstico serológico.

6. Detección de casos en el contexto de estudios de cribado en poblaciones vulnerables o con mayor riesgo de exposición.

Los resultados de los estudios de cribado mediante test serológicos en poblaciones vulnerables o en poblaciones de mayor exposición para detectar aquellas personas que han pasado la infección, contando con que las personas que son testadas en esta estrategia son asintomáticas, se interpretará de la siguiente manera (tabla 1).

Tabla 1: Los casos sin clínica (asintomáticos) en los que se obtenga un test serológico positivo de clasificarán según la siguiente tabla:

Síntomas	Resultados anticuerpos	Clasificación
<i>Asintomáticos</i>	<i>Ac totales positivos*</i>	<i>Caso confirmado con infección activa o resuelta, según el resultado de la PCR</i>
	<i>IgM positivo/IgG positivo*</i>	
	<i>IgM positiva/IgG negativa</i>	<i>Indicación de realización de PCR¹</i>
	<i>IgM negativo/IgG positivo</i>	<i>Caso confirmado con infección resuelta</i>

¹ Si es una prueba diagnóstico solo con IgM y ésta es positiva, debido a la heterogeneidad de los test empleados con diferentes sensibilidades y especificidades hay que verificarlo con el resultado de PCR.

En los casos confirmados por test (marcados con asterisco) en los que no podemos hablar de enfermedad resuelta se realizará una PCR para determinar si se trata de una infección activa y, por tanto, hay que hacer recomendaciones de aislamiento.

Si el resultado de la PCR es positivo estaríamos ante un **caso confirmado con infección activa**.

Si obtenemos una PCR negativa estaremos ante un **caso confirmado con enfermedad resuelta**.

Ambos deben notificarse a la Dirección de Salud del Área y realizarles encuesta epidemiológica.

Los casos confirmados con infección activa se manejarán como tales casos confirmados: aislamiento y control de contactos.

Los casos confirmado con enfermedad resuelta NO deberán seguir ninguna precaución específica.