

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).

Contexto y justificación.

La detección precoz de todos los casos compatibles con COVID-19 es uno de los puntos clave para controlar la transmisión. Esto pasa por reforzar los equipos de profesionales de la Atención Primaria garantizando la capacidad diagnóstica y de manejo de casos desde este nivel, asegurando la disponibilidad del material necesario para ello, así como la disponibilidad de equipos de protección personal. Desde las CCAA se debe garantizar este diagnóstico y reforzar los centros de salud para el manejo y seguimiento de los casos. Asimismo, la realización de pruebas de PCR debe estar dirigida fundamentalmente a la detección precoz de los casos con capacidad de transmisión, priorizándose esta utilización frente a otras estrategias.

La monitorización de la epidemia exige sistemas de información epidemiológica que proporcionen información diaria para la toma de decisiones. Para ello, se han realizado las adaptaciones necesarias en los sistemas de información sanitaria y de vigilancia epidemiológica que permitan a la Red de Vigilancia Epidemiológica de Extremadura, y por extensión a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), disponer de la información necesaria, con un nivel de desagregación y detalle adecuado, para garantizar una capacidad de reacción rápida que lleve a la adopción de las medidas oportunas de control.

1. Vigilancia en la fase de transición.

El seguimiento del nivel de transmisión de la epidemia debe hacerse compaginando la información obtenida de distintos niveles, incluyendo centros sanitarios y sociosanitarios tanto públicos como privados, laboratorios y servicios de prevención de riesgos laborales. Para ello, los Servicios de Salud de las CCAA y los servicios asistenciales tanto de la sanidad pública como de las entidades privadas adecuarán sus sistemas informáticos para posibilitar la obtención de la información mínima exigida en el tiempo y forma indicados en las correspondientes aplicaciones informáticas establecidas.

Los objetivos de esta estrategia son:

1. La detección precoz de los casos con infección activa por SARS-CoV-2.
2. El establecimiento precoz de las medidas de control necesarias para evitar nuevas infecciones.
3. La disponibilidad de la información necesaria para la vigilancia epidemiológica, con un nivel de desagregación y detalle adecuado.

Los resultados de las pruebas de laboratorio realizadas, fundamentalmente en el contexto de cribados, pueden detectar casos de infección resuelta, pero la búsqueda de este tipo de casos **no** es el objetivo de la estrategia.

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, dolor torácico 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:

- Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso y con PCR positiva.
- Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso, con PCR negativa y resultado positivo a IgM por serología de alto rendimiento (no por test rápidos).
- Persona asintomática con PCR positiva con Ig G negativa o no realizada.

con infección resuelta:

- Persona asintomática con serología Ig G positiva independientemente del resultado de la PCR (PCR positiva, PCR negativa o no realizada).

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 “sospechoso”** 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 servicios de urgencia codificarán **los casos sospechosos** de COVID-19 atendidos el día anterior que NO hayan requerido ingreso hospitalario. 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 por el profesional que los diagnostique, cumplimentando la correspondiente **encuesta epidemiológica**, al Servicio de Medicina Preventiva y estos lo notificarán inmediatamente a la Dirección de Salud del área; en los centros en los no que exista dicho Servicio a la persona designada al efecto por la Dirección Médica.

Notificación desde centros socio sanitarios e instituciones cerradas:

Los responsables de los centros socio sanitarios y de las instituciones cerradas 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.

Notificación desde laboratorios de diagnóstico:

Los responsables de los laboratorios, tanto públicos como privados, 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 los correspondientes Servicios de Medicina Preventiva y Dirección de Salud de Área, 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, 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**.

Notificación de brotes:

A efectos de notificación se considerará brote cualquier agrupación de **3 o más casos confirmados o probables con infección activa** en los que se ha establecido un vínculo epidemiológico. Aquellos brotes en los que se generen nuevas cadenas de transmisión en diferentes ámbitos siempre que se puedan trazar a un primer caso índice, se seguirán considerando como un único brote con múltiples ámbitos (ej. Familiar-laboral). Estos brotes se denominarán “brotes mixtos”. No es necesario notificar brotes en el hogar salvo que tengan características especiales. Los brotes de notificaran según el protocolo de “brote de enfermedad de cualquier etiología” y, además, se cumplimentará la tabla resumen específica que se enviará por correo-e a la dirección vigilancia.epidemiologica@salud-juntaex.es en el momento de la detección del brote y se actualizará diariamente con la información relevante para su seguimiento.

4.- Manejo de casos de COVID-19 con infección activa:

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 y cuarentena 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](#)).

En caso de PCR negativa, y si no hay una alta sospecha clínica, el caso se da por descartado y finaliza 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-AS.
- Se indicará **aislamiento** domiciliario dando las recomendaciones oportunas, hasta posterior contacto con el paciente cuando se obtenga el resultado de la prueba.

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 realizará toma de **muestra** para PCR lo antes posible y en todo caso antes de las 24 horas siguientes.
- Se remitirá la muestra con el **formulario** impreso debidamente cumplimentado al laboratorio de referencia por las vías que cada gerencia haya habilitado.
- Se iniciará la identificación de los **contactos**.

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, siguiendo las recomendaciones del ECDC y el CDC², el aislamiento domiciliario se mantendrá hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo de **10 días** desde el inicio de los síntomas. En los casos asintomáticos el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos 10 días desde la fecha de toma de la muestra para el diagnóstico

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 de muestra** 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 iniciará la **identificación de los contactos**.

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, como se indica en el apartado anterior.

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.

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”.

² <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/disposition-in-home-patients.html>

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-guidance-discharge-and-ending-isolation-first%20update.pdf>

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. A partir de estos 14 días, y siempre que hayan transcurrido tres días desde la resolución de la fiebre y el cuadro clínico, se podrá finalizar el aislamiento. En cualquier caso, si antes de transcurridos los 14 días de aislamiento domiciliario 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 infección está resuelta y se podrá dar el alta sin necesidad de aislamiento en domicilio.

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 fuera de horario laboral habitual) 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, se indicará aislamiento en los centros donde residan. El aislamiento se mantendrá hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo de **10 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.

Debido a la vulnerabilidad de estos centros, la detección de un solo caso confirmado de COVID-19 en una residencia para mayores u otro tipo de centro socio-sanitario, se considerará brote a efectos de la puesta en marcha de las medidas de actuación (NO de notificación), además de las actuaciones generales se realizará PCR a los contactos estrechos o según la circunstancia, a todos los residentes y trabajadores de la misma según establezca la correspondiente Dirección de Salud de Área del SES.

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 **10 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 con un mínimo de **10 días** desde el inicio de los síntomas, la realización de una PCR. En caso de que sea negativa, el profesional se reincorporará al trabajo. En caso de que la PCR sea 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 y sociosanitarios que hayan requerido ingreso hospitalario podrán recibir el alta hospitalaria si su situación clínica lo permite aunque su PCR siga siendo positiva, pero se deberá mantener aislamiento domiciliario con monitorización de su situación clínica al menos 14 días desde el alta hospitalaria.

Para la reincorporación a su puesto de trabajo será necesario, además de la resolución de síntomas al menos 3 días antes, y con un mínimo **de 14 días** desde el inicio de los síntomas la realización de una PCR. En caso de que sea negativa, el profesional se reincorporará al trabajo. 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.

Los trabajadores que no sean sanitarios o sociosanitarios, que sean casos confirmados 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.

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 “**probables**” se realizará igual que en los casos confirmados.

El manejo de los **casos confirmados asintomáticos** se realizará igual que en los casos confirmados con enfermedad activa.

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 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 NO incluida en el punto anterior** 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, que no haya utilizado las medidas de protección adecuadas.
- Se considera contacto estrecho en un avión, tren u otro **medio de transporte** de largo recorrido (y siempre que sea posible el acceso a la identificación de los pasajeros) a los pasajeros situados en un radio de dos asientos alrededor de un caso y a la tripulación o personal equivalente que haya tenido contacto con dicho caso.

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 los casos asintomáticos confirmados por PCR, los contactos se buscarán desde 2 días antes de la fecha de diagnóstico.

Identificación y actuaciones con los contactos ante casos:

Ante un caso sospechoso en Atención Primaria (incluida Atención Continuada) el médico que lo diagnostique lo comunicará a los servicios de salud pública del Equipo de Atención Primaria (EAP) correspondiente, los cuales obtendrán para cada caso un **listado nominal** con datos de contacto (nombre, 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.

En casos sospechosos o confirmados detectados en hospital (urgencia y/o planta) el médico que diagnostique el caso lo comunicará al Servicio de Medicina Preventiva, el cual obtendrá para cada caso dicho **listado** de contactos que remitirá a la Dirección de Salud de Área antes de las 24 horas siguientes; la Dirección de Salud lo comunicará a los servicios de salud pública del correspondiente E.A.P para que inicien la identificación de los contactos. En los centros en los que no exista Servicio de Medicina Preventiva se designará una persona al efecto por la Dirección Médica.

No se indicará la cuarentena de los contactos hasta que se confirme el caso.

A los contactos estrechos convivientes de un caso sospechoso se les recomendará evitar salidas del domicilio.

Actuaciones ante contactos una vez confirmado el caso:

Una vez confirmado el caso se iniciará la vigilancia activa del mismo por parte del correspondiente E.A.P. al que pertenezca cada contacto, supervisada por la Dirección de Salud del Área.

La Dirección de Salud de Área informará a los Coordinadores de los correspondientes EAP de la existencia de los contactos de sus zonas de salud, y cargará en el aplicativo REVISA las fichas individuales de los contactos.

Los correspondientes EAP:

- Comunicarán a cada contacto de su condición de tal, proporcionándole la información necesaria sobre el COVID-19, los síntomas de alarma y los procedimientos a seguir durante el seguimiento, iniciando la vigilancia activa cómo se indica a continuación.
- Codificarán el contacto en JARA con el código: A23.19 "Contacto/exposición a otras enfermedades víricas transmisibles". Recogerán los datos epidemiológicos básicos de la ficha de contactos remitiendo ésta a la Dirección de Salud de Área al inicio y al final del seguimiento de cada contacto.

Las actuaciones sobre los contactos estrechos serán las siguientes:

Se indicará vigilancia y cuarentena durante los **14 días** posteriores al último contacto con un caso confirmado. Si no se puede garantizar la cuarentena de los contactos de forma rigurosa, se recomienda realizarla en instalaciones de la comunidad preparadas para ello.

Se realizará cuanto antes PCR a los contactos estrechos con el objetivo principal de detectar precozmente nuevos casos positivos, priorizando la realización de esta prueba a personas vulnerables, personas que atienden a personas vulnerables, convivientes o personal sanitario de centros sanitarios o sociosanitarios o esencial.

- Si el resultado de esta PCR es positivo, el contacto parará a ser considerado caso confirmado manejándose como tal.
- **Si el resultado de esta PCR es negativo se continuará la cuarentena hasta el día 14;** con el objetivo de poder reducir la duración de dicha cuarentena, se realizará una PCR transcurridos 10 días del último contacto con el caso, pudiendo suspenderse la cuarentena en caso de resultado negativo.

En caso de ser convivientes y no poder garantizar el aislamiento del caso en las condiciones óptimas, la cuarentena se prolongará 14 días desde el final del aislamiento del caso.

Se indicará al contacto que durante la cuarentena permanezca en su domicilio, preferentemente en una habitación individual, y que restrinja al mínimo las salidas de la habitación, que siempre se realizarán con mascarilla quirúrgica. También se le pedirá que restrinja al máximo posible el contacto con convivientes. El contacto se deberá organizar para no realizar ninguna salida fuera de su casa que no sea excepcional durante su periodo de cuarentena.

Se le indicará la realización frecuente de lavado de manos (con agua y jabón o soluciones hidroalcohólicas) especialmente después de toser, estornudar y tocar o manipular pañuelos u otras superficies potencialmente contaminadas.

Estas personas deben estar localizables a lo largo del periodo de seguimiento.

Todos los contactos deben evitar la toma de antitérmicos sin supervisión médica durante el periodo de vigilancia para evitar enmascarar y retrasar la detección de la fiebre.

Si el contacto presentara algún síntoma de caso sospechoso en el momento de su identificación, se manejará de la forma establecida para los casos sospechosos. Igualmente, si durante el seguimiento el contacto desarrollara síntomas, pasará a ser considerado caso sospechoso, deberá hacer autoaislamiento inmediato en el lugar de residencia y contactar de forma urgente con el Equipo de Atención Primaria que se haya establecido para su seguimiento, o con el 112 indicando que se trata de un contacto de un caso de coronavirus.

Si cualquier PCR realizada a los contactos diera positiva, el contacto pasaría a ser considerado caso confirmado realizando autoaislamiento inmediato y manejándose a todos los efectos como tal caso confirmado.

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

Los estudios de cribados son aquellos realizados sobre personas asintomáticas. No se recomienda la realización de cribados mediante la realización de PCR o técnicas serológicas, por las dificultades de interpretación de los resultados en personas asintomáticas y de bajo riesgo y las implicaciones en su manejo. **Sólo podría considerarse su realización en determinadas situaciones que se exponen a continuación y siempre bajo la recomendación de la Dirección General de Salud Pública.**

A. Cribado con pruebas serológicas:

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).

Manejo de casos asintomáticos a partir de pruebas serológicas

Resultados anticuerpos	Realizar PCR	Interpretación	Actuaciones
Ig totales positivas	Sí	+	Interpretar según algoritmo *
		-	Caso confirmado con infección resuelta
IgM positiva ¹ IgG negativa	Si	+	Caso confirmado con infección activa
		-	Falso positivo de IgM
IgM positivo IgG positivo	No	Caso confirmado con infección resuelta	No aislamiento
IgM negativo IgG positivo			No búsqueda de contactos

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.

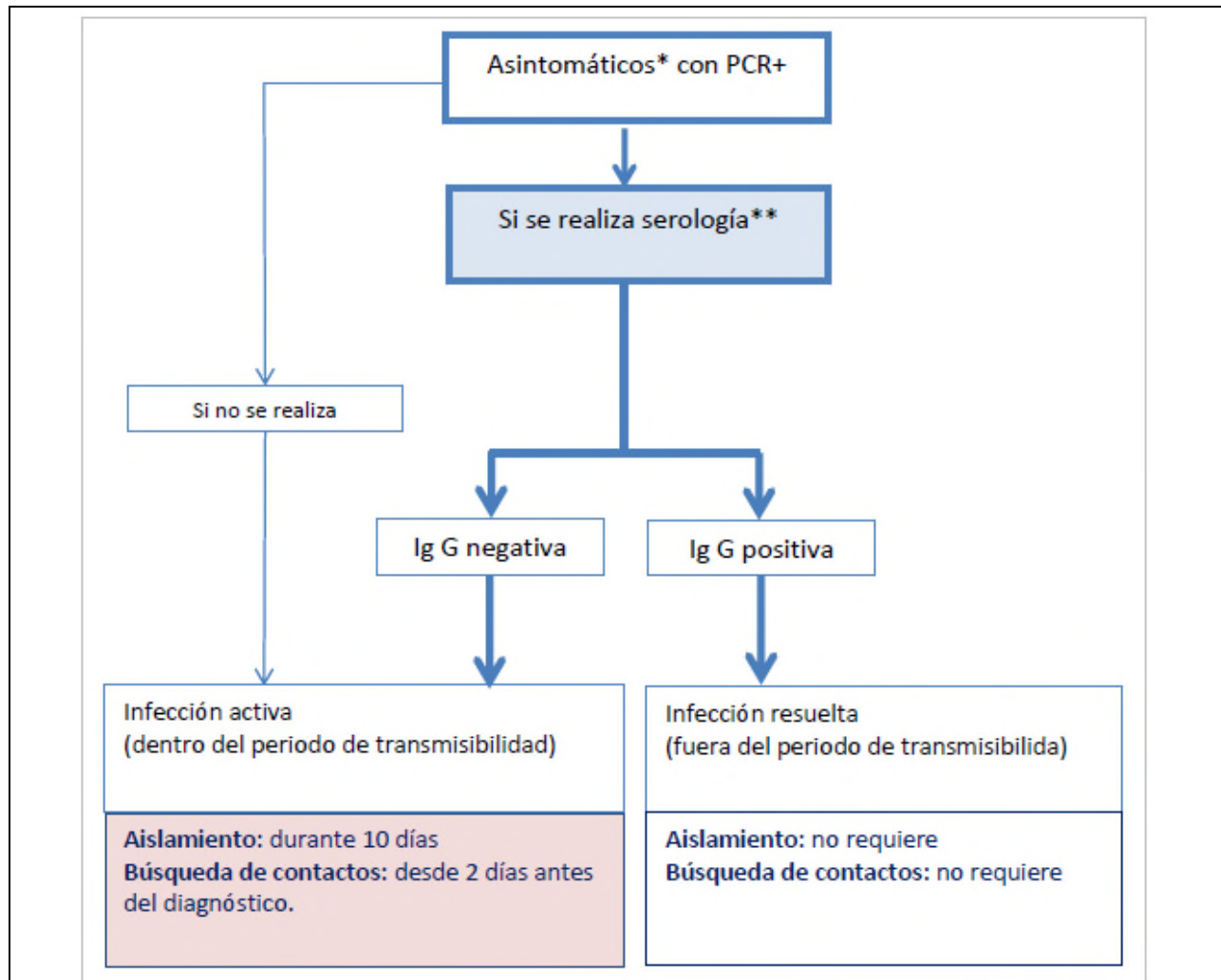
*Ver algoritmo en el siguiente apartado.

B. Cribado con pruebas PCR:

En el momento actual no se aconseja la realización de PCR a personas asintomáticas fuera de determinadas estrategias de cribado planteadas dentro del sistema sanitario para la detección precoz de casos entre los contactos, en poblaciones vulnerables en el contexto de brotes o de forma previa a algunas actuaciones asistenciales.

No se aconseja volver a realizar PCR de nuevo a las personas asintomáticas que ya tuvieron una prueba positiva que se negativizó, dado la falta de evidencia en el momento actual de transmisibilidad a partir de pacientes que vuelven a presentar PCR positiva. Si por cualquier motivo se realizara una PCR a estas personas, se seguirá el algoritmo siguiente.

La interpretación de los resultados de estas pruebas se recoge en el siguiente algoritmo:



* Se definen como asintomáticos aquellos casos que no refieren haber presentado síntomas compatibles o aquellos que, habiéndolos presentado, hace más de 14 días que se encuentran asintomáticos.

**Serología de alto rendimiento: ELISA, CLIA, ECLIA o técnicas similares. Para esta interpretación serológica no se tendrá en cuenta el resultado de la Ig M ni de la Ig A.

La interpretación del algoritmo puede ser complementada con otra información microbiológica (el umbral de ciclo -Ct- en el que la PCR es positiva) y clínica adicional. En cualquier caso, se ha de individualizar su interpretación y esta puede verse modificada según los resultados de los estudios que se están realizando.

En el caso de personas que vuelven a tener síntomas compatibles con COVID-19, que tuvieron una PCR previa positiva que negativizó y que se les realiza una nueva PCR con resultado positivo, la aplicación de este algoritmo podría ser válida pero su interpretación debe ser complementada con otra información microbiológica (el umbral de ciclo -Ct- en el que la PCR es positiva, mayor o menor de 30 ciclos) y con la clínica y el tiempo transcurrido hasta la repositivización, entre otros. Aunque desde el punto de vista teórico no se puede descartar ni la reinfección ni la reactivación, éstas no han sido demostradas. De hecho, en un estudio en Corea que aborda estas cuestiones no se ha demostrado la existencia de casos secundarios a partir de pacientes que volvieron a repositivizar la PCR ni tampoco se ha demostrado la reinfección en modelos animales. En cualquier caso, se ha de individualizar la interpretación de esta repositivización y actuar de acuerdo a ella. Estas recomendaciones pueden verse modificadas según los resultados de los estudios que se están realizando o que se puedan realizar en el futuro.