

Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19.

Este documento se basa en la estrategia de detección precoz, vigilancia y control 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).

A. Contexto y justificación.

La detección precoz de todos los casos compatibles con COVID-19 es uno de los puntos clave para controlar la transmisión.

La realización de Pruebas Diagnósticas de Infección Activa por SARS-CoV-2 (de ahora en adelante PDIA) 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.

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 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 los correspondientes protocolos de actuación.

Es previsible un aumento de las necesidades diagnósticas debido al incremento habitual de las infecciones respiratorias, como es el caso de la gripe, en los meses de otoño e invierno. El diagnóstico diferencial en las personas con síntomas respiratorios será clave para identificar los casos de COVID-19 y tomar las medidas pertinentes.

Objetivos

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.

B. Detección de casos de infección activa por SARS-CoV-2:

1. Detección de casos de COVID-19.

En el momento actual, se dispone de dos pruebas de detección de infección activa, una prueba rápida de detección de antígenos (*Antigen Rapid diagnostic test*, Ag-RDT) y una detección de ARN viral mediante una RT-PCR o una técnica molecular equivalente. La realización de una u otra, o una secuencia de ellas, dependerá del ámbito de realización, la disponibilidad y de los días de evolución de los síntomas (ver apartado 3 sobre estrategias diagnósticas).

No se recomienda la realización de ningún tipo de pruebas serológicas para el diagnóstico de infección activa ni en personas con síntomas ni en asintomáticos¹.

Ante las diferentes pruebas rápidas de detección de antígenos existentes en el mercado, solo deben utilizarse aquellas que cumplan los [criterios de la OMS](#) de sensibilidad (S) $\geq 80\%$ y especificidad (E) $\geq 97\%$ y que hayan seguido estudios independientes de validación² por laboratorios clínicos o de referencia a nivel nacional o internacional.

Tanto para RT-PCR como para pruebas rápidas de detección de antígenos, las muestras recomendadas para el diagnóstico de infección activa de SARS-CoV-2 son del tracto respiratorio inferior (de elección en casos con infección grave y/o evolucionada) o tracto respiratorio superior, según indicaciones del fabricante de la PDIA.

De forma excepcional, a los pacientes sintomáticos que no se les pueda extraer una muestra del tracto respiratorio, se podrá realizar la PDIA en muestra de saliva, teniendo en cuenta las limitaciones de sensibilidad y la posibilidad de que no existan estudios de validación para una determinada técnica en ese tipo de muestras, así como su utilización fuera de las instrucciones de uso del fabricante.

Las muestras clínicas deben ser tratadas como potencialmente infecciosas y se consideran de categoría B. Si requieren transporte fuera del centro sanitario o del domicilio a un laboratorio, serán transportadas en triple embalaje por los procedimientos habituales. Ver [Guía para la toma y transporte de muestras para diagnóstico por PCR de SARS-CoV-2](#).

A toda persona con sospecha de infección por el SARS-CoV-2 (ver definición de caso sospechoso) se le realizará una prueba diagnóstica de infección activa (PDIA) por SARS-CoV-2 en las primeras 24 horas. **Si la PDIA resulta negativa y hay alta sospecha clínico-epidemiológica de COVID-19 se recomienda repetir la prueba:** si la prueba inicial que resultó negativa fue una prueba rápida de detección de antígeno, se realizará una PCR cuánto antes; si la prueba inicial que resultó negativa fue una PCR, se repetirá la PCR a las 48 horas. En casos sintomáticos en los que la PDIA salga repetidamente negativa y exista una alta sospecha clínico-epidemiológica, se podrá valorar la realización de test serológicos de alto rendimiento para orientar el diagnóstico.

Para el adecuado seguimiento de la pandemia, es necesario disponer de información precisa sobre el número de pruebas diagnósticas realizadas. En el caso de las PCR, se ha establecido un sistema de información basado en laboratorios (SERLAB) que lleva en funcionamiento varios meses. En el caso de las pruebas rápidas de antígeno dado que no se realizan a nivel de los laboratorios, es importante que se registren **en todos los puntos de uso** en el aplicativo específico de JARA-AS todas las pruebas realizadas, tanto las de resultado positivo como las de resultado negativo, para disponer de información completa del número de pruebas realizadas y del resultado de las mismas.

¹ <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/case-definition>

² Según el documento de la Comisión Europea: [Current performance of COVID-19 test methods and devices and proposed performance criteria - Working document of Commission services](#), se recomienda que los estudios de validación se realicen de forma prospectiva con al menos 300 personas en el que haya al menos un grupo de 100 resultados positivos por RT-PCR y otro de 100 negativos por RT-PCR.

2. Clasificación de los casos.

Caso sospechoso:

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 como la odinofagia, anosmia, ageusia, dolor muscular, diarrea, dolor torácico o cefalea, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico.

Según la información existente en el momento actual, las personas con sintomatología compatible con COVID-19 que ya han tenido una infección confirmada por PDIA de SARS-CoV-2 en los 90 días³ anteriores no serán consideradas casos sospechosos de nuevo, salvo que clínicamente haya una alta sospecha. Sin embargo, los trabajadores de centros sanitarios y sociosanitarios, dada la vulnerabilidad de su entorno laboral, serán considerados sospechosos siempre que presenten sintomatología compatible⁴. De igual modo, también serán considerados casos sospechosos las personas con condiciones clínicas que impliquen una inmunosupresión severa, siempre tras una valoración clínica.

Los casos confirmados al principio de la pandemia únicamente mediante técnicas serológicas de diagnóstico rápido deberán ser considerados como casos sospechosos de nuevo si cumplen los criterios clínicos de caso sospechoso; y si se confirmara el diagnóstico, se notificarían como casos nuevos.

Las siguientes definiciones se refieren a los casos con un primer episodio de infección documentada de SARS-CoV-2:

Casos probables:

- Persona con infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico y radiológico compatible con COVID-19 y resultados de PDIA negativos, o casos sospechosos con PDIA no concluyente.
- Casos con alta sospecha clínico-epidemiológica con PDIA repetidamente negativa (al menos una PCR) y serología positiva para SARS-CoV-2 realizada por técnicas serológicas de alto rendimiento.

Caso confirmado con infección activa:

- Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso y con PDIA positiva.
- Persona asintomática con PDIA positiva y con IgG negativa en el momento actual o no realizada⁵.

Casos descartados:

Caso sospechoso con PDIA negativa y serología por técnicas serológicas de alto rendimiento negativa (si esta prueba se ha realizado) en el que no hay una alta sospecha clínico-epidemiológica.

infección resuelta.

Un resultado positivo de IgG por serología de alto rendimiento realizado en una persona asintomática se considerará una infección resuelta.

³ Esta valoración está en constante revisión, pero en el momento actual, y según la información publicada por el ECDC (<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-brief-reinfection-sars-cov-2?s=08>), este periodo cubriría la mayoría de los casos de reinfección descritos.

⁴ <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>.

⁵ En un caso asintomático, una PDIA positiva se considerará infección activa a menos que se estuviera disponible la información sobre el umbral de ciclos (Ct) de la PCR y el estado serológico obtenido por serología de alto rendimiento. Ante Ct altos y presencia de Ig G, el caso se consideraría como **infección resuelta**. Esta interpretación debe individualizarse ante situaciones especiales como inmunodepresión severa o existencia de una alta probabilidad clínica y epidemiológica de padecer la infección.

Tabla resumen de las definiciones de caso:

Caso sospechoso	- 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 como la odinofagia, anosmia, ageusia, dolor muscular, diarrea, dolor torácico o cefalea, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico. - Si el paciente tuvo una PDIA+ hace más de 90 días, es sospechoso de reinfección (ver apartado 3.1)
Caso probable	- Persona con infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico y radiológico compatible con COVID-19 y resultados de PDIA negativos, o casos sospechosos con PDIA no concluyente. - Casos con alta sospecha clínico-epidemiológica con PDIA repetidamente negativa (al menos una PCR) y serología positiva para SARS-CoV-2 realizada por técnicas serológicas de alto rendimiento)
Caso confirmado con infección activa	- Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso y con PDIA positiva. - Persona asintomática con PDIA positiva y con IgG negativa en el momento actual o no realizada.
Caso descartado	Caso sospechoso con PDIA negativa y serología por técnicas de alto rendimiento negativa (si esta prueba se ha realizado) en el que no hay una alta sospecha clínico-epidemiológica.

3. Estrategias diagnósticas frente a COVID-19.

Se establecen a continuación las prioridades de utilización de las diferentes PDIA **en pacientes con síntomas compatibles con COVID-19** y en función de los ámbitos y de las características clínicas de las personas en las que se realizan y teniendo en cuenta tanto su utilidad como su disponibilidad. En aquellos casos en los que se indica la prueba rápida de detección de antígeno, pero esta no esté disponible, se realizará RT-PCR. En el [anexo 3](#) se recoge una descripción de las diferentes pruebas diagnósticas.

Ámbito comunitario:

Personas sin criterios de hospitalización en Atención Primaria, servicios de urgencia ambulatoria, urgencias hospitalarias o puntos específicos de diagnóstico establecidos al efecto.

- Si la evolución de los síntomas es ≤ 5 días, realizar prueba rápida de detección de antígeno de SARS-CoV-2⁶.
 - Si el resultado es positivo, el diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 queda confirmado.
 - Si el resultado es negativo se considera descartada la infección activa, en ausencia de alta probabilidad clínico-epidemiológica.
- Si la evolución de los síntomas es > 5 días, se realizará PCR.

Centros sanitarios y centros sociosanitarios⁷:

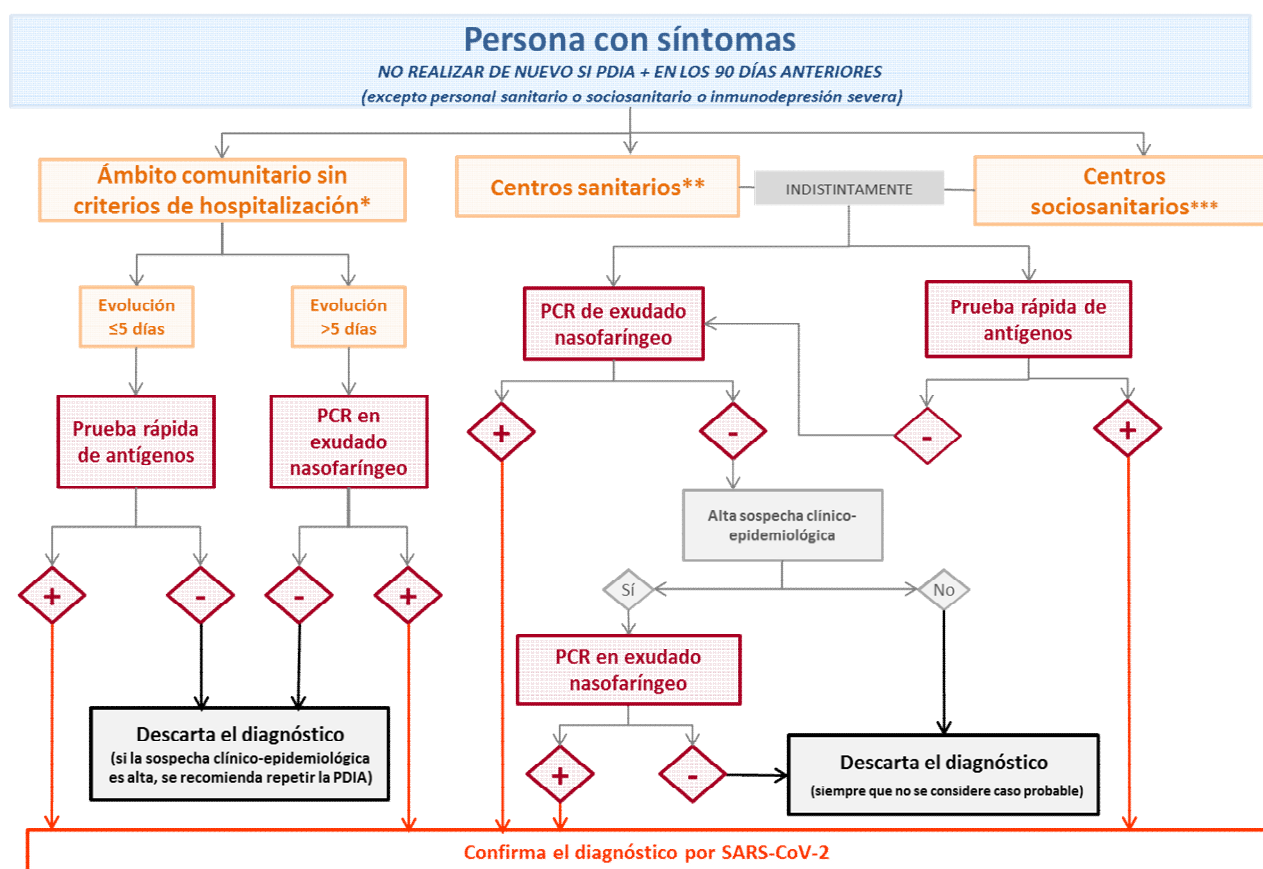
Personas con criterios de hospitalización, trabajadores sanitarios, personas hospitalizadas por otras causas que inician síntomas, trabajadores y residentes de centros sociosanitarios.

⁶ En una población con prevalencia de infección de entre el 10% y el 30% (como puede ser el caso de las personas con síntomas en estos entornos asistenciales), cuando la prueba se hace en los primeros 5 días, el valor predictivo de un resultado negativo es de entre el 97,2% y el 99,3%, y el valor predictivo de un resultado positivo es de entre el 94,5% y el 98,5%.

⁷ La estrategia para las instituciones penitenciarias se equipará a la de estos centros.

- Se considera válida la realización tanto de una prueba rápida de detección de antígeno como una PCR en exudado nasofaríngeo⁸, por lo que se realizará una u otra dependiendo de su disponibilidad y de lo que sea más operativo en función del circuito de pacientes establecido en el hospital. Sin embargo, en centros sociosanitarios y si el tiempo de espera del resultado se prevé que pueda ser menor de 24 horas, es preferible realizar una PCR.
 - Si la prueba inicial ha sido PCR y el resultado es negativo pero la sospecha clínica/epidemiológica es alta, se repetirá la PCR en exudado nasofaríngeo y se considerará descartar otros patógenos como la gripe, y en niños y ancianos, virus respiratorio sincitial (VRS).
 - Si la prueba inicial ha sido una prueba rápida de detección de antígeno y el resultado es negativo, se realizará PCR en exudado nasofaríngeo.
 - Si en las situaciones anteriores la prueba sigue siendo negativa, se descartará el diagnóstico, a no ser que sea considerado un caso con alta probabilidad clínico-epidemiológica.
- En pacientes **con** criterios de ingreso en UCI/grandes inmunodeprimidos, se recomienda realizar PCR preferentemente de muestra del tracto respiratorio inferior, si es accesible. Se considerará descartar otros patógenos respiratorios en función de la disponibilidad e indicación clínica, mediante técnicas combinadas de detección de varios genes de algunos patógenos respiratorios.

Algoritmo 1: Algoritmo diagnóstico en personas con síntomas.



* En centros de atención primaria, servicios de urgencia ambulatoria, urgencia hospitalaria, puntos específicos de diagnóstico.

** Personas con criterios de hospitalización, trabajadores sanitarios y personas hospitalizadas por otras causas que inician síntomas.

*** En centros socio-sanitarios (trabajadores y residentes), es de preferencia la realización de PCR salvo que el tiempo de espera para el resultado de la misma sea >24h, donde será preferible la realización de prueba rápida de antígenos.

⁸ En una población con prevalencia del 50%, el valor predictivo negativo de la prueba rápida de antígeno baja al 93,7%, y el valor predictivo positivo sube a 99,4%.

C.- Notificación y manejo de casos de infección activa por SARS-Cov-2.

1. Procedimiento de notificación de casos y brotes.

Los **casos sospechosos** se notificarán de forma general, documentándolos en la historia clínica de paciente como problema de salud, con los siguientes códigos CIAP-2 como se indica a continuación.

Los **casos confirmados con infección activa son de declaración obligatoria urgente**, y de manera general se notificarán por el clínico o servicio sanitario que los atienda o diagnostique, tanto del ámbito público como privado, a la correspondiente Dirección de Salud de Área del SES de forma individualizada, cumplimentando la encuesta epidemiológica.

Del mismo modo, los **casos de reinfección probable o confirmada son de declaración obligatoria urgente** y deben notificarse **como un nuevo caso**, con una nueva encuesta epidemiológica y con una nueva ficha en el aplicativo REvisa, según se establece más adelante en el apartado 3 sobre Manejo y notificación de casos con nueva PDIA positiva y antecedentes de infección previa.

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, cumplimentando la correspondiente **encuesta epidemiológica** (disponible en el Gestor Documental del Portal del SES en: [VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA - ENFERMEDADES TRANSMISIBLES/Coronavirus SARS CoV-2](#)).

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 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 que exista dicho Servicio a la persona designada al efecto por la Dirección Médica.

Notificación desde centros sociosanitarios e instituciones cerradas.

Los responsables de los centros sociosanitarios 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, incluidos laboratorios de diagnóstico 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.

Se considera **brote abierto** aquel que ha tenido casos en los últimos 28 días, teniendo en cuenta la fecha de inicio de síntomas o de diagnóstico si la de síntomas no está disponible y **cerrado** aquel sin casos en los últimos 28 días.

Se considerará **brote activo** aquel que haya tenido algún caso en los últimos 14 días, teniendo en cuenta la fecha de inicio de síntomas o la de diagnóstico si la de síntomas no está disponible.

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.

Igualmente se comunicará el cierre del brote a la Subdirección de Epidemiología, cuando aquel se produzca.

2. Manejo de casos de COVID-1 con infección activa:

De manera general, todos los **casos sospechosos se mantendrán en aislamiento a la espera del resultado de la PDIA y se iniciará la búsqueda y cuarentena de sus contactos estrechos convivientes**. 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 PDIA negativa, y si no se considera “caso probable”, el caso se da por descartado y finaliza el aislamiento. **En los casos considerados “probables” y los “confirmados” con PDIA positiva se manejarán como “caso de infección activa”.**

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.
- Se realizará toma de **muestra** para PDIA lo antes posible y en todo caso antes de las 24 horas siguientes.
- Si la PDIA es una PCR, se remitirá la muestra con el **formulario** impreso debidamente cumplimentado al laboratorio de referencia por las vías que cada gerencia haya habilitado. Si la PDIA es una prueba rápida de antígeno, se **registrará** el resultado, positivo o negativo, en el aplicativo específico dentro de JARA-AS.
- Se iniciará la identificación de los **contactos** y se recomendará a los contactos estrechos convivientes que eviten salidas del domicilio.

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. Si se confirma se realizará su seguimiento hasta el alta epidemiológica.

En los **casos confirmados** que NO requieran ingreso hospitalario y sean manejados en el ámbito de atención primaria, y siguiendo las recomendaciones del ECDC y el CDC⁹, 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. **No será necesario la realización de una PCR para levantar el aislamiento ni para reincorporarse a la actividad laboral** (ver excepción en el ámbito laboral en el punto f.). En los casos asintomáticos el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos 10 días desde la fecha de toma de la muestra para el diagnóstico.

⁹ <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>

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** y se recomendará a contactos estrechos convivientes que eviten salidas del domicilio.

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”.

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 hasta al menos **14 días** desde el inicio de síntomas. En caso de enfermedad grave o inmunodepresión, este periodo se alargará a **21 días**⁸. A partir de ese periodo, siempre bajo criterio clínico, se podrá finalizar el aislamiento si han transcurrido tres días desde la resolución de la fiebre y el cuadro clínico.

d. *Residencias para mayores y otros centros sociosanitarios.*

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 sociosanitarios 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 **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 instalaciones habilitadas para tal uso si existe esta posibilidad por indicación de la Dirección de Salud del Área.

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 sociosanitario, 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 PDIA a los contactos estrechos o según la circunstancia, a todos los residentes y trabajadores del mismo 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.

Personal sanitario y sociosanitarios.

El personal sanitario y sociosanitario que resulten casos confirmados y no requieran ingreso hospitalario serán manejados de la misma forma que la población general en cuanto al aislamiento. Estas personas trabajadoras se podrán reincorporar a su puesto de trabajo tras 10 días del inicio de síntomas siempre que permanezcan sin síntomas respiratorios ni fiebre al menos 3 días y tras la realización de una prueba de diagnóstico que pueda indicar una ausencia de transmisibilidad, bien sea por una determinación positiva de Ig G por una técnica de alto rendimiento o por una PCR negativa o que, aun siendo positiva, lo sea a un umbral de ciclos (Ct) elevado¹⁰.

El personal sanitario y sociosanitario que haya requerido ingreso hospitalario podrá 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 inicio de síntomas. En caso de enfermedad grave o inmunodepresión, este periodo se alargará a 21 días. A partir de este periodo, siempre bajo criterio clínico, se podrá finalizar el aislamiento si han transcurrido tres días desde la resolución de la fiebre y el cuadro clínico, y para su reincorporación se seguirán los mismos criterios que en el párrafo anterior.

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.

Otras personas trabajadoras:

Las personas trabajadoras que no sean personal sanitario o sociosanitario serán manejadas de la misma forma que la población general en cuanto al aislamiento. El seguimiento y el alta serán supervisados por su médico de atención primaria o del trabajo comunicado el resultado a la correspondiente Dirección de Salud de Área.

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,

¹⁰ Según la evidencia científica disponible, se asume que un umbral de ciclos (Ct) >30-35 equivaldría a una carga viral sin capacidad infectiva. Sin embargo, este criterio debe ser validado por el laboratorio responsable en cada caso.

estableciendo el aislamiento del caso y realizándoles PDIA 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, especificado el tipo de PDIA realizada y su resultado, además e cumplimentar la encuesta epidemiológica.

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.).

3. Manejo y notificación de casos con nueva PDIA positiva y antecedentes de infección previa.

3.1. Casos de reinfección: definiciones, manejo y notificación

Se considerarán sospechas de reinfección aquellos casos con **síntomas compatibles** de COVID-19 que tuvieron **una infección confirmada** por PDIA de SARS-CoV-2 **hace más de 90 días**. En estos casos se indicará la realización de una PCR. Si el resultado de la PCR fuera positivo, se considerará caso de reinfección probable o confirmada según se define más abajo.

Serán considerados también como reinfección aquellos casos **asintomáticos** que ya tuvieron una **infección confirmada** por PDIA de SARS-CoV-2 **hace más de 90 días** y se les ha realizado una **nueva PDIA con resultado positivo** (por estudio de contactos, cribados...). Si en estos casos la prueba positiva fuera de una prueba rápida de antígenos se les realizará una PCR.

En ambos casos, si la PCR fuera negativa, y la sospecha clínico-epidemiológica alta, se repetirá la PCR.

Clasificación de los casos de reinfección:

Tras el estudio de los casos con sospecha de reinfección, se categorizarán del siguiente modo:

- casos con **reinfección posible**:
 - Primera infección: diagnóstico por PCR no secuenciable o prueba rápida de antígenos
y
 - Segunda infección: diagnóstico por prueba rápida de Ag en el que no se ha podido realizar una PCR.
- casos con **reinfección probable**:
 - Primera infección: diagnóstico por PCR no secuenciable o prueba rápida de antígenos
y
 - Segunda infección: diagnóstico por PCR no secuenciable.
- casos con **reinfección confirmada**:
 - Primera infección: diagnóstico por PCR secuenciable o PCR no secuenciable o prueba rápida de antígenos
y
 - Segunda infección: diagnóstico por PCR secuenciable. Pueden darse dos circunstancias: que haya diferencias significativas entre ambas secuencias o que el clado de la segunda infección no circulara cuando se produjo la primera infección.

Con el objetivo de confirmar y caracterizar la reinfección las muestras de los casos positivos serán enviadas al Centro Nacional de Microbiología (Proyecto RECOVID o proyecto SeqCOVID). Con el mismo objetivo, se solicitará una serología de alto rendimiento frente a SARS-CoV-2 y muestras para eventuales estudios inmunológicos.

Los casos posibles, probables y confirmados se manejarán del mismo modo que una primera infección, lo que implica aislamiento y búsqueda de contactos tras este nuevo resultado.

Los casos de reinfección posible, probable o confirmada se notificarán como “casos nuevos de COVID-19” a la Dirección de Salud de Área cumplimentando una nueva encuesta epidemiológica (anexo 1); la Dirección de Salud cargará el caso como nueva ficha en el aplicativo REvisa, indicado si se trata de una “Reinfección Posible”, “Reinfección Probable” o “Reinfección Confirmada”.

3.2. Casos de PDIA positiva con antecedente de infección hace 90 días o menos:

Las personas sintomáticas que ya han tenido una infección confirmada por SARS-CoV-2 en los 90 días anteriores no serán consideradas casos sospechosos de nuevo. Sin embargo, en muchos de estos casos nos encontraremos con una PDIA realizada con un resultado positivo. Ante esta situación o ante las personas asintomáticas que tuvieron una infección activa por SARS-CoV-2 en los 90 días anteriores y presentan una nueva PDIA positiva, es necesario establecer una valoración del significado de esta nueva PDIA positiva y su manejo. Si la nueva PDIA positiva es una prueba rápida de antígenos, se recomendará realizar una PCR.

Si esta PCR fuera negativa, se descartará la infección activa. Si la PCR es positiva se considerará valorar el umbral de ciclos (Ct) en el que la muestra es positiva. Según la evidencia científica disponible, se asume que un umbral de ciclos alto (Ct) >30-35 equivaldría a una carga viral sin capacidad infectiva. Sin embargo, debido a la heterogeneidad de la muestra tomada y de los diferentes equipos de realización de PCR, este criterio debe ser validado individualmente por el laboratorio responsable en cada caso y definir el umbral de ciclos en el que una muestra se considera con alta o baja carga viral:

- Ante un Ct bajo estaríamos ante un caso de infección activa y lo manejaríamos como tal, con aislamiento y búsqueda de contactos.
- Ante un Ct alto se propone un estudio serológico mediante técnicas de alto rendimiento en el que se valorará la presencia de Ig G. Si existe presencia de Ig G el caso se manejaría como un caso de infección resuelta y no habría que realizar ni aislamiento, ni estudio de contactos. Si por el contrario, no se detecta la presencia de Ig G, el caso se manejaría también como una infección activa. Esta interpretación debe individualizarse ante situaciones especiales como inmunodepresión severa o existencia de una alta probabilidad clínica y epidemiológica de padecer la infección.

De estos casos **no** se cargará nueva ficha en REvisa, pero se indicará la situación en el apartado de Observaciones de la ficha existente y se conservará el expediente en la Dirección de Salud.

D. 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.

1. Definición de contacto:

- Cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso o haya estado en contacto con sus secreciones y fluidos: personal sanitario o sociosanitario que NO haya utilizado las medidas de protección adecuadas, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar o cualquier persona que haya manipulado muestras biológicas sin las debidas medidas de protección.
- De forma general, a nivel comunitario, se considerará contacto estrecho a cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso, a una distancia menor de 2 metros y durante un tiempo total acumulado de más de 15 minutos en 24 horas. En entornos en los que se pueda hacer una valoración del seguimiento de las medidas de prevención podrá realizarse una valoración individualizada por el servicio de prevención de riesgos laborales o el responsable que sea designado para ese fin.
- En el contexto de los centros educativos, se seguirá lo establecido en la [*Guía de actuación ante la aparición de casos de COVID-19 en centros educativos*](#).

El periodo a considerar para búsqueda de contactos será:

- **En casos sintomáticos, desde 5 días antes del inicio de síntomas del caso hasta el momento en el que el caso es aislado.**
- **En casos asintomáticos confirmados por PDIA, desde 5 días antes de la fecha de toma de muestra para diagnóstico.**

Por el momento, y según la evidencia actual, las personas que ya han tenido una infección confirmada por SARS-CoV-2 en los 90 días¹¹ anteriores estarán exentas de realizar la cuarentena.

2. Manejo de contactos:

Ante cualquier caso sospechoso, está indicado iniciar la identificación y control de sus contactos estrechos convivientes, recomendándoles evitar salidas del domicilio. La identificación y control del resto de contactos estrechos (no convivientes) se podrá demorar hasta que el caso sea clasificado como caso confirmado con infección activa.

El manejo de los contactos de las personas con reinfección se hará de la misma forma que para los casos primoinfectados.

Ante un caso confirmado 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 los 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.

¹¹ Esta valoración está en constante revisión, pero en el momento actual, y según la información publicada por el ECDC (<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-brief-reinfection-sars-cov-2?s=08>), este periodo cubriría la mayoría de los casos de reinfección descritos.

Además, todo miembro del EAP que identifique contactos codificará estos en JARA como “Problema de Salud” con el código: A23.19 “Contacto/exposición a otras enfermedades víricas transmisibles”.

En casos 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.

Actuaciones ante contactos una vez confirmado el caso:

Una vez confirmado el caso se iniciará la vigilancia activa de los contactos por parte del correspondiente EAP 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.

Circunstancialmente el seguimiento podrá realizarse por otras Unidades u Organismos, estableciendo este seguimiento mediante un procedimiento específico.

A toda persona que sea identificada como contacto estrecho deberá ser informada de su situación y se le proporcionará a la información necesaria sobre el COVID-19, los síntomas de alarma y los procedimientos a seguir durante el seguimiento.

Las actuaciones sobre los contactos estrechos serán las siguientes:

Cuarentena y vigilancia:

Se indicará vigilancia y cuarentena durante los 10 días posteriores al último contacto con un caso confirmado. La cuarentena finalizará a los 10 días de la fecha del último contacto. A esos efectos la fecha del último contacto con el caso se considera el día “cero”, comenzando a contar el día 1º de cuarentena desde el siguiente día. Esta es una de las principales medidas de prevención para controlar la transmisión.

Cuando los contactos sean convivientes del caso:

- Si el caso realiza el aislamiento en condiciones óptimas, es decir: permanece en una habitación individual, restringe al mínimo las salidas de su habitación y cuando sale siempre lo hace con mascarilla quirúrgica, utiliza un baño exclusivamente para él o si lo comparte lo desinfecta después de cada uso, NO comparte utensilios como vajillas, cubiertos, toallas, etc., y mantiene una higiene escrupulosa, los 10 días de cuarentena de sus contactos convivientes comenzarán a contarse desde el día en que el caso comenzó el aislamiento.
- Cuando NO se pueda garantizar el aislamiento del caso en las condiciones óptimas indicadas, los 10 días de la cuarentena del contacto conviviente comenzará a contarse desde el final del periodo de aislamiento del caso.

En cualquier situación, la cuarentena debe cumplirse íntegramente los 10 días indicados, aún en cuando se obtenga una PDIA negativa antes de dicho periodo.

Durante este periodo de 10 días, se indicará que las personas en cuarentena vigilen su estado de salud y ante la aparición de cualquier síntoma compatible se comunique a su Centro de Salud, al responsable de su seguimiento o, ante síntomas de gravedad, al 1-1-2.

De forma adicional, se indicará que durante los 4 días siguientes a la finalización de la cuarentena se siga vigilando la posible aparición de síntomas y si esto se diera, se deberá permanecer aislado en el domicilio y comunicarlo rápidamente de la forma antes indicada.

Realización de pruebas diagnósticas en contactos:

Se realizará una PDIA (**preferentemente una PCR**) al **8º día** de la cuarentena, de cara a la gestión de partes de IT; si es negativa, se dará el alta epidemiológica al 10º día de cuarentena, si es positiva, el contacto será considerado caso y se manejará como tal.

Igualmente, si se realiza una PDIA en cualquier otro momento anterior a los 10 días tras el último contacto y fuera negativa, se deberá cumplir la cuarentena hasta el día 10º.

Ante la poca información aún disponible sobre el rendimiento de las pruebas rápidas de antígenos en población asintomática, **la prueba diagnóstica será preferentemente una PCR**. Sin embargo, en función del ámbito, de la disponibilidad y operatividad se podrá utilizar un test rápido de detección de antígeno (ver algoritmo 2), sobre todo en entornos donde se espera una alta probabilidad de un resultado positivo, como en el caso de los contactos convivientes o en brotes y donde la rapidez del tiempo de respuesta ayuda al rápido manejo de los contactos:

- Si la PDIA es positiva, el contacto será considerado caso y se manejará como tal.
- Si la PDIA es negativa, y se realiza en cualquier momento anterior a los 10 días tras el último contacto, se deberá cumplir la cuarentena hasta el día 10.
- En el ámbito sanitario y sociosanitario se hace necesario garantizar un adecuado valor predictivo negativo¹², por lo que ante un resultado negativo de la prueba rápida de antígeno se debe realizar una PCR.

Lugar de cuarentena:

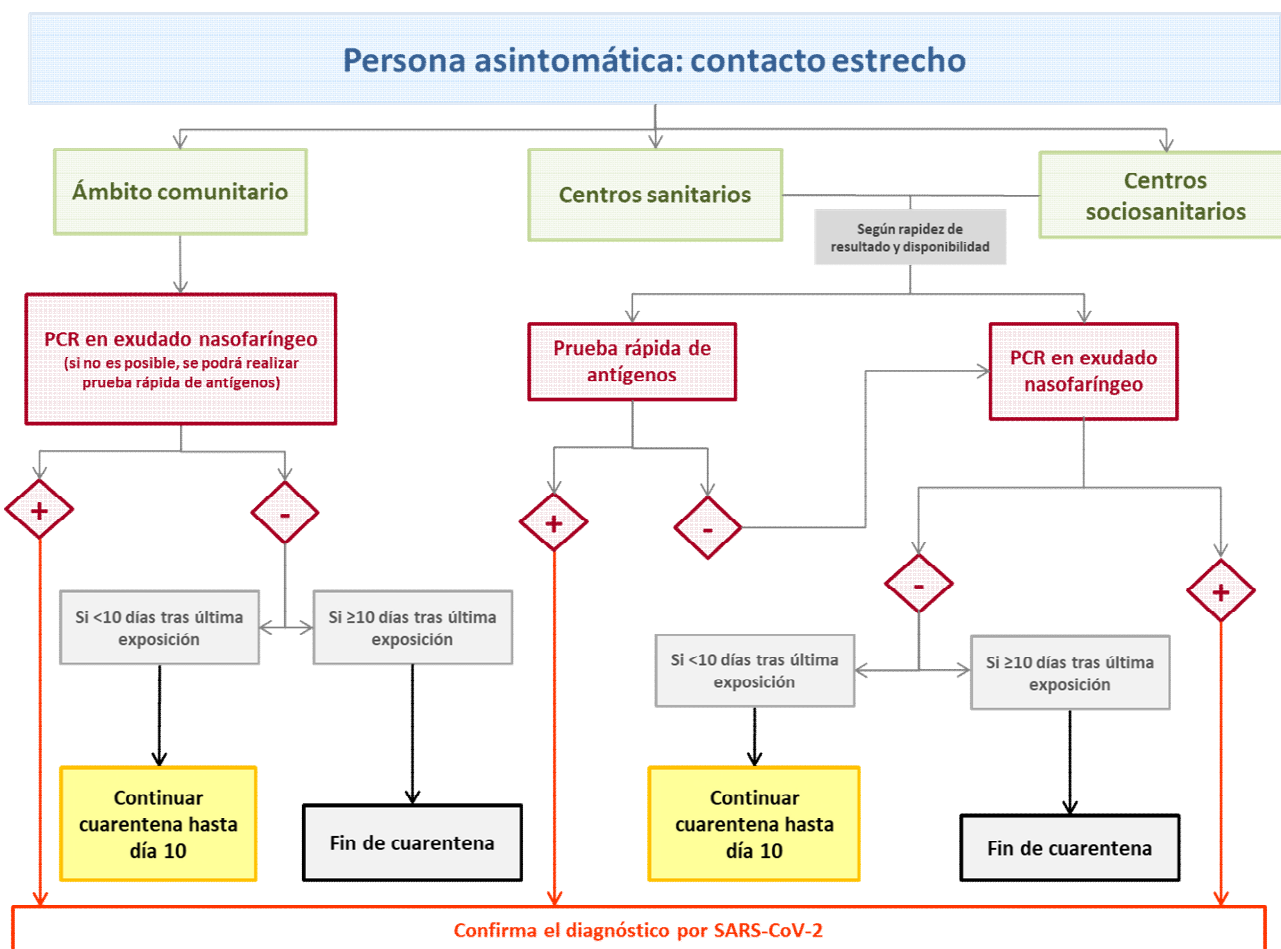
Se indicará al contacto que durante la cuarentena permanezca en su domicilio, preferentemente en una habitación individual, y que restrinja al mínimo las salidas de la habitación, que siempre se realizarán con mascarilla quirúrgica. También se le pedirá que restrinja al máximo posible el contacto con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

En personas que se encuentren desplazadas fuera de su localidad de residencia en el momento de su identificación como contactos, se permitirá el retorno a su lugar de residencia para la finalización de la cuarentena siempre y cuando: el alojamiento previsto en su lugar de residencia garantice las condiciones necesarias para la cuarentena, el desplazamiento se realice en un medio de transporte privado, se pueda garantizar el cumplimiento de todas las medidas de precaución establecidas para el manejo de contactos durante el trayecto y se haya informado y autorizado el desplazamiento por la correspondiente Dirección de Salud de Área.

¹² Los centros sanitarios y sociosanitarios son contextos de muy alto riesgo para la COVID-19, por lo que es imprescindible que las estrategias diagnósticas en estos centros garanticen un elevado valor predictivo en los resultados negativos (alta probabilidad de que los que dan negativo a la estrategia diagnóstica no están infectados).

Para ello es preceptivo la firma de un documento de declaración de responsabilidad por parte del contacto (modelo disponible en el Gestor Documental del Portal del SES en: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA - ENFERMEDADES TRANSMISIBLES / Coronavirus SARS CoV-2). Cuando así suceda la Dirección de Salud de Área que autorice el traslado comunicará tal extremo a la Subdirección de Epidemiología por correo-e indicando los datos de las personas implicadas: nombre, dirección del lugar donde se realizara la cuarentena y teléfono de contacto; a fin de su traslado a las autoridades sanitarias que proceda.

Algoritmo 2: Algoritmo en contactos estrechos asintomáticos



Otras recomendaciones:

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 su Centro de Salud o con el 1-1-2 indicando que se trata de un contacto de un caso de coronavirus.

Si cualquier PDIA 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.

Si el contacto sigue asintomático al finalizar su periodo de cuarentena podrá reincorporarse a su rutina de forma habitual. En caso de que las medidas establecidas para el seguimiento de un contacto conlleven la imposibilidad de que éste continúe con su actividad laboral, deberá comunicarse, por el procedimiento establecido en el [Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-COV-2 \(COVID-19\)](#), dicha contingencia a la empresa o a su servicio de prevención.

Manejos de los contactos que se detecten a partir de la aplicación RADAR-COVID.

Los contactos identificados a partir de la aplicación Radar-COVID reciben en la aplicación unas recomendaciones generales de prevención e higiene: mantener la distancia de seguridad de al menos 1,5 metros, evitar acudir a eventos o lugares con muchas personas, evitar el contacto con personas vulnerables como personas mayores o enfermas, usar siempre mascarilla y lavarse las manos frecuentemente.

Además, reciben la recomendación específica de ponerse en contacto con el 1-1-2.

Se realizará una entrevista al contacto identificado por la app, para establecer un posible vínculo con un caso confirmado de COVID o para investigar la posibilidad de que haya realizado alguna actividad en la que haya podido tener una exposición de riesgo

En aquellos que tras entrevista se considere la realización de PDIA se actuará de la siguiente forma:

- La PDIA se realizará en dentro de los 10 días posteriores a la última exposición, la prueba de elección será test rápido de detección de antígeno.
- En el momento de realización de la PDIA se verificará que efectivamente la persona que acude tiene una alerta de contacto estrecho en su aplicación, para lo que será necesario solicitar al usuario mostrar la alerta generada en su dispositivo. Se le pedirá que abra la aplicación delante del sanitario para comprobar que se trata de una alerta y no de una captura de pantalla.
- Si se le realiza un test rápido de detección de antígeno y se manejará según se indica en el manejo de contactos estrechos en el ámbito comunitario.

E. Estudios de cribado.

Definición.

Los estudios de cribados son aquellos realizados sobre personas asintomáticas. La OMS¹³ define cribado como *“la aplicación sistemática de una prueba para identificar a individuos con un riesgo suficientemente alto de sufrir un determinado problema de salud como para beneficiarse de una investigación más profunda o una acción preventiva directa, entre una población que no ha buscado atención médica por síntomas relacionados con esa enfermedad”*. Sólo se recomienda su realización en determinadas situaciones que se exponen a continuación y **siempre bajo la supervisión de la Dirección de Salud de Área o de la Dirección General de Salud Pública**.

Los estudios de cribado han de estar muy dirigidos y relacionados con una alta transmisión en el área geográfica o en la población diana del cribado, y con el objetivo de realizar una intervención de salud pública según los resultados de dichos cribados.

Cribado con pruebas diagnósticas de infección activa.

Se plantea su realización en las siguientes situaciones:

- Cribados puntuales. En estrategias indicadas por las autoridades de salud pública (Dirección de Salud de Área o Dirección General de Salud Pública) dirigidas a determinados grupos o poblaciones:
 - Se propone de preferencia la realización de PCR en exudado nasofaríngeo.
 - Si los recursos de PCR estuvieran limitados y hubiera suficiente disponibilidad de pruebas rápidas de detección de antígeno, se pueden realizar los cribados con éstas, si bien es necesario confirmar los casos positivos mediante PCR¹⁴ si la prevalencia de la enfermedad en la población de estudio es baja¹⁵.
- Cribados periódicos en personas trabajadoras y residentes de centros sanitarios o sociosanitarios¹⁶:
 - Se plantea utilizar la PCR en exudado nasofaríngeo¹⁷.
 - Se puede realizar el cribado sistemático y periódico con pruebas rápidas de detección de antígeno, si bien será necesario confirmar los casos negativos mediante PCR si la prevalencia de la enfermedad en la población diana se espera alta¹⁶.
- Cribados sistemáticos ante nuevos ingresos en centros sanitarios o sociosanitarios o de forma previa a algunas actuaciones asistenciales:
 - Se recomienda realizar PCR en exudado nasofaríngeo puesto que son situaciones en su mayor parte programables.

Es importante reforzar en la población que se somete a cribados, que un resultado negativo en este contexto no exime del cumplimiento de ninguna de las medidas de control y prevención de la infección recomendadas.

¹³ <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1136/jms.8.1.1>

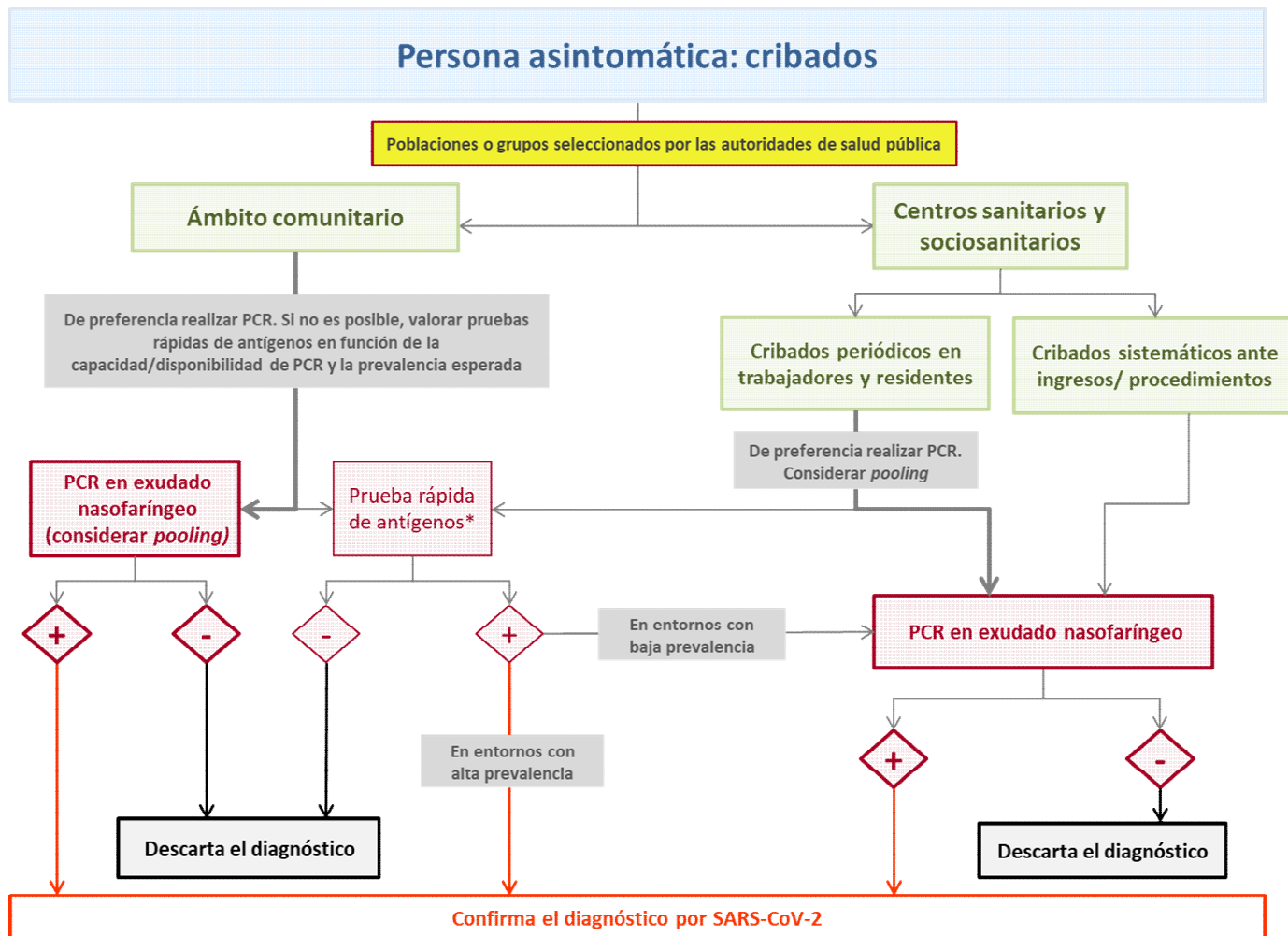
¹⁴ Como se ha señalado anteriormente, con prevalencias <1%, el valor predictivo positivo es <62%.

¹⁵ https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Options-use-of-rapid-antigen-tests-for-COVID-19_0.pdf

¹⁶ A este respecto la Comisión Europea ha emitido una serie de [recomendaciones](#) sobre el uso de PDIA para diagnóstico y cribados sistemáticos.

¹⁷ En este contexto, la rapidez no es tan necesaria y la toma de muestras se puede programar, por lo que se emplea la mejor técnica diagnóstica teniendo en cuenta que se realizan en entornos vulnerables.

Algoritmo 3: Algoritmo en cribados



* En el caso de cribados donde se prevé una baja prevalencia en la población diana, se recomienda la utilización de PCR.