

Este protocolo está en revisión permanente en función de la evolución y nueva información que se disponga de la infección por el nuevo coronavirus. Basado en el documento revisado y aprobado por la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

1.- Antecedentes.

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó sobre un agrupamiento de 27 casos de neumonía de etiología desconocida con inicio de síntomas el 8 de diciembre, incluyendo siete casos graves, con una exposición común a un mercado mayorista de marisco, pescado y animales vivos en la ciudad de Wuhan, sin identificar la fuente del brote. El mercado fue cerrado el día 1 de enero de 2020. El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la familia *Coronaviridae*, que fue denominado “nuevo coronavirus”, 2019-nCoV. La secuencia genética fue compartida por las autoridades chinas el 12 de enero. El 30 de enero la Organización Mundial de la Salud declaró el brote de SARS-CoV-2 en China Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (1).

Según la información facilitada por el Centro de Control de Enfermedades de China, la mayoría de los casos notificados provienen de la provincia de Hubei (más de un 70%) y entre los casos notificados en China un 80% han presentado un cuadro leve (2). La proporción de fallecidos entre los casos confirmados ha oscilado entre el 2 y 3%, siendo mayor en Hubei que en el resto del país, donde se ha notificado una proporción de 0,4% de fallecidos entre los confirmados (2). La mayoría de los casos detectados en China son mayores de 30 años, siendo la afectación en la población menor de 10 años muy escasa y con un cuadro clínico más leve (2-3). Además, se ha descrito una alta proporción de pacientes con comorbilidades entre los casos graves y fallecidos (2,4-5).

Hasta el momento, se desconoce la fuente de infección y hay incertidumbre respecto a la gravedad y a la capacidad de transmisión. Por similitud con otros coronavirus conocidos se piensa que el SARS-CoV-2 se transmite principalmente por las gotas respiratorias de más de 5 micras y por el contacto directo con las secreciones de personas infectadas. Se están valorando otras posibles vías de transmisión.

El periodo de incubación de la enfermedad se ha estimado entre 2 y 14 días. La evidencia sobre la transmisión del virus antes del comienzo de los síntomas no se ha podido verificar hasta la fecha.

Actualmente no existe un tratamiento específico frente al SARS-CoV-2. Basándose en la experiencia previa de brotes por otros coronavirus, actualmente se está empleando en algunos casos y de forma experimental el tratamiento con una combinación de inhibidores de la proteasa (lopinavir/ritonavir) con o sin interferón β , o tratamiento con un inhibidor de la ARN polimerasa (remdesivir)(6).

2.- Vigilancia de la enfermedad.

2.1.- Objetivo.

Detectar precozmente los casos para controlar la difusión de la enfermedad, establecer medidas de prevención para evitar la transmisión a la comunidad y la ocurrencia de brotes.

2.2.- Definición de casos de infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2:

Las definiciones están basadas en las actuales recomendaciones de OMS y se irán revisando según avance el conocimiento epidemiológico de esta infección (7-8).

CASO EN INVESTIGACIÓN: Todo el que cumplan alguno de los siguientes criterios:

A. Cualquier persona con un cuadro clínico compatible con infección respiratoria aguda (inicio súbito de cualquiera de los siguientes síntomas: tos, fiebre, disnea) de cualquier gravedad

Y

En los 14 días previos al inicio de los síntomas cumple cualquiera de los siguientes criterios epidemiológicos:

1. Historia de viaje a **áreas con evidencia de transmisión comunitaria** (*).
2. Historia de **contacto estrecho** con un caso probable o confirmado.

B. Cualquier persona que se encuentre hospitalizada por una infección respiratoria aguda con criterios de gravedad (neumonía, síndrome de distrés respiratorio agudo, fallo multiorgánico, shock séptico, ingreso en UCI, o fallecimiento) en la que se hayan descartado otras posibles etiologías infecciosas que puedan justificar el cuadro (resultados negativos como mínimo para Panel Multiplex de Virus respiratorios incluyendo influenza, y Legionella).

(* **Las áreas consideradas actualmente** se pueden consultar en el siguiente enlace:
<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/areas.htm>

A efectos de la definición de caso, se clasifica como **contacto estrecho**:

- Cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas: trabajadores sanitarios que no han utilizado las medidas de protección adecuadas, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar;
- Cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas, a una distancia menor de 2 metros (ej. convivientes, visitas);
- Se considera contacto estrecho en un avión, a los pasajeros situados en un radio de dos asientos alrededor de un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas y a la tripulación que haya tenido contacto con dichos casos (ver Anexo 1).

Se define **contacto casual**:

- Cualquier persona que haya estado en el mismo espacio cerrado con un caso mientras era sintomático, pero que no cumple los criterios para ser considerado contacto estrecho.

Estos criterios deben servir como una guía para la evaluación. La correspondiente Dirección de Salud de Área valorará conjuntamente con los profesionales asistenciales el cumplimiento de los criterios de forma individualizada.

CRITERIO DE LABORATORIO:

PCR de screening positiva y PCR de confirmación en un gen alternativo al de screening también positiva.

CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS:

- **Caso en investigación:** cuando cumpla alguno de los tres criterios descritos.
- **Caso confirmado por laboratorio:** caso que cumple criterio de laboratorio.
- **Caso probable:** caso en investigación cuyos resultados de laboratorio para SARS-CoV-2 son NO concluyentes o solo son positivos para una de las PCRs del criterio de laboratorio.
- **Caso descartado:** caso en investigación cuyas PCRs del criterio de laboratorio son negativas.

2.3.- Diagnóstico de infección por SARS-CoV-2:

Ante un caso en investigación, el diagnóstico inicial mediante PCR se realizará en el laboratorio del hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres. Con el resultado de las pruebas realizadas en el hospital San Pedro de Alcántara se procederá de la siguiente forma:

- **Resultado negativo:** se considerará caso descartado.
- **Resultado positivo o no concluyente:** se enviarán muestras al Centro Nacional de Microbiología (CNM) para confirmación.

En todo caso, **el envío de muestras al CNM debe ser autorizado por la Dirección de Salud de Área**, la cual contactará previamente al envío con el Área de Orientación Diagnóstica.

1.- Muestras recomendadas para el diagnóstico y confirmación:

Tanto para su determinación en laboratorios del SES como para su envío al CNM, tanto para diagnóstico como confirmación, son (8):

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

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

NOTA: Si un paciente no tiene signos o síntomas de infección del tracto respiratorio inferior o si la toma de muestras del tracto respiratorio inferior está clínicamente indicada, pero no es posible su recolección, se puede optar por estudiar SÓLO las muestras respiratorias de tracto superior.

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

2. Muestras tras la confirmación

Tras la confirmación de los casos en el CNM, se enviarán también las siguientes muestras:

- **Pareja de sueros** tomadas con al menos 14-30 días de diferencia, recogándose el primer suero en la primera semana de enfermedad (fase aguda). Si se recoge solamente una única muestra de suero se debe tomar al menos 14 días después del inicio de los síntomas para poder confirmar la presencia de anticuerpos específicos.
- **Heces y orina:** Para confirmar o descartar la excreción de virus por vías alternativas a la vía respiratoria en pacientes positivos.

3. Alta del paciente:

Para dar el alta de los casos confirmados se requerirá la obtención de resultados de laboratorio negativos en 2 muestras respiratorias separadas por al menos 24h.

NOTAS GENERALES: Las muestras respiratorias recomendadas pueden ser modificadas en función de la información de la se vaya disponiendo en un futuro. Las muestras clínicas deben ser tratadas como potencialmente infecciosas y se consideran de categoría B (deben ser transportadas en triple embalaje). Para el transporte de las muestras es suficiente la aplicación de las precauciones estándar para esta categoría de muestras. Las muestras deben mantenerse refrigeradas a 4°C. El envío al laboratorio de referencia del CNM debe hacerse también a 4°C. En el **anexo 2** se aporta información más detallada sobre el tipo de muestras y el medio de conservación para su transporte al CNM.

3.- Modo de vigilancia.

3.1.- Notificación.

Independientemente de que pueda representar una urgencia clínica para el paciente, la presencia de casos que cumplan con los criterios de caso “en investigación” o “confirmado” de infección por el coronavirus SARS-CoV-2 representa una urgencia epidemiológica, siendo pues un evento de **declaración individualizada y urgente**, a efectos de confirmación diagnóstica, vigilancia epidemiológica y de cara a la toma de medidas de control.

Todos los casos han de ser notificados **a la Dirección de Salud de Área dentro de las 24 horas siguientes** a su detección, por el profesional que lo conozca, **a través del teléfono único de urgencias y emergencias de Extremadura 1-1-2**, informado del mismo al Coordinador del EAP o al Servicio de Medicina Preventiva o jefe de la guardia, según corresponda.

El 1-1-2 realizará una valoración inicial del caso, comprobando cumple los criterios definición de caso y en caso afirmativo informará al Director de Salud de Área, recomendando lo siguiente:

- Si el paciente se encuentra en su domicilio, el 1-1-2 le recomendará que permanezca en el mismo en situación de aislamiento (ver punto 4.2 apartado e.) hasta que se le preste la atención domiciliaria y se le tomen las muestras para confirmación diagnóstica (ver apartado 3.2. Confirmación del diagnóstico).
- Si el paciente se encuentra en un centro de atención primaria, continuará en el mismo hasta que se realice la toma de muestras para confirmación diagnóstica y el Director de Salud autorice su traslado al hospital o a su domicilio, según proceda (ver apartado 3.2. Confirmación del diagnóstico).

La Dirección de Salud del Área comunicará a la mayor brevedad posible a la Subdirección de Epidemiología la situación declarada, con la información disponible en ese momento, por correo-e, o teléfono si la situación lo precisa, sin perjuicio de su comunicación por escrito en cualquier caso. La Subdirección de Epidemiología será la encargada de informar a la Dirección General de Salud Pública y a la RENAVE.

3.2. Procedimiento para la investigación y confirmación del caso:

Todos los profesionales, centros, servicios y unidades del Sistema Sanitario Público, prestarán a la Dirección de Salud la colaboración necesaria que esta solicite, tanto para la investigación y manejo de casos como para el establecimiento de las medidas de control y la identificación de los posibles contactos.

Ante personas que cumplan la definición de “caso en investigación”, está se realizará como sigue según el lugar en el que se atiende en caso:

Atención domiciliaria:

Si el paciente se encuentra en su domicilio se le prestará atención domiciliaria por parte del personal del EAP o PAC que corresponda. En dicha atención se procederá a verificar que el paciente cumple los criterios de “caso en investigación” cumplimentando todos los datos posibles de la encuesta epidemiológica, la cual debe formar parte de la historia clínica del paciente. Así mismo, una vez verificado que se trata de un caso en investigación, y previa autorización de la correspondiente Dirección de Salud del Área o de la Dirección General de Salud Pública, los profesionales que estén atendiendo al caso procederán a la toma de muestras para confirmación (ver apartado siguiente).

Si por su estado clínico fuera necesario el traslado del paciente al hospital, este se hará tras autorización específica de la Dirección de Salud de Área, en este supuesto la muestra para confirmación se tomará a la llegada al hospital.

La atención al paciente, toma de muestras y traslado se realizarán tomando las medidas de control de la infección adecuadas indicadas en el punto 4.2.

Consulta de Atención primaria:

Si el paciente se acude a consulta de Atención Primaria (consultorio, centro de salud o PAC) se le prestará atención por parte del personal del EAP o PAC que corresponda. El paciente se mantendrá aislado en la consulta/sala en la que se encuentre. En dicha atención se procederá a verificar que el paciente cumple los criterios de “caso en investigación” cumplimentando todos los datos posibles de la encuesta epidemiológica, la cual debe formar parte de la historia clínica del paciente. Así mismo, una vez verificado que se trata de un caso en investigación, y previa autorización de la correspondiente Dirección de Salud del Área o de la Dirección General de Salud Pública, los profesionales que estén atendiendo al caso procederán a la toma de muestras en el mismo lugar de atención para confirmación (ver apartado siguiente).

Si por su estado clínico fuera necesario el traslado del paciente al hospital, este se hará tras autorización específica de la Dirección de Salud de Área en este supuesto la muestra para confirmación se tomará a la llegada al hospital. Tras la salida del paciente, a su domicilio u hospital, se realizará la limpieza terminal de los lugares en los que haya sido atendido, según se indica en el apartado 4.2. letra m).

La atención al paciente, toma de muestras y traslado se realizarán tomando las medidas de control de la infección adecuadas indicadas en el punto 4.2.

Atención hospitalaria

Si el paciente se acude a servicio de urgencias de hospital se le prestará atención por parte del personal de este. El paciente se mantendrá aislado en la sala prevista a tal efecto. En dicha atención se procederá a verificar que el paciente cumple los criterios de “caso en investigación” cumplimentando todos los datos posibles de la encuesta epidemiológica, la cual debe formar parte de la historia clínica del paciente. Así mismo, una vez verificado que se trata de un caso en investigación, y previa autorización de la correspondiente Dirección de Salud del Área o de la Dirección General de Salud Pública, se procederá a la toma de muestras en el propio hospital (ver apartado siguiente). Si por su estado clínico fuera necesario ingreso este se realizará según lo indicado en el apartado 4.2.

Tras la salida del paciente del servicio de urgencias, a su domicilio o ingreso, se realizará la limpieza terminal de los lugares en los que haya sido atendido, según se indica en el apartado 4.2. letra m).

La atención al paciente y la toma y manejo de muestras se realizarán tomando las medidas de control de la infección adecuadas indicadas en el punto 4.2.

3.3. Confirmación del diagnóstico:

De manera general **las muestras de exudado nasofaríngeo para diagnóstico inicial se tomarán en el lugar donde se encuentre el paciente**, ya sea su domicilio, centro de atención primaria u hospital, desde donde serán trasladadas al laboratorio de referencia del hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres, si este no pudiera gestionarla, la muestra se enviará directamente al CNM. La toma de muestras de exudado nasofaríngeo en el centro de atención primaria o en el domicilio del paciente, se realizará por los profesionales que estén atendiendo al caso en ese momento, o como establezca la Dirección de Salud de Área en casa caso. Si por su estado clínico fuera necesario el traslado del paciente al hospital, la muestra se tomará a la llegada al hospital.

En todo caso tanto la toma de muestras como el traslado de estas y, si fuera necesario, del paciente, se hará tras autorización específica de la Dirección de Salud de Área y se realizarán según se indica en el anexo 2, y tomando las medidas de control de la infección adecuadas indicadas en el punto 4.2.

3.4. Control del caso y sus contactos.

La Dirección de Salud de Área **coordinará la investigación** de forma inmediata todos los casos detectados, recogiendo la información individualizada según la encuesta epidemiológica (anexo 3) y cualquier otra información de interés relativa al caso, y **como autoridad sanitaria establecerá la necesidad de confirmación de diagnóstico y coordinará las medidas de control** que proceda indicadas más adelante. **Específicamente coordinará y autorizará la toma de muestras para el diagnóstico inicial.** Así mismo, llevará a cabo la detección, el estudio y el control de contactos y la supervisión de las medidas de prevención y control de la infección en los centros sanitarios en los que se atiendan los casos en investigación, probables o confirmados de SARS-CoV-2.

Ante un “caso en investigación” la Dirección de Salud de Área establecerá el listado de todas las personas que cumplan la definición de “contacto estrecho”, a fin de iniciar su vigilancia activa si se confirmara del caso según se indica en el apartado 4.1. Ante un “caso confirmado” dicha vigilancia activa de los contactos de iniciará inmediatamente.

4.- Medidas de salud pública:

4.1.- Estudio y manejo contactos:

Ante un paciente que cumpla criterios de caso probable o confirmado, la Dirección de Salud de Área coordinará la identificación y seguimiento de contactos, tanto sanitarios como familiares/convivientes/laborales.

La consideración de contacto estrecho será validada por la Dirección de Salud de Área.

Según el nivel asistencial en el que se atienda el caso, los Equipos de Atención Primaria (incluyendo a Atención Continuada y a Urgencias y Emergencias) y los Servicios de Medicina Preventiva (en los hospitales que no cuenten con este Servicio, la persona de referencia designada por la dirección médica) realizarán la identificación de todos los contactos, remitiendo a la Dirección de Salud del Área un listado de todos ellos.

A todos los contactos se les recogerán los datos epidemiológicos básicos y se le realizará seguimiento:

- En el ámbito comunitario (contacto familiar/social...) el manejo y seguimiento de los contactos será llevado a cabo por el E.A.P. correspondiente. El seguimiento fuera del horario laboral habitual se realizará por los puntos de atención continuada que le corresponda a cada contacto. Si el contacto no recibe asistencia sanitaria por el SES, se asignará en función de su domicilio habitual.
- En el ámbito hospitalario el manejo de contacto se llevará a cabo por los Servicios de Medicina Preventiva. En los hospitales que no cuenten con este Servicio, la persona de referencia designada por la dirección médica.
- En el ámbito profesional (contactos sanitarios) el manejo y seguimiento de los contactos será llevado a cabo por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

Seguimiento a realizar:

Cualquier persona asintomática que cumpla la definición de contacto deberá ser informada y se iniciará una vigilancia activa, contactando con ellas diariamente. Estas personas deben estar localizables a lo largo del periodo de seguimiento. De manera general, podrán llevar una vida normal, en familia, con amigos y, en general, en el ámbito laboral, informándoles de las precauciones de higiene respiratoria y lavado de manos que han de poner en práctica.

En el caso de los contactos casuales, la vigilancia será pasiva siguiendo los protocolos establecidos en cada CCAA. Estas personas deben estar localizables a lo largo del periodo de seguimiento. Podrán llevar una vida normal, en familia, con amigos y, en general, en el ámbito laboral.

En cualquier caso, se realizará una valoración individualizada de cada situación, adaptando las recomendaciones a cada caso específico teniendo en cuenta el riesgo de exposición, aspectos sociales, culturales o sanitarios que puedan hacer recomendable un cese temporal de las actividades laborales o la aplicación de medidas de cuarentena si la Dirección de Salud de Área o la Dirección General de Salud Pública así lo consideran.

No se recomienda recogida de muestra de rutina de los contactos.

Si durante los 14 días posteriores a la exposición desarrollara síntomas respiratorios, deberá hacer autoaislamiento inmediato domiciliario y contactar de forma urgente con el responsable que se haya establecido para su seguimiento (ver algoritmo **Anexo 4**). Estas personas deberán ser investigadas para descartar infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 **considerándoles caso en investigación** y debiendo cumplimentarse el formulario adjunto y manejarse como tales.

4.2.- Prevención y control de la infección.

Los coronavirus se transmiten principalmente por las gotas respiratorias de más de 5 micras y por el contacto directo con las secreciones de pacientes infectados. También podrían transmitirse por aerosoles en procedimientos terapéuticos que los produzcan. Por ello, las precauciones para el manejo de los casos en investigación o confirmados de infección por SARS-CoV-2 deben incluir las **precauciones estándar, precauciones de contacto y precauciones de transmisión por gotas** y, si se van a producir aerosoles, precauciones de transmisión aérea (9,10).

En el entorno laboral las medidas preventivas se enmarcan en el Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, y el daño, si se produce, puede tener la consideración legal de contingencia profesional.

Dada la situación de incertidumbre sobre las características de la transmisión de este virus, la situación epidemiológica actual en nuestro país y el principio de precaución, las medidas recomendadas en este momento, que se irán revisando según se disponga de más información sobre la enfermedad y su epidemiológica, son las siguientes:

- a) El personal sanitario, de cualquier servicio, debe establecer de forma rápida si un paciente con Infección Respiratoria Aguda (IRA) cumple los criterios de caso en investigación de SARS-CoV-2.
- b) En los centros sanitarios, los pacientes que se identifiquen como casos en investigación deberán separarse de otros pacientes, se les pondrá una mascarilla quirúrgica y serán conducidos de forma inmediata a una zona de aislamiento. El personal que les acompañe hasta la zona de aislamiento llevará también mascarilla quirúrgica.

Si el caso se encuentra fuera de hospital y su situación clínica requiere ingreso se trasladará al hospital de área, previa autorización del Director de Salud de Área, mediante ambulancia que se solicitará al 112. El caso permanecerá aislado en la zona habilitada del centro o en su domicilio hasta el traslado, realizándose éste según lo indicado en este punto 4.2. apartado j). El director de Salud de Área comunicará la llegada del caso al hospital receptor.

- c) Los casos en investigación deben ser aislados. Mientras se realiza el diagnóstico, si el cuadro clínico no lo precisa y se puede garantizar el aislamiento extrahospitalario, no es necesario un ingreso. El ingreso hospitalario sí será necesario en caso de que se prevean situaciones en las que se van a generar aerosoles, situación para la cual se recomiendan habitaciones con presión negativa.
- d) De forma general, los casos probables y confirmados que requieran ingreso deberán serlo en aislamiento de contacto y por gotas. En caso de situaciones en las que se prevé que se van a generar aerosoles, se recomiendan habitaciones con presión negativa, si estuvieran disponibles.

- e) En los casos probables y confirmados en los que la situación clínica no haga necesario su ingreso hospitalario, podrá valorarse su aislamiento domiciliario, valorando tanto criterios clínicos como las circunstancias del entorno sanitario y social. Se debe garantizar que las condiciones de la vivienda posibilitan el aislamiento del paciente en una habitación individual bien ventilada y el uso de un baño propio, que el paciente está plenamente disponible para las evaluaciones médicas que sean necesarias y que tanto el paciente como sus convivientes son capaces de aplicar de forma correcta y consistente las medidas básicas de higiene, prevención y control de la infección. Los servicios sanitarios proporcionarán al paciente y sus convivientes todas las indicaciones necesarias (11).
- f) El personal sanitario **que atienda** a casos en investigación o confirmados para infección por SARS-Cov-2 o las personas que entren en la habitación de aislamiento (p. ej familiares, personal de limpieza...) deben llevar un equipo de protección individual para la prevención de infección por microorganismos **transmitidos por gotas y por contacto** que incluya bata resistente a líquidos, mascarilla quirúrgica, guantes y protección ocular anti-salpicaduras (9,10). Aunque por el momento no existe evidencia clara de transmisión aérea se recomienda como medida de precaución la utilización de mascarilla FFP2.
- g) En los procedimientos médicos que generen aerosoles, que incluyen cualquier procedimiento sobre la vía aérea, como la intubación traqueal, el lavado bronco-alveolar, o la ventilación manual, se deberán reducir al mínimo el número de personas en la habitación y todos deben llevar (9,10)
- Una mascarilla de alta eficacia FFP2 o, preferiblemente, FFP3.
 - Protección ocular ajustada de montura integral o protector facial completo.
 - Guantes.
 - Batas impermeables de manga larga (si la bata no es impermeable y se prevé que se produzcan salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales, añadir un delantal de plástico).
- h) Se debe cumplir una estricta higiene de manos antes y después del contacto con el paciente y de la retirada del Equipo de Protección Individual.
- i) Es importante identificar a todo el personal sanitario que atiende a casos confirmados de infección por nuevo coronavirus. El riesgo deberá ser valorado de forma individualizada. Si no se han cumplido las medidas de precaución, serán considerados contactos estrechos y se manejarán como tales.
- j) Cuando sea necesario realizar el transporte del paciente, se realizará en una ambulancia con la cabina del conductor físicamente separada del área de transporte del paciente. El personal que intervenga en el transporte deberá ser informado previamente y deberá utilizar equipo de protección individual adecuado (punto f). Una vez finalizado el transporte se procederá a la desinfección del vehículo y a la gestión de los residuos producidos (puntos l y m).
- k) Los trabajadores sanitarios que recogen muestras clínicas deben llevar el Equipo de Protección Individual adecuado: para la extracción de sangre y toma de muestras que no generan aerosoles seguir las recomendaciones del apartado f, para muestras que generan aerosoles seguir las recomendaciones del apartado g. El manejo de muestras para la realización de analíticas de rutina en el laboratorio (por ejemplo hemograma o bioquímica) se realizará de la forma habitual, aplicando las precauciones estándar de control de la infección.

- l) Se deben seguir los protocolos de descontaminación, mantenimiento y eliminación de residuos utilizados habitualmente para otro tipo de microorganismos con el riesgo de propagación y mecanismo de transmisión similar. Los residuos se consideran residuos de Clase III o como residuos Biosanitarios Especiales (se considerarán como residuo Biosanitario Especial del Grupo 3, similar a la tuberculosis).
- m) Se debe realizar la limpieza y desinfección de las superficies con las que ha estado en contacto el paciente y/o sus secreciones. La limpieza y desinfección se realizará con un desinfectante incluido en la política de limpieza y desinfección del centro sanitario. Estos virus se inactivan tras 5 minutos de contacto con desinfectantes de uso por el público en general, como la lejía o con una solución de hipoclorito sódico que contenga 1000 ppm de cloro activo (dilución 1:50 de una lejía con concentración 40-50 gr/litro preparada recientemente). El personal de limpieza utilizará equipo de protección individual adecuado (apartado e). Siempre que exista riesgo de crear aerosoles, se usará seguirán las recomendaciones del apartado f.
- n) Las medidas de aislamiento se mantendrán hasta el cese de los síntomas y la obtención de dos resultados de laboratorio negativos en dos muestras respiratorias separadas por al menos 24h.
- o) Un paciente podría excretar virus en heces y/o orina sin tener resultados positivos en sus muestras respiratorias. Esto debe tenerse en cuenta a la hora de establecer las recomendaciones al alta.

Para información más detallada consultar el documento específico "*Documento técnico. Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19*" elaborado por el Ministerio de Sanidad y las Sociedades Científicas.

Bibliografía:

1. WHO. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). 30 January 2020. [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
2. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China, 2020[J]. China CDC Weekly 2020.
3. Li, Q. et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. New England Journal of Medicine 0, null (2020).
4. Chen, N. et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. The Lancet (2020). doi:10.1016/S0140-6736(20)30211-7
5. Huang, C. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The Lancet (2020). doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5
6. Paules, C. I., Marston, H. D. & Fauci, A. S. Coronavirus Infections—More Than Just the Common Cold. JAMA (2020). doi:10.1001/jama.2020.0757
7. WHO. Global Surveillance for human infection with novel coronavirus (2019-nCoV). Interim guidance 31 January 2020. [https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov))
8. WHO. Laboratory testing for 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in suspected human cases. Interim guidance. 17 January 2020. <https://www.who.int/publications-detail/laboratory-testing-for-2019-novel-coronavirus-in-suspected-human-cases-20200117>
9. WHO. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance- January 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330375/WHO-2019-nCoV-IPC-v2020.1-eng.pdf>
10. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Last update: July 2019 <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines-H.pdf>
11. WHO. Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts. [https://www.who.int/internal-publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(nCoV\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/internal-publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(nCoV)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts)

Contacto para más información y comunicaciones:

Dirección General de Salud Pública. Subdirección de Epidemiología.

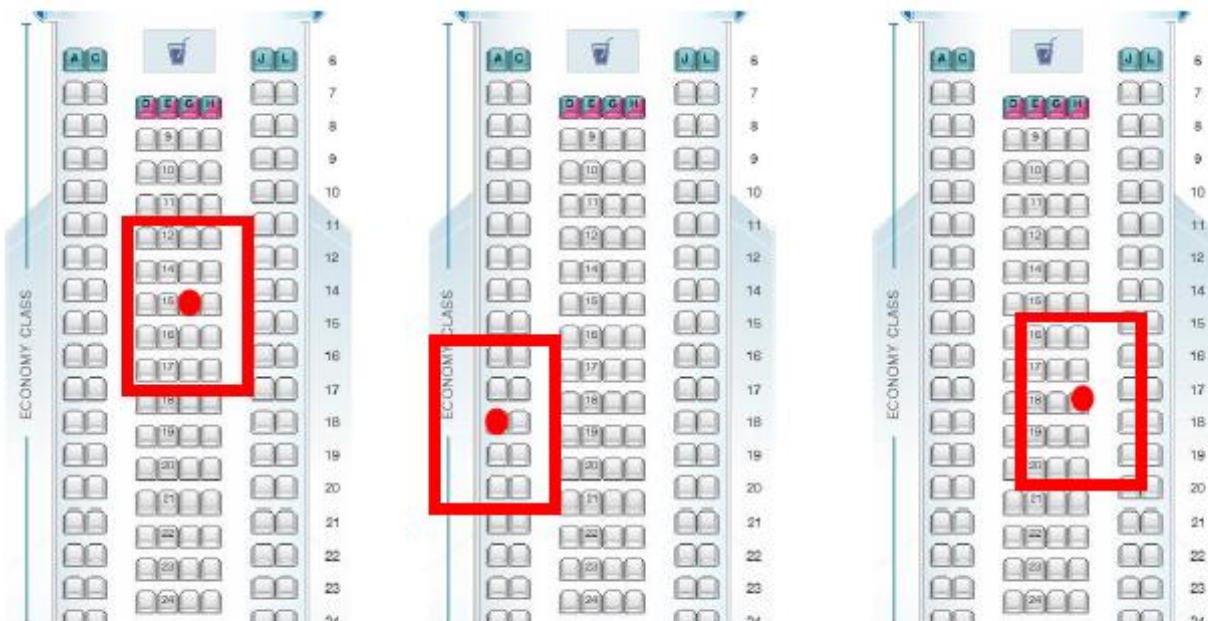
Correo-e: vigilancia.epidemiologica@salud-juntaex.es.

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

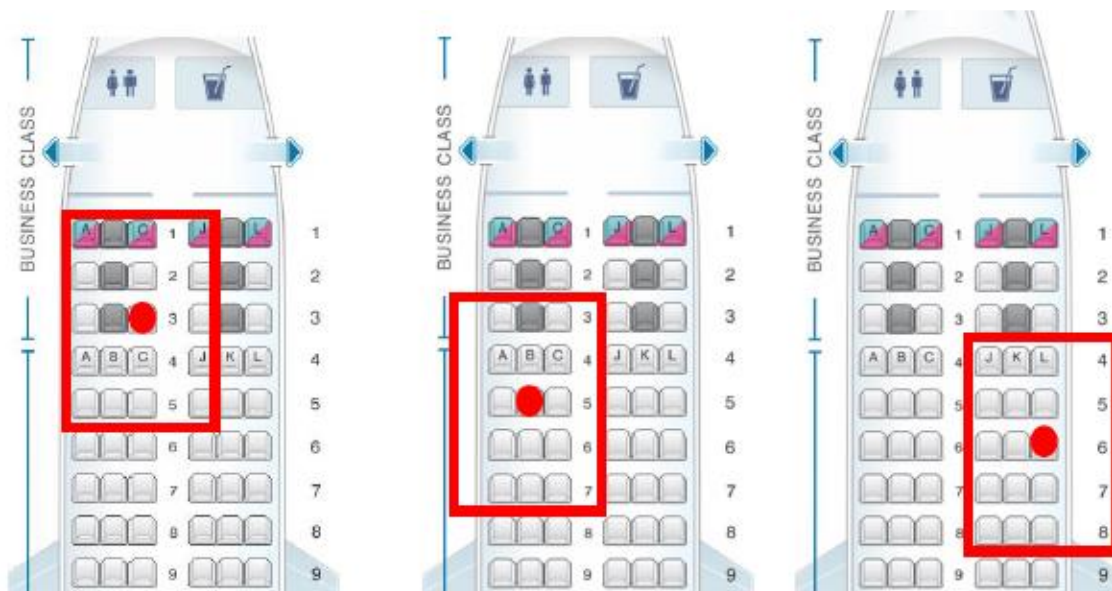
Fax: 924 382 509.

Anexo 1.

Distribución de los pasajeros a identificar como contacto estrecho en un avión.



El estudio de contactos se debe realizar en un área de 5x5 espacios, tal como se indica en las imágenes. Se considera 1 espacio: un asiento o el pasillo. Este mismo esquema es aplicable a otros aviones con diferentes distribuciones de asientos.



El estudio de contactos se debe realizar en un área de 5x5 espacios, tal como se indica en las imágenes. Se considera 1 espacio: un asiento o el pasillo. Este mismo esquema es aplicable a otros aviones con diferentes distribuciones de asientos.

Anexo 2: Toma, transporte y recomendaciones de manejo de muestras biológicas con infección o sospecha de infección por SARS-CoV-2.

Gestión de las muestras.

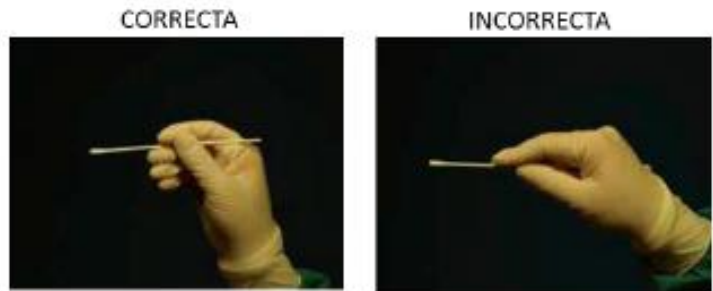
De manera general las muestras se envían desde el lugar de la toma (domicilio, centro de primaria u hospital) al laboratorio de referencia del hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres, si este no pudiera gestionarla, la muestra se enviará directamente al CNM.

YA sea a uno u otro laboratorio, la muestra se mandará cualquier día de la semana, pero siempre en horario de 9 a 15. Si la muestra se toma por la tarde o noche se mandará a primerísima hora de la mañana siguiente, incluso no laborables.

Toma de las muestras.

Precauciones:

Se recomienda que para la toma de muestra, se sujete el hisopo entre el dedo pulgar y los dedos índice y corazón (como un lápiz) y NO entre el pulgar y el índice con la base del hisopo en la palma de la mano.



Toma de frotis naso-faríngeo:

- Se utilizarán un hisopo estéril para nasofaringe (más fino y flexible) que se deslizará suavemente por la base de la cavidad nasal de forma paralela al suelo de la fosa, hasta tocar la pared posterior de la nasofaringe.
- Al tocar la pared posterior de la nasofaringe, haced unos ligeros movimientos de rotación y retirar.
- Introducir el hisopo en el tubo con medio de transporte de virus, removiéndolo bien en su interior para conseguir una buena emulsión del exudado.
- Romper el vástago por la mitad y cerrar el tubo del medio de cultivo.



Toma de frotis nasal:

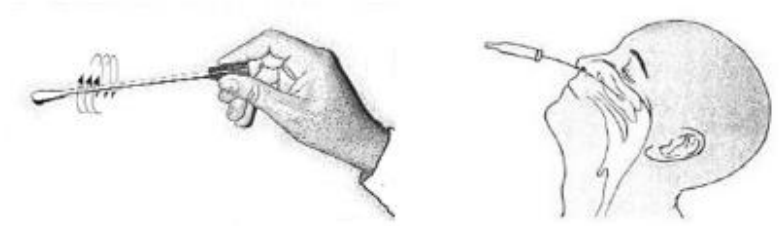
- Introducir la torunda estéril en la fosa nasal, de forma paralela al paladar,

- Dejar unos segundos cerca del septum y del suelo de la fosa y retirar lentamente con movimientos de rotación.

- Repetir el procedimiento en la otra fosa nasal, con la misma torunda para las dos fosas nasales.

- Introducir la torunda en el tubo con medio de transporte de virus, removiéndolo bien en su interior para conseguir una buena emulsión del exudado.

- Romper el vástago por la mitad y cerrar el tubo del medio de cultivo.



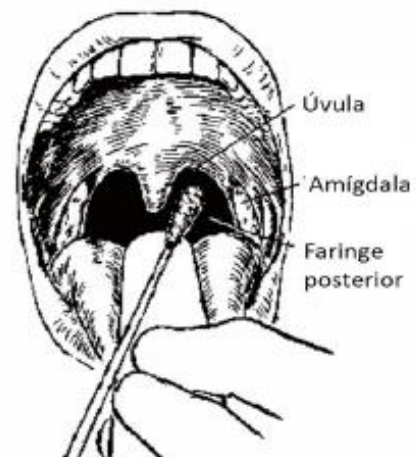
Toma de frotis faríngeo:

- Se realizará un escobillado (frotado), con hisopo estéril preferiblemente de material sintético, de la faringe posterior, criptas tonsilares, pilares y nasofaringe, recogiendo células de descamación de la mucosa faríngea.

- No se debe recoger moco o saliva, ni tocar lengua, mucosa oral o úvula, ya que contamina demasiado la muestra con bacterias comensales de la boca.

- Introducir la torunda en el tubo con medio de transporte de virus, removiéndolo bien en su interior para conseguir una buena emulsión del exudado.

- Romper el vástago por la mitad y cerrar el tubo del medio de cultivo.



Medidas de control de la infección durante la toma de muestras:

La toma y manejo de muestras se realizará tomando las medidas de control de la infección adecuadas indicadas en el punto 4.2.

El personal que la realice debe contar con el equipo de protección individual adecuado para transmisión estándar, por contacto y gotas que incluya: guantes desechables, mascarilla, bata desechable y, de forma opcional, gafas o pantalla antisalpicaduras. Aunque por el momento no existe evidencia clara de transmisión aérea se recomienda como medida de precaución la utilización de mascarilla FFP2.

En todo caso, se seguirán las indicaciones de los servicios de prevención de riesgos laborales.

A) Instrucciones para el transporte de muestras biológicas.

1. Categorización de la muestra:

Las muestras biológicas procedentes de pacientes infectados o con sospecha de infección por el COVID-19 son clasificadas como sustancias infecciosas de categoría B (1).

2. Forma de envío:

Deben ser transportadas a los centros de diagnósticos (Centro Nacional de Microbiología y/o laboratorios de referencia) de acuerdo a la instrucción de embalaje P650 del Acuerdo ADR (2) (3) que se aplica a la norma UN 3373 para el embalaje de sustancias peligrosas [la instrucción de embalaje P650 equivale a la instrucción 650 IATA (4)].

La norma UN 3733 establece que la muestra sea transportada en triple envase, robusto y que soporte golpes y cargas habituales del transporte, incluyendo el trasbordo entre vehículos, contenedores y almacén o la manipulación manual o mecánica. Los embalajes se construirán y cerrarán de forma que se evite cualquier fuga de su contenido, en las condiciones normales de transporte, por vibración o por cambios de temperatura, humedad o presión.

Para el transporte por superficie no se establece una cantidad máxima por paquete. Para el transporte aéreo se requiere que:

- La capacidad de los recipientes primarios no supere 1 litro (para líquidos) o la masa límite del embalaje externo (para sólidos)
- El volumen enviado no supere 4 litros o 4 kg por paquete.

Estas cantidades excluyen el hielo y el hielo seco cuando sean utilizados para mantener las muestras frías.

El triple envase constará de:

1. Recipiente primario estanco.
2. Embalaje secundario estanco.
3. Embalaje exterior rígido

El **recipiente primario** contiene la muestra. Debe ser estanco, a prueba de filtraciones y estar etiquetado. Debe envolverse en material absorbente suficiente para retener todo el fluido en caso de ruptura.

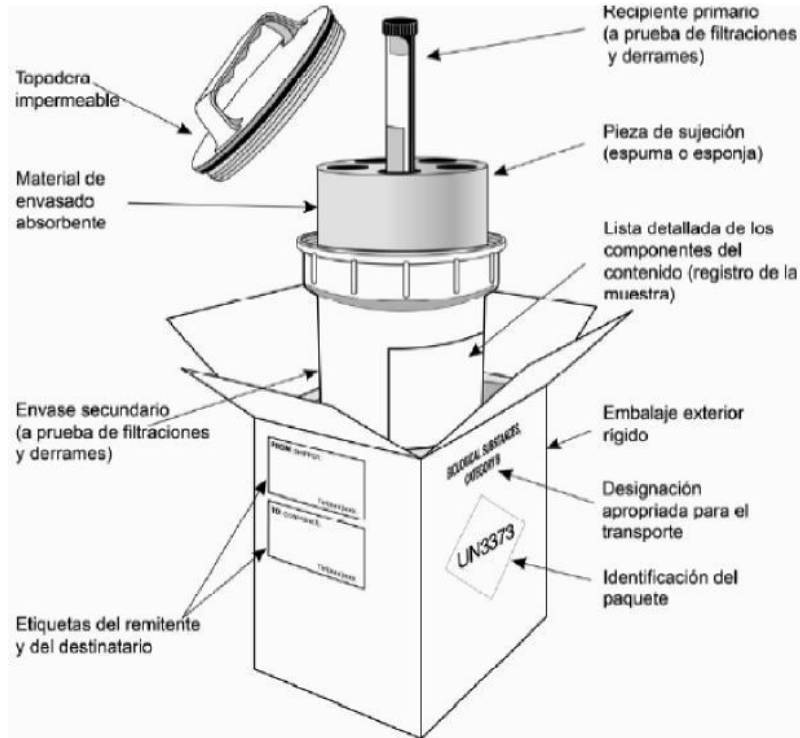
El **recipiente secundario** encierra y protege al primario. Debe ser estanco, a prueba de filtraciones, irrompible, con tapa de cierre hermético y puede ir también envuelto en material absorbente. También puede ser una bolsa hermética.

El recipiente secundario se coloca en el **envase exterior** de expedición. Ninguna de las caras de este envase exterior tendrá dimensiones inferiores a 10x10cm. Puede ser una caja de cartón, una caja de poliestireno, o una caja de refrigeración. Cada embalaje/envase exterior preparado para su expedición deberá estar correctamente marcado y etiquetado. Cuando el transporte de las muestras se realice por personal del SES, no será necesario el envase exterior

- En el caso de que se utilice hielo o hielo seco para refrigerar la muestra, éste NUNCA debe ir en el interior del embalaje secundario.
- La información acompañante a las muestras enviadas debe colocarse entre el embalaje secundario y el embalaje exterior, NUNCA en el interior del embalaje secundario.

- Si se cumplen todos los requisitos establecidos en la Instrucción de embalaje/ensado P650, no se establecen requerimientos de transporte adicionales. La Instrucción P650 comprende todos los requisitos necesarios para el envío de sustancias infecciosas de categoría B.

Ejemplo de sistema de embalaje/ensado triple para el embalaje y etiquetado de sustancias infecciosas de categoría B.



Ejemplo de triple embalaje usado para el transporte de muestras de gripe:



Recipientes primarios

“Tubos” impermeable de cierre hermético, Contienen el medio de transporte de virus y los hisopos con muestra clínica. Debe etiquetarse debidamente

Recipiente secundario.

“Bidón-isotermo”, impermeable de cierre hermético. En el que se introducen los “tubos” envueltos en material absorbente (tira de celulosa).

Envase exterior.

“Caja” rígida que contiene el bidón, de tamaño superior a 10x10 cm. Debe estar debidamente etiquetada. Cuando la muestra sea recogida por personal del SES encargado del transporte de muestras centinelas, no es imprescindible.

3. Etiquetado:

Independiente del medio de transporte, en cada paquete se expondrá la información siguiente:

- el nombre, la dirección y el número de teléfono del expedidor (remitente, consignador).
- el número de teléfono de una persona responsable e informada acerca del envío.
- el nombre, la dirección y el número de teléfono del destinatario (consignatario)
- la designación oficial de transporte «BIOLOGICAL SUBSTANCE, CATEGORY B».
- requisitos relativos a la temperatura de almacenamiento (optativo).

Para los envíos de sustancias infecciosas de categoría B se utiliza la marca que se muestra en la figura.



**BIOLOGICAL SUBSTANCE
CATEGORY B**

4. Documentación:

No se requieren documentos de mercancías peligrosas (incluida una declaración del expedidor) para las sustancias infecciosas de categoría B.

5. Medio de conservación en función del tipo de muestras:

Tipo de muestra	Medio de Transporte de Virus	Condiciones de transporte: Muestra biológica categoría B
Muestras Respiratorias		
• Exudado nasofaríngeo/orofaríngeo	Sí	Refrigerado a 4°C en 24-48h
• Aspirado/lavado nasofaríngeo	No	Refrigerado a 4°C en 24h
• Lavado broncoalveolar	No	Refrigerado a 4°C en 24h
• Aspirado endotraqueal	No	Refrigerado a 4°C en 24h
• Espujo	No	Refrigerado a 4°C en 24h
Otras muestras		
• Suero (2 muestras en fases aguda y convaleciente a los 14-30 días respectivamente)	No	Refrigerado a 4°C
• Biopsia/Necropsia de pulmón	No	Refrigerado a 4°C en 24h
• Sangre completa	No	Refrigerado a 4°C
• Orina	No	Refrigerado a 4°C
• Heces	No	Refrigerado a 4°C

Si transcurren más de 72 horas hasta el procesamiento de las muestras respiratorias refrigeradas se recomienda su congelación a -20°C o, idealmente a -80°C.

B) Manejo de muestras para el personal de laboratorio.

1. Pautas para el personal de los laboratorios clínicos

De forma general: el personal que manipule muestras clínicas rutinarias (hemogramas, pruebas bioquímicas, análisis de orina, serología y otras pruebas diagnósticas en suero, sangre y orina) de pacientes ingresados con diagnóstico o sospecha de infección por SARS-CoV-2 deberá seguir las pautas estándar y recomendaciones generales de bioseguridad establecidas para los laboratorios de nivel BSL-2. Debe usar equipo de protección individual estándar que incluya guantes desechables, bata/ pijama de laboratorio y, de forma opcional, gafas antisalpicaduras al manipular sustancias potencialmente infecciosas (5) (6) (7) (8).

De forma particular: los procedimientos que puedan generar aerosoles de partículas finas (p. ej., vortexado o sonicación de muestras en tubo abierto) deberán realizarse en una campana de seguridad biológica (BSC) de clase II y deberán usarse dispositivos de contención física adecuados (rotores de centrifuga adecuados, cubetas de seguridad para la centrifuga, rotores sellados). Ante la eventualidad de una rotura de los tubos que contienen las muestras durante el proceso de centrifugación, los rotores tienen que ser cargados y descargados dentro de la cabina de seguridad. Deberá reducirse, en la medida de lo posible, todo procedimiento fuera de la cabina de seguridad.

Después de procesar las muestras, se descontaminarán las superficies de trabajo y el equipo con los desinfectantes hospitalarios habituales. Se recomienda seguir las indicaciones de la OMS y el ECDC para la dilución de uso (es decir, la concentración), el tiempo de contacto y las precauciones de manejo (2) (6).

2. Pautas específicas para el personal de los laboratorios

Por el momento no se recomienda el aislamiento del virus en cultivos celulares ni la caracterización inicial de agentes virales a partir de cultivos de muestras con SARS-CoV-2 para los laboratorios de diagnóstico rutinario, a no ser que se realice en un laboratorio de seguridad BSL-3.

Las siguientes actividades se pueden realizar en instalaciones BSL-2 utilizando prácticas de trabajo estándar para un laboratorio de nivel de bioseguridad BSL-2:

- Examen anatomopatológico y procesamiento de tejidos fijados con formalina o tejidos inactivados.
- Estudios de microscopía electrónica con rejillas fijas con glutaraldehído.
- Examen de rutina de cultivos bacterianos y fúngicos.
- Tinciones de rutina y análisis microscópico de frotis fijados.
- Empaquetado de muestras para su transporte a laboratorios de diagnóstico.
- Muestras inactivadas (p. ej. muestras en tampón de extracción de ácidos nucleicos)

Las siguientes actividades que implican la manipulación de muestras potencialmente infecciosas deben realizarse, como mínimo, en una cabina de seguridad BSC de Clase II. Se debe realizar una evaluación de riesgo específica del sitio para determinar si se precisan mayores precauciones de seguridad (por ejemplo, al manipular grandes volúmenes de muestra):

- Alicuotar y / o diluir muestras
- Inactivación de muestras
- Inoculación de medios de cultivo bacterianos o micológicos
- Preparación y fijación química o térmica de frotis para análisis microscópico.

C) Bibliografía.

1. Biosafety in Microbiological and Biomedical Laboratories (BMBL) 5th Edition | CDC Laboratory Portal | CDC [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 12]. Available from: https://www.cdc.gov/labs/BMBL.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fbiosafety%2Fpublications%2Fbmbbl5%2Findex.htm
2. UNECE. Instrucción de Embalaje P650. Available from: http://www.safetyway.es/images/PDF/P650_adr.pdf
3. European Agreement concerning the International Carriage of Dangerous Goods by Road. ADR 2019. Available from: https://www.unece.org/index.php?id=50858&no_cache=1
4. <https://www.iata.org/en/programs/cargo/dgr/>
5. ECDC. Infection prevention and control for the care of patients with 2019-nCoV in healthcare settings. February 2020. Available from <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/nove-coronavirus-infection-prevention-control-patients-healthcare-settings.pdf>
6. CDC. Biosafety in Microbiological and Biomedical Laboratories. 5th Edition. HHS Publication No. 21-1112 December 2009. Available from: <https://www.cdc.gov/labs/pdf/CDC-BiosafetyMicrobiologicalBiomedicalLaboratories-2009-P.PDF>
7. WHO. Laboratory biorisk management for laboratories handling human specimens suspected or confirmed to contain novel coronavirus: Interim recommendations. February 2013. Available from: https://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/Biosafety_InterimRecommendations_NovelCoronavirus_19Feb13.pdf?ua=1
8. CDC. Interim Laboratory Biosafety Guidelines for Handling and Processing Specimens Associated with 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV). February 2020. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/lab/lab-biosafety-guidelines.html>.

Anexo 3.

Encuesta epidemiológica de caso en investigación o confirmado de infección por el nuevo coronavirus 2019-nCoV.

Fecha de notificación del caso a la Subdirección de Epidemiología (dd/mm/aaaa) ____/____/____

Código del caso (a cumplimentar por la Subdirección de Epidemiología):

DATOS DE FILIACIÓN DEL ENFERMO:

1º apellido: _____ 2º apellido: _____
 Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____,
 Edad: ____ en años, Edad en meses en menores de dos años____, Edad en días en menores de 1 mes ____
 Sexo: Femenino () Masculino () Teléfono: _____.
 Domicilio actual: _____
 Localidad: _____ Provincia _____
 País de residencia actual: _____ País de nacimiento: _____
¿Pertenece a una agregación de casos?: SI () NO (),
 En caso afirmativo: Nº de identificación del caso índice: _____

INFORMACIÓN CLÍNICA:

Fecha de inicio de los primeros síntomas ____/____/____

Presentación clínica: (marcar con una X en la casilla correspondiente de todos los signos y síntomas):

Fiebre ¹ (en caso afirmativo indicar grados: ____ °C)	SI () NO () NS/NC ()
Tos	SI () NO () NS/NC ()
Neumonía ²	SI () NO () NS/NC ()
Dolor de garganta	SI () NO () NS/NC ()
Escalofríos	SI () NO () NS/NC ()
Dificultad respiratoria	SI () NO () NS/NC ()
Vómitos	SI () NO () NS/NC ()
Diarrea	SI () NO () NS/NC ()
Síndrome de Distress Respiratorio Agudo	SI () NO () NS/NC ()
Otros cuadros respiratorios graves	SI () NO () NS/NC ()
Fallo renal agudo	SI () NO () NS/NC ()
Otros síntomas/signos clínicos o radiológicos graves	SI () NO () NS/NC ()

Especificar _____

Factores de riesgo y enfermedad base: SI () NO () NS/NC (), en caso afirmativo especificar:

- () Diabetes
- () Enfermedad Cardiovascular (incluida hipertensión).
- () Enfermedad hepática crónica
- () Enfermedad Pulmonar crónica
- () Enfermedad renal crónica
- () Enfermedad neurológica o neuromuscular crónica
- () Inmunodeficiencia (incluido VIH)
- () Embarazo (indicar trimestre:_____)
- () Postparto (<6 semanas)
- () Cáncer
- () Otra: especificar: _____

¹ Fiebre o reciente historia de fiebre (>=38°C)

² Evidencia clínica o radiológica de neumonía

Ingreso en hospital:

SI () NO () NS/NC (), en caso afirmativo:

Fecha de ingreso (dd/mm/aa): ____ / ____ / _____, Fecha de alta (dd/m/aa) ____/____/_____

Centro _____ Servicio _____

Ventilación mecánica: SI () NO () NS/NC ()

Ingreso en UCI: SI () NO () NS/NC (), en caso afirmativo:

Fecha de ingreso (dd/mm/aa): ____ / ____ / _____, Fecha de alta (dd/m/aa) ____/____/_____

- Resultado:**
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vivo recuperado al final del seguimiento | <input type="checkbox"/> Muerte por SARS-CoV-2 |
| <input type="checkbox"/> Muerte por otra causa | <input type="checkbox"/> Muerte por causa desconocida |
| <input type="checkbox"/> Todavía en seguimiento | <input type="checkbox"/> No consta. |

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS:

Antecedentes de riesgo en los 14 días previos al inicio de síntomas (marcar las casillas que correspondan):

¿Conoce en su entorno cercano otras personas con una enfermedad similar?

SI () NO () NS/NC (), en caso afirmativo:

especificar tipo de lugar (trabajo, clase, hogar....) _____

¿Ha tenido contacto estrecho con un caso de SARS-CoV-2 probable o confirmado?

SI () NO () NS/NC (), en caso afirmativo:

NID del caso con el que ha tenido contacto _____, e indicar lugar del contacto:

- País: _____ - CCAA (si procede): _____
- Tipo de lugar (trabajo, clase, hogar...): _____
- Fecha del último contacto: ____/____/_____

¿Ha viajado a la provincia de Hubei, China?:

SI () NO () NS/NC (), en caso afirmativo especificar:

Fecha entrada Hubei: ____/____/_____

Fecha salida Hubei: ____/____/_____

Fecha regreso a España: ____/____/_____

Vuelo y nº de asiento: _____

¿Ha viajado a otras provincias de China u otros lugares?

SI () NO () NS/NC (), en caso afirmativo:

Especificar lugares y fechas del viaje (incluido sitios en España):	Fecha de entrada en el lugar (dd/mm/aa)	Fecha de salida del lugar (d/mm/aa)
Lugar 1º		
Lugar 2º		
Lugar 3º		
Lugar 4		

Fecha regreso a España: ____/____/_____

Vuelo y nº de asiento: _____

¿Ha visitado o trabajado en algún centro sanitario en algún país en el que se han notificado hospitalizaciones asociadas SARS-CoV-2 ?:

SI () NO () NS/NC (), en caso afirmativo indicar:

- País/países: _____

- Motivo de la estancia en el centro sanitario: _____

¿El paciente es trabajador sanitario?:

() Sí () No () Desconocido, en caso afirmativo

¿ha trabajado en algún centro sanitario en algún país en el que se han notificado hospitalizaciones asociadas a SARS-CoV-2?: () Sí () No () Desconocido, especificar el país/países: _____

¿Ha tenido contacto animales vivos o muertos en mercados, en países donde el SARS-CoV-2 está circulando?

SI () NO () NS/NC (),

DATOS DE LABORATORIO:

Fecha de diagnóstico de laboratorio _____

Identificador de muestras en el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) _____

Muestras enviadas al Centro Nacional de Microbiología:

Tipo de muestras	SI	No	Fecha de envío (dd/mm/aa)	Fecha de resultado (dd/mm/aa)
Tracto respiratorio superior				
Tracto respiratorio inferior				
Otras muestra (especificar)				

Pruebas de laboratorio realizadas para la identificación de otros patógenos (marque los que cumpla):

Patógeno	Positivo	Negativo	Pendiente	No realizado
Gripe A				
Gripe B				
Test rápido de Gripe				
VRS				
Metapneumovirus Humano				
Virus Parainfluenza				
Adenovirus				
Rhinovirus y/o enterovirus				
Coronavirus (No 2019-nCoV)				
Chlamydia pneumoniae				
Mycoplasma pneumoniae				
Legionella pneumoniae				
Streptococcus pneumoniae				
Otros: -				
-				

Clasificación del caso:

Caso en investigación () ; caso probable () caso confirmado () ; caso descartado ().

Caso importado: SI () NO () NS/NC (),

Asociado a brote: SI () NO () NS/NC (), Código de identificación de brote para la CCAA _____

Observaciones:

Fecha de cumplimentación: ____/____/____.

Firma:

Persona que cumplimenta la ficha: _____

Anexo 4. Algoritmo de investigación y manejo de contactos de infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2.

CONTACTO ESTRECHO¹ CON UN CASO PROBABLE o CONFIRMADO DE INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS

Contacto ASINTOMÁTICO en el momento actual, sin sintomatología respiratoria aguda:

- Vigilancia activa 14 días tras la última exposición.
- Recogida datos epidemiológicos básicos.
- No se recomienda la recogida de muestras de rutina²

Si el **contacto comienza con clínica** de infección respiratoria aguda (fiebre o tos) en los 14 días posteriores a la última exposición:

- Autoaislamiento.
- Contacto inmediato con la persona responsable de su seguimiento.
- **Manejo como un contacto sintomático.**

MANEJO DE CONTACTO SINTOMÁTICO que pasa a ser “caso en investigación”:

- Asegurar **aislamiento** paciente en el hospital o en el domicilio si no requiere ingreso (ver apartado 4.2 de control de infección)
- Asegurar la recogida de **muestras** utilizando mascarilla FFP2 o FFP3 (ver apartado 2.3, diagnóstico de un caso en investigación):
 - Muestras respiratorias (ver apartado 2.3 y anexo 2, diagnóstico de un caso).
 - Otras muestras (ver apartado 2.3 y anexo 2).
- **Informar** a la Dirección de Salud de Área y completar formulario de notificación de caso.
- **Envío de muestras al CNM** (previa autorización de la Dirección de Salud de Área).



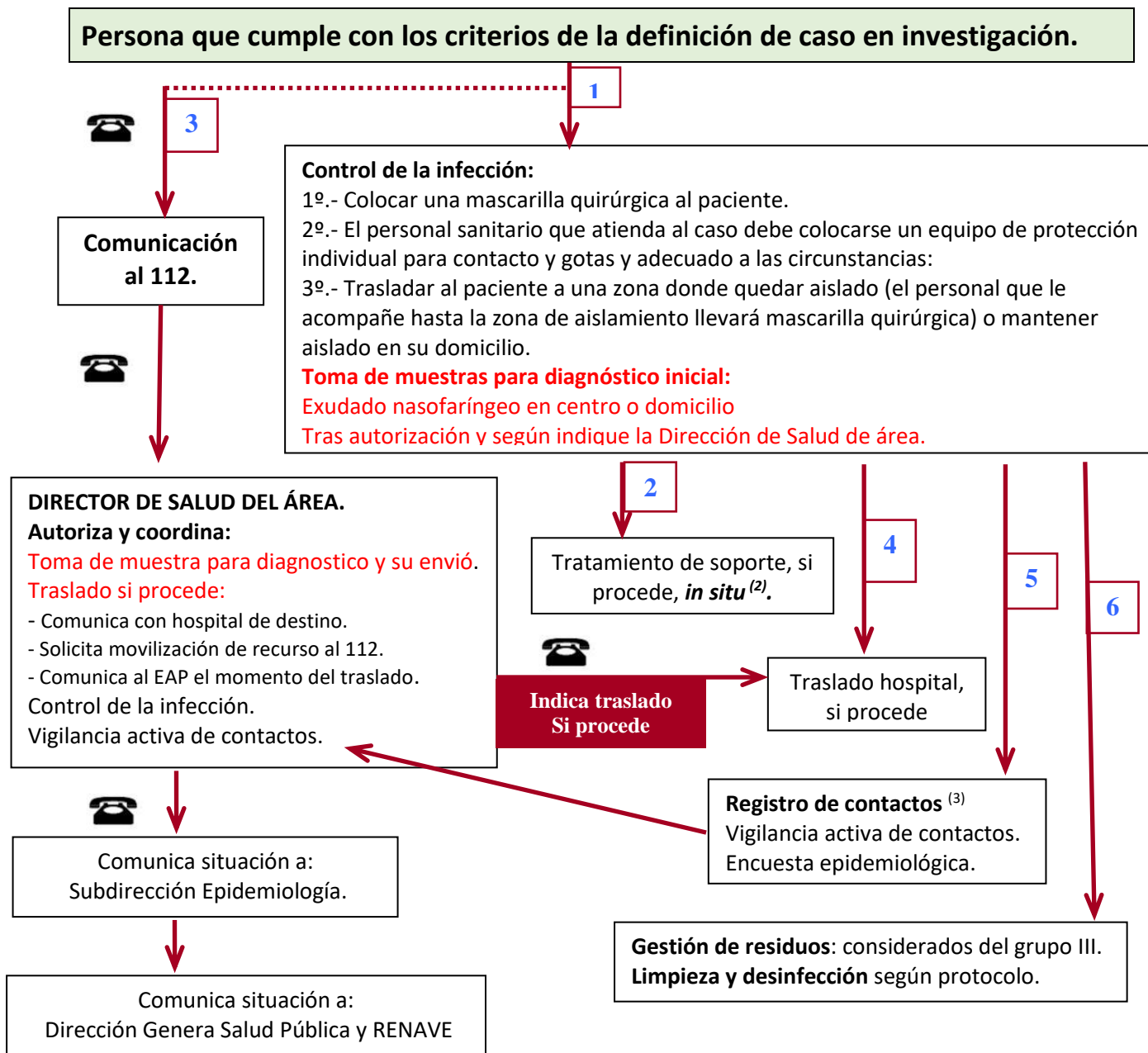
¹ Se define como contacto estrecho cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas: trabajadores sanitarios que no han utilizado las medidas de protección adecuadas, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar; o que haya estado en el mismo lugar que un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas, a una distancia menor de 2 metros (ej. convivientes, visitas); o, en un avión, a los pasajeros situados en un radio de dos asientos alrededor de un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas y a la tripulación que haya tenido contacto con dichos casos.

² En determinadas ocasiones, si la valoración del riesgo de transmisión realizada por la Dirección de Salud se considera alta, se indicará la recogida de muestras respiratorias (nasofaríngeas y orofaríngeas; esputo si es posible) y para estudio serológico y envío al laboratorio del CNM. Si la muestra es negativa se continúa la vigilancia de síntomas durante los 14 días desde la última exposición. Si la muestra es positiva y no requiere hospitalización se recomendará el aislamiento domiciliario o donde la Dirección de Salud establezca.

Anexo 5.

Algoritmo para el manejo de caso en investigación en A. Primaria o domicilio.

(Los números enmarcados indican el orden de prioridad de las actuaciones)



(1) A Las áreas consideradas actualmente se pueden consultar en el siguiente enlace:

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/areas.htm>

(2) No se realizará ninguna actuación sanitaria que no sea **estrictamente imprescindible**.

(3) A efectos de la definición de caso, se clasifica como **contacto estrecho**:

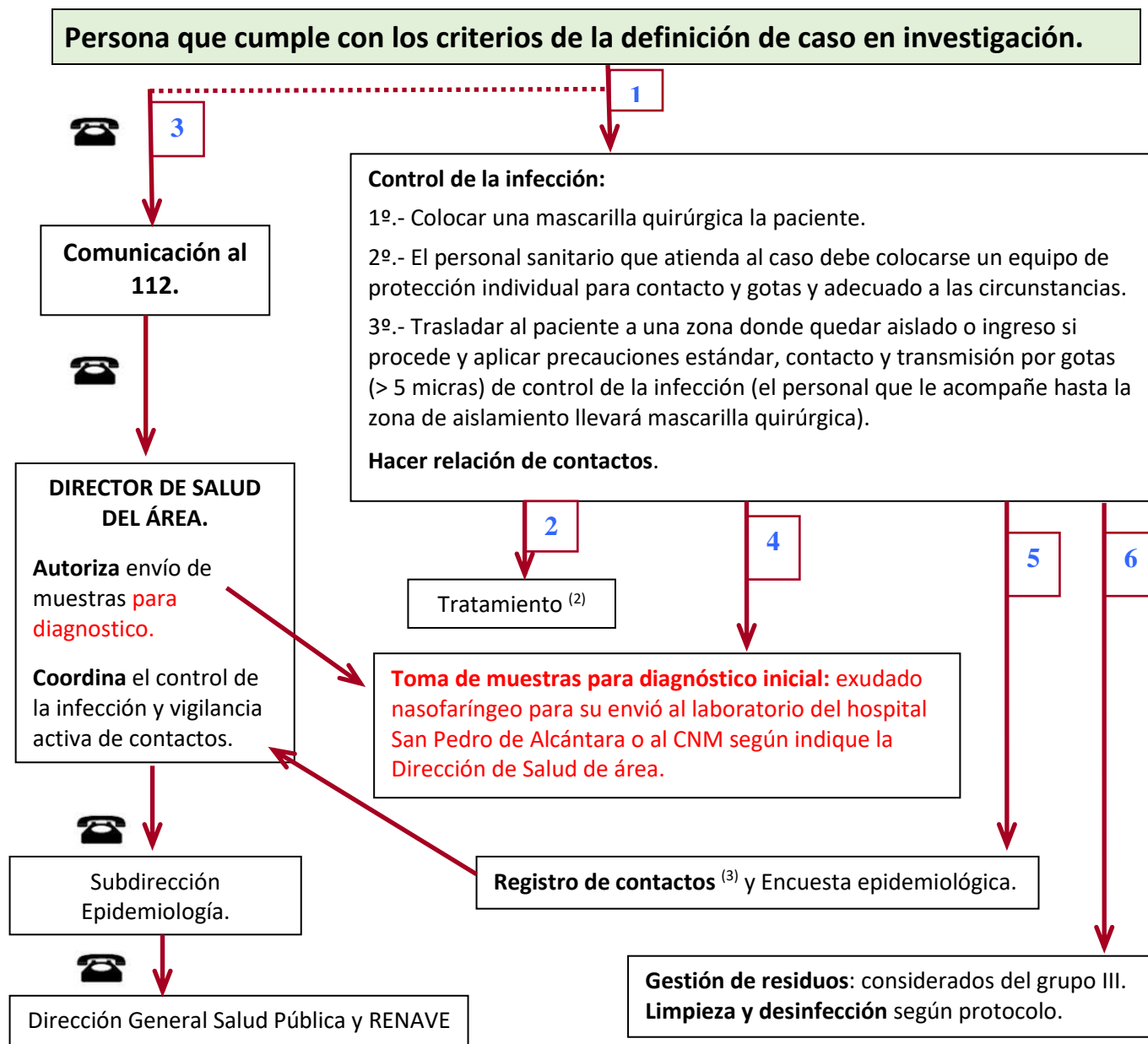
- Cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas: trabajadores sanitarios que no han utilizado las medidas de protección adecuadas, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar;

- Cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas, a una distancia menor de 2 metros (ej. convivientes, visitas) Se considera contacto estrecho en un avión, a los pasajeros situados en un radio de dos asientos alrededor de un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas y a la tripulación que haya tenido contacto con dichos casos .

Anexo 6.

Algoritmo para el manejo de caso en investigación en Hospital.

(Los números enmarcados indican el orden de prioridad de las actuaciones)



(1) A las áreas consideradas actualmente se pueden consultar en el siguiente enlace: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/areas.htm>

(2) No se realizará ninguna actuación sanitaria que no sea **estrictamente imprescindible**.

(3) A efectos de la definición de caso, se clasifica como **contacto estrecho**:
 - Cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas: trabajadores sanitarios que no han utilizado las medidas de protección adecuadas, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar;
 - Cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas, a una distancia menor de 2 metros (ej. convivientes, visitas) Se considera contacto estrecho en un avión, a los pasajeros situados en un radio de dos asientos alrededor de un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas y a la tripulación que haya tenido contacto con dichos casos .