

PROCEDIMIENTO GENERAL DE ATENCIÓN SANITARIA AL COVID 19 EN ARAGÓN

Versión 1/10/2020

Los apartados con cambios significativos en relación a la versión de 11/9/2020 se resaltan en color azul.

Este procedimiento es el general para las actuaciones sanitarias respecto a la enfermedad Covid 19 en Aragón. Está basado en la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de Covid 19 del Ministerio de Sanidad en su versión más reciente (disponible en la siguiente dirección web):

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos.htm>), y adaptado a la situación específica del sistema sanitario en Aragón.

Se actualizará periódicamente en función de la evolución de la situación epidemiológica y de acuerdo a los procedimientos y documentos técnicos elaborados por el Ministerio de Sanidad y las sociedades científicas.

Otros procedimientos específicos se actualizarán con las medidas previstas en este documento, a medida que sea posible. Hasta que se actualicen, lo previsto en este documento prevalecerá sobre versiones anteriores de otros procedimientos. Los procedimientos específicos están disponibles en: <https://www.aragon.es/-/procedimiento-de-actuacion-frente-a-casos-de-infeccion-por-el-nuevo-coronavirus-en-aragon>

Entre ellos están los previstos para el sistema público asistencial, centros residenciales y educativos. También hay disponibles otros recursos informativos y de uso por la población en general.

Cada Sector Sanitario deberá adaptar estas recomendaciones generales a las circunstancias y organización específica de cada centro.

ÍNDICE

1. [Situación de la pandemia y objetivos generales.](#)
2. [Detección y notificación de casos.](#)
3. [Manejo de casos en los diferentes ámbitos asistenciales.](#)
4. [Estrategias diagnósticas frente a COVID-19.](#)
5. [Estudio y manejo de contactos.](#)
6. [Estudios de cribado.](#)
7. [Interpretación de las pruebas serológicas.](#)
8. [Anexos.](#)

1. SITUACIÓN DE LA PANDEMIA Y OBJETIVOS GENERALES

A mediados del pasado mes de julio la situación epidemiológica de Aragón en relación con la pandemia Covid19 tuvo un nuevo pico epidémico que se ha mantenido hasta la segunda quincena de agosto dejando paso a una situación de estabilización en una meseta en torno a los 175 casos por 100.000 habitantes (incidencia en la semana 39), aunque con importantes diferencias por sectores y zonas de salud.

En esta fase es necesario mantener todas las cautelas y seguir insistiendo en las medidas más efectivas que el sistema sanitario debe llevar a cabo para la limitación de las cadenas de transmisión de la infección en todos los ámbitos debido al claro incremento de casos ligados, sobre todo, a reuniones sociales y espacios de ocio, tanto en el ámbito privado como público. La apertura del curso escolar, hasta el momento, no ha supuesto un incremento significativo del número de casos y, pese al importante número de pruebas diagnósticas realizadas a los contactos en el ámbito de los centros educativos, prácticamente no se han detectado nuevos casos ligados a la transmisión en dicho entorno.

Se puede consultar la situación actualizada epidemiológica y asistencial de la epidemia Covid 19 en Aragón, tanto en general como por zona básica de salud, en las páginas siguientes:

<http://datacovid.salud.aragon.es/covid/>

<https://transparencia.aragon.es/COVID19>

<https://www.aragon.es/-/boletin-epidemiologico-de-aragon#anchor1>

Objetivos generales

- 1) **El primer objetivo fundamental sigue siendo la detección precoz de cualquier caso de enfermedad Covid19 mediante pruebas diagnósticas de infección activa (PDIA), su aislamiento precoz, y la identificación y cuarentena de sus correspondientes contactos.** Se pretende, por tanto, que no queden personas sin diagnosticar.
- 2) **El segundo objetivo fundamental es que se indiquen en todos los casos las medidas de prevención y control necesarias para intentar contener la transmisión de la enfermedad.**
- 3) **El tercer objetivo fundamental es recoger la información epidemiológica individualizada de todos los casos confirmados, de acuerdo con la encuesta oficial aprobada, y que se introduzca en los sistemas de información previstos. Covid19 es una enfermedad de declaración obligatoria urgente** que se notificará por los procedimientos previstos más adelante.

Los 3 objetivos se deben llevar a cabo en todos los tipos de asistencia (pública y privada) y en todos los niveles (primaria, especializada, 061 Aragón, servicios de prevención y vigilancia epidemiológica).

2. DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE CASOS

Los **objetivos** fundamentales en relación con la detección y seguimiento de casos de infección activa son los siguientes:

- Detectar de forma precoz todos los casos para disminuir la transmisión en la comunidad mediante medidas de prevención y control.
- **Confirmar el 100% de los casos mediante PDIA*.**
- Obtener información individualizada de todos los casos y notificarlos de acuerdo al modelo de encuesta epidemiológica del Ministerio de Sanidad (**Anexo 1**).
- Realizar seguimiento individualizado de los casos.

* En el momento actual se dispone de dos pruebas de detección de infección activa, una prueba rápida de detección de antígenos y otra de detección de ARN viral mediante técnica de RT-PCR o 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, como se indica más adelante.

2.1 Detección de casos de enfermedad Covid 19

Se establecen las siguientes categorías de caso:

- **Sospechoso:** persona que cumple criterio clínico hasta obtener el resultado de la PDIA.

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

- **Probable:** persona con infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico y radiológico compatible con Covid19 y resultados de PDIA negativos, o casos sospechosos con PDIA no concluyente.
- **Caso confirmado:**
 - a) **Con infección activa:**
 - Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso y con PDIA positiva.
 - Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso, con PDIA negativa y resultado positivo a IgM por serología de alto rendimiento (no por test rápidos de anticuerpos).
 - Persona asintomática con PDIA positiva con IgG negativa o no realizada.

b) Con infección resuelta:

- Persona asintomática con serología IgG positiva independientemente del resultado de la PDIA (positiva, negativa o no realizada).
- **Descartado:** caso sospechoso con PDIA negativa e IgM también negativa, si esta prueba se ha realizado, en los que no hay una alta sospecha clínica.

Ante cualquier caso sospechoso de Covid 19 en cualquier nivel o tipo de asistencia sanitaria (pública o privada, Atención Primaria, Atención Hospitalaria, 061, etc.) **se le indicará la realización de una PDIA, si es posible, antes de transcurridas 24 horas desde el inicio de síntomas, y se indicará el aislamiento del caso**, que incluye medidas diferentes a las de la cuarentena domiciliaria y que se exponen más adelante.

Si la prueba resulta negativa y hay alta sospecha clínica de Covid19 se valorará repetir la prueba. Si se realizó **detección rápida de antígeno** de inicio, se realizará una PCR y, si se realizó una **PCR** de inicio, se repetirá a las 48 horas. Si la PDIA continúa siendo negativa y han transcurrido, al menos 7 días desde el inicio de síntomas, se puede plantear **detección de IgM** mediante prueba serológica de **ELISA** u otras técnicas de inmunoensayo de alto rendimiento*.

*La serología tipo ELISA u otras técnicas de inmunoensayo de alto rendimiento NO están indicadas por sí solas para el diagnóstico en la fase aguda de la enfermedad.

No hay que volver a realizar PDIA de nuevo a las personas asintomáticas que ya tuvieron una prueba positiva, dada la falta de evidencia en el momento actual de transmisibilidad a partir de pacientes que vuelven a presentar PDIA positiva. Por ello, antes de indicar una prueba PDIA, habrá que comprobar el antecedente de resultados previos en la prueba PDIA.

Los posibles casos sospechosos de infección por el nuevo coronavirus que acudan al sistema sanitario se valorarán en su punto de acceso correspondiente (*online* desde el Centro Coordinador de Urgencias del 061, domicilio, centro de salud, consultorio médico local u hospital). En cualquiera de los ámbitos de atención presencial el facultativo realizará la valoración clínica del paciente colocándole previamente una mascarilla quirúrgica.

Se obtendrá la información individualizada de todos los casos y se notificará por los procedimientos que se detallan a continuación como una enfermedad de declaración obligatoria de carácter urgente.

2.2 Recogida de información y notificación de casos

La recogida de información individual se realizará, en todos los casos confirmados, en la encuesta epidemiológica (**Anexo 1**) y se notificará según los procedimientos previstos. Hasta que se disponga de mayor información en relación al significado clínico y epidemiológico de los **casos que vuelven a presentar sintomatología y/o una PDIA positiva**, este tipo de casos **NO** se notificarán como nuevos casos de COVID al sistema de vigilancia.

Los procedimientos a seguir con los **sistemas informatizados de historia clínica electrónica y OMI-AP**, por parte de los profesionales del sistema público de salud se recogen en el documento que se envía conjuntamente con este procedimiento, denominado "*Sistemas de Registro en Historia Clínica*

Electrónica (HCE) para el diagnóstico y notificación de casos e identificación de contactos de Covid19 en Aragón” disponible en la siguiente dirección web:

<https://www.aragon.es/-/procedimiento-de-actuacion-frente-a-casos-de-infeccion-por-el-nuevo-coronavirus-en-aragon>

2.3 Detección y notificación de agrupaciones de casos

En el caso de que se detecten **agrupaciones de casos**, especialmente en **colectivos vulnerables y esenciales**, como por ejemplo residencias, centros sanitarios, educativos o centros de trabajo, el profesional sanitario de cualquier ámbito deberá contactar con **Salud Pública (vigilancia epidemiológica) y notificar cualquier sospecha de agrupación de casos**.

En el caso de las **residencias**, tanto de personas mayores como otro tipo de centros sociosanitarios, **un solo caso confirmado** se considerará un brote por Covid 19 a efectos de instaurar medidas de prevención y control. En **otro tipo de entornos**, se considerará brote por Covid 19 **cualquier agrupación de 3 o más casos confirmados con infección activa en los que se ha confirmado un vínculo epidemiológico**.

El contacto con las unidades de vigilancia epidemiológica se hará en los siguientes teléfonos:

En horario de 8:00 a 15:00 horas de lunes a viernes no festivos:

-Huesca, Sección de Vigilancia Epidemiológica de la Subdirección de Salud: **974 29 32 28**

-Teruel, Sección de Vigilancia Epidemiológica de la Subdirección de Salud: **978 64 11 61**

-Zaragoza, Sección de Vigilancia Epidemiológica de la Subdirección de Salud: **976 71 53 50**

En el resto de horas y días la comunicación del suceso se iniciará llamando al **112**, solicitando el contacto inmediato con el **Sistema de Atención a Alertas de Salud Pública**.

En el contexto de la investigación de agrupaciones de casos, las unidades de vigilancia epidemiológica detectarán casos asociados a las agrupaciones. **Para ello podrán solicitar la realización de pruebas a los diferentes dispositivos asistenciales** (Atención Primaria, Especializada, 061).

El seguimiento de los casos confirmados por las unidades de vigilancia epidemiológica se coordinará con los responsables del nivel asistencial correspondiente.

En el caso de brotes ocurridos en el ámbito laboral los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales deberán colaborar en su investigación y control, especialmente en el caso de actividad sanitaria presencial en el centro de trabajo afectado.

3. MANEJO DE CASOS EN LOS DIFERENTES ÁMBITOS ASISTENCIALES

3.1. Atención Primaria

El médico de familia que atienda un caso sospechoso de Covid19 deberá indicar la realización de una toma de muestras para PDIA en todos los casos, incluso los casos leves, toma que se realizará en el propio centro de salud o domicilio del paciente en las primeras 24 horas desde la sospecha. En ese mismo momento recogerá la **información básica del caso sospechoso en el formulario correspondiente de OMI-AP**, que incluye los datos de filiación, la clasificación como caso sospechoso de Covid19 y la indicación de la prueba PDIA.

Se pedirá al paciente que haga una **lista de los posibles contactos estrechos** en todos los ámbitos (familiar, laboral, social) según las definiciones que se especifican más adelante y se les indicará **aislamiento** hasta la confirmación o no del caso. Esto no incluye los contactos de casos en centros educativos, que se realizarán por Salud Pública.

Si el resultado de la PDIA es positivo llegará una notificación para el médico de familia en el “buzón de informes recibidos” del programa OMI-AP y, cuando el profesional lo consulte, se le dirigirá hacia la **encuesta epidemiológica oficial para la notificación de casos confirmados -Anexo 1-** que se encuentra en Historia Clínica Electrónica (HCE). Esta información incluye datos clínicos, antecedentes, posible exposición, fechas de inicio de síntomas y diagnóstico, pruebas realizadas, fechas de aislamiento e identificación de contactos y, en su caso, evolución. Covid 19 es una **enfermedad de declaración obligatoria de carácter urgente y, por tanto, deberá rellenarse siempre esta encuesta epidemiológica oficial.**

Se hará un **seguimiento diario de la situación clínica del paciente** por el profesional sanitario designado específicamente en el equipo.

La atención sanitaria para la valoración del paciente en el centro de salud se realizará como en cualquier otro tipo de consulta y **se registrará en OMI creando el episodio correspondiente (A77) (ver procedimiento específico** referido a los sistemas de información OMI-AP e historia clínica) indicando al paciente aislamiento domiciliario, siempre que pueda garantizarse que éste sea efectivo. Cuando no pueda garantizarse en el domicilio, se indicará el aislamiento en hoteles u otras instalaciones habilitadas para tal uso.

Si el paciente solicita atención domiciliaria, el profesional sanitario valorará telefónicamente si se trata de un caso sospechoso e indicará, si es pertinente, una PDIA cuya muestra será tomada por un profesional de enfermería del equipo. Si la sintomatología es leve se pondrá en aislamiento domiciliario y se hará seguimiento telefónico diario de sus síntomas respiratorios por parte de los profesionales sanitarios del EAP.

Siguiendo las recomendaciones del ECDC y el CDC el aislamiento se **mantendrá hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico respiratorio con un mínimo de 10 días desde el inicio de los síntomas.** Otros síntomas como por ejemplo la anosmia o la ageusia pueden perdurar más tiempo, pero no se valorarán de cara a la resolución. En los casos asintomáticos el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos 10 días desde la fecha del diagnóstico. El seguimiento será supervisado hasta el alta epidemiológica por parte de los profesionales del Equipo de Atención

Primaria. **No se realizará una PCR para levantar el aislamiento ni para reincorporarse a la actividad laboral.**

Se podrá valorar, de forma excepcional, en el caso de personas que se encuentren desplazadas fuera de su localidad de residencia en el momento del diagnóstico, el retorno a su lugar de residencia para la finalización del aislamiento. En todo caso, se requerirá el cumplimiento de todas las medidas de prevención y control necesarias y la firma de una declaración ([ver Anexo 2](#)).

En el ámbito de los centros educativos el manejo de los casos y contactos se detalla en un procedimiento específico, cuya actualización se remitirá igualmente a la red de equipos de Atención Primaria y dispositivos del 061 Aragón denominado ***“Identificación, notificación y seguimiento de casos en el ámbito escolar: intervención desde el ámbito sanitario”***.

3.2. Atención Hospitalaria

La identificación de un posible caso debe realizarse en el punto de primer contacto con el paciente (Servicio de Admisión o triaje), en función de la organización del servicio en cada centro hospitalario.

En el caso de pacientes trasladados en ambulancia por el 061 para ingreso, se procurará un circuito de entrada del paciente que minimice la exposición de otros pacientes o profesionales.

En la medida de lo posible se evitará el traslado o derivación de casos confirmados entre centros hospitalarios, pero podrán establecerse circuitos específicos de derivación si por las circunstancias evolutivas de la pandemia así se precisa para mantener el funcionamiento óptimo de los hospitales (UCI y camas de hospitalización).

Si se identifica como caso sospechoso se proporcionará al paciente una mascarilla quirúrgica y se indicará la realización de una PDIA en el Servicio de Urgencias en todos los casos, incluso los casos leves que se atiendan en urgencias. No se derivarán a Atención Primaria para el diagnóstico.

Si se confirma y tras la exploración se considera un caso leve, se le indicará aislamiento domiciliario y el informe de alta de Urgencias se notificará a su médico de familia del EAP por vía telemática (buzón de informes recibidos de OMI) para el seguimiento de su cuadro clínico.

En todos los casos se recogerá la información básica del paciente y su cuadro clínico en la aplicación informática de Urgencias, PCH o Historia Clínica Electrónica, que incluirá los datos de filiación del caso, su clasificación como caso sospechoso, que se ha recogido muestra para PDIA y destino del paciente (derivado a Atención Primaria, ingreso, continúa en planta u otras).

Si se produce la confirmación mediante PDIA las unidades de Medicina Preventiva o, en su caso, los servicios de Prevención de Riesgos Laborales, completarán la información del caso confirmado en la encuesta epidemiológica que se encuentra en el correspondiente formulario de HCE. Si el paciente no es hospitalizado se informará igualmente al médico de familia de referencia para que la

encuesta se realice en su EAP (notificación de alta hospitalaria al buzón de informes recibidos de OMI).

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, pero siempre se cumplirá una **estricta higiene de manos** antes y después del contacto con el paciente, así como tras la retirada del equipo de protección individual.

Los casos que han requerido ingreso hospitalario podrán recibir el alta hospitalaria si su situación clínica lo permite, aunque su PCR siga siendo positiva, pero se deberá mantener el aislamiento domiciliario con monitorización de su situación clínica al menos 10 días desde el alta hospitalaria. A partir de estos 10 días y siempre que hayan transcurrido tres días desde la resolución de la fiebre y el cuadro clínico respiratorio, se podrá finalizar el aislamiento bajo criterio clínico. Otros síntomas como por ejemplo la anosmia o la ageusia pueden perdurar más tiempo, pero no se valorarán de cara a la resolución. En cualquier caso, **si antes de transcurridos estos 10 días de aislamiento domiciliario desde el alta hospitalaria se realiza una PCR y se obtiene un resultado negativo, se procederá a finalizar el aislamiento del al paciente.**

En caso de tener la última PCR negativa en el momento del alta hospitalaria y no presentar síntomas respiratorios en los tres días previos, se considerará que la infección está resuelta y se podrá dar el alta sin necesidad de aislamiento en domicilio.

Los familiares o acompañantes del paciente serán informados del procedimiento a seguir en cada momento y, en los casos de menores o pacientes que lo requieran, el paciente tendrá derecho a dicho acompañamiento y deberán adoptarse las medidas necesarias para su protección mediante la utilización de equipos de protección individual adecuados.

Con el objetivo de minimizar la transmisión de la enfermedad se recomienda que las visitas en los centros hospitalarios se limiten a un mismo acompañante por paciente.

Se recomienda un registro de las personas que entren en la habitación, así como de las actividades realizadas en cada acceso y de los incidentes o accidentes que concurren en las mismas. Además, se elaborará un listado de las personas que han estado en contacto con el paciente.

3.3. Atención en centros sanitarios privados y servicios de prevención de riesgos laborales

Todos los centros sanitarios privados y servicios de prevención de riesgos laborales que atiendan casos sospechosos de Covid 19 deberán realizar una PDIA con los mismos criterios expuestos. El seguimiento clínico de los casos Covid19 será responsabilidad del centro sanitario o facultativo que lo detecte, incluidas la realización de pruebas diagnósticas adicionales y la indicación de las medidas de prevención y control.

La notificación de los casos Covid 19 es igualmente obligatoria y urgente según los criterios expuestos. Se ha habilitado para los servicios privados un **formulario web** que permite la notificación de la información epidemiológica individualizada de cada caso confirmado.

Los **directores médicos de los centros hospitalarios asistenciales privados serán los responsables de la declaración diaria de los casos**, que se hará mediante un acceso seguro con identificación y contraseña.

Los **facultativos con ejercicio privado** podrán solicitar el acceso a la plataforma para la declaración de los casos a la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón.

En el caso de brotes ocurridos en el ámbito laboral, los servicios de Prevención de Riesgos Laborales deberán colaborar en su investigación y control, especialmente en el caso de actividad sanitaria presencial en el centro de trabajo afectado.

3.4. Atención en residencias de mayores y otros centros sociosanitarios

En los casos confirmados que sean residentes en centros para mayores o en otros centros socio-sanitarios que no requieran ingreso hospitalario y sean tratados en la residencia, **se indicará aislamiento en los centros donde residen**. El aislamiento se mantendrá hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico respiratorio con **un mínimo de 10 días desde el inicio de los síntomas**. Otros síntomas como por ejemplo la anosmia o la ageusia pueden perdurar más tiempo, pero no se valorarán de cara a la resolución. El seguimiento y el alta serán supervisados por el médico de familia del EAP correspondiente.

Si no puede garantizarse el aislamiento efectivo de los casos leves se indicará el traslado al **dispositivo asistencial que corresponda**, de acuerdo con el protocolo de coordinación que exista en cada momento entre el Departamento de Sanidad y el Departamento de Ciudadanía y Servicios Sociales.

Debido a la vulnerabilidad de los centros socio-sanitarios, **la detección de un solo caso confirmado en estas instituciones, sea residente o trabajador, se considerará un brote** a efectos de la puesta en marcha de las medidas de actuación oportunas. Además de las actuaciones generales, se realizará PDIA a los contactos estrechos o, según la circunstancia, a todos los residentes y trabajadores de la misma, según criterio de Salud Pública (vigilancia epidemiológica).

Los brotes y la identificación de casos por parte de Salud Pública y los centros residenciales se registrarán en la aplicación *SIRCovid*. Igualmente, desde los equipos de Atención Primaria y el 061 se tendrá acceso a dicha aplicación para generar listados de trabajo con los residentes y trabajadores para la realización de PCR o test rápido de antígeno en dicho entorno residencial. Conforme se desarrollen nuevas funcionalidades, éstas serán accesibles a los profesionales sanitarios de esos ámbitos.

3.5. Atención en centros penitenciarios y otras instituciones cerradas

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, **se indicará aislamiento en los centros donde estén internados**. El aislamiento se mantendrá hasta transcurridos 3 días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico respiratorio con **un mínimo de 10 días desde el inicio de los síntomas**. Otros síntomas como por ejemplo la anosmia o la ageusia pueden perdurar más tiempo, pero no se valorarán de cara a la resolución. El seguimiento y el alta serán supervisados por el médico que haya hecho el seguimiento en su centro.

3.6. Atención en el ámbito laboral

El personal sanitario y sociosanitario que resulte ser caso confirmado y no requiera ingreso hospitalario será manejado de la misma forma que la población general en cuanto al aislamiento. Se podrán reincorporar a su puesto de trabajo tras 10 días del inicio de síntomas siempre que permanezcan asintomáticas al menos 3 días y tras la realización de una prueba de diagnóstico que indique ausencia de transmisibilidad, bien sea por una determinación positiva de IgG por una técnica de alto rendimiento o por una PCR negativa o que, aun siendo positiva, lo sea a un *umbral de ciclos (Ct)* elevado (> 30-35, siempre bajo criterio del correspondiente laboratorio de Microbiología).

El personal sanitario y sociosanitario que resulte ser caso confirmado y que requiera ingreso hospitalario se tratará de la misma forma que la población general y podrá recibir el alta hospitalaria, si su situación clínica lo permite, aunque su PCR siga siendo positiva, pero deberá mantener aislamiento domiciliario con monitorización de su situación clínica al menos 10 días desde el momento del alta hospitalaria. Para la reincorporación a su puesto de trabajo serán necesarias las mismas condiciones que en el caso anterior.

Los trabajadores que no pertenezcan a estos dos ámbitos mencionados y sean casos confirmados que no requieran ingreso hospitalario, serán manejados de la misma forma que la población general en cuanto al aislamiento. El seguimiento y el alta serán supervisados por su médico de familia del EAP correspondiente o de la entidad responsable de su asistencia sanitaria en el caso de otros tipos de aseguramiento público.

3.7. Atención a pacientes de mutualidades de aseguramiento público (MUFACE, MUGEJU E ISFAS)

El diagnóstico de un caso con clínica sospechosa es competencia de las mutualidades de aseguramiento público y sus entidades proveedoras privadas correspondientes e incluirá tanto la consulta como las pruebas complementarias necesarias para el diagnóstico, así como el tratamiento oportuno. Igualmente, el seguimiento clínico de estos pacientes es competencia de las mutualidades y sus entidades proveedoras. **En aquellos municipios con menos de 10.000 habitantes, donde las mutualidades carecen de dispositivos de asistencia sanitaria, serán los correspondientes EAP los que asumirán dicha labor**.

Cuando se diagnostique un caso confirmado por el facultativo de la aseguradora privada deberá notificarlo a Salud Pública de acuerdo con los cauces establecidos.

4. ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS FRENTE A COVID19

A continuación, se muestran las prioridades de utilización de las diferentes PDIA en **pacientes con síntomas compatibles con COVID-19**, en función de los ámbitos y de las características clínicas de las personas en las que se realizan, teniendo en cuenta tanto su utilidad como su disponibilidad. En aquellos casos en los que se indique 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.

De manera general, para el diagnóstico de infección activa se dispone de pruebas PCR (reacción en cadena de polimerasa), técnicas de detección rápida de antígenos y pruebas serológicas de alta sensibilidad (ELISA, EQLIA, CMIA y similares).

Las muestras recomendadas para el diagnóstico mediante PCR o test rápido de antígeno son del **tracto respiratorio**:

- a. **Superior**: exudado nasofaríngeo preferiblemente y/o orofaríngeo, ó:
- b. **Inferior** preferentemente lavado broncoalveolar, esputo (si es posible) y/o aspirado endotraqueal, especialmente en pacientes con enfermedad respiratoria grave.

No está indicado hacer una nueva PDIA a personas que en su momento fueron positivas. Por ello, antes de indicar una nueva prueba habrá que comprobar el antecedente de resultados previos. Una nueva PDIA positiva no significa necesariamente transmisibilidad según el conocimiento actual y puede coincidir con una IgG positiva que indica infección resuelta.

En el caso de pacientes que resultaron PCR/Test rápido de antígeno positivos varias semanas atrás y a los que no se llegó a hacer una nueva prueba para verificar su negativización, puede solicitarse, si se considera pertinente por su evolución clínica, una prueba ELISA o similar para comprobar si se trata de infecciones resueltas.

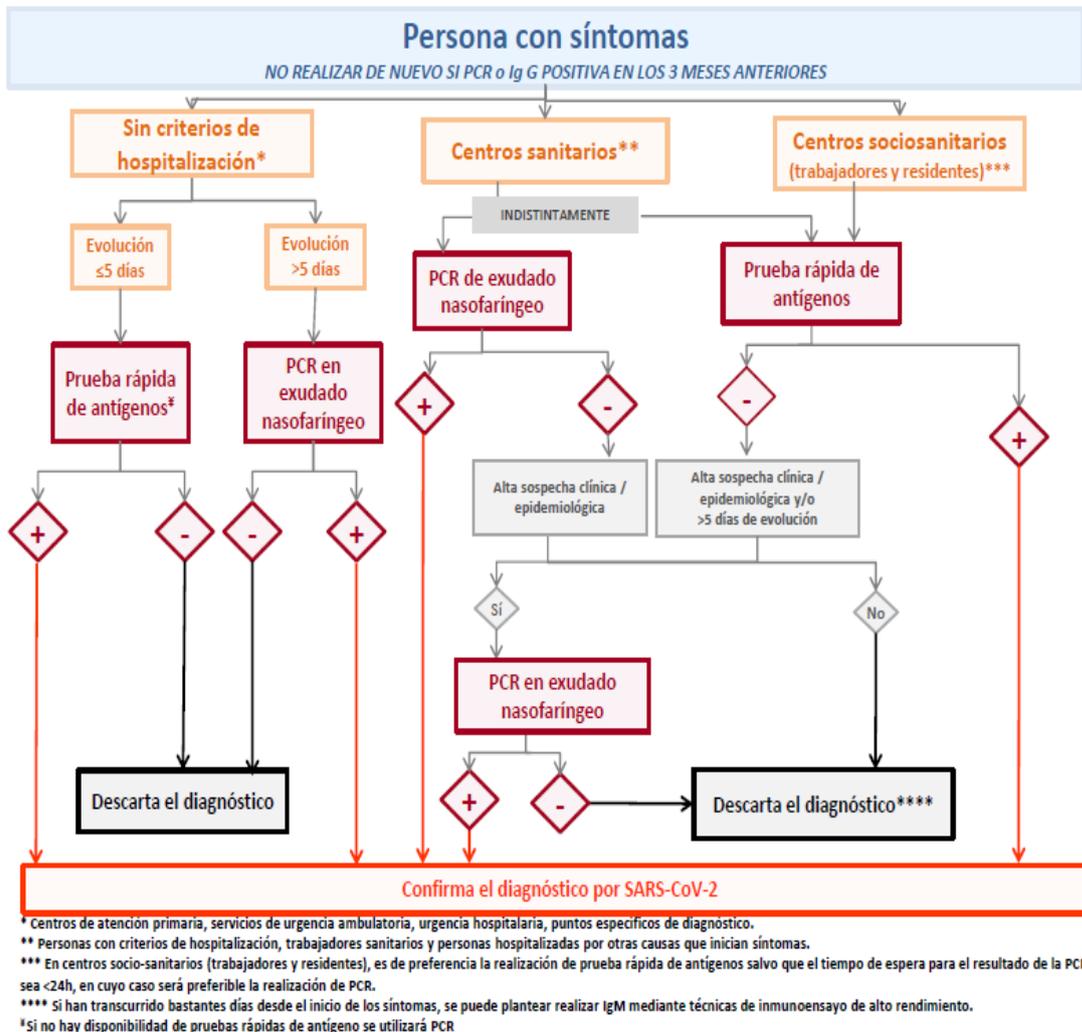
Las **muestras clínicas para análisis de PCR** deben ser tratadas como potencialmente infecciosas y se consideran de categoría B. Si requieren transporte fuera del centro sanitario o del domicilio a un laboratorio, serán transportadas en **un triple embalaje según la norma UN3373**.

La indicación de las distintas pruebas depende de la evolución clínica y del ámbito de atención sanitaria al paciente:

- **Personas sintomáticas sin criterios de hospitalización** (Atención Primaria, servicios de urgencia del 061 Aragón, urgencias hospitalarias):
 - ✓ Si la evolución de los **síntomas es ≤ 5 días**, realizar **prueba rápida de detección de antígeno** de SARS-CoV-2. Si el resultado es positivo, se confirmará el diagnóstico y, si es negativo se considera descartada la infección activa.

- ✓ Si la evolución de los **síntomas es >5 días**, se realizará **PCR** de exudado nasofaríngeo.
- **Trabajadores de centros hospitalarios y personas ingresadas en centros hospitalarios (sintomáticos con criterios de hospitalización y personas hospitalizadas por otras causas que inician síntomas):**
 - ✓ Se considera válida la realización tanto de una prueba rápida de detección de antígeno de SARS-CoV-2 como una PCR en exudado nasofaríngeo, 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. Las posibilidades diagnósticas son:
 - 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 descartarán 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 pero la sospecha clínica/epidemiológica es alta y/o han pasado > 5 días desde el inicio de los síntomas, se realizará la PCR en exudado nasofaríngeo.
 - ✓ 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.
- **Trabajadores y residentes sintomáticos en el ámbito de residencias de mayores, centros residenciales de discapacitados, centros penitenciarios y otros centros sociosanitarios:**
 - ✓ Realizar prueba rápida de detección de antígeno en exudado nasofaríngeo:
 - Si el resultado es negativo pero la sospecha clínica/epidemiológica es alta y/o han pasado > 5 días desde el inicio de los síntomas, se realizará la PCR en exudado nasofaríngeo. Se podrá descartar otros patógenos como la gripe y, en niños y ancianos, el VRS.
 - Será preferible hacer una PCR si el tiempo de espera del resultado se prevé que pueda ser menor de 24 horas.

En el algoritmo de la página siguiente se muestra el resumen de indicaciones de las pruebas diagnósticas de infección activa en función del entorno y los días de evolución de los síntomas:



5. ESTUDIO Y MANEJO DE CONTACTOS

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

Los **objetivos** en relación con el manejo de los contactos son:

- Detectar de forma precoz los contactos convivientes de casos **sospechosos**.
- Detectar todos los contactos durante el período de transmisión de un caso **confirmado**.

- Establecer cuarentena domiciliaria de los contactos de casos confirmados.
- Detectar precozmente los contactos que inicien síntomas.
- Obtener información agregada de los contactos.

Se clasifica como contacto estrecho:

- Cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso: personal sanitario o socio-sanitario que no han utilizado las medidas de protección adecuadas, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar.
- 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 más de 15 minutos. Sin embargo, en entornos en los que se pueda hacer una valoración del seguimiento de las medidas de prevención, incluido el uso correcto y continuado de la mascarilla de ambas personas, de un tipo adecuado, podrá realizarse una valoración individualizada por el servicio de prevención de riesgos laborales o bien por vigilancia epidemiológica de Salud Pública o por el Equipo de Atención Primaria correspondiente.
- En el contexto de los centros educativos:
 - a) Si el caso confirmado pertenece a un grupo de convivencia estable (GCE) se considerarán contactos estrechos a todas las personas pertenecientes al grupo.
 - b) Si el caso confirmado pertenece a una clase que no esté organizada como GCE se considerará contacto estrecho a cualquier alumno que haya compartido espacio con el caso confirmado a una distancia <2 metros alrededor del caso durante más de 15 minutos salvo que se pueda asegurar que se ha hecho un uso adecuado de la mascarilla.
 - c) **Se considera contacto estrecho en un autobús escolar a cualquier persona situada en un radio de dos asientos alrededor de un caso durante más de 15 minutos si no hay uso adecuado de medidas de prevención.**
 - d) Los convivientes de los casos confirmados.
 - e) Cualquier profesional del centro educativo, profesor u otro trabajador, que haya compartido espacio con un caso confirmado a una distancia <2 metros del caso sin la utilización correcta de la mascarilla durante más de 15 minutos.
- En avión, tren u otro medio de transporte de largo recorrido (siempre que sea posible el acceso a la identificación de los viajeros) se considera contacto estrecho a los pasajeros situados en un radio de 2 asientos alrededor de un caso y a la tripulación que haya tenido contacto con dicho caso, si no han utilizado medidas de protección adecuadas.

ES MUY IMPORTANTE TENER EN CUENTA QUE EL PERIODO A CONSIDERAR PARA SER CONSIDERADO CONTACTO ESTRECHO SERÁ DE 2 DÍAS ANTES DEL INICIO DE LOS SÍNTOMAS DEL CASO HASTA EL MOMENTO EN EL QUE ESE CASO ES AISLADO. EN LOS CASOS ASINTOMÁTICOS CONFIRMADOS CON PDIA, LOS CONTACTOS SE BUSCARÁN DESDE 2 DÍAS ANTES DE LA FECHA DE LA TOMA DE MUESTRA.

Las personas que ya han tenido una infección por SARS-CoV-2 confirmada por PCR en los 3 meses anteriores estarán exentas de hacer cuarentena.

La búsqueda e identificación de contactos en las enfermedades de declaración obligatoria en la población en general se realiza de manera habitual por las secciones de vigilancia epidemiológica, aunque los servicios y unidades de medicina preventiva y de prevención de riesgos laborales la realicen en sus respectivos medios. También de manera general, la gestión de la vigilancia epidemiológica y de las actuaciones de prevención y control se lleva a cabo por las unidades de vigilancia epidemiológica.

Sin embargo, ante la magnitud de la epidemia por Covid19 se ha dispuesto que la identificación de contactos sea responsabilidad de los profesionales que se encarguen en cada nivel y tipo de asistencia que detecte los casos en función de los distintos ámbitos.

Ante cualquier **caso sospechoso**, está indicado iniciar la identificación y control de sus **contactos estrechos convivientes**, recomendándoles **cuarentena**. 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**, lo que se tratará de garantizar en un plazo de 24-48 horas. Si la PDIA del caso sospechoso resultara negativa se suspenderá la cuarentena de los contactos.

Cualquier persona que sea identificada como contacto estrecho deberá ser informada y se iniciará una **vigilancia activa por parte del Equipo de Atención Primaria correspondiente**. Se recogerán los datos epidemiológicos básicos, así como los datos de identificación y contacto de todas las personas clasificadas como contactos de acuerdo con el protocolo de seguimiento clínico que se encuentra en la historia electrónica OMI-AP. Se proporcionará a todos los contactos la información necesaria sobre el COVID-19, los síntomas de alarma y los procedimientos a seguir durante el seguimiento **(Anexo 4)**.

5.1 Identificación de contactos

Atención Primaria

Cada Equipo de Atención Primaria (EAP) deberá organizar la detección de contactos. Puede asignarse a los profesionales responsables de cada caso o centralizarlo en algunas personas del equipo.

Todos los EAP han designado **una persona de referencia para que coordine las actuaciones con vigilancia epidemiológica** (Salud Pública), de tal manera que las unidades de salud pública pueden comunicar directamente con este profesional para coordinar todas las actuaciones relacionadas con las medidas de prevención, control e información de los caso y contactos que se lleven a cabo en ese equipo. Por su parte, las secciones de vigilancia epidemiológica igualmente han designado **una persona de referencia para la coordinación con ese EAP**, que será la interlocutora para todas las cuestiones relacionadas con las actuaciones Covid19.

Se identificarán en **OMI-AP** los contactos de cualquier tipo que cumplan los criterios expuestos (episodio A23), en los ámbitos familiar, laboral y social. Se identificará en OMI-AP para cada contacto la información que permita realizar el seguimiento y caracterizar al contacto (**ver procedimiento específico** referido a los sistemas de información OMI-AP y HCE).

Atención hospitalaria

Los contactos de los casos detectados en atención especializada serán investigados por las unidades de Medicina Preventiva hospitalaria correspondiente si permanecen ingresados en el hospital. Estos contactos se comunicarán a los EAP a los que corresponda su atención sanitaria (**ver procedimiento específico** referido a los sistemas de información OMI-AP y HCE).

En el caso de que los pacientes confirmados no sean hospitalizados se comunicará a su EAP para que desde allí se realice la búsqueda de contactos.

Vigilancia epidemiológica

En el contexto de la investigación de brotes epidémicos por Covid19 serán las unidades de vigilancia epidemiológica de las subdirecciones de Salud Pública las que identificarán los contactos de los casos o coordinarán, en su caso, las actuaciones para que se realicen en Atención Primaria.

Mutualidades de aseguramiento público (MUFACE, MUGEJU e ISFAS)

La investigación de los contactos de un caso confirmado que sean mutualistas corresponderá a las secciones provinciales de Vigilancia Epidemiológica (VE) de la Dirección General de Salud Pública, que registrarán los mismos en la Historia Clínica Electrónica para garantizar su seguimiento.

La indicación de PDIA en el caso de estos contactos se indicará igualmente por VE y la toma de muestras se realizará por el dispositivo específico del 061 Aragón en las ciudades de Zaragoza, Huesca y Teruel. En el caso de las zonas rurales la toma de la muestra se llevará a cabo por el EAP correspondiente a la zona básica de salud donde reside el paciente.

Si en el seguimiento de estos contactos se detecta que desarrollan sintomatología sugestiva de Covid19, desde VE se les indicará que deben dirigirse al médico de su entidad concertada para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Asistencia sanitaria privada

Para realizar la búsqueda de contactos en la asistencia privada los casos se notificarán a la sección de vigilancia epidemiológica correspondiente, que se encargará de realizarla.

Una vez identificados, se notificarán desde vigilancia epidemiológica al correspondiente EAP para que realice el seguimiento.

Ámbito educativo

La identificación de contactos estrechos del caso dentro del ámbito del centro educativo es una responsabilidad de los servicios de Vigilancia Epidemiológica de Salud Pública tal como se detalla en el procedimiento mencionado de ***“Identificación, notificación y seguimiento de casos en el ámbito escolar: intervención desde el ámbito sanitario”***.

Ámbito laboral

Los servicios de Prevención de Riesgos Laborales son las entidades más adecuadas para identificar y elaborar el listado de contactos estrechos del ámbito laboral con los criterios establecidos, tanto en los casos sintomáticos como asintomáticos, ya que evalúan los riesgos e indican las medidas de prevención de los trabajadores. Dicho listado, con las variables y en el formato que se determinará, será enviado a las unidades de vigilancia epidemiológica de las subdirecciones Provinciales de Salud Pública (epizara@aragon.es, epihu@aragon.es y sve.te@aragon.es) las cuales registrarán los datos de dichos contactos en la Historia Clínica Electrónica a efectos del seguimiento de los mismos. Otra alternativa será que el SPRL proporcione un informe al trabajador contacto laboral dirigido a Atención Primaria para su registro, actuaciones oportunas y seguimiento.

5.2 Actuaciones sobre los contactos estrechos

- **Cuarentena y vigilancia:** Se indicará cuarentena durante los 10 días posteriores al último contacto con un caso confirmado. Esta es una de las principales medidas de prevención para controlar la transmisión. Si no se puede garantizar la cuarentena de los contactos de forma rigurosa, se recomienda realizarla en instalaciones de la comunidad preparadas para ello. 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 al equipo de Atención Primaria correspondiente. 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 establecida.

En caso de ser convivientes y no poder garantizar el aislamiento del caso en las condiciones óptimas, la cuarentena se prolongará 10 días desde el final del periodo de aislamiento del caso.

- **Realización de pruebas diagnósticas en contactos:** si la situación epidemiológica lo permite, se recomienda la ***realización de una PDIA durante el período de 10 días desde el último contacto con un caso confirmado***. Se podrá priorizar la realización de esta prueba a determinados colectivos como personas vulnerables, personas que atienden a personas vulnerables, convivientes o personas trabajadoras esenciales. En cualquier caso, la cuarentena finalizará a los 10 días de la fecha del último contacto.

La prueba diagnóstica de inicio será un test rápido de detección de antígeno o una PCR en función del ámbito [\(ver algoritmo en página 19\)](#):

- Si es positiva, el contacto será considerado caso y se manejará como tal.
- Si 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 se hace necesario garantizar un adecuado valor predictivo negativo por lo que, en un contacto estrecho, ante un resultado negativo de la prueba rápida de antígeno se debe realizar una PCR.

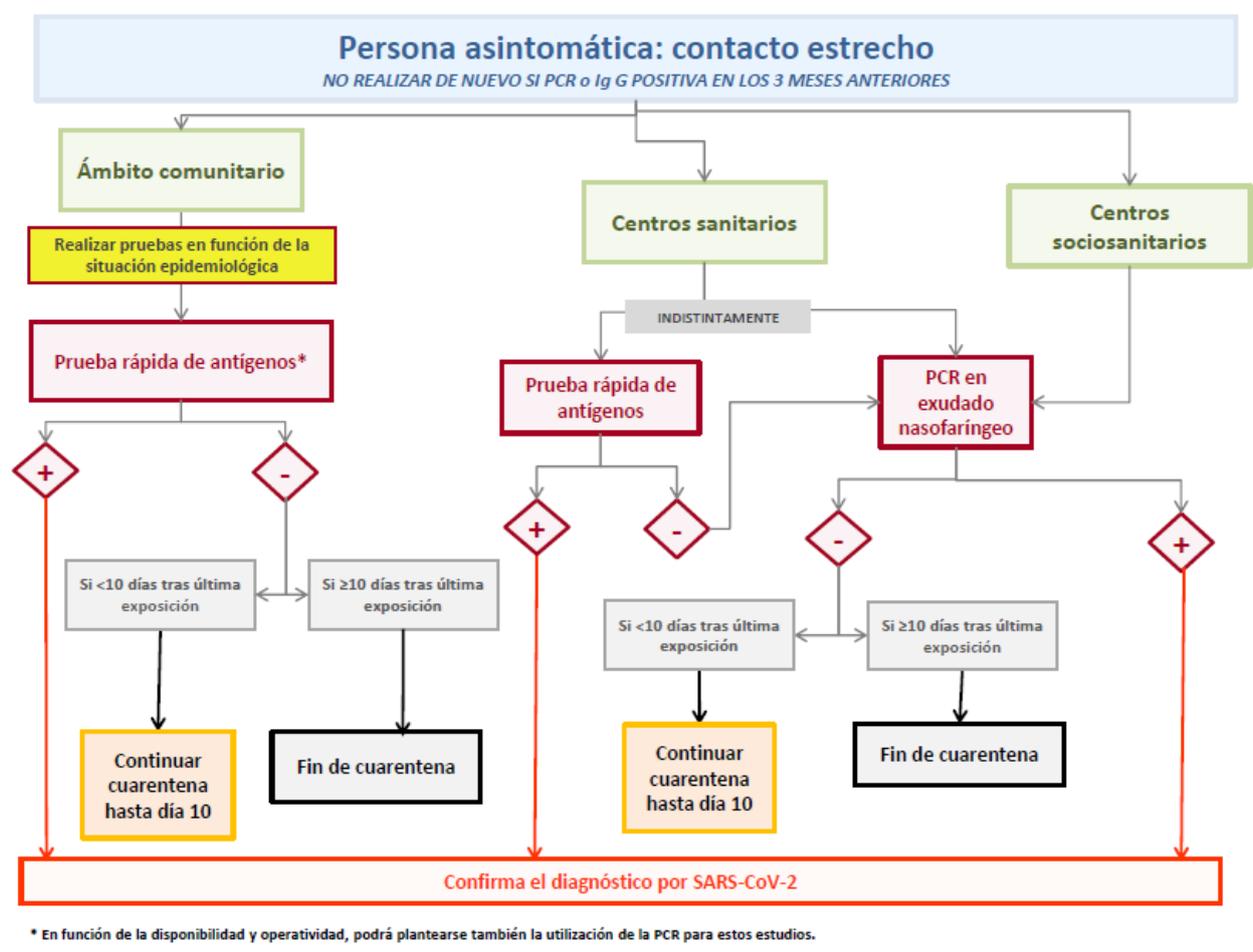
- **Lugar de la cuarentena:** Se indicará al contacto que durante la cuarentena permanezca en su domicilio, preferentemente en una habitación individual, y que restrinja al mínimo las salidas de la habitación, que siempre se realizarán con mascarilla quirúrgica. También se le pedirá que restrinja al 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 las autoridades de salud pública implicadas. Para ello, el contacto firmará un documento de declaración de responsabilidad ([ver Anexo 2](#)).

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 Equipo de Atención Primaria correspondiente indicando que se trata de un contacto de un caso de coronavirus.

Los contactos que realicen **actividades consideradas esenciales (personal sanitario, socio-sanitario, personal de las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, personal de centros educativos, etc.) podrán continuar con su actividad laboral tras la obtención de un resultado negativo de una PDIA**, tras una valoración por el servicio de prevención de riesgos laborales si procede, recomendando realizar una autovigilancia estrecha de la aparición de síntomas y una observancia máxima de las medidas de prevención de la infección.

Dado que las medidas establecidas para el seguimiento de un contacto conllevan, en el caso de personas en activo que no pertenezcan a los ámbitos considerados esenciales, imposibilidad de que continúen con su actividad laboral, se deberá comunicar dicha circunstancia a la empresa o a su servicio de prevención de riesgos laborales y se tramitará su correspondiente parte de incapacidad laboral temporal por este motivo.



- **Manejo de contactos localizados a través de la aplicación Radar-COVID:**

Los contactos identificados a partir de la aplicación Radar-COVID recibirán 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, recibirán la **recomendación específica** de ponerse en contacto con el Servicio Salud Informa quien 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 el [Anexo 5](#) se presenta un modelo de entrevista a contactos identificados por la aplicación):

- ✓ En caso de que se pueda identificar el posible caso índice, se manejará de la misma manera que los contactos estrechos identificados de forma manual y se indicará un test rápido de detección de antígeno.

- ✓ En caso de que no se identifique ningún contacto con un caso confirmado conocido, se actuará en función de la valoración de riesgo obtenida en la entrevista y, si se considera indicado, se podrá programar una cita para la realización de un test rápido de detección de antígeno, siempre dentro de los 10 días posteriores a la última exposición de riesgo.

En función del resultado del test rápido de detección de antígeno se manejará según se indica en el manejo de contactos estrechos en el ámbito comunitario.

En el momento de realización del test rápido de detección de antígeno 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.

5.3 Seguimiento de contactos

La responsabilidad del seguimiento de los contactos en general será de los EAP en todos los casos, salvo en caso de personas pertenecientes a las mutualidades de aseguramiento público (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) y en el ámbito educativo, en los que serán competentes los servicios de vigilancia epidemiológica de Salud Pública.

Se recomiendan las actuaciones siguientes en el seguimiento de contactos:

- Se 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 cualquier PDIA realizada a los contactos diera positiva, el contacto pasaría a ser considerado caso confirmado realizando autoaislamiento inmediato en el lugar de residencia o donde las autoridades sanitarias establezcan. Adicionalmente, deberá realizarse la identificación de sus contactos estrechos.
- 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 comunicar dicha contingencia a la empresa o a su servicio de prevención siguiendo lo establecido en el *Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-COV-2 (COVID-19)*.

En el [Anexo 4](#) se muestran las instrucciones de los procedimientos que deben aplicar durante el seguimiento de los contactos.

5.4 Coordinación entre Salud Pública y Atención Primaria en las actuaciones a realizar sobre los contactos

Las unidades de vigilancia epidemiológica de las Subdirecciones Provinciales de Salud Pública serán las encargadas de coordinar las actividades de búsqueda y seguimiento de los contactos. Para ello recibirán diariamente la información sobre los casos nuevos confirmados y se coordinarán a través de las personas de contacto establecidos con los equipos de Atención Primaria correspondientes, para verificar que se han realizado las medidas previstas:

- La investigación de contactos del caso en todos los ámbitos (familiar, laboral, social o educativo).
- La recogida en la historia clínica electrónica de la relación de contactos de cada caso con la información que permita identificarlos.
- La realización del seguimiento con las indicaciones oportunas.
- La recogida de la información necesaria sobre la realización de la búsqueda y seguimiento de los contactos.
- El asesoramiento sobre la búsqueda y seguimiento de contactos a los profesionales sanitarios que lo requieran.

6. ESTUDIOS DE CRIBADO

Los estudios de cribados son aquellos realizados sobre personas asintomáticas. Sólo podría considerarse su realización en determinadas situaciones que se exponen a continuación y siempre bajo la recomendación de las autoridades de salud pública.

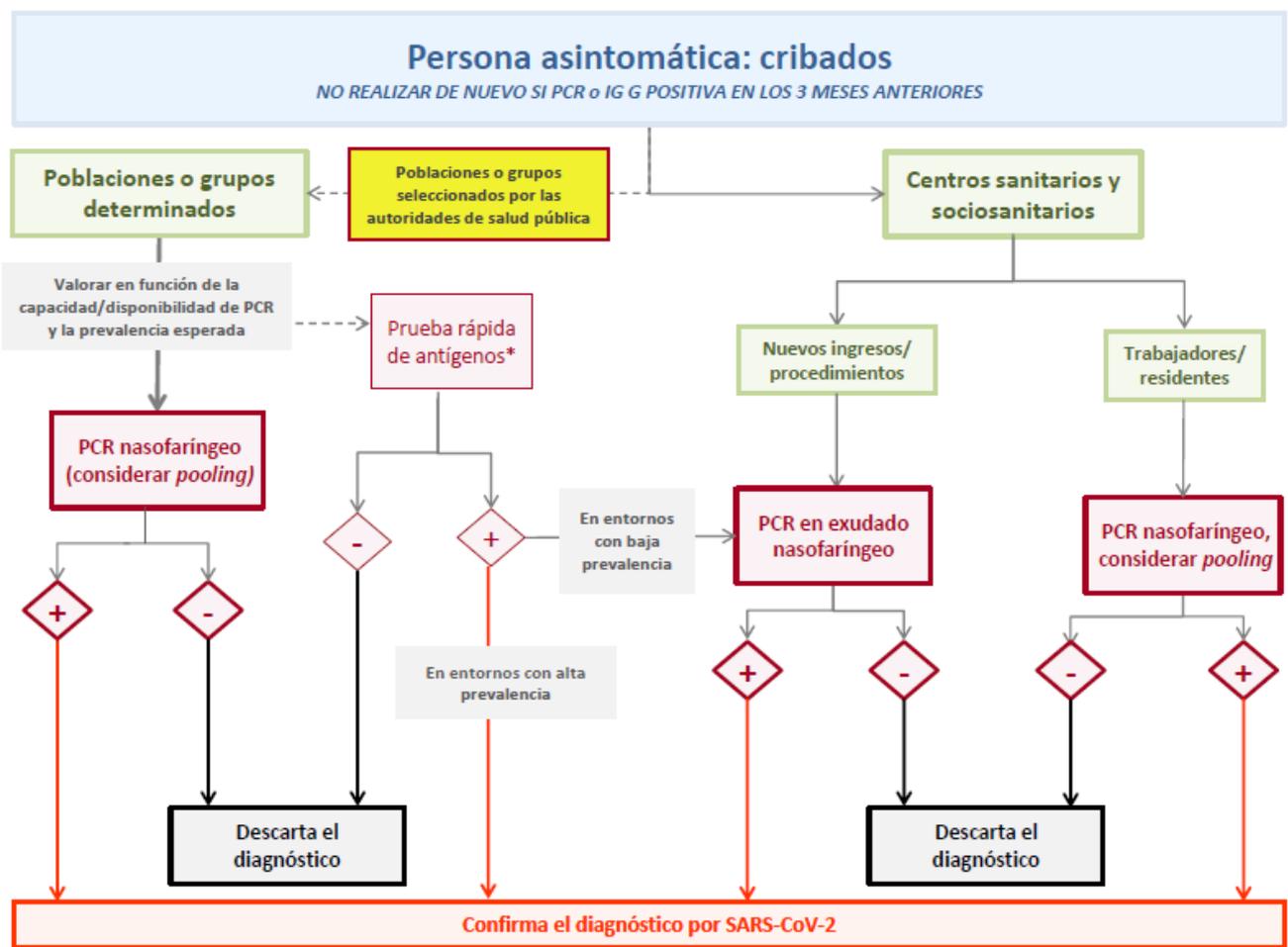
Hay que tener también en cuenta que los estudios de cribado poblacionales han de estar muy dirigidos y relacionados con una alta transmisión en el área geográfica o en la población diana del cribado y tienen como objetivo realizar una intervención de salud pública según los resultados obtenidos.

- **Cribado con pruebas diagnósticas de infección activa (ver algoritmo en página siguiente):**

Se plantea su realización en los siguientes escenarios:

- a) En estrategias indicadas por las autoridades de salud pública dirigidas a determinados grupos o poblaciones:
 - Se propone de preferencia la realización de PCR en exudado nasofaríngeo mediante su análisis en lotes (*pooling*) para optimizar recursos de PCR en entornos de baja prevalencia. Con prevalencias mayores de 1-2% ya deja de ser eficaz.
 - 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 sería necesario confirmar los casos positivos mediante PCR si la prevalencia de la enfermedad es baja.

- b) Entornos sanitarios o socio-sanitarios (personas trabajadoras y residentes en centros sociosanitarios):
 - Se plantea utilizar la PCR en exudado nasofaríngeo, pudiéndose considerar su análisis en forma de lotes (*pooling*) para optimizar recursos. 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.
- c) Nuevos ingresos en centros sanitarios o sociosanitarios o de forma previa a algunas actuaciones asistenciales:
 - Se recomienda realizar PCR en exudado nasofaríngeo.



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

7. INTERPRETACIÓN DE LAS PRUEBAS SEROLÓGICAS

Según la evidencia actual, la OMS únicamente recomienda el uso de test rápidos de anticuerpos para determinadas situaciones y estudios y con fines de investigación. Las pruebas de detección rápida de anticuerpos no se consideran adecuadas para el diagnóstico de infección aguda. Tampoco la serología tipo ELISA u otras técnicas de inmunoensayo de alto rendimiento están indicadas por sí solas para el diagnóstico en la fase aguda de la enfermedad.

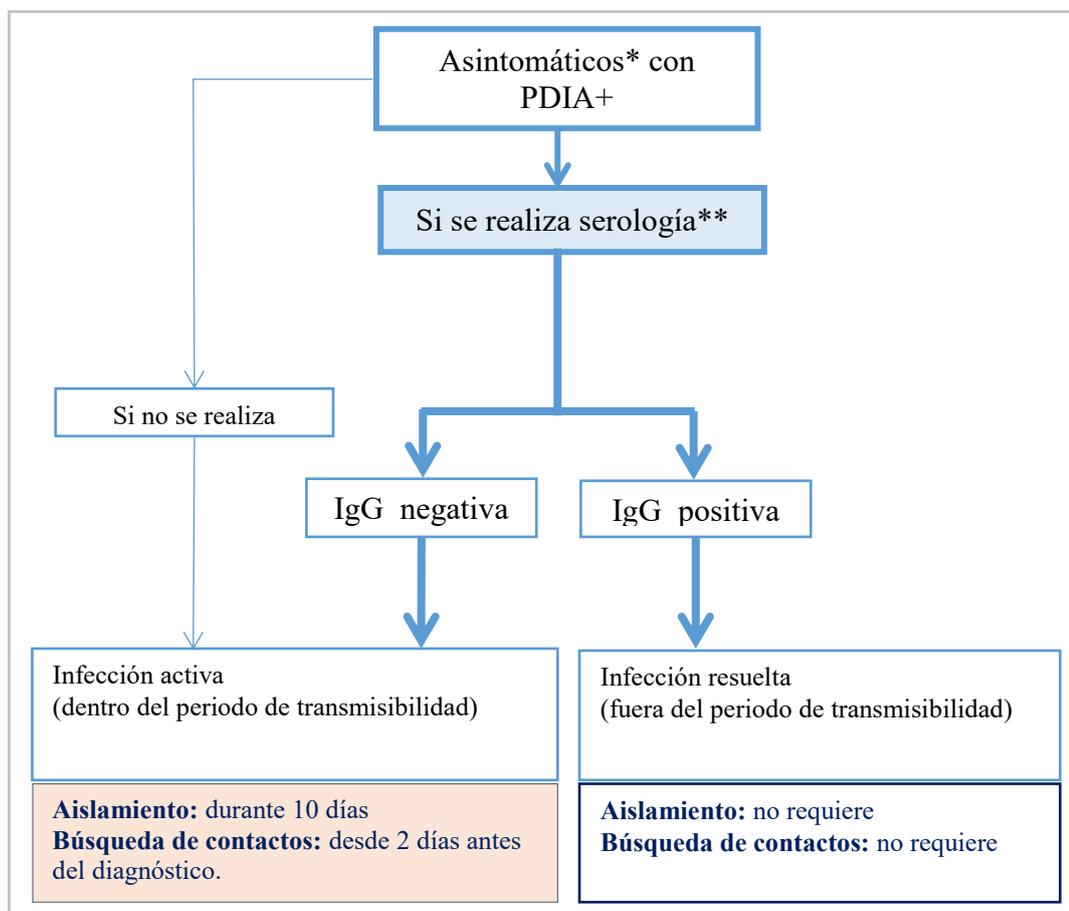
No se recomienda la realización de cribados mediante la realización de pruebas serológicas, por las dificultades de interpretación de los resultados en personas asintomáticas y de bajo riesgo y las implicaciones en su manejo. En cualquier caso, si de forma excepcional se realizara, la interpretación de los resultados de estas pruebas y las actuaciones a seguir se indican en la siguiente tabla:

Resultados anticuerpos	Realizar PCR		Interpretación	Actuaciones
Ig totales positivas	Sí	+	Interpretar según algoritmo*	Actuar según algoritmo*
		-	Caso confirmado con infección resuelta	No aislamiento No búsqueda de contactos
IgM positiva ¹ IgG negativa	Sí	+	Caso confirmado con infección activa	Aislamiento 10 días Búsqueda de contactos desde 2 días antes del diagnóstico
		-	Falso positivo de IgM	No aislamiento No búsqueda de contactos
IgM positivo IgG positivo	No		Caso confirmado con infección resuelta	No aislamiento No búsqueda de contactos
IgM negativo IgG positivo				

¹ Si es una prueba diagnóstico solo con IgM y ésta es positiva, debido a la heterogeneidad de los test empleados con diferentes sensibilidades y especificidades, se ha de acompañar un resultado de PCR.

*Ver algoritmo siguiente.

Si en el contexto del estudio de un caso asintomático con PDIA positiva se realizara un estudio serológico, se interpretará de acuerdo al algoritmo de la página siguiente:



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

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

En el caso de personas que vuelven a tener síntomas compatibles con COVID-19 y que ya tuvieron una PCR previa positiva, no se considera necesario hacer una nueva prueba. Si por las razones que sean se les realiza una nueva PCR con resultado positivo la aplicación de este algoritmo podría ser válida pero su interpretación debe ser complementada con otra información microbiológica (el umbral de ciclo -Ct- en el que la PCR es positiva, mayor o menor de 30 ciclos) y con la clínica y el tiempo transcurrido hasta la repositivización, entre otros.

Aunque desde el punto de vista teórico no se puede descartar ni la reinfección ni la reactivación, éstas no han sido demostradas. En cualquier caso, se debe individualizar la interpretación de esta repositivización y actuar de acuerdo a ella.

ANEXO 1. ENCUESTA PARA NOTIFICACIÓN DE CASOS DE COVID19 A NIVEL ESTATAL

1. Datos identificativos del caso:

Identificador del caso para la comunidad autónoma: _____

Sexo: Hombre Mujer

Fecha nacimiento: ___/___/____ Edad: ___ (si no se dispone de fecha de nacimiento)

Lugar de residencia

CC.AA.: _____ Provincia: _____ Código postal: _____ Municipio: _____

2. Datos clínicos

Fecha de consulta¹⁵: (día, mes, año) ___/___/____

Síntomas SI NO

En caso afirmativo indicar la fecha de inicio de síntomas (día, mes, año) ___/___/____

3. Personal sanitario¹⁶ que trabaja en (respuesta única)

Centro sanitario

Centro socio-sanitario

Otros centros

No personal sanitario

4. Ámbito de posible exposición en los 10 días previos¹⁷ (respuesta única)

Centro sanitario

Centro socio-sanitario

Domicilio

Laboral

Escolar

Otros

Desconocido

5. Caso importado de otro país (caso que ha permanecido fuera de España durante todo el periodo de incubación)

SI NO

6. Contacto con caso confirmado conocido en los últimos 10 días.

SI NO

7. Fecha de diagnóstico¹⁸ ___/___/____

¹⁵ La fecha de consulta se refiere a la fecha de contacto con el sistema sanitario. En caso de que el paciente acuda a urgencias sería la fecha de entrada en urgencias. En el caso de positivos tras cribados no habría que poner ninguna fecha

¹⁶ Personal sanitario incluye a los profesionales de la salud, a los técnicos sanitarios y al personal auxiliar en el cuidado de personas.

¹⁷ Ámbito en el que a juicio de la persona que valora el caso se ha producido la transmisión de la infección.

¹⁸ La fecha de diagnóstico se refiere a la fecha de resultado de la prueba. En caso de disponer de varias fechas se refiere a la primera fecha de resultado que defina el caso como confirmado.

8. Pruebas diagnósticas positivas

PCR/Técnicas moleculares

ELISA¹⁹

Test rápido de Anticuerpos

Detección de antígeno

9. Aislamiento del caso e identificación de los contactos

Fecha de aislamiento del caso __/__/_____

Número de contactos estrechos identificados desde 2 días antes del comienzo de síntomas hasta la fecha de aislamiento del caso: _____

10. Evolución clínica

Ingreso Hospital Si No F. ingreso hospital __/__/_____ Fecha de alta __/__/_____

Ingreso en UCI Si No F. ingreso UCI __/__/_____

11. Resultado al final del seguimiento

Fallecimiento

Alta al final de seguimiento

Fecha (de fallecimiento o alta) __/__/_____

¹⁹ ELISA u otras técnicas de inmunoensayo de alto rendimiento.

ANEXO 2. DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA PERSONAS QUE SE DESPLAZAN PARA COMPLETAR EL AISLAMIENTO O CUARENTEN EN SUS LUGARES DE RESIDENCIA HABITUAL

Yo, _____, con DNI _____
Mail _____, Teléfono _____

MANIFIESTO mi decisión tomada libremente y bajo mi responsabilidad de trasladarme a mi residencia habitual, con el objeto de cumplir el aislamiento o cuarentena que me ha sido prescrito por razones de Salud Pública.

DECLARO que dicha residencia se encuentra ubicada en:

CALLE _____ MUNICIPIO _____
C.P. _____ PROVINCIA _____ COMUNIDAD _____

ME COMPROMETO a realizar dicho traslado en transporte privado tomando las medidas de precaución y distanciamiento estipuladas, realizando el trayecto más corto posible y evitando cualquier parada en ruta que no sea estrictamente necesaria.

El medio de transporte utilizado será (especificar vehículo, matrícula y conductor):

ME COMPROMETO a informar de cualquier modificación relevante, acontecimiento adverso o incidente que pudiese producirse durante el trayecto.

AUTORIZO el uso de los datos personales facilitados a las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas implicadas, con fines estrictamente clínicos y de salud pública.

En _____ a _____ de _____ de 2020.

Fdo.: _____

ANEXO 3. TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS DE COVID19. ESTADO ACTUAL

Diagnóstico molecular por PCR:

1. Detección de ARN viral mediante RT-PCR en muestra de exudado nasofaríngeo (PCR convencional):

El diagnóstico microbiológico de COVID-19 se ha basado principalmente en la detección del material genético (ARN) viral del SARS-CoV-2 mediante técnicas de RT-PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa con Transcriptasa Inversa) en exudado nasofaríngeo u orofaríngeo. La RT-PCR es una técnica muy sensible y específica ampliamente utilizada y estandarizada en los laboratorios de Microbiología para el diagnóstico de muchas infecciones, por lo que se considera la técnica de referencia para el diagnóstico de infección activa en pacientes tanto sintomáticos como asintomáticos.

Desde el punto de vista técnico, el proceso de realización de la PCR es laborioso: requiere pasos previos de inactivación de la muestra y de extracción de ARN, por lo que el tiempo total de ejecución (en condiciones óptimas) no supera las 5 horas y el tiempo de respuesta es de 12 a 24 horas en condiciones óptimas. La realización de un gran número de determinaciones conlleva la necesidad de suministrar de manera continuada no sólo los kits de PCR, sino otros muchos materiales necesarios como torundas y medios de transporte para la toma de muestras, soluciones de inactivación, reactivos de extracción y diferentes tipos de material fungible.

La RT-PCR tiene algunas limitaciones, por ejemplo, su sensibilidad depende de la carga viral en vías respiratorias, por lo que un resultado negativo en un paciente con síntomas no descarta por completo la infección. Otra limitación importante es que la obtención de la muestra requiere personal entrenado que disponga de un equipo de protección individual adecuado. Por último, el tiempo de espera del resultado, habitualmente no inferior a 12-24 horas, pero muy sensible a los picos de demanda, puede retrasar la aplicación de medidas de control. Hay diferentes técnicas diagnósticas de COVID-19 alternativas a la RT-PCR que pueden reducir el tiempo de respuesta y realizarse en el punto de atención sanitaria. En general, su principal debilidad es que tienen una sensibilidad inferior a la de la RT-PCR.

2. Detección de ARN viral mediante RT-PCR en muestra de saliva:

Actualmente se está a la espera de la validación de la muestra en saliva como muestra útil para el diagnóstico de COVID-19. La utilización de saliva tiene como principal ventaja frente al exudado nasofaríngeo la facilidad de obtención de la muestra, que puede incluir la auto-toma por el paciente, y la posibilidad de evitar roturas de stock de las torundas con medio necesarias para la toma del exudado. Esta facilidad de la toma de muestra puede posicionar la técnica para casos de muestreo agrupado (*pool testing*). El resto del proceso sería el mismo que el de una PCR convencional. Su mayor debilidad es la pérdida de sensibilidad respecto a la utilización de exudado nasofaríngeo, sobre todo en casos de carga viral baja, con la posibilidad de falsos negativos en pacientes con PCR nasofaríngea positiva en umbrales de ciclo (Ct) altos. Además, no soluciona las demás limitaciones de la PCR convencional, incluido el tiempo de espera de resultados.

Existe una validación publicada por la Agencia Federal Belga del Medicamento y Productos Sanitarios²⁰, realizado por la Universidad de Lovaina con 2000 casos. En pacientes con carga viral alta, la concordancia de la saliva con el método tradicional fue del 97%; sin embargo, en pacientes

con carga viral baja (<20.000 copias/mL de medio de transporte), la sensibilidad fue baja. Se recomienda que la toma de muestras se realice escupiendo y no mediante frotis.

Una variante que permite agilizar más el proceso combina el uso de saliva con la sustitución de la extracción de ácidos nucleicos por un sencillo paso de tratamiento térmico más proteinasa K. En un estudio preliminar se ha observado un 94% de concordancia con RT-PCR en casos positivos con un aumento medio de 3,3 Cts (menor sensibilidad) respecto a la técnica de referencia. Mediante esta técnica, la RT-PCR utilizando saliva como muestra tuvo una sensibilidad similar a la RT-PCR en exudado nasofaríngeo en 70 pacientes hospitalizados. En trabajadores sanitarios asintomáticos la RT-PCR sobre saliva con esta técnica de preparación tuvo una sensibilidad superior al de la RT-PCR en exudado nasofaríngeo obtenido mediante toma de muestra autónoma.

Detección simultánea de diferentes patógenos respiratorios mediante multiplex-PCR:

La principal ventaja de estas técnicas es que permiten la detección de varios genes de varios patógenos respiratorios en una sola PCR en las infecciones respiratorias agudas en las que, en el caso de ser graves, la instauración de un tratamiento antimicrobiano dirigido, si lo hay, es de suma importancia de cara al pronóstico. Aunque son técnicas relativamente rápidas, su principal limitación es la imposibilidad de procesar un gran número de muestras a la vez. Algunos estudios revelan porcentajes de concordancia de casi el 100% respecto a la técnica de referencia.

Técnicas de diagnóstico rápido:

1. Detección de antígenos en muestras de exudado nasofaríngeo.

La mayoría se basan en la técnica de inmunocromatografía de difusión (*lateral-flow*) marcada con oro coloidal, y se presentan en pequeños kits que contienen todo el material necesario, incluyendo las torundas, para hacer las determinaciones individualmente. Son técnicas cuyo principal potencial es el de proporcionar un diagnóstico rápido (15-20 min), en el lugar de atención sanitaria y mediante un procedimiento sencillo y bajo coste. Esto permitiría iniciar las acciones de control de forma inmediata. En general han mostrado una baja sensibilidad hasta la fecha (por debajo del 50-60%), lo que los ha hecho poco fiables en cualquier estrategia diagnóstica.

Recientemente se han desarrollado nuevos kits de detección de antígeno que presentan unos buenos resultados de sensibilidad (>90%) especificidad (>95%) respecto a la RT-PCR en estudios en pacientes sintomáticos con menos de 7 días de evolución. Se trata de técnicas para realizar en el punto de atención sanitaria tras la toma de la muestra, que se realizan con exudado nasofaríngeo, y que muestran su mayor eficacia en los primeros siete días tras el inicio de síntomas. Los datos de los estudios sugieren que tiene una alta sensibilidad en pacientes sintomáticos y que en asintomáticos la sensibilidad también podría ser alta, según los datos preliminares del estudio de validación. El Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III ha realizado estudios de validación de una de estas técnicas recientemente comercializada aprobada por la FDA y con marcado CE dando unos resultados de sensibilidad de 98,2% y especificidad mayor de 99% en pacientes sintomáticos

con 5 o menos días de evolución, y una sensibilidad de 93,1% en pacientes con 7 días o menos de evolución.

Esta prueba u otras similares que se comercialicen pueden constituir una buena herramienta en la estrategia diagnóstica de COVID-19.

Tienen la limitación del descenso de la sensibilidad si se retrasa la realización de la prueba desde la toma de muestra (se ha de realizar en un máximo de 2 horas tras la toma de la muestra). Por ello, su uso masivo requeriría una reorganización de los centros donde se plantea su realización (centros sociosanitarios, centros de atención primaria, centros e instituciones cerradas, servicios de urgencias hospitalarias o incluso centros educativos). Además, implicaría la toma de otra muestra nasofaríngea adicional con torunda y medio preservante de virus en caso de que se quisiera también realizar una RT-PCR.

Tabla resumen de las diferentes técnicas de diagnóstico de SARS-CoV-2.

	Sensibilidad	Especificidad	Hisopo	Toma de muestra por personal especializado	POC*	Pooling**	Tiempo de respuesta	Comentarios
RT-PCR (exudado nasofaríngeo)	Máxima (Gold standard)	<ul style="list-style-type: none"> • Infección: Máxima (Gold Standard) • Contagiosidad: No permite discriminar con precisión 	Sí	Sí	No	Posible	2-6h*	<ul style="list-style-type: none"> • La sensibilidad de la RT-PCR en exudado nasofaríngeo se estima que oscila entre el 80-90% y depende de diferentes factores, entre ellos la calidad de la toma de la muestra. • La especificidad de la RT-PCR es muy elevada, por encima del 99.5%.
RT-PCR (saliva)	5%-100%	Similar al gold standard	No	No	No	Posible	2-6h*	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica ideal de recogida: saliva escupida. • La sensibilidad depende de la carga viral. En un estudio de validación con muestras de aproximadamente 2000 pacientes, la sensibilidad fue del 5% en pacientes con carga viral baja (< 20.000 copias/mL) y del 97% en individuos con cargas virales intermedias o altas. (Agencia Federal Belga del Medicamento y Productos Sanitarios) • El tratamiento térmico de la muestra y el uso de proteinasa K parece aumentar la sensibilidad de la técnica hasta hacerla comparable a la de la RT-PCR en exudado nasofaríngeo en pacientes sintomáticos (Willye AL et al. NEJM, 2020) • Las discrepancias observadas en sensibilidad dificultan su posicionamiento en ausencia de más evidencia.
RT-PCR (muestras respiratorias. Detección de varios genes respiratorios-Multiplex)	Similar al gold standard		Sí	Sí	No	Posible	2-6h*	<ul style="list-style-type: none"> • No disponibles actualmente en el mercado. • Se prevé disponibilidad limitada. • No útiles para entornos en los que exista una alta demanda de diagnóstico de SARS-CoV-2 • Encarece significativamente el coste
Test antígenicos rápidos de última generación (exudado nasofaríngeo)	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomáticos: ≈90% (si ≤ 5 días de duración de síntomas) • Asintomáticos: No conocida 	Especificidad: ≥99%	Sí	Sí	Sí	No	15 min	<ul style="list-style-type: none"> • La sensibilidad y especificidad indicada corresponde a la validación realizada por el Centro Nacional de Microbiología de la prueba. • Existen otras pruebas de detección de antígeno de nueva generación que todavía no han sido validadas externamente. • Se desconoce cuál va a ser la disponibilidad de estas pruebas en los próximos meses. • Requiere un hisopado independiente al necesario para RT-PCR. • Se desconoce su rendimiento cuando de utiliza la saliva como muestra.

Fuente: Adaptado de SEIMC. * POC (Point of care): posibilidad de realización en el lugar de la toma. ** En las pruebas que no son POC (deben realizarse en laboratorios localizados a distancia del lugar de la toma de la muestra) hay que añadir el tiempo necesario para el envío y el procesamiento preanalítico de las muestras. ** Realizar estudios de valoración in house, si se utilizan.

ANEXO 4. HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL CONTACTO EN SEGUIMIENTO Y CUARENTENA

Debido a su exposición a un caso de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) durante el posible periodo de transmisibilidad comienza 48 horas antes de la aparición de síntomas se le ha clasificado como contacto de riesgo. Se le va a realizar un seguimiento activo a lo largo del periodo de incubación máximo de la enfermedad, que es de 10 días.

Durante este periodo deberá estar pendiente de cualquier síntoma de enfermedad (en particular fiebre, tos o dificultad respiratoria) para poder actuar de la forma más temprana posible, especialmente para evitar la transmisión a otras personas. Además, debe permanecer en su domicilio en cuarentena durante 10 días. El objetivo es evitar que, si hubiera adquirido la infección, la pueda transmitir a su vez a otras personas teniendo en cuenta además que esta transmisibilidad comienza 48 horas antes de la aparición de síntomas, si se desarrollan.

Debe realizar un control de temperatura dos veces al día, entre los siguientes horarios:

- De 08:00 a 10:00 horas
- De 20:00 a 22:00 horas.

El responsable de su seguimiento contactará con usted para conocer las mediciones de temperatura y si ha presentado algún síntoma sospechoso, siguiendo los protocolos establecidos en su comunidad autónoma. Además, deberá seguir las siguientes recomendaciones:

- Permanezca en su domicilio hasta transcurridos 10 días tras la última exposición de riesgo, es decir, el día que tuvo contacto con el caso por última vez
- Permanezca la mayor parte del tiempo en una habitación individual y preferiblemente con la puerta cerrada (y trate de realizar actividades que le entretengan como leer, dibujar, escuchar la radio, escuchar música, ver televisión, navegar por internet, etc.).
- A ser posible use su propio baño, es decir, no lo comparta con ninguno de sus convivientes.
- Lávese las manos con frecuencia con agua y jabón, especialmente después de toser o estornudar o manipular pañuelos que haya usado para cubrirse. También puede utilizar soluciones hidroalcohólicas.
- Restrinja al mínimo imprescindible las salidas de la habitación o de la casa y, cuando sea necesario salir, lleve siempre una mascarilla quirúrgica.
- Limite en la medida de lo posible el contacto con convivientes.

En caso de tener fiebre (tener en cuenta si se está tomando antitérmicos para poder valorar la fiebre) o desarrollar cualquier síntoma como tos o dificultad respiratoria, deberá contactar de manera inmediata con su Equipo de Atención Primaria.

Si esta persona no se encontrara disponible, llame al 112/061 o al teléfono COVID 976696382 e informe de sus síntomas y de que está en seguimiento como contacto por posible exposición al nuevo coronavirus (2019-nCoV).

ANEXO 5. ENTREVISTA PARA LOS CONTACTOS DETECTADOS POR LA APP RADAR-COVID

1- ¿Tiene síntomas compatibles con enfermedad por COVID-19? (Fiebre, tos, sensación de falta de aire...)

- SI → Iniciar investigación habitual de caso sospechosos. FIN DE LA ENTREVISTA
- NO → Pasar a la pregunta 2

2- ¿Cuándo indica la aplicación que ocurrió el último contacto con un caso confirmado?

- o Si fue hace \geq de 10 días → No hay que tomar medidas. FIN DE LA ENTREVISTA
- o Si fue hace $<$ de 10 días → Pasar a la pregunta 3

3- ¿Conoce a alguna persona que haya resultado PCR positiva para COVID-19 y que haya estado con usted ese día?

- o SI → Iniciar investigación habitual de contacto estrecho. FIN DE LA ENTREVISTA
- o NO → Pasar a la pregunta 4

4- ¿Trabaja usted como personal sanitario o sociosanitario en un centro con casos confirmados de COVID-19?

- o SI → Pasar a pregunta 5
- o NO → Pasar a pregunta 6

5- ¿El día que la aplicación informa de que tuvo el último contacto con un caso confirmado, tuvo la aplicación Radar COVID activada con el Bluetooth encendido y utilizó debidamente los equipos de protección individual?

- o SI → Se asume que la aplicación detectó la exposición de riesgo en el lugar de trabajo. Recuerde desactivar siempre la aplicación Radar COVID y/o el Bluetooth en el centro laboral. FIN DE LA ENTREVISTA
- o NO → Pasar a pregunta 6

6- ¿El día que la aplicación le indica como fecha de último contacto con un caso, tuvo algún contacto a menos de 2 metros durante más de 15 minutos con personas fuera de sus convivientes habituales?

Ejemplo: viajó en transporte colectivo, estuvo en un lugar público, fue a trabajar, estuvo con familiares/amigos, estuvo en un local tipo bar, restaurante, peluquería...

- o SI → Pasar a la pregunta 7
- o NO → Si el usuario está convencido de no haber tenido la posibilidad de haber estado expuesto a un caso confirmado de COVID-19 se descarta la clasificación del contacto como de riesgo. NO SON NECESARIAS MEDIDAS DE CONTROL NI REALIZACIÓN DE PCR, FIN DE LA ENTREVISTA.
- o No lo recuerdo → se considerará este contacto como de riesgo. ESTABLECIMIENTO DE MEDIDAS DE CONTROL, FIN DE LA ENTREVISTA

7- ¿El día del contacto utilizó siempre mascarilla cuando estuvo en presencia de otras personas no convivientes que pudieran suponer un contacto de riesgo?

- o SI → Si el contacto afirma haber utilizado mascarilla el día en el que la aplicación indica que ocurrió el contacto no será necesario tomar medidas adicionales. NO NECESARIAS MEDIDAS DE CONTROL NI REALIZACIÓN DE PCR, FIN DE LA ENTREVISTA.
- o NO → Si el paciente no utilizó mascarilla el día del contacto se considerará este contacto como de riesgo. ESTABLECIMIENTO DE MEDIDAS DE CONTROL, FIN DE LA ENTREVISTA
- o No lo recuerdo → si el paciente no recuerda si utilizó o no mascarilla el día del contacto se considerará este contacto como de riesgo. ESTABLECIMIENTO DE MEDIDAS DE CONTROL, FIN DE LA ENTREVISTA