

PROCEDIMIENTO GENERAL DE ATENCIÓN SANITARIA AL COVID 19 EN ARAGÓN

Versión 25/3/2022

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, **de fecha 23 de marzo de 2022**, disponible en la siguiente dirección web:

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Nueva_estrategia_vigilancia_y_control.pdf y adaptado a la situación específica del sistema sanitario en Aragón.

Se actualiza 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>

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

ÍNDICE

1. [Situación de la pandemia, definiciones y objetivos generales.](#)
2. [Sistemas de Vigilancia.](#)
3. [Actuaciones ante casos con síntomas compatibles.](#)
4. [Actuaciones ante casos confirmados.](#)
5. [Estudio y actuaciones ante contactos estrechos.](#)
6. [Actuaciones en ámbitos específicos.](#)
7. [Indicadores para la valoración del riesgo.](#)
8. [Anexos.](#)

1. SITUACIÓN DE LA PANDEMIA, DEFINICIONES Y OBJETIVOS GENERALES

Los datos epidemiológicos de Aragón muestran en la actualidad un franco descenso en la incidencia de casos de Covid 19 tras haber sufrido una séptima ola epidémica que ha sido la más impactante en incidencia desde el inicio de la pandemia. La incidencia acumulada en 7 días llegó a un máximo de 3.296 casos por 100.000 habitantes a mediados del mes de enero con una incidencia a 14 días de casi el 6% de la población (5.810 casos por 100.000 habitantes). Sin embargo, en esta séptima ola la sobrecarga que ha experimentado el sistema sanitario, tanto en el ámbito de la Atención Primaria como en la hospitalización y UCI, aun siendo de una tensión extrema sobre todo en Atención Primaria, no ha llegado a las cifras de la 3ª ola pandémica en nuestra Comunidad Autónoma, la que más hospitalizaciones, ingresos en UCI y mortalidad produjo.

Con una tendencia claramente a la baja en las últimas semanas se ha alcanzado una meseta en el número de casos que parece estabilizarse en los últimos días, con la incidencia a 7 días en 211 casos por 100.000 habitantes y a los 14 días en 441 casos por 100.000 habitantes (25 de marzo de 2022). La alta cobertura de vacunación, las características de la variante *ómicron* y la mayor realización de pruebas diagnósticas han contribuido al menor impacto sobre el sistema asistencial en esta ola que se resume en una incidencia muy elevada pero con una mayoría de casos presentando síntomas leves o asintomáticos, una presión muy alta sobre la Atención Primaria y sobre Salud Pública y un porcentaje de ocupación hospitalaria y de camas de UCI muy inferior al esperado en comparación con lo que se ha producido durante el resto de las olas pandémicas.

Este cambio en la situación epidemiológica permite plantear un escenario de transición desde la estrategia actual de vigilancia y control, centrada en reducir la transmisión del virus para evitar un alto número de casos graves, hacia una estrategia que vigile y dirija las actuaciones a las personas y ámbitos de mayor vulnerabilidad y monitorice tanto los casos de Covid 19 graves como los que se dan en ámbitos y personas vulnerables.

Este escenario actual y el cambio de estrategia precisan generar otro tipo de vigilancia de la Covid 19 que ya no busque la exhaustividad en la detección de casos, pero permita seguir detectando cambios en la pandemia que requieran la toma de medidas adicionales y, a la vez, recuperar el funcionamiento del sistema sanitario evitando su saturación y garantizando la adecuada asistencia sanitaria a la población.

En esta nueva **fase de transición** se deben seguir monitorizando algunos indicadores clave para detectar precozmente cambios en la situación que requieran reimplantar medidas de control. Por ello, las estructuras extraordinarias de vigilancia y control puestas en marcha por el sistema sanitario público durante la pandemia deben conservarse operativas.

El esfuerzo diagnóstico debe dirigirse, a partir de ahora, a **personas y ámbitos de mayor vulnerabilidad y a casos graves de Covid 19**, como puede ocurrir en las personas de edad avanzada, las que tienen enfermedades subyacentes graves y los inmunocomprometidos que no hayan desarrollado una inmunidad suficiente contra el SARS-CoV-2. Tendremos que

centrarnos en la protección de estas personas con intervenciones tanto farmacológicas (dosis de refuerzo de vacuna si es necesario y acceso temprano a tratamientos antivirales) como no farmacológicas. En ámbitos vulnerables como centros sanitarios asistenciales o sociosanitarios, se podrán llevar a cabo medidas específicas de aislamiento y control.

El diagnóstico de **pacientes con síntomas leves** compatibles con esta infección se realizará según las necesidades de manejo clínico del mismo y así, ante pacientes con síntomas leves compatibles con Covid 19 y sus contactos estrechos, ya no se proponen medidas de aislamiento y cuarentena estrictas. Estas se sustituyen por recomendaciones de medidas preventivas como la utilización de mascarilla o evitar el contacto con personas vulnerables.

Por otra parte, **la estrategia de vigilancia se basará en la notificación de casos confirmados** en personas con factores de vulnerabilidad o asociadas a ámbitos vulnerables y casos graves. Se reforzarán los sistemas de vigilancia centinela de virus respiratorios incluyendo al SARS-CoV-2 que serán la base de la futura vigilancia de las infecciones respiratorias agudas. Se mantendrá y mejorará la información proporcionada por los laboratorios de Microbiología en cuanto a la realización de pruebas diagnósticas (SERLAB), el seguimiento de los casos con clínica compatible a partir de los registros de Atención Primaria y la información facilitada por los hospitales sobre la ocupación de camas COVID tanto de hospitalización general como de UCI. Esta información se podrá complementar con la vigilancia de aguas residuales o la monitorización de las incapacidades temporales.

La información que proveerán los diferentes sistemas debe permitir el seguimiento de algunos indicadores que faciliten un seguimiento adecuado de la situación epidemiológica a la vez que favorezcan adaptar y flexibilizar las medidas de control.

En esta fase de transición, la **estrategia diagnóstica** estará dirigida a la realización de pruebas en **personas con síntomas compatibles con Covid 19 grave o vulnerables** que pueden beneficiarse de un tratamiento temprano. El diagnóstico y vigilancia de las personas que tienen contacto con poblaciones vulnerables, como trabajadores en centros sanitarios asistenciales y sociosanitarios, además de ayudarnos a proteger a esas poblaciones, nos permitirá evaluar el nivel de circulación del virus en la comunidad, los cambios en la gravedad de los casos y detectar de forma temprana posibles aumentos estacionales de casos. Es necesario, además, obtener muestras para la detección temprana de cambios en el virus que podrían afectar a los programas de vacunación y las medidas de contención pandémica.

En los **ámbitos de mayor vulnerabilidad**, como centros sanitarios asistenciales o sociosanitarios, sí que se llevarán a cabo medidas específicas de aislamiento y control. La indicación de aislamientos en esta fase se limita, por tanto, a entornos muy concretos en los que las prácticas de prevención y control son clave para mitigar los efectos de la Covid 19 en términos de morbilidad, mortalidad y carga de atención sanitaria. Del mismo modo, en esta fase de transición **no se proponen cuarentenas en los contactos** y las actuaciones se dirigen hacia la recomendación de medidas preventivas que, una vez más, sirvan para proteger específicamente a la población más vulnerable.

En el mismo sentido y con el objetivo también de **recuperar la normalidad asistencial**, no se considera necesario, de manera general, la realización de cribados en centros sanitarios previos al ingreso o a determinadas actuaciones asistenciales. En cualquier caso, los centros

hospitalarios podrán considerar el uso de cribados en situaciones específicas y con el objetivo de proteger a los pacientes vulnerables a criterio de los responsables de control de la infección.

La transición a esta nueva estrategia se realizará cuando todos los [indicadores de utilización de servicios asistenciales](#) se encuentren en nivel de riesgo bajo a nivel nacional y en más de la mitad de las Comunidades y Ciudades Autónomas y, además, cuando dichos indicadores mantengan una tendencia descendente durante al menos dos semanas en las CCAA necesarias para cubrir al menos al 80% de la población española (información adicional en el [Anexo 3](#)). Esta situación será establecida por la *Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta* y comunicada a la Comisión de Salud Pública del Ministerio de Sanidad.

Esta estrategia seguirá en vigor mientras no se produzca un cambio significativo en la tendencia que indique una circulación no controlada del SARS-CoV-2 o bien un cambio en la situación epidemiológica que requiera restablecer medidas de vigilancia y control a propuesta de la *Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta*.

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

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

<http://172.25.0.105/intranet/covid19.html>

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

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

Definiciones.

Ámbitos vulnerables: centros sanitarios asistenciales, centros sociosanitarios y centros de día que prestan asistencia sociosanitaria, centros penitenciarios y otros centros con personas institucionalizadas.

Personas relacionadas con ámbitos vulnerables: personas que residen o acuden, están ingresadas o trabajan en ámbitos vulnerables, así como trabajadores que prestan apoyo y cuidado a personas vulnerables.

Grupos vulnerables: personas de 60 años o más, inmunodeprimidos por causa intrínseca o extrínseca y mujeres embarazadas.

Inmunodeprimidos por causa intrínseca o extrínseca: receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos o CAR-T en los 2 años tras el trasplante/tratamiento, en tratamiento inmunosupresor o que tengan una enfermedad del injerto contra el huésped, independientemente del tiempo desde el trasplante; receptores de trasplante de órgano sólido (menos de 2 años o con tratamiento inmunosupresor para eventos de rechazo); inmunodeficiencias primarias: combinadas y de células B en las que se haya demostrado

ausencia de respuesta vacunal; personas que han recibido en los 3 meses anteriores (6 meses en caso de rituximab) fármacos anti CD20 o belimumab; Síndrome de Down de edad superior a los 40 años.

PDIA: prueba diagnóstica de infección activa. Incluye pruebas basadas en la detección de antígenos y pruebas basadas en la detección de ARN viral mediante una RT-PCR o una técnica molecular equivalente.

Persona con clínica compatible: persona con síntomas respiratorios agudos, es decir, de inicio súbito en los últimos 10 días de cualquiera de los siguientes síntomas: tos, disnea, dolor de garganta o rinorrea, con o sin fiebre. Otros síntomas como anosmia, ageusia, diarreas, dolor torácico o cefalea, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico.

Caso grave: a efectos de la vigilancia, en este procedimiento, se considerarán casos graves aquellos que requieran ingreso hospitalario.

Caso confirmado: personas con prueba diagnóstica de infección activa positiva. A efectos de vigilancia y notificación a nivel nacional **NO SE TENDRÁN EN CUENTA LOS RESULTADOS DE LOS TEST DE AUTODIAGNÓSTICO.**

Caso confirmado de reinfección: persona que presenta una nueva PDIA positiva tras una infección confirmada si han transcurrido, al menos, 90 días desde la infección previa. Podrán considerarse también casos de reinfección aquellos en que, habiendo transcurrido al menos 30 días desde la infección previa, el resultado de la PDIA sea compatible con una carga viral alta (detección de antígeno positiva o PCR compatible con carga viral elevada a juicio del laboratorio que realiza la prueba) o en los que haya evidencia de que se debe a una variante diferente.

Brote: a efectos de notificación a nivel nacional se considera un brote una agrupación de 3 ó más casos vinculados a ámbitos vulnerables.

Se considera *brote abierto* aquel que ha tenido casos en los últimos 20 días y *cerrado* aquel sin casos en los últimos 20 días. Se considera brote activo aquel que haya tenido casos en los últimos 10 días. La notificación a nivel nacional se realizará cuando se den 3 o más casos vinculados.

Contacto estrecho: cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso o haya estado en contacto con sus secreciones y fluidos: personal sanitario o socio-sanitario que NO haya utilizado las medidas de protección adecuadas, convivientes o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar o cualquier persona que haya manipulado muestras biológicas sin las debidas medidas de protección.

De forma general, a nivel comunitario, se considerará contacto estrecho a cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso, a una distancia menor de 2 metros y durante un tiempo total acumulado de más de 15 minutos en 24 horas. En entornos en los que se pueda hacer una valoración del seguimiento de las medidas de prevención podrá realizarse una

valoración individualizada por el servicio de prevención de riesgos laborales o el responsable que sea designado para ese fin. A la hora de establecer el riesgo se tendrán en cuenta determinadas circunstancias como espacios en que haya riesgo elevado de generación de aerosoles u otras características personales o sociales del entorno en que se evalúe la posible transmisión. Para definir un contacto estrecho se tendrá en cuenta el último contacto con un caso confirmado incluyendo los dos días anteriores al inicio de síntomas o al diagnóstico si el caso es asintomático.

Objetivos generales.

Los **objetivos** de esta estrategia son los siguientes:

- **La vigilancia, prevención y control de la infección activa** por SARS-CoV-2 y con especial seguimiento de la evolución epidemiológica en ámbitos y grupos vulnerables.
- La evaluación del **impacto** de la Covid 19 a partir del análisis de los casos graves y fallecidos.
- La vigilancia de los **cambios de patrones epidemiológicos** de la enfermedad, así como la aparición de nuevas variantes que puedan condicionar una peor evolución de la epidemia, para poder tomar medidas de forma precoz.
- El establecimiento de **indicadores de seguimiento** que permitan instaurar las medidas de control oportunas en caso necesario.
- La **normalización de la asistencia sanitaria** tras la fase aguda de la pandemia minimizando los riesgos.

2. SISTEMAS DE VIGILANCIA DE LA COVID 19

- **Notificación individualizada de casos confirmados de SARS-CoV-2.**

Los servicios de vigilancia epidemiológica de Salud Pública notificarán todos los casos confirmados, tanto en Atención Primaria como en Hospitalaria del sistema público y privado, así como de los servicios de prevención y de los laboratorios de diagnóstico públicos y privados.

Los **casos confirmados** son de **declaración obligatoria en todos los niveles**. Desde la Dirección General de Salud Pública se notificarán al Ministerio de Sanidad **dos veces por semana**, a través de la herramienta de vigilancia SiViEs, incluyendo las variables recogidas en el [Anexo 1](#) (en la notificación de los casos confirmados que no estén incluidos en los criterios de indicación de prueba diagnóstica del apartado de “Actuaciones ante casos con síntomas compatibles” (página 8), será suficiente con incluir las variables básicas de edad, sexo y fecha

de diagnóstico). Del mismo modo, los casos de reinfección son de declaración obligatoria y deben notificarse de nuevo con los mismos criterios que el resto de casos confirmados.

Se reforzará la **secuenciación genómica** y su integración en la vigilancia ya que es necesaria para poder detectar, caracterizar y monitorizar las variantes del SARS-CoV-2. Las especificaciones de esta vigilancia se encuentran en el [Anexo 2](#).

- **Información del SIVIRA (Sistema de Vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas). Información sobre casos de infección respiratoria aguda en Atención Primaria.**

Como indicador de la tendencia de casos leves en población general se utilizará la información derivada de los códigos de infecciones respiratorias agudas (IRAS) obtenida de forma **automática** de la historia clínica de Atención Primaria OMI-AP. El resto de la información derivada del sistema centinela de IRAS e Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) será clave también para el seguimiento de la epidemia. Este sistema se seguirá desarrollando y será la base de la vigilancia de los virus respiratorios.

- **Notificación de brotes de SARS-CoV-2.**

Solo se notificarán al Ministerio de Sanidad aquellos **brotes con 3 ó más casos vinculados a ámbitos vulnerables**, incluyendo centros sanitarios asistenciales hospitalarios, centros sociosanitarios y centros de día, centros penitenciarios y otras instituciones cerradas y entornos de exclusión social. Se notificarán con una **periodicidad semanal**.

- **Sistema Estatal de Resultados de Laboratorio para pruebas diagnósticas de SARS-CoV-2 (SERLAB).**

Los laboratorios públicos y privados, así como los centros, servicios y establecimientos sanitarios que realicen pruebas de diagnóstico de Covid 19 mediante PCR u otras técnicas de diagnóstico de infección, **continuarán remitiendo diariamente** a la Dirección General de Salud Pública los datos de todas las pruebas realizadas a través del Sistema de Información automatizado habitual que tenemos establecido. El Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón recogerá los datos de las pruebas diagnósticas de Covid 19 indicadas en nuestro ámbito territorial y los **remitirá diariamente** al Ministerio de Sanidad a través del sistema de información establecido al efecto.

- **Sistema de Información de Capacidad Asistencial Hospitalaria (SICAH).**

Se continuará con la recogida de **información diaria sobre la actividad hospitalaria** utilizando como fuente de datos los enviados por los hospitales.

- **Otras fuentes de información.**

El estudio de los procesos de incapacidad temporal por enfermedad Covid 19 y la monitorización del estudio de aguas residuales se podrán utilizar como fuentes de información complementarias para la vigilancia de la enfermedad. Este último sistema puede aportar información de utilidad para la identificación y seguimiento de variantes de interés.

El impacto en la mortalidad de la población se seguirá estudiando en base a la información de mortalidad diaria por todas las causas que se incluye en el *Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo)*.

3. ACTUACIONES ANTE CASOS CON SÍNTOMAS COMPATIBLES

Se indicará la realización de una PDIA en las siguientes situaciones:

Persona con clínica compatible y que cumpla alguno de los siguientes criterios:

- Tener criterios de vulnerabilidad: 60 años o más, inmunodeprimidos por causa intrínseca o extrínseca¹ y embarazadas.
- Personas relacionadas con ámbitos vulnerables: personas que residen, acuden, están ingresadas o trabajan en ámbitos vulnerables (centros sanitarios asistenciales, centros sociosanitarios y centros de día, centros penitenciarios y otros centros con personas institucionalizadas), así como trabajadores que prestan apoyo y cuidado a personas vulnerables.
- Presentar un cuadro de infección respiratoria aguda de vías bajas que requiera ingreso hospitalario (preferiblemente diagnosticado por PCR).
- Tener constancia de que haya estado en los últimos 14 días en una región en la que esté circulando una variante de interés o de preocupación que no haya mostrado circulación comunitaria en nuestro territorio² y población migrante de reciente llegada a España³.

¹ Receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos o CAR-T, en los dos años tras el trasplante/tratamiento, en tratamiento inmunosupresor o que tengan una enfermedad del injerto contra el huésped (EICH), independientemente del tiempo desde el trasplante; receptores de trasplante de órgano sólido (menos de dos años o con tratamiento inmunosupresor para eventos de rechazo); inmunodeficiencias primarias: combinadas y de células B en las que se haya demostrado ausencia de respuesta vacunal; personas que han recibido en los tres meses anteriores (seis meses en caso de rituximab) fármacos anti CD20 o belimumab; Síndrome de Down de edad superior a los 40 años.

² El Comité de Coordinación de la Red de laboratorios de secuenciación definirá estas regiones.

³ La población migrante irregular se considera también susceptible de realizar PCR no por ser vulnerables en términos de salud, sino por proceder de países con coberturas de vacunación desconocidas o bajas y desconocer la situación de la circulación de variantes.

Si tras un resultado negativo de una PDIA se produjese un empeoramiento del cuadro clínico, se realizará una segunda PDIA al menos con una separación de 48 horas desde la anterior.

Se recomienda que la persona que presente **síntomas leves** y que **no cumpla criterios de indicación de realización de una prueba diagnóstica** extreme las precauciones y reduzca todo lo posible las interacciones sociales utilizando de forma constante la mascarilla y manteniendo una adecuada higiene de manos al menos durante los 10 días posteriores al inicio de síntomas. Se evitará especialmente el contacto con personas vulnerables y la participación en eventos multitudinarios y, siempre que sea posible y no precise de una incapacidad temporal por la intensidad de su sintomatología, se recomendará el teletrabajo.

Se recomienda que la persona que presente síntomas leves y cumpla criterios de indicación de realización de una prueba diagnóstica, se ponga en contacto con su centro de salud y permanezca en su domicilio hasta que obtenga el **resultado de la PDIA**:

- Si éste fuese **positivo**, será considerado caso confirmado y se procederá como se indica en el apartado siguiente.
- Si el resultado fuese **negativo**, se considera que los síntomas no se deben a la Covid 19 y habrá de seguir las instrucciones que le indiquen desde su centro de salud.

En caso de presentar criterios de gravedad o mala evolución (disnea o fiebre > 38°C mantenida más de tres días) deberá contactar con su médico de familia observando, en todo caso, todas las medidas personales de control de la transmisión y utilizando, si es posible, un medio de transporte privado en el supuesto de desplazamiento.

Además de las indicaciones de realización de prueba diagnóstica descritas, el profesional sanitario que atienda a un caso con clínica compatible podrá indicar la realización de una PDIA bajo criterio clínico. **No está indicado realizar una PDIA a las personas que tienen un resultado positivo en un test de autodiagnóstico si no cumplen alguno de los criterios indicados al inicio de este apartado.**

4. ACTUACIONES ANTE CASOS CONFIRMADOS

Los **casos confirmados** deben extremar las precauciones y reducir todo lo posible las interacciones sociales utilizando de forma constante la mascarilla y manteniendo una adecuada higiene de manos al menos durante los 10 días posteriores al inicio de síntomas o al diagnóstico en el caso de las personas asintomáticas. Se evitará especialmente el contacto con personas vulnerables y la participación en eventos multitudinarios y, siempre que sea posible y no precise de una incapacidad temporal por la intensidad de su sintomatología, se recomendará el teletrabajo.

Las personas que **trabajan en ámbitos vulnerables y los trabajadores que prestan apoyo y cuidados a personas vulnerables** no acudirán a su centro de trabajo durante los primeros 5 días desde el inicio de síntomas o de la fecha de diagnóstico en caso de personas asintomáticas. Pasado este tiempo, y siempre que hayan transcurrido 24 horas de la desaparición de la fiebre o presente mejoría de los síntomas, se realizará una **prueba rápida de Ag** y, si el resultado es negativo, podrá volver a incorporarse a su lugar de trabajo. Si el resultado es positivo podrá repetirse la realización de la misma cada 24 horas hasta obtener un resultado negativo para poder incorporarse a su lugar de trabajo.

En caso de presentar criterios de gravedad o mala evolución (disnea o fiebre > 38°C mantenida más de tres días) deberá contactar con su médico de familia, quien le indicará la conducta a seguir.

Los casos hospitalizados deberán estar aislados durante su estancia en el hospital hasta la obtención de un resultado negativo en una PDIA o una PCR positiva compatible con cargas virales bajas según establezca el laboratorio que realiza la prueba. En cualquier caso, los profesionales responsables del control de la infección a nivel hospitalario podrán adaptar estas recomendaciones tras la valoración de cada situación. Si continúa presentando clínica tras el alta hospitalaria, permanecerá en su domicilio hasta su resolución.

Respecto al manejo de los cadáveres de los casos confirmados, éste se realizará del mismo modo que el resto de cadáveres de grupo III según la Guía de Consenso sobre Sanidad Mortuoria⁴.

En la **figura 1** (página 13) se muestra el algoritmo de manejo de casos leves.

5. ESTUDIO Y ACTUACIONES ANTE CONTACTOS ESTRECHOS

Únicamente se realizará la identificación de contactos estrechos en los ámbitos considerados vulnerables enunciados con anterioridad con el objetivo de proteger a las personas pertenecientes a grupos vulnerables y realizar un diagnóstico precoz para el control de la transmisión, tanto entre las personas vulnerables como a partir de otras personas relacionadas con estos ámbitos.

A los contactos estrechos en estos ámbitos se les indicará la realización de PDIA a los 3-5 días del seguimiento.

Los contactos estrechos no realizarán cuarentena. Sin embargo, durante los 10 días posteriores a la última exposición deben extremar las precauciones y reducir todo lo posible las interacciones sociales utilizando de forma constante la mascarilla y manteniendo una adecuada higiene de manos. Especialmente se debe evitar el contacto con personas vulnerables. En caso

⁴ Consultar guía en la dirección:

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/docs/GUIA_CONSENSO_SANIDAD_MORTUORIA.pdf

de aparición de síntomas se seguirá el procedimiento indicado en el apartado de “Actuación ante casos con sintomatología compatible”.

6. ACTUACIONES EN ÁMBITOS ESPECÍFICOS

- **Residencias para mayores y otros centros socio sanitarios.**

Ante la aparición de un caso con clínica compatible en un residente se procederá al aislamiento del caso hasta la obtención de resultado de la PDIA. Si el resultado es positivo se mantendrá el aislamiento del caso y se procederá a estudiar los contactos estrechos. Los casos confirmados realizarán **aislamiento de 5 días** desde el inicio de síntomas o desde el diagnóstico en los casos asintomáticos finalizando el aislamiento siempre que hayan transcurrido 24 horas tras la resolución de los síntomas. Para aquellas personas con enfermedad grave o inmunosupresión el periodo de aislamiento se adaptará en función del curso clínico.

El personal socio-sanitario en el que se confirme la infección **no acudirá a su centro de trabajo durante los primeros 5 días** desde el inicio de síntomas o de la fecha de diagnóstico en caso de personas asintomáticas. Pasado este tiempo, y siempre que hayan transcurrido 24 horas de la desaparición de los síntomas, al personal que tiene contacto directo con los residentes se le realizará una **prueba de Ag** y, si el resultado es negativo, podrá volver a incorporarse a su lugar de trabajo. Si el resultado es positivo se podrá repetir la realización de la misma cada 24 horas. El resto del personal se podrá incorporar a partir del 5º día si han desaparecido los síntomas.

En este ámbito se aplicarán medidas de intervención y control específicas ante la aparición de un solo caso en residentes o de tres casos en trabajadores.

- **Centros penitenciarios y otras instituciones cerradas.**

Se seguirá lo establecido en el protocolo específico

- **Centros educativos.**

En el ámbito educativo no se establecerá ninguna actuación ni medidas específicas dirigidas a casos o contactos diferentes a las definidas en esta estrategia. Los aspectos organizativos de los centros educativos se describen en el *Documento sobre medidas de prevención e higiene de los centros educativos* disponible en la web del Ministerio de Sanidad.

- **Otros centros de trabajo**

En el resto de lugares de trabajo no se establecerá ninguna actuación ni medidas específicas dirigidas a casos o contactos diferentes a las definidas en esta estrategia. Las medidas de prevención se describen en el *Procedimiento para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2* disponible en la web del Ministerio de Sanidad.

- **Centros sanitarios:**

No se considera necesaria, de manera general, la realización de cribados previos al ingreso o a determinadas actuaciones asistenciales. En cualquier caso, los centros hospitalarios podrán considerar el uso de cribados en situaciones específicas y con el objetivo de proteger a los pacientes vulnerables a criterio de los responsables de control de la infección.

Figura 1. Algoritmo de manejo de casos leves

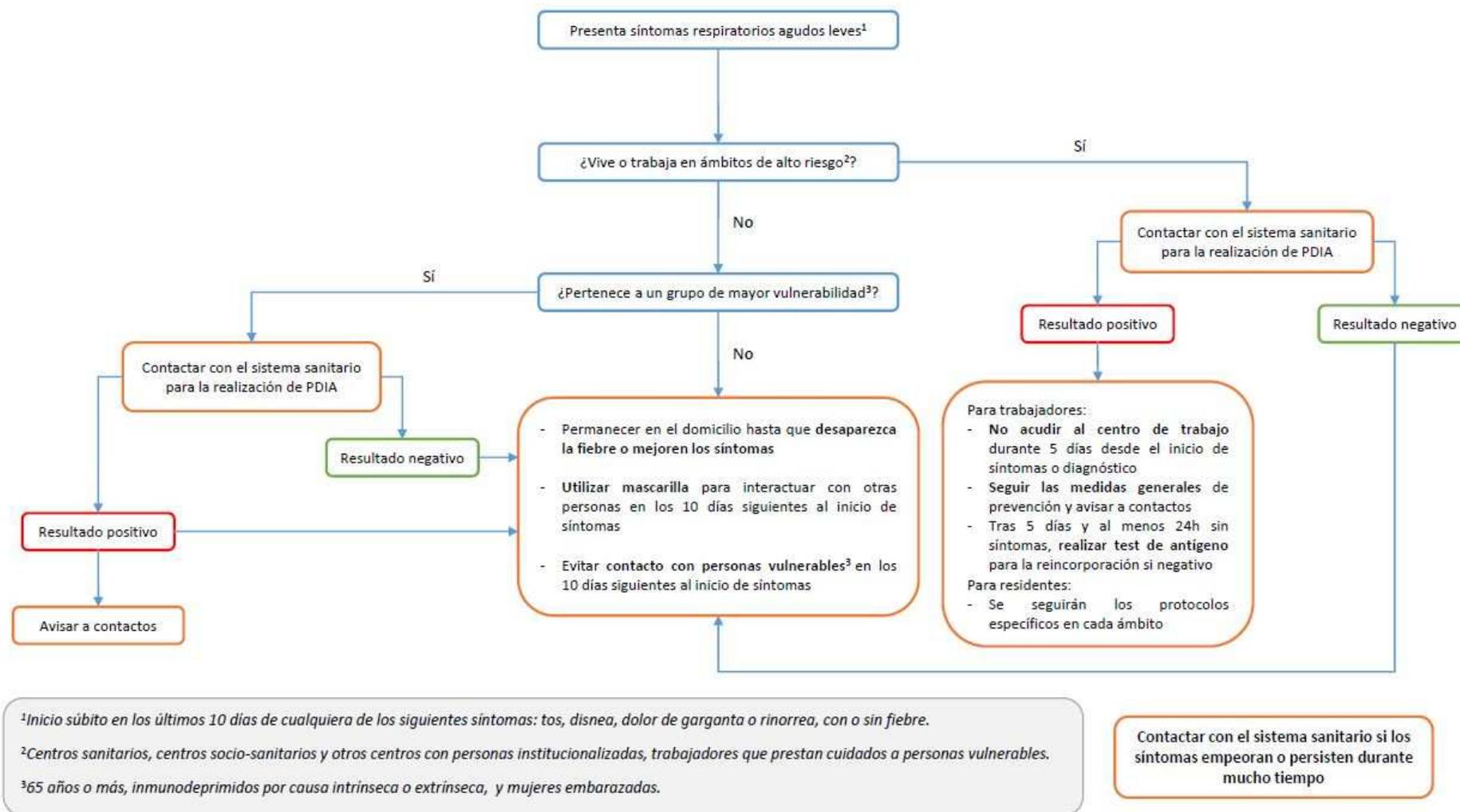


Tabla 1. Indicadores para la valoración del riesgo

Tabla 1. Indicadores para la valoración del riesgo Indicadores		Fórmula de cálculo	Valoración de riesgo					Fuente de información
			Circulación controlada	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	
Evaluación del nivel de transmisión								
T2	Incidencia acumulada de casos con 60 o más años diagnosticados en 14 días ¹	Casos \geq 60 años confirmados (por fecha de diagnóstico) en 14 días *100.000 / número de habitantes \geq 60 años	\leq 250	>250 a \leq 500	>500 a \leq 1500	>1500 a \leq 2500	>2500	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES)
T4	Incidencia acumulada de casos con 60 o más años diagnosticados en 7 días ¹	Casos \geq 60 años confirmados (por fecha de diagnóstico) en 7 días *100.000 / número de habitantes \geq 60 años	\leq 100	>100 a \leq 250	>250 a \leq 750	>750 a \leq 1250	>1250	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES)
Nivel de utilización de servicios asistenciales por COVID-19								
A1	Ocupación de camas de hospitalización por casos de COVID-19 ²	Número de camas de hospitalización ocupadas por casos de COVID / Número total de camas de hospitalización en funcionamiento	\leq 2%	>2% a \leq 5%	>5% a \leq 10%	>10% a \leq 15%	>15%	Declaración al Ministerio de Sanidad por las CC.AA.
A1'	Tasa de nuevas hospitalizaciones por COVID, por 100.000 habitantes en 7 días	Número de nuevos ingresos hospitalarios por COVID en 7 días *100.000/ Número de habitantes en el territorio	\leq 5	>5 a \leq 15	>15 a \leq 30	>30 a \leq 50	>50	Declaración al Ministerio de Sanidad por las CC.AA.
A1''	Tasa de ocupación hospitalaria por 100.000 habitantes	Número de camas de hospitalización ocupadas por casos de COVID*100.000 / Número de habitantes en el territorio	\leq 10	>10 a \leq 20	>20 a \leq 30	>30 a \leq 40	>40	Declaración al Ministerio de Sanidad por las CC.AA.
A2	Ocupación de camas de cuidados críticos por casos de COVID-19 ²	Número de camas de cuidados críticos ocupadas por casos de COVID / Número de camas de cuidados críticos totales en funcionamiento	\leq 5%	>5% a \leq 10%	>10% a \leq 15%	>15% a \leq 25%	>25%	Declaración al Ministerio de Sanidad por las CC.AA.
A2'	Tasa de nuevas hospitalizaciones en UCI por COVID, por 100.000 habitantes en 7 días	Número de nuevos ingresos en UCI por COVID en 7 días *100.000/ Número de habitantes en el territorio	\leq 0,5	>0,5 a \leq 1,5	>1,5 a \leq 2,5	>2,5 a \leq 3	>3	Declaración al Ministerio de Sanidad por las CC.AA.
A2''	Tasa de ocupación UCI por 100.000 habitantes	Número de camas de UCI ocupadas por casos de COVID*100.000 / Número de habitantes en el territorio	\leq 1	>1 a \leq 2	>2 a \leq 4	>4 a \leq 6	>6	Declaración al Ministerio de Sanidad por las CC.AA.

¹Estas IA deberán calcularse con datos consolidados, sustrayendo los días en los que dicha consolidación se considere insuficiente. Para la fecha de diagnóstico se utilizará la fecha del resultado positivo de la PDIA.

²La Unidad Territorial para este indicador será la provincia, isla o comunidad autónoma según se establezca en cada territorio. Para el cálculo de camas en funcionamiento se tendrán en cuenta exclusivamente las camas de hospitalización y UCI estructurales y operativas para uso inmediato por pacientes COVID-19 en el momento de la evaluación tal y como se comunican al Ministerio según la Resolución de 19 de junio de 2020 por la que se establece la información sobre capacidad asistencial y de necesidades de recursos materiales del sistema sanitario.

Los umbrales de los niveles de riesgo se revisarán periódicamente de acuerdo con la evolución epidemiológica de la epidemia

Definición de los niveles de alerta.

El seguimiento de estos indicadores permitirá valorar los cambios en la situación epidemiológica que puedan tener un impacto en el sistema asistencial y, requieran, en ese caso establecer nuevas medidas de vigilancia y control.

Los indicadores del bloque I, complementados con los indicadores del [Anexo 3](#), se utilizarán para el seguimiento de la evolución de la epidemia. El nivel de alerta se establecerá con los indicadores del bloque II de la siguiente manera:

- Se establecen 5 niveles de alerta (Nivel de alerta 0, 1, 2, 3 y 4) basados en los indicadores de utilización de los servicios asistenciales. El nivel de alerta estará definido por el indicador de este bloque que tenga el mayor nivel de riesgo.

ANEXO 1. ENCUESTA PARA NOTIFICACIÓN DE CASOS CONFIRMADOS DE COVID 19 A NIVEL ESTATAL.

Se rellenará un cuestionario por cada infección ocurrida en una persona

1. Infección:

Primera infección confirmada
Reinfección

2. Datos identificativos de la infección:

Identificador de la infección para la comunidad autónoma: _____

Fecha Clave: __/__/____

3. Datos comunes de la persona:

Identificador personal: _____ (se describe en el metadata)

Sexo: Hombre Mujer

Fecha nacimiento: __/__/____ Edad: ____

4. Lugar de residencia

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

Municipio: _____

5. Datos clínicos

Síntomas SÍ NO

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

6. Indicación para la realización de la PDIA

Paciente \geq 60 años
Inmunodeprimido
Embarazada
Trabajador de Centro Sanitario que asiste a personas
Trabajador de Centro Sociosanitario (incluye centro de día) que asiste a personas
Otros trabajadores que prestan apoyo y cuidan personas vulnerables
Residente de Residencia de mayores
Otros institucionalizados
Infección Respiratoria de vías bajas que requiere ingreso
Persona procedente de país con circulación de VOC/VOI no presente en España
Población migrante irregular de recién llegada a España

7. Asociado a brote SÍ NO Desconocido

8. Fecha de diagnóstico⁴ __/__/____

9. Pruebas diagnósticas positivas

⁴ 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.

PCR/Técnicas moleculares
Prueba rápida de antígeno

10. Identificador de la muestra en GISAID _____

11. Tipo de linaje por secuenciación (se describe en el metadata y se revisa de forma continua)

12. Tipo de variante por PCR específica (identificación presuntiva) (se describe en el metadata y se revisa de forma continua)

13. Secuenciación asociada a muestreo aleatorio:

SÍ NO

14. Evolución clínica

Ingreso Hospital SÍ NO F. ingreso hospital __/__/____ Fecha de alta __/__/____
Ingreso en UCI SÍ NO F. ingreso UCI __/__/____ Fecha de alta UCI __/__/____

15. Fallecimiento

Fallecimiento por COVID
Fallecimiento por otra causa
Fallecimiento por causa desconocida

Fecha de fallecimiento __/__/____

16. Vacunación:

SÍ NO Desc
En caso afirmativo:

	Marca	Fecha vacunación
Primera Dosis		__/__/____
Segunda Dosis		__/__/____
Tercera Dosis		__/__/____
Cuarta Dosis		__/__/____
Quinta Dosis		__/__/____

ANEXO 2. IDENTIFICACIÓN DE VARIANTES CIRCULANTES DEL SARS-CoV-2: INTEGRACIÓN DE LA SECUENCIACIÓN GENÓMICA EN LA VIGILANCIA.

1. Objetivos (28)

- Identificación precoz de nuevas variantes de SARS-CoV-2 de interés para la salud pública.
- Caracterización genómico-viroológica y epidemiológica de las variantes.
- Estimación de la incidencia de las variantes de interés para la salud pública en la población.

2. Fuentes de información

La Red de laboratorios de Secuenciación del SARS-CoV-2 proporciona información sobre la secuenciación de aislamientos clínicos del virus.

La información obtenida por la Red es complementaria a la generada por otros sistemas de vigilancia como la vigilancia ambiental del SARS-CoV-2 en aguas residuales (17).

Los sistemas centinela de infección respiratoria aguda en atención primaria (IRAs) y de infección respiratoria aguda grave (IRAG) de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica aportan también información relevante para los objetivos señalados (18).

Además de los resultados de la secuenciación, la información derivada de la realización de pruebas de PCR específicas para determinadas variantes puede ser de gran utilidad para la toma de decisiones en salud pública, especialmente al inicio de la circulación de una nueva variante (18).

3. Selección de muestras

Con el fin de tener una muestra representativa de los casos graves y casos en población especialmente vulnerable se realizará un muestreo aleatorio entre las muestras positivas por PCR en estos grupos.

La proporción de casos secuenciada debería variar en función de la circulación del virus, desde un mínimo de alrededor del 30% en periodos de alta circulación hasta aproximarse al 100% en periodos de circulación muy baja (18,28).

Además, para detectar la aparición de nuevas variantes y de caracterizar las variantes ya conocidas, se considerará prioritario realizar secuenciación en los casos que cumplan alguno de estos criterios (18,28):

- Sospecha clínica de implicación de una variante con características fenotípicas diferentes a las variantes circulantes: de acuerdo con el criterio clínico podrá incluir, por ejemplo, casos graves en personas sin factores de riesgo.
- Sospecha epidemiológica de implicación de una variante con características fenotípicas diferentes a las variantes circulantes: de acuerdo con el criterio epidemiológico se podrán secuenciar casos pertenecientes a brotes con una transmisibilidad o virulencia extraordinariamente elevadas. En estas situaciones no será necesario secuenciar la totalidad de los casos, sino los necesarios para establecer la implicación de la nueva variante en el brote (de forma aproximada, un 10% de las muestras o 4 o 5 casos en el estudio de brotes).
- Casos con vínculos epidemiológicos en los 14 días previos con una región en la que circule una variante de interés o de preocupación que no muestre transmisión comunitaria en nuestro territorio y casos en población migrante irregular de reciente llegada a España.
- Sospecha de fallo de los métodos diagnósticos: casos en los que se confirme un resultado positivo con una técnica de amplificación de ácidos nucleicos (TAAN) que sugiera una carga viral elevada y resultado negativo mediante otra TAAN o técnicas de detección de antígenos.
- Infecciones prolongadas en pacientes inmunodeprimidos.
- Reinfección con último o episodio previo hace menos de 90 días

4. Notificación de los resultados

Los resultados de los casos secuenciados deberán notificarse al sistema de vigilancia. A efectos de dicha notificación se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

Las variantes de preocupación (VOC) y las variantes de interés (VOI) serán propuestas y revisadas permanentemente por el Comité Coordinador de la red de laboratorios de secuenciación y serán incluidas en SiViEs y difundidas a las CC.AA mediante el metadata correspondiente.

Además del tipo de variante o la mutación, se indicará si la secuenciación se realizó como parte de un muestreo aleatorio.

ANEXO 3. OTROS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS Y DE CAPACIDAD

Indicador	Fórmula de cálculo	Valoración de riesgo					Fuente de información
		Circulación controlada	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	
Evaluación del nivel de transmisión							
Tendencia de casos diagnosticados (interpretar siempre en el contexto de la incidencia en el territorio) en mayores de 60 años	Número de casos confirmados en los días 1 a 7 antes de la fecha - número de casos confirmados en los días 8 al 14 antes de la fecha * 100 / Número de casos confirmados los días 8 al 14 antes de la fecha	Descendente o estable las últimas 4 semanas	Oscila sin incrementos sostenidos	Incrementos sostenidos de bajo nivel (<20%)	Incrementos sostenidos intermedios (20-40%) o incremento puntual importante (>50%)	Incrementos sostenidos elevados (>40%) o incremento puntual muy importante (>100%)	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES)
Evaluación de la capacidad de diagnóstico precoz de casos							
Tasa de pruebas* realizadas	Número total de pruebas realizadas *100.000 / Número total de habitantes	≥1.500	<1.500 a ≥1.000	<1.000 a ≥800	<800 a ≥600	<600	Notificación de laboratorios (SERLAB)
Positividad de las PDIA por semana en mayores de 60 años	Número de pruebas con resultados positivo en 7 días en ≥ 60 años *100 / Número pruebas realizadas en 7 días en ≥ 60 años	≤5%	> 5 a ≤10%	>10 a ≤20%	>20 a ≤30%	≥30%	Notificación de laboratorios (SERLAB)
Evaluación del nivel de gravedad							
Proporción de ingresos debidos a COVID	Número de ingresos hospitalarios debidos a COVID en 7 días*100/Total de ingresos hospitalarios en 7 días	≤1%	>1 a ≤5%	>5 a ≤10%	>10 a ≤20%	≥20%	Declaración al Ministerio de Sanidad por las CC.AA.
Porcentaje de casos hospitalizados que ingresan en UCI	Número de casos confirmados que han ingresado en UCI *100/ total de casos hospitalizados por COVID (valorada a los 7 días)	≤5%	> 5 a ≤10%	>10 a ≤20%	>20 a ≤30%	≥30%	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES). Información de las CC.AA.
Tasa de mortalidad acumulada en 7 días por millón de habitantes	Casos de COVID confirmados que han fallecido en 7 días * 1.000.000 / Número de habitantes en el territorio	≤5	>5 a ≤10	>10 a ≤30	>30 a ≤50	>50	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES)
Exceso mortalidad por todas las causas en las últimas 2 semanas*	*Se considera cualquier día de exceso de mortalidad por todas las causas identificado en las	≤1%	>1 a ≤3%	>3 a ≤13%	>13 a ≤25%	>25%	Sistema de monitorización de la mortalidad diaria (MoMo)

	últimas 2 semanas, que pueda estar incluido en un periodo de exceso de mortalidad según los criterios MoMo						
Centros sociosanitarios							
Centros sociosanitarios con brotes nuevos los últimos 7 días	Centros sociosanitarios con brotes nuevos en los últimos 7 días *100/ número de centros sociosanitarios	≤1%	>1 a ≤3%	>3 a ≤5%	>5 a ≤10%	>10%	Información semanal de brotes, información ad hoc
Casos por brote en centros socio-sanitario últimos 7 días	Número de casos confirmados de residentes / número de brotes en centros sociosanitarios últimos 7 días	≤5	>5 a ≤10	> 10 a ≤15	> 15 a ≤20%	>20%	Información semanal de brotes, información ad hoc

* Pruebas para el diagnóstico de infección activa (PDIA, incluidas en estrategia diagnóstico) como PCR o pruebas de antígenos