

ESTRATEGIA DE DETECCIÓN PRECOZ, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA COVID-19

Adaptación para el Servicio Murciano de Salud

Murcia, 23 de abril de 2021

Este documento está basado en la Estrategia de Detección Precoz, Vigilancia y Control de la COVID-19, actualizada a 26 de febrero de 2021 y aprobada por la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta y por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial y presentado al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Este documento está en revisión permanente en función de la evolución y nueva información que se disponga de la infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2).

Validez del documento, salvo actualización previa, 30 de junio de 2021.



Fecha elaboración:	Apartados modificados:	Próxima revisión:
23.04.2021	<p>Pruebas diagnósticas, definición de casos y estrategia diagnóstica frente a la COVID-19:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definición y clasificación de los casos. - Estrategias diagnósticas frente a la COVID-19. <p>Manejo de los casos con infección activa por COVID-19.</p> <p>Manejo de los casos con PDIA positiva y antecedentes de infección previa por COVID-19.</p> <p>Estudios de cribado.</p> <p>Anexo 1. Pruebas para la detección de casos de COVID-19.</p> <p>Anexo 2. Algoritmo diagnóstico para casos sospechosos COVID-19 en Atención Primaria de la Región de Murcia.</p> <p>Anexo 6. Algoritmo manejo de casos sospechosos de COVID-19 en Servicios de Urgencias Hospitalarios</p> <p>Anexo 7. Manejo de casos con sospecha de reinfección por COVID-19</p>	30.06.2021



COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

Isabel Ayala Vigueras. Directora General de Asistencia Sanitaria.

COORDINACIÓN TÉCNICA

Josefina Marín López. Subdirectora General de Programas, Cuidados y Cronicidad de la DGAS. Médica Especialista de Medicina de Familiar y Comunitaria.

COLABORADORES

Abel Jaime Novoa Jurado. Director del Grupo de Coordinación Regional Estratégica para la Atención de la Cronicidad Avanzada (CORECAAS).

Aurora Tomas Lizcano. Coordinadora Regional de Enfermería del Servicio Murciano de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud.

Beatriz Garnica Martínez. Coordinadora Regional de Pediatría del Servicio Murciano de Salud.

Elisa García Vázquez. Facultativa Especialista de Área de Medicina Interna. Infecciosas. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Carmelo González Lozano. Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de Ceutí.

Enrique Bernal Morell. Facultativo Especialista de Área de Medicina Interna. Infecciosas. Hospital General Universitario Reina Sofía

Jesús Humberto Gómez Gómez. Técnico de Salud Pública. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Especialista de Medicina Interna. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Consejería de Salud.

Jonathan Kiwiitt Cárdenas. Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Jose Manuel Pérez Fernández. Médico Especialista de Medicina de Familiar y Comunitaria. Técnico de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud.

Juan Manuel Lucas Gómez. Subdirector General de Cuidados y Atención Comunitaria.

Juan Román Sánchez. Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Luis de Gonzaga Contreras Ortiz. Subdirector General de Proyectos e Innovación. Servicio Murciano de Salud.

M^a Dolores Hernández Gil. Facultativa Especialista en Pediatría. Técnica de la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud.

M^a Herminia Pascual Saura. Facultativa Especialista en Endocrinología. Técnica de la Subdirección General de Proyectos e Innovación del Servicio Murciano de Salud.

María del Mar Alcalde Encinas. Coordinadora del Programa IRAS-PROA del Servicio Murciano de Salud.

María Jesús Ferrández Cámara. Subdirectora General de Asistencia Sanitaria y Continuidad Asistencial. Servicio Murciano de Salud.

María Rosario Hernández Vera. Médica Especialista de Medicina de Familiar y Comunitaria. Coordinadora del Proyecto CARE. Subdirección General de Proyectos e Innovación. Servicio Murciano de Salud.

Mercedes Llamas del Castillo. Directora Técnica del Área Sanitaria. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Servicio Murciano de Salud.

Natalia Alejandra Cabrera Castro. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Consejería de Salud.

Este documento se ha realizado en colaboración con:

Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud.

Dirección General de Salud Pública y Adicciones de la Consejería de Salud.

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Servicio Murciano de Salud.

Coordinación Regional Estratégica para la Cronicidad Avanzada y Atención Sociosanitaria (CORECAAS).

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

Adaptación para el Servicio Murciano de Salud



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA	5
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS, DEFINICIÓN DE CASOS Y ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA FRENTE A LA COVID-19	5
1. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE CASOS DE COVID-19	5
2. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS	6
3. ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS FRENTE A LA COVID-19.....	7
MANEJO DE LOS CASOS CON INFECCIÓN ACTIVA POR COVID-19.....	9
1. ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	10
2. ÁMBITO DE EMERGENCIAS (061) / SERVICIOS DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA SUAP	12
3. ÁMBITO HOSPITALARIO	13
A. SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO	13
B. GESTANTES.....	14
C. PEDIATRÍA.....	15
4. ÁMBITO LABORAL.....	15
5. ÁMBITO ESCOLAR.....	16
MANEJO DE CASOS CON PDIA POSITIVA Y ANTECEDENTES DE INFECCION PREVIA.....	17
1. CASOS DE REINFECCIÓN: DEFINICIONES, MANEJO Y NOTIFICACIÓN	17
2. CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS DE REINFECCIÓN:.....	17
3. CASOS DE PDIA POSITIVA CON ANTECEDENTE DE INFECCIÓN HACE 90 DÍAS O MÁS:.....	18
4. CASOS DE PDIA POSITIVA CON ANTECEDENTE DE INFECCIÓN HACE MENOS DE 90 DÍAS:.....	18
5. ESTUDIO DE CASOS Y SITUACIONES EN LAS QUE SE SOSPECHA LA PRESENCIA DE UNA VARIANTE DE INTERÉS PARA LA SALUD PÚBLICA:	19
ESTUDIO Y MANEJO DE LOS CONTACTOS.....	20
1. DEFINICIÓN DE CONTACTO	20
2. MANEJO DE LOS CONTACTOS ESTRECHOS.....	21
3. IDENTIFICACIÓN DE CONTACTOS ESTRECHOS	21
4. ACTUACIONES GENERALES SOBRE PERSONAS IDENTIFICADAS COMO CONTACTO	22
5. PRUEBAS A REALIZAR A LAS PERSONAS IDENTIFICADAS COMO CONTACTO	23
6. PERSONAL SANITARIO DEL SMS.....	26
INCUMPLIMIENTO DEL AISLAMIENTO O DE LA CUARENTENA	26
ESTUDIOS DE CRIBADO	26
PACIENTE DESPLAZADO CON SOSPECHA DE INFECCIÓN POR SARS-COV-2	28
PACIENTE DESPLAZADO/TRANSEÚNTE DEFINIDO COMO CONTACTO ESTRECHO	28
ANEXO 1. PRUEBAS PARA DETECCIÓN DE CASOS DE COVID-19	29
ANEXO 2. ALGORITMO DIAGNÓSTICO PARA CASOS SOSPECHOSOS COVID-19 EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA REGIÓN DE MURCIA.....	33
ANEXO 3. INFORMACIÓN SOBRE CUARENTENA PARA EL CONTACTO ESTRECHO	34
ANEXO 4. MEDIDAS DE AISLAMIENTO PARA CASOS CONFIRMADOS	35
ANEXO 5. ALGORITMO DE ACTUACIÓN ANTE UN CASO SOSPECHOSO DE INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN EL 061 / SUAP	36
ANEXO 6. ALGORITMO MANEJO DE CASOS SOSPECHOSOS DE COVID-19 EN SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS	37
ANEXO 7. MANEJO DE CASOS CON SOSPECHA DE REINFECCIÓN POR COVID-19.....	38
ANEXO 8. DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA PERSONAS QUE SE DESPLAZAN PARA COMPLETAR LA CUARENTENA EN SUS LUGARES DE RESIDENCIA HABITUAL.....	39
ANEXO 9. MANEJO DE CONTACTOS ESTRECHOS EN ATENCIÓN PRIMARIA	40



INTRODUCCIÓN

La detección precoz de todos los casos compatibles con COVID-19 es uno de los puntos clave para controlar la transmisión, manejo y seguimiento de los casos y los contactos estrechos.

La realización de **Pruebas Diagnósticas de Infección Activa por SARS-CoV-2 (en adelante “PDIA”)** debe estar dirigida fundamentalmente a la detección precoz de los casos con capacidad de transmisión, priorizándose esta utilización frente a otras estrategias.

OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA

El objetivo de esta estrategia es adaptar las directrices del Ministerio de Sanidad al manejo concreto del Servicio Murciano de Salud:

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

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS, DEFINICIÓN DE CASOS Y ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA FRENTE A LA COVID-19

1. Pruebas diagnósticas de casos de COVID-19

En el Anexo 1 se recoge la descripción de las diferentes pruebas diagnósticas.

En el momento actual, se dispone de dos PDIA, una prueba rápida de detección de antígenos (Antigen Rapid diagnostic test, Ag-RDT) y una detección de ARN viral mediante una RT-PCR (en adelante “PCR”) o una técnica molecular equivalente. La realización de una u otra, o una secuencia de ellas, dependerá del ámbito de realización, la disponibilidad y de los días de evolución de los síntomas. **No se recomienda la realización de ningún tipo de pruebas serológicas para el diagnóstico de infección activa ni en personas con síntomas ni en asintomáticos.**

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

Tanto para RT-PCR como para las pruebas rápidas de detección de antígenos, las muestras recomendadas para el diagnóstico de infección activa de SARS-CoV-2 son del tracto respiratorio:

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



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

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

A toda persona con sospecha de infección por el SARS-CoV-2 (ver definición de caso sospechoso) se le realizará una PDIA para SARS-CoV-2 en las primeras 24/48 horas. Si la PDIA resulta negativa y hay alta sospecha clínica-epidemiológica de COVID-19 se recomienda repetir prueba. Si se realizó una detección rápida de antígeno de inicio, se realizará una PCR. Si se realizó una PCR de inicio, se repetirá la PCR a las 48 horas.

Todas las pruebas diagnósticas de infección activa que se realicen (tanto PCR como las pruebas rápidas de detección de antígeno), deben ser registradas en el protocolo de OMI/SURE/SELENE, tanto si son positivas/negativas/no concluyentes, para garantizar la trazabilidad completa del número de pruebas realizadas y del resultado de las mismas. Los resultados se envían automáticamente a la Dirección General de Salud Pública. Es fundamental tener en cuenta que para el adecuado seguimiento de la pandemia, es necesario disponer de información precisa sobre el número de pruebas diagnósticas realizadas y su resultado.

2. Definición y clasificación de los casos

Caso sospechoso: cualquier persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita de cualquier gravedad que cursa, entre otros, con fiebre, tos o sensación de falta de aire. Otros síntomas como la odinofagia, anosmia, ageusia, dolor muscular, diarrea, dolor torácico o cefalea, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico.

En niños los criterios serán los mismos (teniendo en cuenta la dificultad que pueda suponer para esta población el identificar estos síntomas). Cualquier niño/a con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita de cualquier gravedad que cursa, entre otros, con fiebre, tos, dolor de cabeza, síntomas gastrointestinales, dolor de garganta, disnea, mialgia y secreción nasal o congestión nasal, generalmente de forma agrupada. También se ha descrito la presencia de anosmia o ageusia (en la población que pueda identificar estos síntomas). La presentación aislada de rinorrea, sobre todo si es de forma prolongada, en principio no es indicativa de realización de prueba diagnóstica, salvo criterio clínico y epidemiológico ([Manejo pediátrico en atención primaria del COVID-19. Versión del 13 de enero de 2021](#)).

Si el paciente tuvo una PDIA positiva hace más de 90 días, se considerará sospechoso de reinfección.



Según la información existente en el momento actual, las personas con sintomatología compatible con COVID-19 que ya han tenido una infección confirmada por PDIA de SARS-CoV-2 en los 90 días¹ anteriores no serán consideradas casos sospechosos de nuevo, salvo que clínicamente haya una alta sospecha. Sin embargo, los trabajadores de centros sanitarios y sociosanitarios, dada la vulnerabilidad de su entorno laboral, serán considerados sospechosos siempre que presenten **sintomatología compatible**². De igual modo, también serán considerados casos sospechosos las personas con condiciones clínicas que impliquen una inmunosupresión severa, siempre tras una valoración clínica.

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

Caso probable:

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

Caso confirmado con infección activa:

- Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso y con PDIA positiva.
- Persona asintomática con PDIA positiva y con Ig G negativa en el momento actual o no realizada³.

Caso descartado

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

3. Estrategias diagnósticas frente a la COVID-19.

Se establecen a continuación las prioridades de utilización de las diferentes **PDIA en pacientes con síntomas compatibles con COVID-19**⁴ y en función de los ámbitos y de las características clínicas de las

¹ Esta valoración está en constante revisión, pero en el momento actual, y según la información publicada por el ECDC (<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-brief-reinfection-sars-cov-2?s=08>), este periodo cubriría la mayoría de los casos de reinfección descritos

² <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

³ En un caso asintomático, una PDIA positiva se considerará infección activa a menos que estuviera disponible la información sobre el umbral de ciclos (Ct) de la PCR y el estado serológico obtenido por serología de alto rendimiento. Ante Ct bajos, la infección se considera activa y ante Ct altos y presencia de Ig G, el caso se consideraría como infección resuelta. Esta interpretación debe individualizarse ante situaciones especiales como inmunodepresión severa o existencia de una alta probabilidad clínica y epidemiológica de padecer la infección.

⁴ <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/459512-20210209.recomendaciones.manejo.clinico.c19.pdf> (pág. 11 de 35)



personas en las que se realizan y teniendo en cuenta tanto su utilidad como su disponibilidad. En un escenario de transmisión comunitaria confirmada, toda infección respiratoria aguda debe considerarse COVID-19 hasta recibir el resultado microbiológico.

- **AMBITO COMUNITARIO:**

- Si la evolución de los **síntomas es ≤ 5 días**, realizar prueba rápida de detección de antígeno de SARS-CoV-2⁵.
 - Si el resultado es positivo, se confirma el diagnóstico y no se necesita otra prueba.
 - Si el resultado es negativo, se considera descartada la infección activa. Si persiste alta sospecha clínico/epidemiológica se realizará PCR en 24/48 horas.
- Si la evolución de los **síntomas es > 5 días**, se realizará PCR de exudado nasofaríngeo.

Si el paciente tiene resultado de una PDIA positiva en los 90 días anteriores no se debe realizar PDIA. (Excepto profesionales sanitarios y sociosanitarios y personas con condiciones clínicas de inmunosupresión severa o con alta sospecha clínica de infección COVID-19)

Personas sintomáticas sin criterios de hospitalización.

Se le indicará al paciente que **sus convivientes tienen que iniciar cuarentena**. Como el manejo inicial de los casos se realiza desde Atención Primaria, serán estos profesionales los que iniciarán la búsqueda de los contactos estrechos convivientes, a la espera de resultado de la PDIA del caso sospechoso. Si la PDIA resultase negativa los convivientes quedarán liberados de la cuarentena y si es positiva solicitarán una cita con su médico de Atención Primaria.

Ver Anexo 2. Algoritmo diagnóstico para casos sospechosos COVID-19 en Atención Primaria de la Región de Murcia.

- **CENTROS SANITARIOS:**

Personas con criterios de hospitalización, trabajadores/as de centros sanitarios 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 nasofaríngeo⁶, 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 centro sanitario y el tiempo de espera para la obtención de resultados.
 - Si la prueba inicial ha sido una **prueba rápida de detección de antígenos** y el resultado es **positivo**, (indicada por ofrecer resultados en muy poco tiempo), se confirma la infección activa; si el resultado es **negativo** pero la sospecha clínica /epidemiológica es alta se realizará PCR en exudado nasofaríngeo.

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

⁶ En una población con prevalencia del 50%, el valor predictivo negativo de la prueba rápida de antígeno baja al 93,7%, y el valor predictivo positivo sube a 99,4%.



- Si la prueba inicial ha sido PCR y el resultado es negativo pero la sospecha clínica/epidemiológica es alta, se repetirá la PCR en 24-48 horas en exudado nasofaríngeo.
- Si en las situaciones anteriores la prueba sigue siendo negativa, se descartará el diagnóstico, a no ser que sea considerado un caso con alta probabilidad clínico-epidemiológica y podrá ser considerado como un **caso probable**.
- 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.
- **CENTROS SOCIO SANITARIOS**⁷:

La valoración, coordinación y manejo de la pandemia en los centros sociosanitarios se llevará a cabo por el grupo de Coordinación Regional Estratégica para la Cronicidad⁷ Avanzada y Atención Sociosanitaria (CORECAAS).

Se considera válida la realización tanto de una prueba rápida de detección de antígeno de SARS-CoV-2 como una PCR en exudado nasofaríngeo. Si el tiempo de espera del resultado se prevé que pueda ser menor de 24 horas, es preferible realizar una PCR.

Las actuaciones que se lleven a cabo sobre los centros sociosanitarios estarán sujetas a los protocolos de CORECAAS y coordinadas por este grupo. En términos generales, ante la sospecha clínica de un caso en un centro sociosanitario, los profesionales del centro realizarán pruebas rápidas de detección de antígeno de SARS-CoV-2 in situ. Si es negativa se realizará una PCR.

Estrategia de cribado periódico a profesionales: a través de CORECAAS, se realizan pruebas de cribado periódico a los trabajadores/as asintomáticos/as no vacunados, con test rápido de detección de antígeno de SARS-CoV-2. En el caso de detección de algún caso confirmado, pasará a ser seguido por su médico/a de Atención Primaria, que gestionará su seguimiento y su IT. El manejo de estos casos se realizará como en el caso de personal sanitario y sociosanitario.

A trabajadores de residencias que se incorporan tras un permiso o se incorporan como nuevos, se realizará test de antígenos si no están vacunados. Si están vacunados no se realiza PDIA.

Todos los resultados de PDIA que se realicen en los centros sociosanitarios, serán registrados en ICC-Sansonet por la propia residencia. Los resultados de test de antígenos de residentes y trabajadores/as serán comunicados a Agora en la pestaña COVID.

MANEJO DE LOS CASOS CON INFECCIÓN ACTIVA POR COVID-19

Todos los casos sospechosos **se mantendrán en aislamiento a la espera del resultado de la PDIA y se iniciará la búsqueda de sus contactos estrechos convivientes**. El aislamiento es fundamental para evitar la propagación del virus. Si la PDIA es negativa, y no hay una alta sospecha clínica ni

⁷ La estrategia para las instituciones penitenciarias será establecida por los servicios sanitarios de instituciones penitenciarias.



epidemiológica, el caso se da por descartado, y finaliza su aislamiento y por tanto también se liberan sus contactos.

1. Ámbito de Atención Primaria

Ante un caso confirmado con infección activa, los Equipos de Atención Primaria:

- Notificarán del resultado positivo al paciente de forma presencial o vía telefónica.
- Se le indicará que ha de mantenerse en aislamiento domiciliario. Se informará de las recomendaciones de aislamiento para el caso y de cuarentena para los contactos estrechos convivientes, pudiendo enviar los documentos con la información desde el gestor de peticiones a los pacientes (Anexo 3 y 4).
- Se le indicará que sus convivientes tienen que mantener cuarentena y solicitar una cita con su médico de Atención Primaria.
- Se le indicará que recibirán una llamada de Salud Pública para el rastreo de contactos, por lo que deben intentar recordar con qué personas han tenido contacto “estrecho” en los dos días previos al inicio de síntomas o fecha de toma de muestra en asintomáticos y hasta el día en que se aísla. Si es posible, que vaya recabando nombre, apellidos, DNI y teléfono de estos contactos. Esto agilizará el trámite cuando sea llamado por los rastreadores de Salud Pública. A estas personas con las que ha estado en contacto debería llamarles el paciente e informarles de que ha dado positivo para coronavirus y les avisará de que les llamarán desde Salud Pública, que serán los que, finalmente, determinarán si son contactos estrechos o no.
- Los casos positivos, si están trabajando, deben informar a su Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y si están escolarizados deben informar a su centro educativo.

Siguiendo las recomendaciones de los Centros para la prevención y el Control de las Enfermedades (**ECDC y CDC**)⁸, el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo de 10 días desde el inicio de los síntomas.

En los casos asintomáticos detectados por estudio de contactos, ya sea de convivientes o de otras causas, el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos 10 días desde la fecha de toma de la muestra para el diagnóstico.

Caso sintomático: aislamiento mínimo durante 10 días desde inicio de síntomas y 3 días asintomáticos.

Caso asintomático: aislamiento durante 10 días desde la fecha de toma de muestra.

Cuando no pueda garantizarse el aislamiento efectivo, se comunicará a la Comisión de Seguimiento del Área Sanitaria y a la oficina técnica de CORECAAS, a través del correo covidsocial-sms@carm.es (tlf. 607572342 y 968288282) en horario de 8:00 a 20:00 h, de lunes a domingo que, en la medida de las posibilidades y en coordinación con Salud Pública, gestionará el ingreso en el centro definido al respecto, como «caso confirmado con infección activa con dificultad para realizar aislamiento».

⁸ <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/disposition-in-home-patients.html>
<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-guidance-discharge-and-ending-isolation-first%20update.pdf>



Si estas necesidades se detectan en personas adscritas a un centro de salud que dispone de un profesional de trabajo social, se procederá a realizar una nota informativa o informe social por parte del Trabajador Social y se remitirá el informe social y un informe médico con resumen antecedentes, diagnóstico COVID-19, días de aislamiento y tratamiento farmacológico a la oficina técnica de CORECAAS, poniendo en copia a la Comisión COVID de Área.

En aquellos casos donde el centro de salud no dispone de un profesional de trabajo social o se identifica la situación por los servicios de emergencia de salud o de atención social, se procederá a enviar una nota informativa de vulnerabilidad social e informe médico a la oficina técnica de CORECAAS, a través del correo covidsocial-sms@carm.es para valoración y activación del procedimiento de derivación en su caso, en horario de 8:00 a 20:00 h, de lunes a domingo.

La gestión de IT se realizará por los médicos/as de Atención Primaria para todos los casos salvo personas ingresadas. Se tendrá en cuenta que el alta a los 10 días y con al menos tres días de cuadro clínico resuelto es un alta epidemiológica; el alta laboral requiere resolución del proceso y capacidad para incorporarse al trabajo por parte del paciente.

No será necesaria la realización de ninguna PRUEBA para levantar el aislamiento ni para reincorporarse a la actividad laboral. En profesionales sanitarios y sociosanitarios para su reincorporación laboral se tendrá en cuenta el criterio de no transmisibilidad basado fundamentalmente en la estrategia de síntomas. Las pruebas de laboratorio, Ig G por serología de alto rendimiento o negativización de la PCR / PCR positiva con umbral de ciclos (Ct)* elevado pueden ayudar en la toma de decisiones.

*El valor de Ct esta siendo discutido a nivel científico y pendiente de toma de decisiones.

La SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica) y la SCMIMC (Sociedad Catalana de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica) se posicionan sobre el uso del umbral del ciclo de amplificación (ct) de la PCR-SARS-CoV-2 como criterio de seguimiento de casos COVID-19 y consideran que no hay suficiente evidencia científica para apoyar la implementación del Ct para guiar decisiones clínicas, especialmente aquellas donde el Ct de la prueba de PCR se utiliza para inferir la capacidad de contagio y/o decidir la reincorporación laboral con un resultado de PCR positiva o IgG negativas.

Las razones por las que consideramos que el Ct no es un parámetro suficiente para apoyar decisiones clínicas son:

- El Ct de las pruebas de PCR es variable en función de la metodología utilizada en la obtención de la muestra y la calidad de ésta.
- El Ct es variable en función de la plataforma diagnóstica empleada y de los genes de SARS-CoV-2 estudiados, observando variabilidad de hasta 10 ciclos.
- Ausencia del valor del Ct en técnicas moleculares que detectan RNA SARS-CoV-2 por metodología diferente a la PCR como por ejemplo la TMA (transcriptional mediated Amplification), utilizada por muchos laboratorios
- Ausencia de estándares y calibradores para generar resultados comparables entre laboratorios y test comerciales.
- El Ct con valores altos tiene una variabilidad intrínseca asociada a la detección de eventos infrecuentes (efecto Poisson).



- Un mismo laboratorio de Microbiología utiliza diferentes plataformas no haciendo posible que muestras del mismo paciente analizadas por técnicas diferentes puedan ser comparadas.

Siempre será valorada la actuación en el contexto clínico epidemiológico de pacientes asintomáticos de forma individualizada y en coordinación con los servicios de microbiología. El valor de Ct puede estar disponible desde el laboratorio en el informe de PCR o si se considera necesario y no está disponible se solicitará al laboratorio de forma individualizada según la situación del paciente.

El seguimiento clínico será supervisado hasta el alta epidemiológica por el Equipo de Atención Primaria.

SEGUIMIENTO DE CASOS:

- El seguimiento de los casos sintomáticos o asintomáticos será realizado por los Equipos de Atención Primaria:
 - Sintomáticos: por los médicos/as de Atención Primaria.
 - Asintomáticos o paucisintomáticos: por Enfermería.
- Los casos sintomáticos serán seguidos diariamente o a días alternos hasta la desaparición de síntomas y alta epidemiológica.
- Los casos asintomáticos serán seguidos cada tres-cuatro días hasta que cumplan criterios de alta epidemiológica.

2. Ámbito de Emergencias (061) / Servicios de Urgencias de Atención Primaria SUAP

En un paciente con sospecha de infección por SARS-CoV-2 que es atendido por un servicio del 061, independientemente si es en el domicilio o en el centro sanitario (SUAP) se debe realizar una valoración clínica y del entorno social del paciente con las medidas de protección adecuadas, utilización de equipos de protección individual (EPI) y, en caso de atención en el centro sanitario, en la zona COVID establecida.

En primer lugar se valorará si el paciente presenta signos de gravedad clínica:

- **Paciente que presenta criterios clínicos de gravedad:** se trasladará al Servicio de Urgencias Hospitalario de su área para su valoración y actuación según manejo hospitalario.
- **Paciente que no presenta criterios clínicos de gravedad y presenta sintomatología sospechosa infección por COVID-19:** se realizará un test de antígenos con el objetivo de detectar pacientes con infección activa por SARS-CoV-2 lo antes posible. **Es obligado hacer el registro en protocolo de todos los test de antígenos realizados y el resultado del test llegará a Salud Pública y Atención Primaria.**
 - **Test rápido positivo:** se registrará el resultado y se generará una cita con su médico/a de AP de forma automática.
 - **Test rápido negativo:** se registrará el resultado. Si la sospecha clínica no es alta, se descartará el caso. Si es alta, se citará con su médico/a de AP como cita COVID.

Ver Anexo 5. Algoritmo de actuación ante un caso sospechoso de infección por SARS-CoV-2 en el 061 / SUAP.



En los casos positivos se valorará si pueden realizar un adecuado aislamiento domiciliario, **se le informará de las normas de aislamiento** (Anexo 4), **se entregará información de cuarentena** para sus contactos estrechos convivientes (Anexo 3) y se derivará a su domicilio.

Si el caso no puede hacer aislamiento domiciliario adecuado se procedería a enviar una nota informativa de vulnerabilidad social e informe médico (resumen antecedentes, diagnóstico de infección COVID-19, días de aislamiento y tratamiento) a la oficina técnica de CORECAAS, a través del correo covidsocial-sms@carm.es para valoración y activación del procedimiento de derivación en su caso, en horario de 8:00 a 20:00 h, de lunes a domingo.

3. Ámbito Hospitalario

Dentro del ámbito hospitalario las actuaciones a realizar y la estrategia organizativa es específica según el dispositivo asistencial. **Como norma general**, a todo paciente que ingrese en un centro hospitalario, desde el circuito que sea, se le debe realizar una PDIA. Para pacientes con criterios de ingreso que han tenido PDIA previa positiva en los últimos tres meses no sería preciso repetir la prueba.

Si el motivo de realización del estudio es por cribado previo a un ingreso programado, se realizará una PCR para SARS-CoV-2 y el paciente quedará con visitas restringidas y en habitación individual hasta el momento del resultado de la prueba.

Si el paciente tiene clínica **sospechosa de COVID-19** estaría indicada la prueba rápida de detección de antígeno. Si el resultado es negativo y precisa ingreso estaría indicado realizar PCR en exudado nasofaríngeo.

Los casos confirmados con infección activa y los sospechosos, que requieran ingreso hospitalario serán manejados durante su estancia en el hospital siguiendo las precauciones estándar, medidas de aislamiento, de contacto y de transmisión por gotas y serán manejados según los protocolos de cada centro. (Se adoptarán las mismas medidas en los casos sospechosos mientras persista la duda diagnóstica).

Los casos que han requerido ingreso hospitalario podrán recibir el alta hospitalaria si la situación clínica lo permite aunque su PCR siga siendo positiva, pero se deberá mantener aislamiento domiciliario con monitorización de su situación clínica al menos 14 días desde el inicio de síntomas. En caso de enfermedad grave o inmunodepresión, este periodo se alargará a 21 días⁹. A partir de este periodo, siempre bajo criterio clínico, se podrá finalizar el aislamiento si han transcurrido tres días desde la resolución de la fiebre y el cuadro clínico.

a. Servicio de Urgencias Hospitalario

Los pacientes que consultan en el Servicio de Urgencias Hospitalario por sintomatología susceptible de ser infección por SARS-CoV-2 serán derivados a triaje, valorados en el **circuito de aislamiento respiratorio**.

En caso de síntomas moderados o graves se recomienda ingreso hospitalario.

⁹ <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/guidance-discharge-and-ending-isolation-people-covid-19>



Tras la valoración clínica del paciente se realizará **test rápido de detección de antígenos, que si es positivo confirma la infección activa.**

Si el test de antígenos es negativo, existe alta sospecha clínica o epidemiológica y tiene criterios de ingreso se solicitará PCR para SARS-CoV-2.

Si el test de antígenos es negativo, existe alta sospecha clínica o epidemiológica y no tiene criterios de ingreso (síntomatología leve o asintomáticos) se derivará a su médico/a de Atención Primaria para su control y seguimiento.

La situación de las personas que no pueden realizar un adecuado aislamiento domiciliario se comunicará a la oficina técnica de CORECAAS, a través del correo covidsocial-sms@carm.es que en la medida de las posibilidades y en coordinación con Salud Pública, gestionará el ingreso en el centro definido al respecto, como «caso confirmado con infección activa con dificultad para realizar aislamiento», con el objetivo de garantizar una solución habitacional para las personas diagnosticadas de **infección activa por SARS-CoV-2 con sintomatología leve o asintomáticas** y cuya situación de vulnerabilidad social y/o ausencia de domicilio impide la realización del mismo, siendo valorada la necesidad por los Equipos de Atención Primaria y/o la unidad hospitalaria de referencia.

Ver Anexo 6. Algoritmo Manejo de casos sospechosos de COVID-19 en Servicios de Urgencias Hospitalarios.

b. Gestantes

En la atención al parto y el nacimiento es prioritario garantizar el ingreso de la madre junto con el recién nacido, el contacto piel con piel y el inicio precoz de la lactancia durante la primera hora de vida. Por ello, toda gestante COVID positiva se derivará, para su atención durante el parto, a los hospitales de referencia que puedan garantizar esta atención según los criterios expuestos a continuación.

Factores a valorar para el traslado:

Nivel de complejidad hospitalario:

- Disponibilidad de camas de la UCI de adultos.
- Disponibilidad de cunas en UCI neonatal.

Hospital de derivación según áreas:

- a) Las gestantes COVID positivas de las áreas I, IV, V, VI, VII, y IX, se remitirán al Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA).
- b) Las gestantes COVID positivas del área II se remitirán al Hospital General Universitario Santa Lucía (HUSL).
- c) Las gestantes COVID positiva del Área III se atenderán en el Hospital Rafael Méndez (HRM) excepto en caso de prematuridad por debajo de las 32 semanas, que serán derivadas al HCUVA.
- d) Las gestantes COVID positivas del área VIII se atenderán en el Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor (HULAMM).



En caso de prematuridad extrema las gestantes sólo podrán ser derivadas a hospitales con UCI neonatal: Área I (HUCVA) y Área II (HUSL).

Al alta hospitalaria de la paciente se gestionará una cita con su médico/a de AP para seguimiento.

c. Pediatría

Los pacientes en edad pediátrica (hasta los 14 años) de las áreas IV, V, VI, VII, VIII y IX que sean diagnosticados de una infección por SARS-CoV-2 y precisen ingreso en planta de hospitalización por motivos clínicos, serán derivados para su ingreso al HCUVA. Los pacientes de las áreas I, II y III se ingresan en su hospital de referencia.

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 aislamiento domiciliario con monitorización de su situación clínica al menos 14 días desde el inicio de los síntomas. A partir de estos 14 días, siempre bajo criterio clínico, se podrá finalizar el aislamiento si han transcurrido tres días desde la resolución de la fiebre y el cuadro clínico.

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.

Al alta del paciente se gestionará una cita con su pediatra de AP para seguimiento.

4. Ámbito Laboral.

PERSONAL SANITARIO Y SOCIOANITARIO

La detección de los casos que afectan a profesionales sanitarios y sociosanitarios lo realiza el servicio de prevención de riesgos laborales (SPRL) y desde CORECAAS (si inicia síntomas en el entorno laboral o son parte de un cribado o seguimiento periódico) y también por parte de médicos/as de Atención Primaria.

El seguimiento y tratamiento de los casos diagnosticados corresponde a los médicos/as de Atención Primaria

Una vez confirmados como casos activos, serán citados con su médico/a de Atención Primaria (si no ha sido éste quien lo ha diagnosticado) para seguimiento y trámites de IT.

Los profesionales del SPRL, serán los encargados de establecer los mecanismos para la detección e investigación de los casos y contactos estrechos en el ámbito laboral.

El personal sanitario y sociosanitario que resulte caso confirmado y no requiera ingreso hospitalario será manejado por su médico/a de Atención Primaria de la misma forma que la población general en cuanto al aislamiento y seguimiento.

Estas personas trabajadoras se podrán reincorporar a su puesto de trabajo tras 10 días del inicio de síntomas siempre que permanezcan sin síntomas respiratorios ni fiebre al menos 3 días y tras la realización de una prueba de diagnóstico que pueda indicar **ausencia de transmisibilidad**, bien sea por una determinación positiva de Ig G por una técnica de alto rendimiento (no test rápidos) o por una PCR



negativa o que, aún siendo positiva, lo sea a un umbral de ciclos (Ct) elevado¹⁰ y siempre se tomarán las decisiones de forma individualizada en función de la situación epidemiológica y la clínica, dado que estos criterios están en permanente discusión.

El personal sanitario y sociosanitario que haya requerido ingreso hospitalario podrá recibir el alta hospitalaria si su situación clínica lo permite aunque su PCR siga siendo positiva, pero se deberá mantener aislamiento domiciliario con monitorización de su situación clínica al menos 14 días desde el inicio de síntomas. A partir de estos 14 días, siempre bajo criterio clínico, se podrá finalizar el aislamiento si han transcurrido tres días desde la resolución de la fiebre y el cuadro clínico, y para su reincorporación se seguirán los mismos criterios que puedan indicar no transmisibilidad.

En el caso de pacientes con inmunodepresión o en aquellos que han presentado un curso clínico grave, el aislamiento se extenderá hasta los 21 días tras el inicio de los síntomas. A partir de este periodo, siempre bajo criterio clínico, se podrá finalizar el aislamiento si han transcurrido tres días desde la resolución de la fiebre y el cuadro clínico y para su reincorporación se seguirán los mismos criterios que en el párrafo anterior.

Para profesionales que trabajan en el SMS el médico/a de Atención Primaria puede contactar con el Servicio de Incapacidad Temporal, preferentemente por vía telemática a través de los correos electrónicos que se corresponden con cada una de las áreas de Inspección para consultar dudas sobre la emisión y control de las bajas laborales.

incidenciasmedicos@carm.es; imcartagenasaludlaboral@carm.es; imlorca@carm.es

OTRAS PERSONAS TRABAJADORAS

El diagnóstico de un caso en personas trabajadoras puede realizarlo su médico/a de Atención Primaria (como caso sospechoso que consulta derivado por su SPRL o de forma espontánea o por ser contacto estrecho en seguimiento) o por el SPRL (si inicia síntomas en el entorno laboral y disponen de pruebas diagnósticas, o es parte del estudio de un brote, cribado o seguimiento periódico).

Las personas trabajadoras que sean casos confirmados con infección activa serán manejadas de la misma forma que la población general en cuanto a aislamiento, seguimiento y alta, supervisados por su médico/a de Atención Primaria.

5. Ámbito Escolar

Ante un caso positivo de un alumno, la familia y/o Salud Pública informarán al colegio.

El responsable COVID del centro educativo, con el apoyo de los rastreadores de la Consejería de Educación o de la Consejería de Salud (según si el centro depende de la Consejería de Educación o no), elaborará el listado de contactos estrechos escolares. Si el centro está adscrito a la Consejería de Educación, el listado se enviará al SPRL de esta Consejería, que a su vez lo remitirá a Salud Pública-Educación, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria (saludescolar-dgas-sms@carm.es) y a la enfermera responsable del Programa de Atención Comunitaria Escolar (PACES) de la zona básica de salud que tiene como referencia ese centro educativo. Si el centro no depende de la Consejería de

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



Educación (centros privados o escuelas infantiles, principalmente), los listados se envían a Salud Pública-Educación, desde donde se remiten a la Dirección General de Asistencia Sanitaria (saludescolar-dgas-sms@carm.es) para tramitar la solicitud de PCR a los contactos estrechos.

El responsable COVID del colegio comunicará a las familias o tutores que son contactos estrechos e indicará cuarentena (el procedimiento ya está incluido en el protocolo actual: [Protocolo de actuación ante la aparición de casos de COVID-19 en centros educativos de la Región de Murcia 30/3/2021](#)).

Se informará a Salud Pública de las personas que, siendo casos sospechosos a los que se les solicita PDIA, se niegan a realizarla o que manifiesten que se niegan a hacer aislamiento.

(correo de vigilancia epidemiológica: vigilancia.epidemiologica@carm.es)

MANEJO DE CASOS CON PDIA POSITIVA Y ANTECEDENTES DE INFECCION PREVIA

1. Casos de reinfección: definiciones, manejo y notificación

Se considerarán sospechas de reinfección aquellos casos con síntomas compatibles de COVID-19 que tuvieron una infección confirmada por PDIA de SARS-CoV-2 hace más de 90 días.

Serán considerados también como reinfección aquellos casos asintomáticos que ya tuvieron una infección confirmada por PDIA de SARS-CoV-2 hace más de 90 días y se les ha realizado una nueva PDIA con resultado positivo (por estudio de contactos, cribados, etc.).

En estos casos se indicará la realización de una PCR. Si el resultado de la PCR fuera positivo, se considerará caso de reinfección probable o confirmada según se define más abajo.

Si en estos casos la prueba positiva fuera una prueba rápida de antígenos se les realizará una PCR. En ambos casos, si la PCR fuera negativa, y la sospecha clínico-epidemiológica alta, se repetirá la PCR en 24 horas.

2. Clasificación de los casos de reinfección:

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

Casos con reinfección posible:	<p>Primera infección: diagnóstico por PCR no secuenciada o no secuenciable¹¹ o prueba rápida de antígenos.</p> <p>Segunda infección: diagnóstico por prueba rápida de Ag en el que no se ha podido realizar una PCR, si han transcurrido al menos tres meses desde la primera infección.</p>
Casos con reinfección probable:	<p>Primera infección: diagnóstico por PCR no secuenciada o no secuenciable o prueba rápida de antígenos.</p> <p>Segunda infección: diagnóstico por PCR no secuenciada o no</p>

¹¹ **No secuenciable** significa que no se ha podido amplificar un fragmento de material genético que permita secuenciar y clasificar el virus.



	secuenciable si han transcurrido al menos tres meses desde la primera infección.
Casos con reinfección confirmada:	<p>Primera infección: diagnóstico por PCR secuenciada o PCR no secuenciada o no secuenciable o prueba rápida de antígenos.</p> <p>Segunda infección: diagnóstico por PCR secuenciada. Pueden darse dos circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que haya diferencias significativas entre ambas secuencias independientemente del tiempo transcurrido entre las dos infecciones. • En ausencia de una primera secuencia, que el clado de la segunda infección no circulara cuando se produjo la primera infección.

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

La notificación de los resultados de la PCR se realiza automáticamente desde los laboratorios a Salud Pública.

3. Casos de PDIA positiva con antecedente de infección hace 90 días o más:

Como principio general, es un fenómeno raro hallar una PCR positiva cuando han transcurrido más de 3 meses desde la primoinfección por SARS-CoV-2.

- Cuando el caso índice es un caso sintomático o un contacto estrecho de un caso confirmado positivo, un resultado de la PCR positivo debe implicar que estamos ante una infección activa y desde el punto de vista del manejo clínico se actuará como tal. El resultado de la PCR se clasificará como reinfección (probable o confirmada).
- Serán considerados también como reinfección aquellos casos asintomáticos que ya tuvieron una infección confirmada por PDIA de SARS-CoV-2 hace más de 90 días y se les ha realizado una nueva PDIA con resultado positivo (por estudio de contactos, cribados...). Si en estos casos la prueba positiva fuera de una prueba rápida de antígenos se les realizará una PCR. En ambos casos, si la PCR fuera negativa, y la sospecha clínico-epidemiológica alta, se repetirá la PCR.

Ver Anexo 7. Manejo de casos con sospecha de reinfección por COVID-19

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

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



positiva se considerará valorar el umbral de ciclos (Ct) en el que la muestra es positiva. Según la evidencia científica disponible, se asume que un umbral de ciclos alto (Ct) >30-35 equivaldría a una carga viral sin capacidad infectiva. Sin embargo, debido a la heterogeneidad de la muestra tomada y de los diferentes equipos de realización de PCR, este criterio debe ser validado por el laboratorio responsable en cada caso y definir el umbral de ciclos en el que una muestra se considera con alta o baja carga viral. - Ante un Ct bajo estaríamos ante un caso de infección activa y lo manejaríamos como tal, con aislamiento y búsqueda de contactos. - Ante un Ct alto se propone un estudio serológico mediante técnicas de alto rendimiento en el que se valorará la presencia de Ig G. Si existe presencia de Ig G el caso se manejaría como un caso de infección resuelta y no habría que realizar ni aislamiento, ni estudio de contactos. Si por el contrario, no se detecta la presencia de Ig G, el caso se manejaría también como una infección activa. Esta interpretación debe individualizarse ante situaciones especiales como inmunodepresión severa o existencia de una alta probabilidad clínica y epidemiológica de padecer la infección.

5. Estudio de casos y situaciones en las que se sospecha la presencia de una variante de interés para la Salud Pública¹²:

Además de la realización de la secuenciación de SARS-CoV-2 en un número representativo de casos que se hace de forma sistemática en España, es importante detectar precozmente nuevas variantes de interés para la salud pública que ya son conocidas u otras nuevas que puedan aparecer.

Por ello, se indicará la secuenciación de los siguientes casos y situaciones desde Salud Pública:

- **Sospecha de reinfección:** personas que tuvieron una infección documentada por SARS-CoV-2 hace más de 90 días, ya definida en apartados anteriores. La definición de caso de reinfección puede ir cambiando según se conozca más acerca de la misma.
- **Sospecha de nuevas variantes de interés para la salud pública.** En el momento actual las variables de interés incluyen la B.1.1.7 (Reino Unido), B.1.351 (Sudáfrica), variante P.1 (Brasil) Se realizará secuenciación en aquellos casos confirmados con vínculos epidemiológicos con lugares o ámbitos donde se haya descrito una alta incidencia de la variante B.1.351 o P.1. (14 días previos).

La variante B.1.1.7 está ya presente en un amplio territorio europeo incluyendo a España, por lo que no estaría sujeta como las anteriores al vínculo epidemiológico territorial para su sospecha.

En este sentido, una vez que una determinada variante se haya establecido en un territorio y exista una transmisión comunitaria continuada no será necesario secuenciar todos los casos sospechosos. En los estudios de brotes asociados a estas variantes no será necesario secuenciar las muestras de todos los implicados sino una pequeña selección de las mismas para confirmar la transmisión de la misma. Una vez confirmada transmisión se asume que el brote está producido por la variante en cuestión.

En todas las situaciones de sospecha de infección por variantes que escapen a la inmunidad,

¹² https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Integracion_de_la_secuenciacion_genomica-en_la_vigilancia_del_SARS-CoV-2.pdf



bien sea por el lugar de procedencia de la persona caso o de sus relaciones personales, es necesario realizar PCR y si el resultado de la PCR es positivo se comunicará el mismo a vigilancia.epidemiologica@carm.es que gestionará el caso con el laboratorio para secuenciación.

➤ **Casos con sospecha de infección con variantes que escapan a la inmunidad**

- **Sospecha de fallo vacunal:** personas que han recibido una pauta de vacunación completa y ha transcurrido hasta la fecha de inicio de **síntomas** el tiempo estipulado según cada vacuna para considerar que se han alcanzado títulos adecuados de anticuerpos.
- Aunque no se considera fallo vacunal, se recomienda realizar también secuenciación en aquellas personas **asintomáticas** que en el momento del diagnóstico han recibido una pauta de vacunación completa y ha transcurrido el tiempo estipulado según cada vacuna para considerar que se han alcanzado títulos adecuados de anticuerpos.
- Se considerará también en personas con infección confirmada por SARS-CoV-2 que reciben tratamiento con plasma de convaleciente o anticuerpos monoclonales y no **responden al mismo**.

➤ **Situaciones en las que se sospecha una alta transmisibilidad o virulencia**

- Brotes epidémicos con un número de casos secundarios por caso excepcionalmente alto (más de 5-6 por caso).
- Una proporción de casos graves anormalmente elevada en comparación con las observadas hasta ese momento o aumentos muy rápidos en la incidencia en un determinado territorio (más del 100% de incremento semanal, duplicación de los casos en 7 días).
- Agrupaciones de casos con una tasa de hospitalización o mortalidad superior a la esperada.

En estas situaciones no es necesario secuenciar todas las muestras sino una selección. De forma aproximada será suficiente con un 10% de las muestras, en los brotes puede ser suficiente con secuenciar 4 o 5 casos. También puede considerarse en casos individuales con comportamiento clínico no esperado por su gravedad.

ESTUDIO Y MANEJO DE LOS CONTACTOS

1. Definición de contacto

El estudio y seguimiento (activo o pasivo) de los contactos estrechos tiene como objetivo realizar un diagnóstico temprano en aquellos que puedan ser casos asintomáticos y evitar la transmisión en el período asintomático y paucisintomático, así como detectar precozmente a aquellos que inicien síntomas pasando a ser casos sintomáticos.

Se clasifica como 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, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar o cualquier persona que haya manipulado muestras biológicas sin las medidas adecuadas 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 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 SPRL o el responsable que sea designado para ese fin.
- En el contexto de los centros educativos, se seguirá lo establecido en el [Protocolo de actuación ante la aparición de casos de Covid-19 en los centros educativos de la Región de Murcia](#).

El período a considerar para estudio de contactos será desde 2 días antes del inicio de síntomas del caso y hasta el momento en el que el caso es aislado.

En los casos asintomáticos confirmados por PDIA, los contactos se buscarán desde 2 días antes de la fecha de toma de muestra para diagnóstico.

Por el momento, las personas que han tenido una infección confirmada por SARS-CoV-2 en los 3 meses¹³ anteriores estarán exentas de iniciar estudio de contactos y de hacer la cuarentena.

2. Manejo de los contactos estrechos

Cualquier persona que cumpla el criterio de contacto estrecho tiene riesgo potencial elevado de desarrollar y transmitir la enfermedad.

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

Hasta que se disponga de mayor información al respecto, las personas que han recibido alguna dosis de vacuna y sean consideradas como contacto se manejarán de igual forma.

3. Identificación de contactos estrechos

Tras la confirmación de un caso con infección activa, se iniciará la identificación de sus contactos estrechos convivientes por parte del Equipo de Atención Primaria.

El rastreo de contactos estrechos desde Salud Pública se inicia cuando se recibe en SP un resultado de PDIA positiva.

Independientemente de la búsqueda de convivientes que realice el Equipo de Atención Primaria, Salud Pública rastreará los contactos estrechos del caso confirmado en coordinación con las instituciones correspondientes en los siguientes ámbitos:

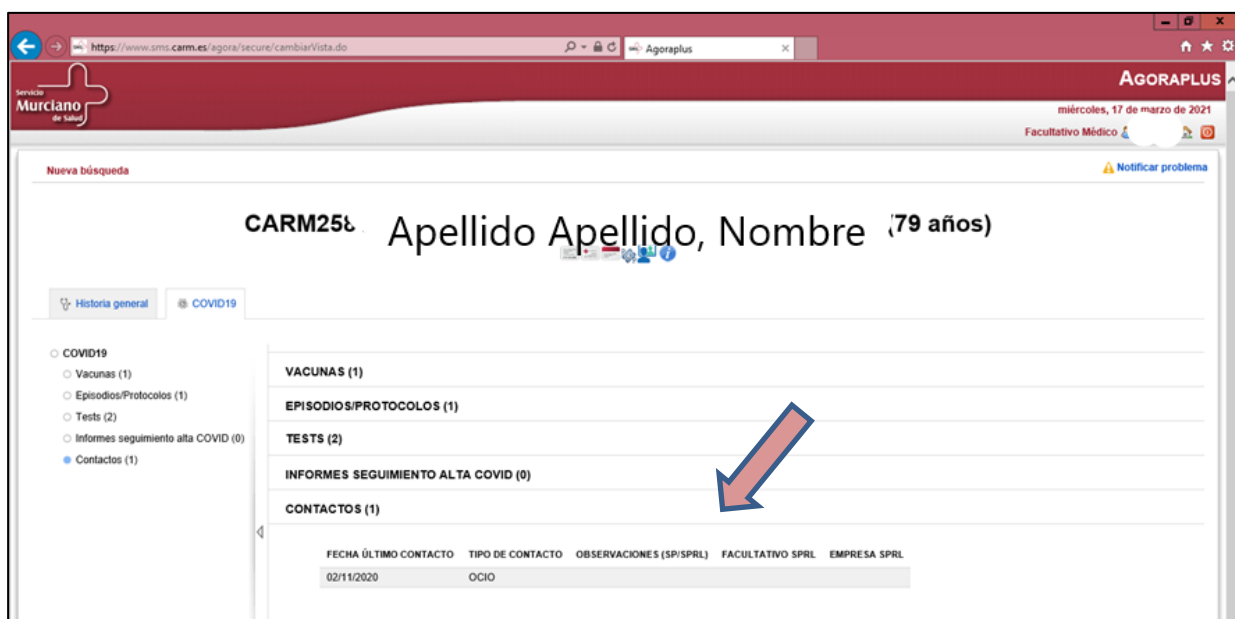
¹³ Esta valoración está en constante revisión, pero en el momento actual, y según la información publicada por el ECDC (<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-brief-reinfection-sars-cov-2?s=08>), este período cubriría la mayoría de los casos de reinfección descritos.



- Hogar: convivientes.
- Laboral: si ha acudido en periodo de transmisibilidad al trabajo. Se realiza en coordinación con los SPRL.
- Ocio: relacionado o no con restauración.
- Educativo: en coordinación con la Consejería de Educación o con los centros educativos directamente en los casos que no dependan de ésta. En coordinación con enfermería escolar.
- Otros.

Los contactos declarados por el caso (hogar, ocio, otros) recibirán una llamada de los rastreadores para valorar si son contacto estrecho. Los contactos laborales serán solicitados desde SP a los SPRL quienes los remitirán a SP. Para los contactos educativos se seguirá el protocolo específico de educación.

La condición de contacto estrecho dictaminada por los rastreadores de Salud Pública podrá ser consultada en el apartado "COVID" de Ágora, con fecha de último contacto y tipo de contacto (ocio, laboral, conviviente, etc.). Además, puede existir información adicional, como por ejemplo que el SPRL indique que no precisa IT porque puede teletrabajar.



FECHA ÚLTIMO CONTACTO	TIPO DE CONTACTO	OBSERVACIONES (SP/SPRL)	FACULTATIVO SPRL	EMPRESA SPRL
02/11/2020	OCIO			

4. Actuaciones generales sobre personas identificadas como contacto

De forma general, para el manejo de contactos estrechos se tendrán en cuenta los siguientes puntos, sean detectados por Atención Primaria o por Salud Pública, reforzando los mensajes por cualquiera de éstos en su primer contacto con la persona, si ya los hubiera recibido por una de las partes.

- Se le informará de las normas a cumplir en la cuarentena domiciliaria, su duración prevista (10 días desde la fecha del último contacto con el caso) y las pruebas que se le solicitarán.
- Se informará que han de estar localizables a lo largo de todo el periodo de seguimiento.



- Se indicará que vigilen su estado de salud y ante la aparición de cualquier síntoma compatible pidan cita COVID con su médico/a.
- Extremarán las medidas de prevención, con higiene de manos con agua y jabón o soluciones hidro-alcohólicas, especialmente después de toser, estornudar y tocar o manipular pañuelos u otras superficies potencialmente contaminadas, y uso de mascarilla quirúrgica.
- Además, deben evitar la toma de antitérmicos sin supervisión médica durante el periodo de vigilancia para evitar enmascarar y retrasar la detección de la fiebre.
- Las normas tanto de contacto (Anexo 3) como de aislamiento (Anexo 4) se entregarán en el momento de la toma de muestra para PDIA intentando con ello evitar consultas repetidas de bajo valor; además se pueden enviar las normas a través del gestor de peticiones si fuese preciso.
- En el supuesto 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. Por tanto esta persona realizará 20 días de cuarentena. Y así sucesivamente si aparecen nuevos casos en el núcleo familiar conviviente.
- Si cualquier PDIA realizada a los contactos diera positiva, el contacto pasaría a ser considerado caso confirmado realizando autoaislamiento inmediato. Adicionalmente, deberá realizarse la identificación de sus contactos estrechos.
- De forma adicional, a todos los contactos se les 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 a su Centro de Salud o, si presenta síntomas graves, contactar con el 900121212.

5. Pruebas a realizar a las personas identificadas como contacto

Los contactos estrechos convivientes, familiares, de ocio y laborales mayores de 14 años detectados por Salud Pública o en Atención Primaria (convivientes) se citarán en Atención Primaria en la agenda de test rápidos con el objetivo de realizar el test y detectar posibles contagiados y así poder indicarles aislamiento lo antes posible.

Si se detectasen como contactos por los rastreadores más tarde de 5 días del último contacto con el caso, no se citarán para la realización de test de antígenos, los rastreadores procederán a citar con su médico/a de familia para realizar petición de PCR de fin de seguimiento (7 días).

Los menores de 14 años serán citados con su pediatra para solicitud de PCR.

TEST DE ANTÍGENOS

- A todos los **contactos estrechos a partir de 14 años** se les realizará un test de antígenos en Atención Primaria en las primeras 24/48 horas de su identificación como contactos estrechos, independientemente de que sean convivientes o si se han detectado como contactos comunitarios. Si la detección como contacto es posterior a los 5 días tras el último contacto

procederá mantener la cuarentena y realizar únicamente una PCR de final de seguimiento al 7º día.

- **A todos los contactos estrechos menores de 14 años se les realizará PCR en vez de test de antígenos.**
- Los contactos podrán ser citados en las agendas de Test Rápidos de AP por los profesionales del EAP o por los equipos de rastreadores.
- **Si el resultado del test de antígenos es POSITIVO** se confirma la infección activa por SARS-CoV-2 y procede iniciar **aislamiento como mínimo durante 10 días** desde el día de realización de la PDIA.
- Se facilitarán siempre las medidas de prevención para evitar contagios durante el periodo de aislamiento.
- Cualquier resultado positivo generará una cita automatizada con su médico de AP para seguimiento programado como CASO.
- **Si el resultado es NEGATIVO** se mantiene la situación de contacto estrecho y por tanto ha de **mantener cuarentena durante 10 días desde el último día de contacto con el caso positivo.** Se informará de las medidas de cuarentena. 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 manejará de la forma establecida para los casos sospechosos, debiendo hacer autoaislamiento inmediato en su lugar de residencia y contactar de forma urgente con su Centro de Salud o, si presenta síntomas graves, contactar con el 900121212.

UN RESULTADO NEGATIVO DE PDIA NO LIBERA DE LA CUARENTENA AL CONTACTO.

Ha de mantener la cuarentena en su domicilio, preferentemente en una habitación individual, y restringirá 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 los convivientes.

El contacto no deberá realizar ninguna salida fuera de su casa que no sea excepcional.

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. Para ello, el contacto firmará un documento de declaración de responsabilidad (Ver Anexo 8).

- Los resultados de las PDIA serán comunicadas por los Equipos de Atención Primaria a los contactos lo antes posible, preferiblemente desde el punto de toma de muestras ya sea de forma directa o con llamada telefónica tras el resultado del test. Además se entregará la información sobre normas de cuarentena/aislamiento.
- Los contactos estrechos que precisen IT se citarán con su médico/a como acto telefónico anotando en observaciones que es para IT.
- A todos los contactos estrechos (de cualquier edad) detectados, e independientemente de si le han le ha realizado alguna PDIA (negativa) al comienzo de la cuarentena actual, el Equipo de Atención Primaria solicitará PCR a los 7 días del último contacto con el caso.
- Desde Salud Pública se realizará el seguimiento de las personas identificadas como contacto estrecho que están en cuarentena hasta el final de la cuarentena.

PCR FINAL DE CUARENTENA

- Se realizará en la medida de lo posible el 7º día y nunca antes de éste. Si el resultado de la PCR es positivo, el contacto pasará a ser caso confirmado (estaba en cuarentena), iniciará aislamiento durante mínimo 10 días desde el día de realización de la PCR y si iniciase síntomas se consideraría además al menos 3 días asintomáticos.
- Si el resultado de la **PCR es negativo**, deberá continuar en cuarentena hasta completar los 10 días desde la fecha del último contacto. **Desde Salud Pública le llamarán para indicarles el fin de la cuarentena si no presentan síntomas, si ha sido identificado por SP.** 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 con su Centro de Salud o, si presenta síntomas graves, contactar con el 900121212

Tanto los casos como los contactos pueden necesitar baja laboral que necesariamente ha de realizarse por un profesional médico de Atención Primaria o del Hospital.

Ante la solicitud de una IT por parte de una persona que manifiesta ser contacto estrecho de manera autoproclamada, se podrá ver en Ágora su situación de contacto o no y si no está en Ágora se le indicará que no se puede dar IT si Salud Pública no lo ha comunicado y se le indicará que debe ser identificado como contacto por SP. Si ha sido en el ámbito laboral debe llamar a su SPRL para que éstos lo comuniquen a SP. Si ha sido educativo debe ponerse en contacto con el centro educativo.

En todas las situaciones que se pida una IT por contacto estrecho la gestión de la misma se puede retrasar, desde el INSS se aceptan sin problemas partes de IT de fecha retroactiva.

Los contactos estrechos laborales, serán determinados por los SPRL y son estos servicios de salud los que tienen delegadas a nivel nacional la búsqueda e identificación de los contactos con un positivo dentro del ámbito laboral. A nivel de Atención Primaria, serán manejados teniendo en cuenta si son sanitarios/sociosanitarios o resto de profesionales.



Estudio de contactos en personas con aseguramiento privado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) que no tengan su médico en el SMS: los contactos estrechos detectados serán gestionados desde Salud Pública quienes solicitarán las PDIA correspondientes e informarán de sus resultados.

En el Anexo 9 se encuentra disponible su manejo esquemático de contacto estrecho

6. Personal sanitario del SMS.

En el caso de **profesionales sanitarios** del SMS que se identifican como contacto estrecho laboral, el SPRL realiza la solicitud de PCR en las primeras 24-48 horas al contacto estrecho y una segunda PCR el día 10 de cuarentena y comunican a Salud Pública la condición de contacto estrecho laboral.

- El SPRL comunica el contacto al COVID 900. El COVID 900 gestionará la IT y citará con su médico/a de Atención Primaria el día 11 de cuarentena, para recoger el resultado de la PCR del día 10, y en función del resultado, su médico/a de Atención Primaria dará el alta o lo declarará como caso confirmado.

En todos los contactos se confirmará desde AP que han entendido las normas de cuarentena y si es preciso se les podrán remitir documentación con información desde el gestor de peticiones.

En todos los casos se mantendrá la cuarentena hasta los 10 días desde la fecha de último contacto.

INCUMPLIMIENTO DEL AISLAMIENTO O DE LA CUARENTENA.

Las personas identificadas como contactos o casos han de estar localizables a lo largo del periodo de cuarentena.

Se considera incumplimiento cuando se tenga constancia de que la persona en cuarentena o aislamiento, no lo está cumpliendo, y marcaremos el check habilitado en el protocolo de OMI «posible incumplimiento de cuarentena/aislamiento».

En el caso de no obtener respuesta a las llamadas telefónicas, marcar el check de «No responde al teléfono y el número de llamadas realizadas». Las llamadas deben realizarse a en horario diferente y/o al día siguiente. Se considerará incumplimiento si no hay respuesta a tres llamadas sucesivas.

Los posibles incumplimientos registrados en protocolo se informan diariamente desde la DGAS a la Delegación de Gobierno por si se requiere intervención de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

Los incumplimientos por condiciones sociales para seguir la cuarentena o el aislamiento se comunicarán desde los EAP a la Comisión de seguimiento COVID del Área, que a su vez lo notificará a Salud Pública y a la policía local del municipio mediante el procedimiento establecido.

ESTUDIOS DE CRIBADO

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



Cuando el Servicio de Epidemiología confirme la existencia de un brote que por sus características (número de afectados, o ámbito) así lo requiera y ante la detección de contactos estrechos a los que es necesario realizar la PCR, contactará con el coordinador del Grupo COVID 900 y la Gerencia de Área afectada, para que conjuntamente realicen las acciones que sean necesarias (petición de PDIA, citas, etc.).

CRIBADO CON PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE INFECCIÓN ACTIVA

Se plantea su realización en las siguientes situaciones:

- **Cribados puntuales.** En estrategias indicadas por las autoridades de Salud Pública dirigidas a determinados grupos o poblaciones:
 - Se propone de preferencia la realización de PCR en exudado nasofaríngeo con la posibilidad de hacerlo mediante su análisis en lotes (pooling) para optimizar recursos de PCR¹⁴ y siempre tras estudios de validación de esta técnica realizados por el laboratorio de referencia.
 - 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 PCR¹⁵ si la prevalencia de la enfermedad en la población de estudio es baja¹⁶
- **Cribados periódicos en personas trabajadoras y residentes de centros sanitarios o sociosanitarios¹⁷**
 - Se plantea utilizar la PCR en exudado nasofaríngeo¹⁸, pudiéndose considerar su análisis en forma de lotes (pooling) para optimizar recursos.
 - Se puede realizar el cribado sistemático y periódico con pruebas rápidas de detección de antígeno, si bien será necesario confirmar los casos negativos mediante PCR si la prevalencia de la enfermedad en la población diana se espera alta.
- **Cribados sistemáticos ante nuevos ingresos en centros sanitarios o sociosanitarios o de forma previa a algunas actuaciones asistenciales:**
 - Se realizará mediante PCR en exudado nasofaríngeo. En centros sociosanitarios se realiza petición de prueba por CORECAAS si la persona está inmovilizada o se remiten al punto covid si pueden desplazarse.

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

¹⁴ El pool testing es eficaz en entornos de baja prevalencia. Con prevalencias mayores de 1-2% ya deja de ser eficaz.

¹⁵ Como se ha señalado anteriormente, con prevalencias <1%, el valor predictivo positivo es <62%

¹⁶ https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Options-use-of-rapid-antigen-tests-for-COVID-19_0.pdf

¹⁷ A este respecto la Comisión Europea ha emitido una serie de recomendaciones sobre el uso de PDIA para diagnóstico y cribados sistemáticos.

¹⁸ 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



PACIENTE DESPLAZADO CON SOSPECHA DE INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

Si un paciente desplazado contacta por sospecha de infección por SARS-CoV-2, podría establecer el primer contacto presencialmente en un Centro de Salud, o bien, contactando con el 900 12 12 12. En ambos casos se realizará una valoración clínico-epidemiológica.

- **Contacto presencial en el Centro de Salud:** asignarán un médico/a en el EAP como “paciente desplazado”, se gestionará una cita (telefónica o presencial) con el médico/a asignado, realizarán valoración clínica, gestionarán la petición de PDIA que corresponda.
- **Contacto a través del 900 12 12 12:**
 - Si no tiene criterios de gravedad lo remitirá vía correo electrónico al COVID 900, que realizará todos los trámites necesarios para el diagnóstico de la persona (petición de PCR, asignación de médico/a, etc.).
 - Si tiene criterios de gravedad se contactará con el 112-061 para valoración clínica.

PACIENTE DESPLAZADO/TRANSEÚNTE DEFINIDO COMO CONTACTO ESTRECHO

Una persona desplazada de su domicilio e identificada como contacto estrecho ha de realizar cuarentena y debe ser manejada de igual forma que el resto de contactos.

Si es un desplazado dentro de la Región de Murcia, se solicitará la PDIA en un lugar cercano al domicilio donde se encuentre. La gestión de la PDIA la realizará el centro coordinador COVID 900, bien por comunicación del médico/a de familia de referencia o por comunicación a través de la línea 900.

Si es un desplazado de fuera de la Región de Murcia y contacta con un EAP, se gestionará en el propio EAP, en el circuito de desplazados, asignándole un médico/a de familia. En caso de que contacte por la línea 900, se gestionará por el COVID 900 asignándole un médico/a de familia en el EAP cercano a su domicilio.

La gestión de los transeúntes, personas sin tarjeta o con tarjeta sanitaria europea se realizará de forma similar al apartado anterior, previa asignación de CIPA como transeúnte por el servicio de tarjeta sanitaria.

En caso de que la persona desplazada decida regresar a su domicilio habitual para guardar cuarentena, se comunicará a Salud Pública y deberá firmar la Declaración Responsable (Ver Anexo 8) comprometiéndose a comunicar su situación de contacto a su médico/a de familia para que este realice el seguimiento oportuno.



ANEXO 1. PRUEBAS PARA DETECCIÓN DE CASOS DE COVID-19

- **DIAGNÓSTICO MOLECULAR DE ARN MEDIANTE RT-PCR**
 - Exudado nasofaríngeo (PCR convencional).
 - En muestra de saliva.
 - Multiplex PCR.
- **TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO**
 - Detección de antígenos: exudado nasofaríngeo.
- **DETECCIÓN DE ANTICUERPOS**
 - Detección de rápida anticuerpos (a extinguir): venopunción.
 - Serología de alto rendimiento: ELISA, CLIA, ECLIA o técnicas similares.

DIAGNÓSTICO MOLECULAR DE ARN MEDIANTE RT-PCR

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 (siglas de 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.

Detección de ARN viral mediante RT-PCR en muestra de saliva¹⁹

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

¹⁹ De forma excepcional, a los pacientes sintomáticos que no se les pueda extraer una muestra de exudado nasofaríngeo, se podrá realizar la RT-PCR en muestra de saliva, teniendo en cuenta las limitaciones de sensibilidad de este tipo de muestras.



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*) pero se requiere baja tasa de incidencia. 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 2.000 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 por 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 referencia²¹. 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 profesionales 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 autónoma²².

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 (IRA), que en el caso de ser graves (IRAG), 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 referencia²³.

TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO

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.

²⁰ https://www.famhp.be/en/news/coronavirus_evaluation_of_the_use_of_saliva_samples_as_an_alternative_to_sampling_via_a_deep.

²¹ Vogels et al. MedRxiv 2020; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.08.03.20167791>.

²² Willye AL et al. The New England Journal of Medicine (2020) PMID: [32857487](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32857487/).

²³ Creager et al. J Clin Virol (2020); PMID: 32650276



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 diagnóstica²⁴.

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.

²⁴ Blairon et al. J Clin Virol (2020), PMID:32504944; Scohy et al. J Clin Virol (2020), PMID: 32485618; Lambert-Niclot et al. J Clin Microbiol (2020), PMID:32404480



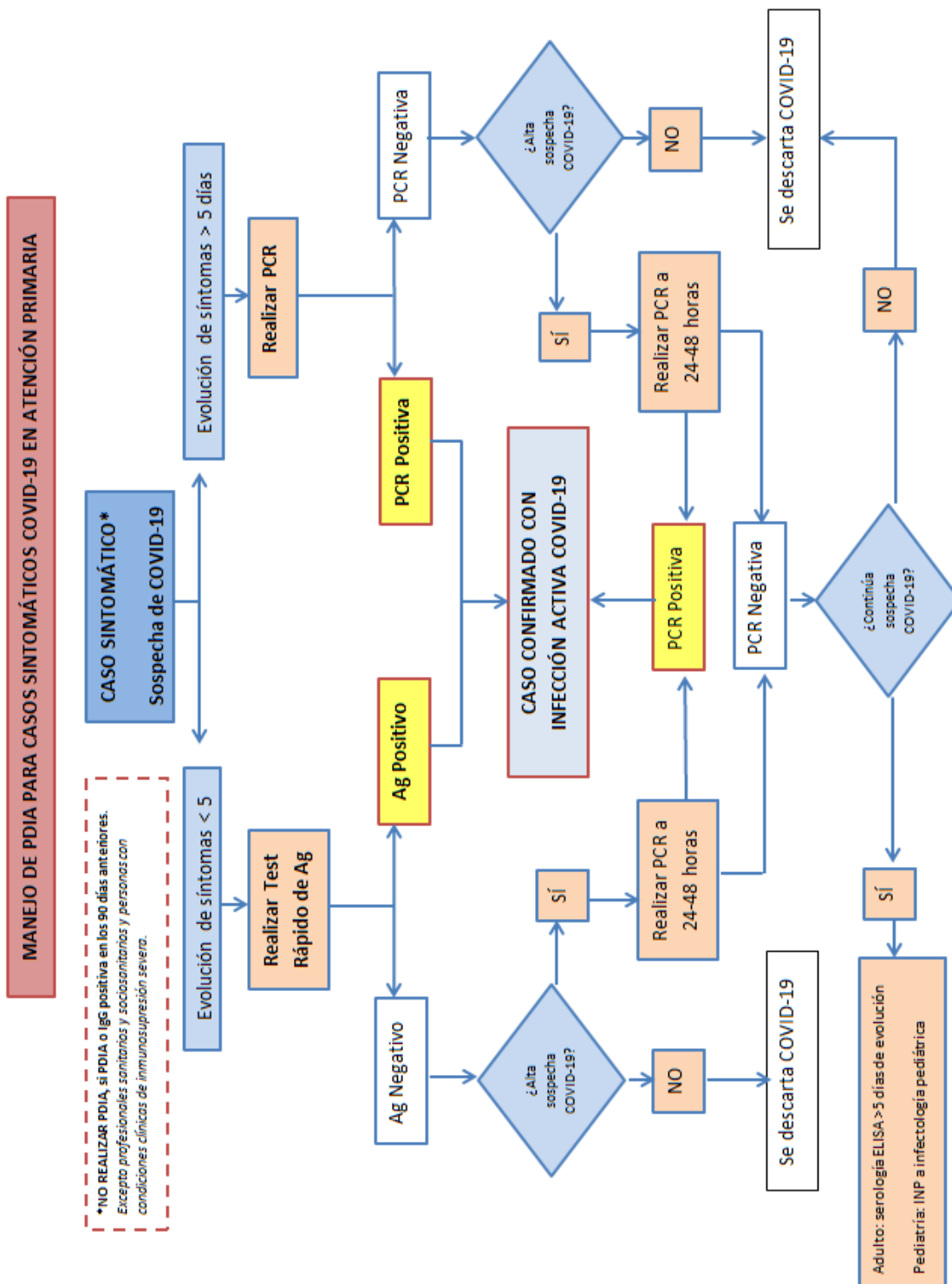
Tabla resumen de las diferentes técnicas de diagnóstico de SARS-CoV-2.

	Sensibilidad	Especificidad	Hisopo	Toma de muestra por personal especializado	POC ¹	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 antigénicos rápidos de última generación (exudado nasofaríngeo)	<ul style="list-style-type: none"> Sintomáticos: =98% (si ≤ 5 días de duración de síntomas) Asintomáticos: No suficientemente estudiada 	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. ¹ POC (Point of care): posibilidad de realización en el lugar de la toma. ² 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. ³ Realizar estudios de valoración in house, si se utilizan.

70

ANEXO 2. ALGORITMO DIAGNÓSTICO PARA CASOS SOSPECHOSOS COVID-19 EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA REGIÓN DE MURCIA.



ANEXO 3. INFORMACIÓN SOBRE CUARENTENA PARA EL CONTACTO ESTRECHO

INDICACIONES PARA PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE CONTACTO ESTRECHO DE UN PACIENTE COVID+

Si ha sido considerado contacto estrecho de una persona Covid+, es **muy importante que realice correctamente la cuarentena**, tal y como se le ha indicado.

Por eso es **MUY IMPORTANTE** que **evite todo lo posible el contacto con los demás durante todo el tiempo que le indique el médico**. Para ello, a continuación le ofrecemos información para realizar la cuarentena adecuadamente.

Tenga en cuenta que, en caso de haberse contagiado, los síntomas pueden aparecer durante todo este tiempo. Por eso, hacia el final de la cuarentena deberá comprobar que su PCR es negativa.

Si al principio de la cuarentena se ha realizado una prueba diagnóstica Covid y le ha salido negativa, **no se confíe y cumpla la cuarentena**. Si está incubando la infección, la prueba puede tardar días en detectarlo, y usted contagiar a los demás.

Recuerde además que las personas a las que se indica cuarentena, como es su caso, pueden ser **sancionadas** con cantidades que pueden llegar a **3.000 euros** en caso de que no lo cumplan adecuadamente (**Decreto-Ley n.º 8/2020, de 16 de julio. BORM**).

TENGA PACIENCIA. Serán unos días que pasarán antes de lo que parece.

VALE LA PENA HACER LAS COSAS BIEN.

Explique las indicaciones y consejos que le ofrecemos a continuación a las **personas que viven con usted**, de modo que todos en casa las entiendan.

Si vive usted sólo, busque ayuda en vecinos o amigos, que le puedan hacer la compra si es necesario. Si se la dejan en la puerta de casa mejor. Recuerde que esta situación será temporal. Si tiene alguna **dificultad insuperable** para seguir las instrucciones, comuníquelo a su médico o enfermera cuando contacten con usted.

Si ha sido declarado Contacto estrecho y precisa **baja laboral**, comuníquelo a su médico.

Es probable que estos días reciba distintas llamadas telefónicas para interesarse por su estado, desde Salud Pública o desde su Centro de Salud.

En caso de comenzar con síntomas pida cita con su médico en el Centro de Salud. Los síntomas habituales son fiebre, tos, cansancio y dolores musculares. También aparece con frecuencia dolor de cabeza, pérdida del olfato y del gusto, dolor de garganta, diarrea, y en ocasiones erupciones en la piel o conjuntivitis. Intente si es posible evitar ir en persona al Centro sanitario, mejor si se cita Vía Web en <https://www.murciasalud.es> o, si es necesario, telefónicamente.

En caso de notar **empeoramiento, sensación de falta de aire o sensación de gravedad** por algún otro síntoma, comuníquelo a su Centro de Salud o llame al **112**.

Llegado el momento oportuno, **su médico le dará el alta**, y podrá usted hacer una vida normal. No deje el aislamiento antes de que el médico le dé el alta.

ACCEDA A INFORMACIÓN PARA REALIZAR CUARENTENA EN <https://bit.ly/2TBjrBn>



ANEXO 4. MEDIDAS DE AISLAMIENTO PARA CASOS CONFIRMADOS

Recomendaciones para el aislamiento domiciliario en casos leves de COVID-19

Estas son las recomendaciones que se deben seguir si se está en aislamiento domiciliario por ser un caso leve de COVID-19.

Lea atentamente estas recomendaciones y pregunte (telefónicamente) cualquier duda. Sus familiares y convivientes deben recibir también la información.

Lugar de aislamiento (debe disponer de teléfono en la habitación)



Quédese en su casa, evite salir de la habitación, manteniéndola ventilada y con la puerta cerrada.



Evite distancias menores de 2 metros de los convivientes.



Evite visitas a su domicilio. Si necesita ayuda con las compras, se las pueden dejar en la puerta.



Utilice su propio baño; si lo comparte, debe desinfectarse antes de que lo usen otros.



Tenga en la habitación productos de higiene de manos.



Tenga un cubo de basura de pedal en la habitación.

Los productos de desecho deben tirarse en la bolsa de plástico colocada dentro del cubo de basura. Anúdela bien antes de tirarla.

La persona responsable de los cuidados será considerada contacto estrecho y deberá realizar cuarentena domiciliaria durante 14 días.

Persona cuidadora



La persona cuidadora **no debe tener factores de riesgo de complicaciones**, y debe realizar **autovigilancia de los síntomas**.



Guantes para cualquier contacto con secreciones



Lave las manos si entra en contacto, aunque haya usado guantes.

Prevenir el contagio



Tápese al toser y estornudar con un pañuelo de papel



Tire el pañuelo en la **papelera**



Lávese las manos con agua y jabón



No comparta utensilios personales como toallas, vasos, platos, cubiertos y cepillo de dientes



Póngase la **mascarilla** si sale a espacios comunes o entra alguien en la habitación, mantenga la distancia y lávese las manos al salir



Comuníquese por un **teléfono** para evitar salir de la habitación

Limpieza



Use **lavavajillas** o friegue con agua caliente



No sacudir la ropa, meterla en **bolsa hermética**. **Lavarse siempre las manos** después de tocar la ropa.



Lave la ropa a **60-90°** y séquela bien



Limpie a diario las superficies que se tocan a menudo, baño e inodoro con bayetas desechables y lejía (1 parte de lejía al 5% por 50 partes de agua). **Lávese las manos al terminar**.



BOLSA 1 en la habitación, que se cierra y se introduce en **la BOLSA 2** (fuera de la habitación) donde se introducen los guantes y mascarilla del cuidador y va a la **BOLSA 3** que va al contenedor de resto (ninguno de separación por reciclaje)

Si nota empeoramiento comuníquelo a su profesional de referencia o al 112.

Si algún conviviente o cuidador presenta síntomas no acuda a un centro sanitario y llame al teléfono habilitado por su Comunidad Autónoma. **900121212**

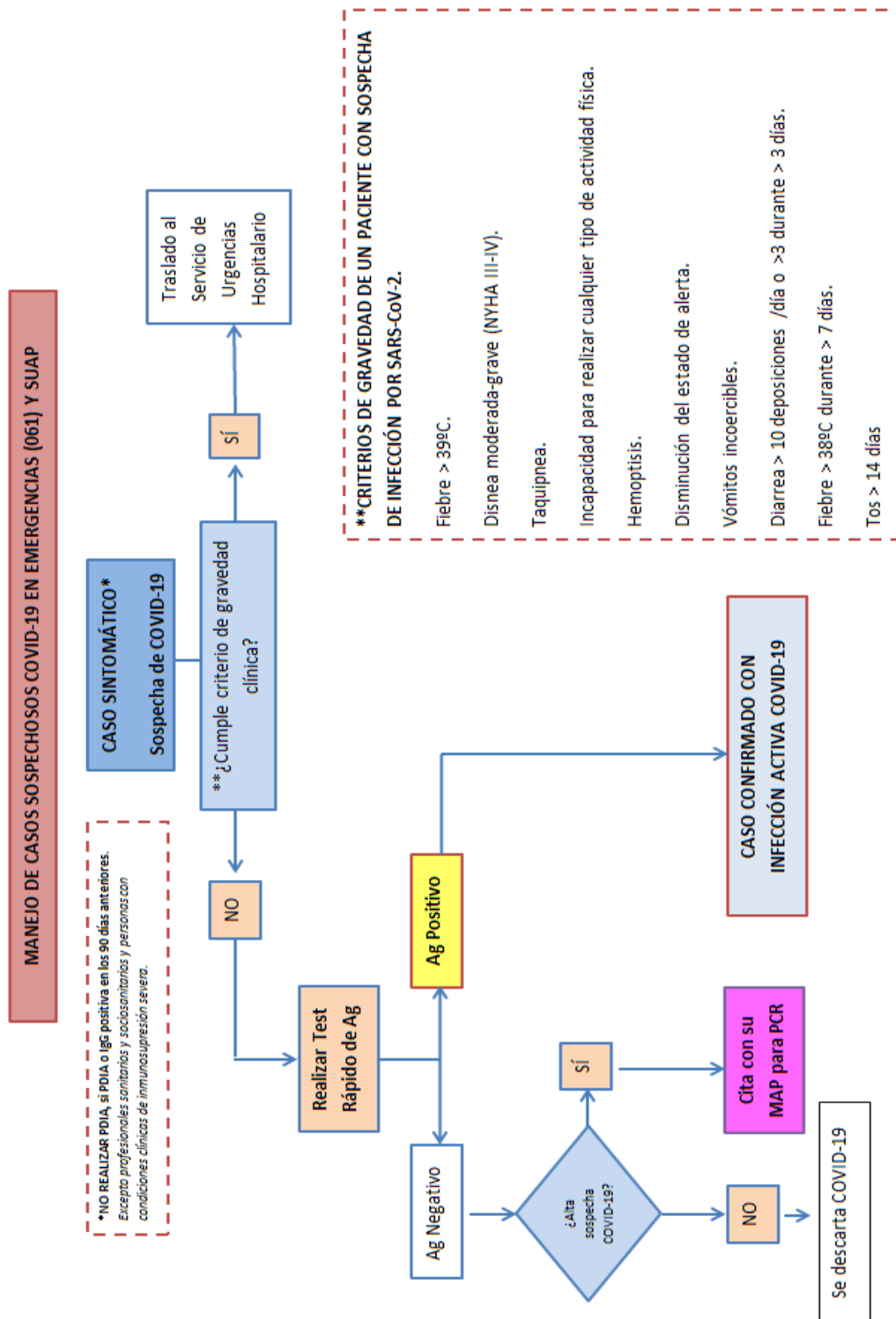
24 marzo 2020



- Basada en la [Infografía de Recomendaciones para el paciente caso en investigación o caso confirmado leve en aislamiento domiciliario](#). Consejería de Sanidad de Asturias.
- [Manejo domiciliario de casos en investigación, probables o confirmados de COVID-19](#). Ministerio de Sanidad.
- COVID-19: self-isolation for patients undergoing testing. Public Health England.



ANEXO 5. ALGORITMO DE ACTUACIÓN ANTE UN CASO SOSPECHOSO DE INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN EL 061 / SUAP

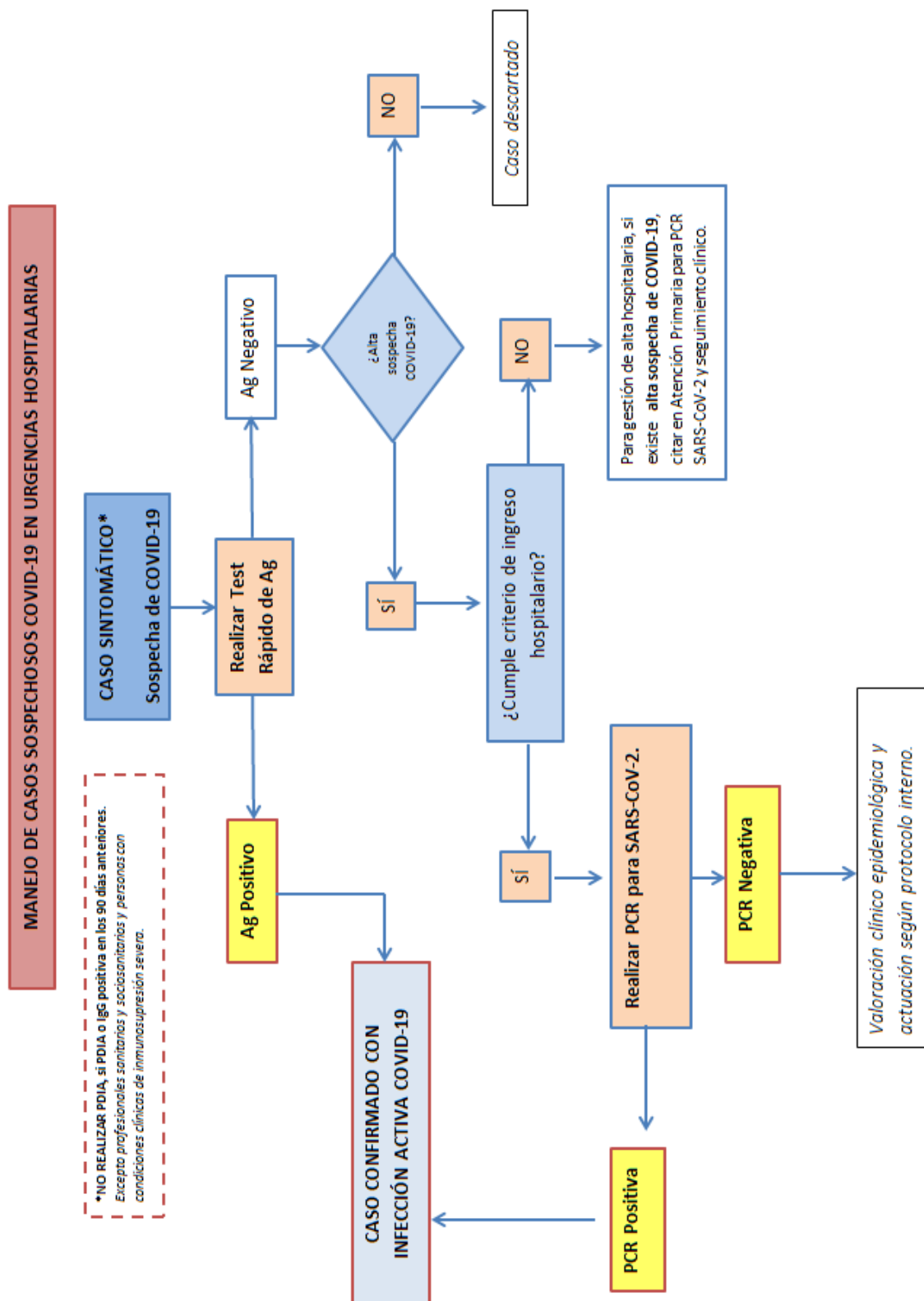


23/04/2021 12:39:20

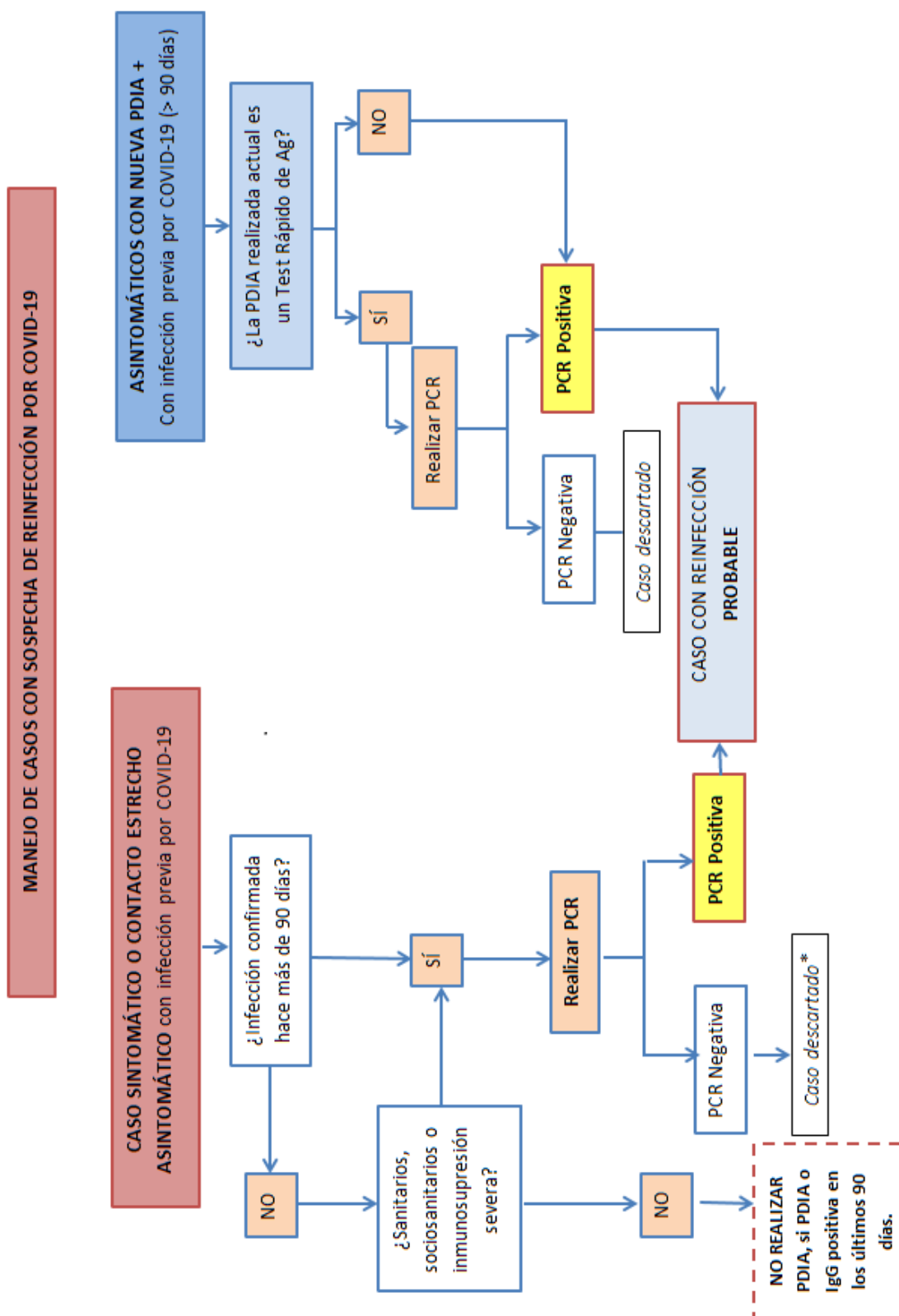
AVALEA VIGIERBAS, ISABEL

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-39177c561-n4720-6a981-34e1-0050569b34e7

ANEXO 6. ALGORITMO MANEJO DE CASOS SOSPECHOSOS DE COVID-19 EN SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS



ANEXO 7. MANEJO DE CASOS CON SOSPECHA DE REINFECCIÓN POR COVID-19



ANEXO 8. DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA PERSONAS QUE SE DESPLAZAN PARA COMPLETAR LA CUARENTENA 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 la cuarentena que me ha sido prescrita 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) :

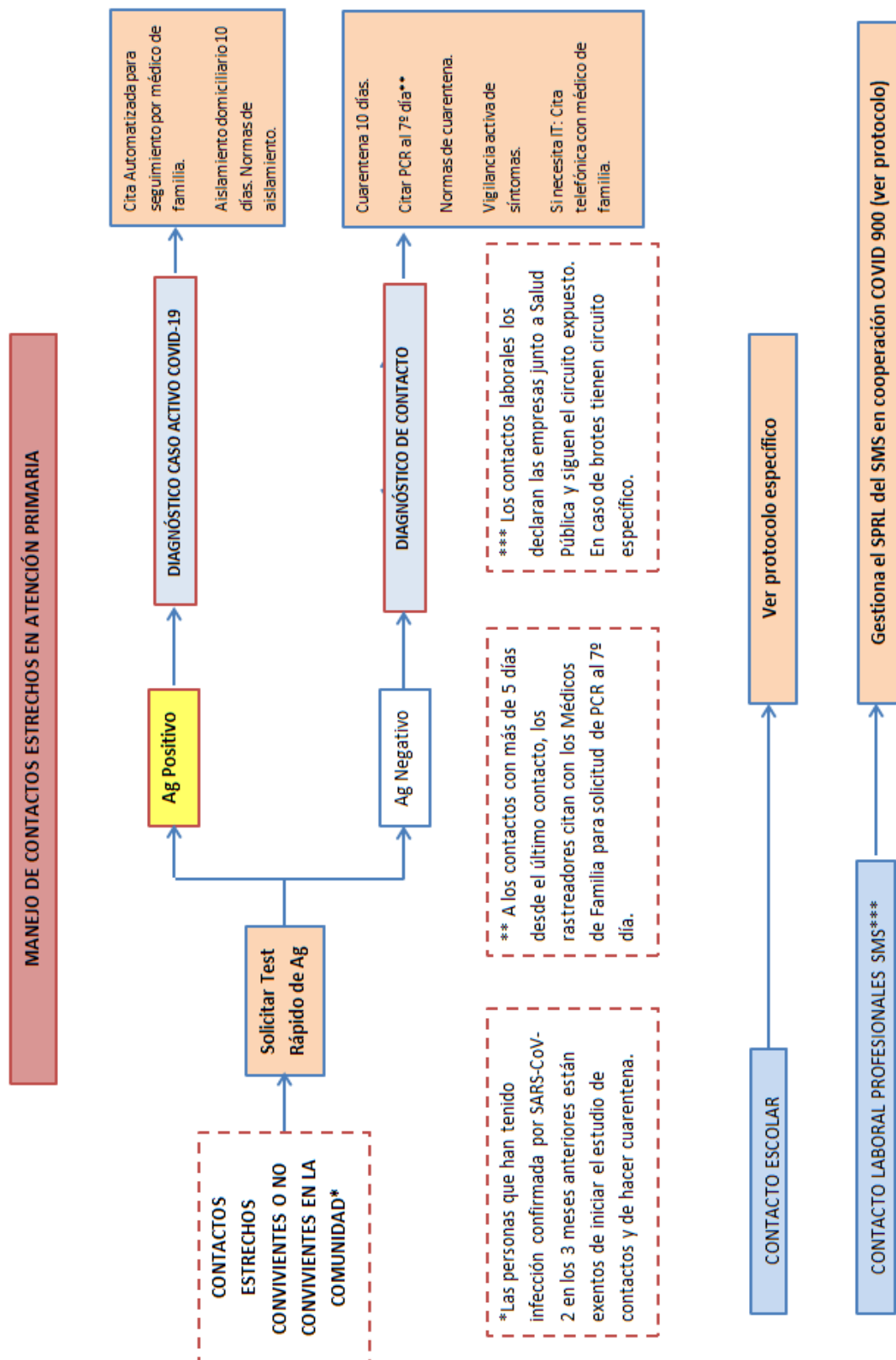
ME COMPROMETO a informar de cualquier modificación relevante, acontecimiento adverso o incidente que pudiese producirse durante el trayecto.

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

En _____ a _____ de _____ de 2020.

Fdo.: _____

ANEXO 9. MANEJO DE CONTACTOS ESTRECHOS EN ATENCIÓN PRIMARIA



23/04/2021 12:39:20

AVALEA VIGIBIAS, ISABEL

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-3917c561-a420-6a9d-3de1-005056934e7