
	ESTRATEGIA DE DETECCIÓN PRECOZ, VIGILANCIA Y CONTROL DE COVID-19	
	5ª Edición: 25/09/2020. 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).	

Documento del M^o de Sanidad completo:

[https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19 Estrategia vigilancia y control e indicadores.pdf](https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf)

Objetivo

Los objetivos de esta estrategia son:

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

DETECCIÓN DE CASOS DE INFECCIÓN ACTIVA POR SARS-CoV-2

1. Detección de casos de COVID-19

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

En ambas pruebas, 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.

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

A toda persona con sospecha de infección por el SARS-CoV-2 (ver definición de caso sospechoso) se le realizará una prueba diagnóstica de infección activa por SARS-CoV-2 en las primeras 24 horas. Si la PDIA resulta negativa y hay alta sospecha clínica de COVID-19 se valorará repetir la 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. Si la PDIA continúa siendo negativa y han transcurrido varios días (al menos 7) desde el inicio de los síntomas, se podría plantear la detección de IgM mediante una prueba serológica¹ tipo ELISA u otras técnicas de inmunoensayo de alto rendimiento.

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. En el caso de las PCR, se ha establecido un sistema de información basado en laboratorios (SERLAB) a nivel del Ministerio de Sanidad,

	ESTRATEGIA DE DETECCIÓN PRECOZ, VIGILANCIA Y CONTROL DE COVID-19		
	5ª Edición: 25/09/2020. 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).	IO 005 del PR-GE 04	

que lleva en funcionamiento varios meses. En el caso de las pruebas rápidas de antígeno, dado que no se realizan a nivel de los laboratorios, es importante que se puedan establecer sistemas de registro en todos los puntos de uso que permita tener una trazabilidad completa del número de pruebas realizadas y del resultado de las mismas con transmisión de la información al Ministerio de Sanidad.

En el caso de demanda importante de realización de pruebas, las CC.AA. deben establecer los circuitos necesarios para la priorización en la realización de las mismas. La prioridad son los pacientes sintomáticos graves o vulnerables, seguido de pacientes que necesiten ingreso hospitalario por otras patologías y de otros pacientes sintomáticos. Debe priorizarse también el estudio de brotes en ámbitos estratégicos y en determinados entornos como centros sanitarios, sociosanitarios o educativos. Para ello, las CC.AA. deben implementar un sistema de solicitud de pruebas de diagnóstico de SARS-CoV-2 que incluya su categorización en el punto de toma de la muestra en relación con su contexto clínico o epidemiológico, y así facilitar la priorización de los estudios microbiológicos por parte de los laboratorios de Microbiología.

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.

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 confirmado

con infección activa:

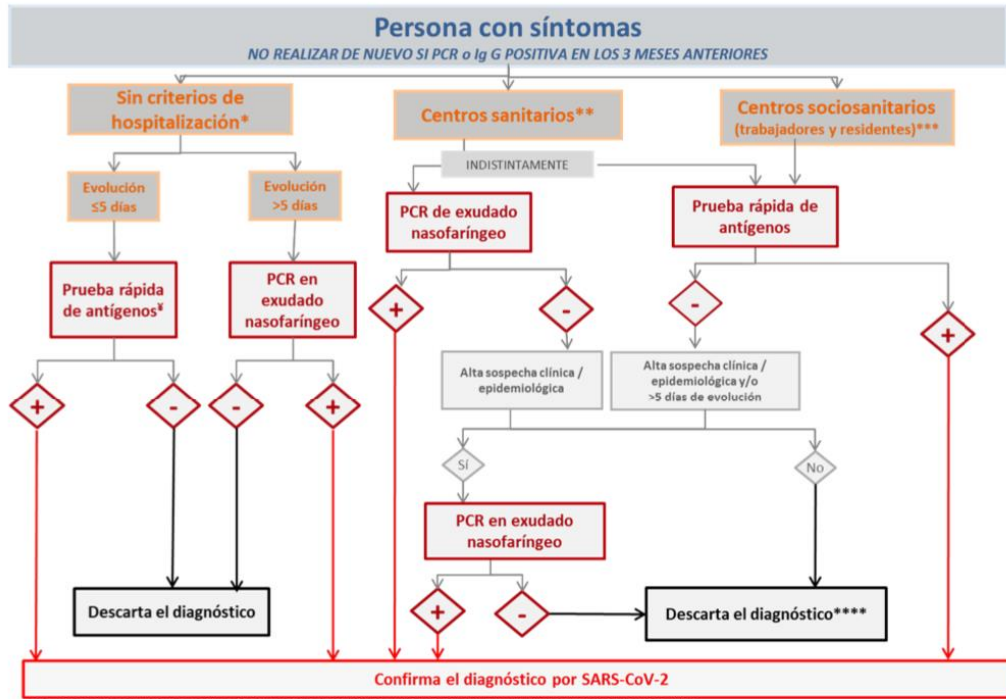
- Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso y con PDIA positiva.
- Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso, con PDIA negativa y resultado positivo a IgM por serología de alto rendimiento (no por test rápidos).
- Persona asintomática con PDIA positiva con Ig G negativa o no realizada.

con infección resuelta:

- Persona asintomática con serología Ig G positiva independientemente del resultado de la PDIA (PDIA positiva, PDIA negativa o no realizada).

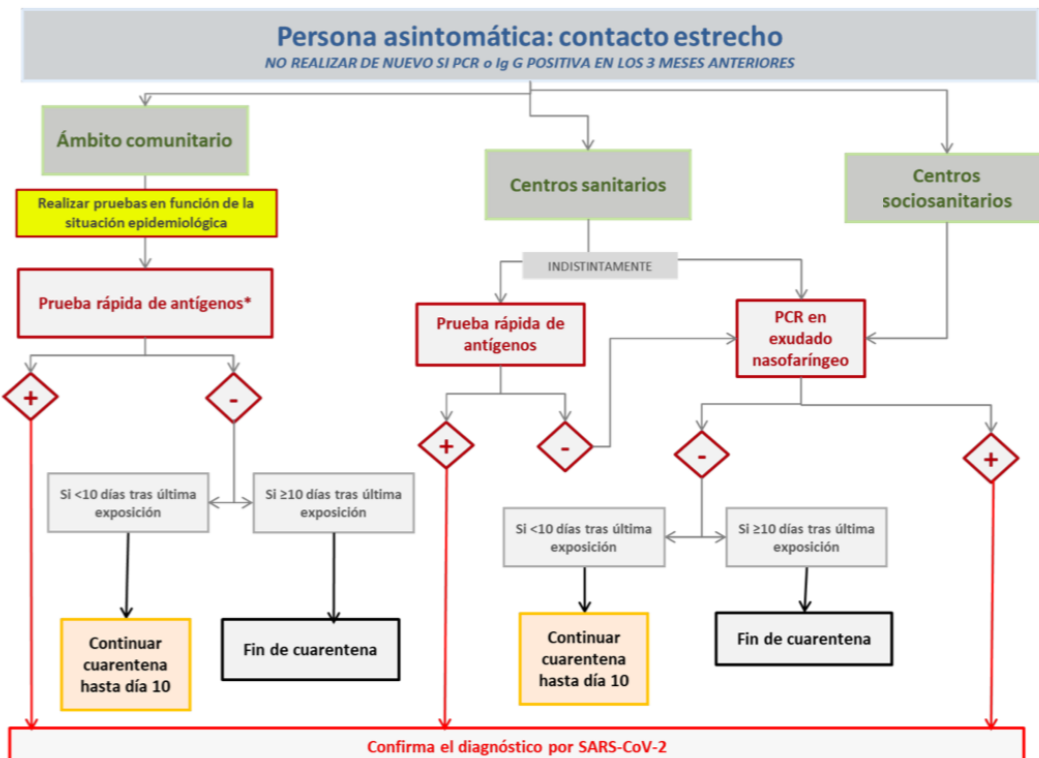
Caso descartado: caso sospechoso con PDIA negativa e IgM también negativa (si esta prueba se ha realizado, en el que no hay una alta sospecha clínica) en el que no hay una alta sospecha clínica.

Algoritmo 1: Algoritmo diagnóstico en personas con síntomas



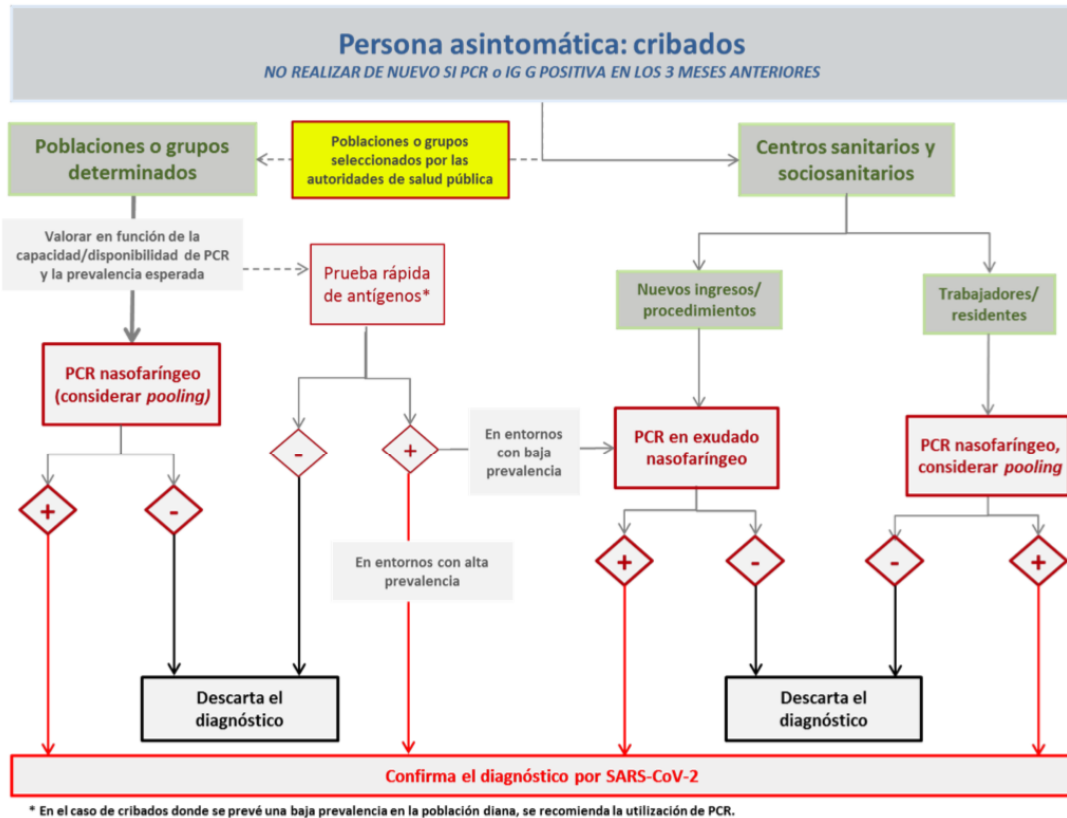
* Centros de atención primaria, servicios de urgencia ambulatoria, urgencia hospitalaria, puntos específicos de diagnóstico.
 ** Personas con criterios de hospitalización, trabajadores sanitarios y personas hospitalizadas por otras causas que inician síntomas.
 *** En centros socio-sanitarios (trabajadores y residentes), es de preferencia la realización de prueba rápida de antígenos salvo que el tiempo de espera para el resultado de la PCR sea <24h, en cuyo caso será preferible la realización de PCR.
 **** Si han transcurrido bastantes días desde el inicio de los síntomas, se puede plantear realizar IgM mediante técnicas de inmunoensayo de alto rendimiento.
 *Si no hay disponibilidad de pruebas rápidas de antígeno se utilizará PCR

Algoritmo 2: Algoritmo en contactos estrechos asintomáticos



* En función de la disponibilidad y operatividad, podrá plantearse también la utilización de la PCR para estos estudios.

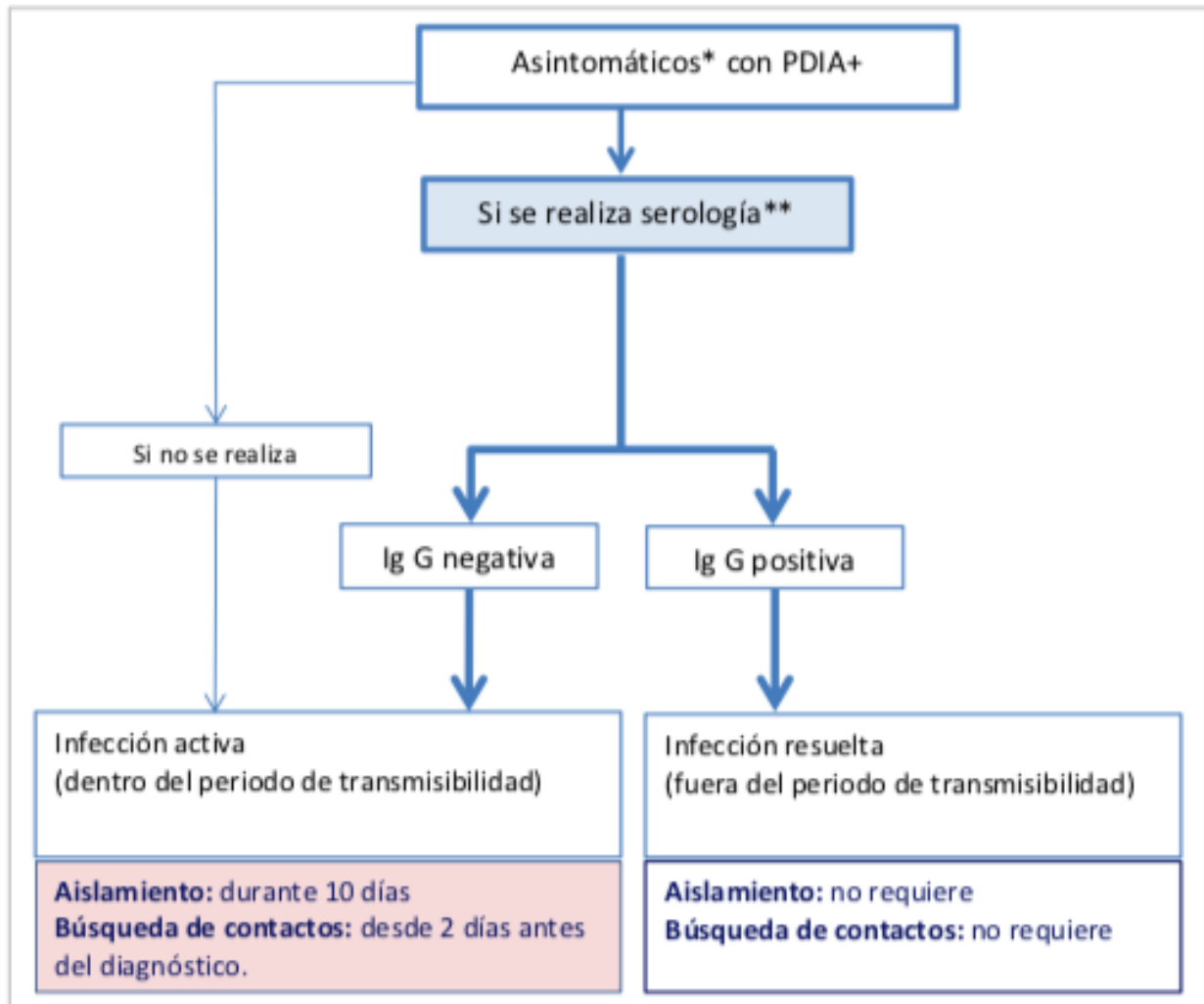
Algoritmo 3: Algoritmo en cribados



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

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

*Ver algoritmo en el siguiente apartado.



* Se definen como asintomáticos aquellos casos que no refieren haber presentado síntomas compatibles o aquellos que, habiéndolos presentado, hace más de 10 días que se encuentran asintomáticos.

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

En el caso de personas que vuelven a tener síntomas compatibles con COVID-19, que tuvieron una PCR previa positiva que negativizó y que se les realiza una nueva PCR con resultado positivo, la aplicación de este algoritmo podría ser válida pero su interpretación debe ser complementada con otra información microbiológica (el umbral de ciclo -Ct- en el que la PCR es positiva, mayor o menor de 30 ciclos) y con la clínica y el tiempo transcurrido hasta la repositivización, entre otros. Aunque desde el punto de vista teórico no se puede descartar ni la reinfección ni la reactivación, éstas no han sido demostradas. De hecho, en un estudio en Corea que aborda estas cuestiones⁸ no se ha demostrado la existencia de casos secundarios a partir de pacientes que volvieron a repositivizar la PCR ni tampoco se ha demostrado la reinfección en modelos animales. En cualquier caso, se ha de individualizar la interpretación de esta repositivización y actuar de acuerdo con ella. Estas recomendaciones pueden verse modificadas según los resultados de los estudios que se están realizando o que se puedan realizar en el futuro.



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

5ª Edición: 25/09/2020. 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).

IO 005 del PR-GE 04



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

1. Datos identificativos del caso:

Identificador del caso para la comunidad autónoma: _____

Sexo: Hombre Mujer

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

Lugar de residencia

CCAA: _____ Provincia: _____ Código postal: _____ Municipio: _____

2. Datos clínicos

Fecha de consulta⁴: (día, mes, año) ___/___/____

Síntomas SI NO

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

3. Personal sanitario⁵ que trabaja en (respuesta única)

Centro sanitario
Centro socio-sanitario
Otros centros
No personal sanitario

4. Ámbito de posible exposición en los 14 días previos⁶ (respuesta única)

Centro sanitario
Centro socio-sanitario
Domicilio
Laboral
Escolar
Otros
Desconocido

5. Caso importado de otro país

SI NO

6. Contacto con caso confirmado conocido en los últimos 14 días.

SI NO

7. Fecha de diagnóstico⁷ ___/___/____

8. Pruebas diagnósticas positivas

PCR/Técnicas moleculares
ELISA⁸
Test rápido de Anticuerpos
Detección de antígeno

9. Aislamiento del caso e identificación de los contactos

Fecha de aislamiento del caso ___/___/____

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

10. Evolución clínica



Ingreso Hospital SI No F. ingreso hospital ___/___/____ Fecha de alta ___/___/____
Ingreso en UCI SI No F. ingreso UCI ___/___/____

11. Resultado al final del seguimiento

Fallecimiento

Alta al final de seguimiento

Fecha (de fallecimiento o alta) ___/___/____

	ESTRATEGIA DE DETECCIÓN PRECOZ, VIGILANCIA Y CONTROL DE COVID-19		
	5ª Edición: 25/09/2020. 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).	IO 005 del PR-GE 04	

Anexo 2. INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA A NOTIFICAR DE FORMA AGREGADA

- Número de casos sospechosos de COVID-19 en atención primaria. Esta información se notificará de forma agregada al CCAES con la periodicidad que se establezca.

Si se dispone de información agregada de otras fuentes de información sobre casos compatibles (Apps, líneas telefónicas, etc.) se notificarán también, si es posible diferenciándolo de los anteriores.

- Número de casos sospechosos de COVID-19 atendidos en hospitales (no incluir personas a las que se les indica PCR con motivo de cribado). Esta información se notificará de forma agregada al CCAES con la periodicidad que se establezca.

- Número de casos sospechosos de COVID-19 en atención primaria en los que se ha realizado una PCR y de ellos, número de casos con PCR positiva. Esta información se notificará de forma agregada con una periodicidad semanal al CCAES. Se notificará los miércoles antes de las 12.00 horas con los datos de la semana anterior, de lunes a domingo.

- Número de casos sospechosos de COVID-19 en atención hospitalaria en los que se ha realizado una PCR (no incluir las PCR resultantes de pruebas de cribado) y de ellos, número de casos con PCR positiva. Esta información se notificará de forma agregada con una periodicidad semanal al CCAES. Se notificará los miércoles antes de las 12.00 horas con los datos de la semana anterior, de lunes a domingo.

- Número de contactos estrechos que se confirman como casos. Esta información se notificará de forma agregada con una periodicidad semanal al CCAES a partir de los sistemas de seguimiento de contactos que se establezcan. Contactos que se confirman como caso esa semana/contactos en seguimiento esa semana x 100). Se notificará los miércoles antes de las 12.00 horas con los datos de la semana anterior, de lunes a domingo.

- Número de profesionales de los servicios de vigilancia epidemiológica (técnicos salud pública, epidemiólogos, enfermería de salud pública, otro personal técnico) dedicados a la respuesta de COVID-19 en relación al número de casos diarios detectados y a la población de referencia. Indicando el personal inicial y el nuevo personal de refuerzo incorporado. Esta información se notificará con una periodicidad semanal al CCAES. Se notificará los miércoles antes de las 12.00 horas con los datos de la semana anterior, de lunes a domingo.

	ESTRATEGIA DE DETECCIÓN PRECOZ, VIGILANCIA Y CONTROL DE COVID-19	
	5ª Edición: 25/09/2020. 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).	

Anexo 3. Técnicas diagnósticas de COVID-19. Estado actual

Diagnóstico molecular por 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 saliva

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

Existe una validación publicada por la Agencia Federal Belga del Medicamento y Productos Sanitarios, realizado por la Universidad de Lovaina con 2000 casos. En pacientes con carga viral alta, la concordancia de la saliva con el método tradicional fue del 97%; sin embargo en pacientes con carga viral baja (<20.000 copias 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 referencia. Mediante esta técnica, la RT-PCR utilizando saliva

	ESTRATEGIA DE DETECCIÓN PRECOZ, VIGILANCIA Y CONTROL DE COVID-19	
	5ª Edición: 25/09/2020. 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).	

como muestra tuvo una sensibilidad similar a la RT-PCR en exudado nasofaríngeo en 70 pacientes hospitalizados. En trabajadores sanitarios asintomáticos la RT-PCR sobre saliva con esta técnica de preparación tuvo una sensibilidad superior al de la RT-PCR en exudado nasofaríngeo obtenido mediante toma de muestra autónoma

Detección simultánea de diferentes patógenos respiratorios mediante multiplex-PCR.

La principal ventaja de estas técnicas es que permiten la detección de varios genes de varios patógenos respiratorios en una sola PCR en las infecciones respiratorias agudas (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 referencia.

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. En general han mostrado una baja sensibilidad hasta la fecha (por debajo del 50-60%), lo que los ha hecho poco fiables en cualquier estrategia diagnóstica.

Recientemente se han desarrollado nuevos kits de detección de antígeno que presentan unos buenos resultados de sensibilidad (>90%) especificidad (>95%) respecto a la RT-PCR en estudios en pacientes sintomáticos con menos de 7 días de evolución. Se trata de técnicas para realizar en el punto de atención sanitaria tras la toma de la muestra, que se realizan con exudado nasofaríngeo, y que muestran su mayor eficacia en los primeros siete días tras el inicio de síntomas. Los datos de los estudios sugieren que tiene una alta sensibilidad en pacientes sintomáticos y que en asintomáticos la sensibilidad también podría ser alta, según los datos preliminares del estudio de validación. El Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III ha realizado estudios de validación de una de estas técnicas recientemente comercializada aprobada por la FDA y con marcado CE dando unos resultados de sensibilidad de 98,2% y especificidad mayor de 99% en pacientes sintomáticos con 5 o menos días de evolución, y una sensibilidad de 93,1% en pacientes con 7 días o menos de evolución.

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

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

	ESTRATEGIA DE DETECCIÓN PRECOZ, VIGILANCIA Y CONTROL DE COVID-19		
	5ª Edición: 25/09/2020. 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).	IO 005 del PR-GE 04	

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

Debido a su exposición a un caso de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) durante el posible periodo de transmisibilidad comienza 48 horas antes de la aparición de síntomas se le ha clasificado como contacto de riesgo. Se le va a realizar un seguimiento activo a lo largo del periodo de incubación máximo de la enfermedad, que es de 14 días, pero podrá ser acortado a 10 días en función de la realización o no de una prueba diagnóstica.

Durante este periodo deberá estar pendiente de cualquier síntoma de enfermedad (en particular fiebre, tos o dificultad respiratoria) para poder actuar de la forma más temprana posible, especialmente para evitar la transmisión a otras personas. Además, debe permanecer en su domicilio en cuarentena durante 10 o 14 días. El objetivo es evitar que, si hubiera adquirido la infección, la pueda transmitir a su vez a otras personas teniendo en cuenta además que esta transmisibilidad comienza 48 horas antes de la aparición de síntomas, si se desarrollan.

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



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

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

- ***Permanezca en su domicilio hasta transcurridos 10 o 14 días tras la última exposición de riesgo, es decir, el día que tuvo contacto con el caso por última vez***
- ***Permanezca la mayor parte del tiempo en una habitación individual y preferiblemente con la puerta cerrada (y trate de realizar actividades que le entretengan como leer, dibujar, escuchar la radio, escuchar música, ver televisión, navegar por internet, etc).***
- ***A ser posible use su propio baño, es decir, no lo comparta con ninguno de sus convivientes.***
- ***Lávese las manos con frecuencia con agua y jabón, especialmente después de toser o estornudar o manipular pañuelos que haya usado para cubrirse. También puede utilizar soluciones hidroalcohólicas.***
- ***Restrinja al mínimo imprescindible las salidas de la habitación o de la casa y, cuando sea necesario salir, lleve siempre una mascarilla quirúrgica.***
- ***Limite en la medida de lo posible el contacto con convivientes.***

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

Si esta persona no se encontrara disponible, llame al 112 e informe de sus síntomas y de que está en seguimiento como contacto por posible exposición al nuevo coronavirus (SARS-CoV-2).

	ESTRATEGIA DE DETECCIÓN PRECOZ, VIGILANCIA Y CONTROL DE COVID-19	
	5ª Edición: 25/09/2020. 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).	

Anexo 5. 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 de las Comunidades Autónomas implicadas, con fines estrictamente clínicos y de salud pública.

En _____ a _____ de _____ de 2020.

Fdo.: _____

	ESTRATEGIA DE DETECCIÓN PRECOZ, VIGILANCIA Y CONTROL DE COVID-19	
	5ª Edición: 25/09/2020. 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).	

Anexo 6. Entrevista para los contactos detectados por RADAR-COVID

- 1- **¿Tiene síntomas compatibles con enfermedad por COVID-19? (Fiebre, tos, sensación de falta de aire...)**
 - SI → Iniciar investigación habitual de caso sospechosos. FIN DE LA ENTREVISTA
 - NO → Pasar a la pregunta 2

- 2- **¿Cuándo indica la aplicación que ocurrió el último contacto con un caso confirmado?**
 - o Si fue hace \geq de 10 días → No hay que tomar medidas. FIN DE LA ENTREVISTA
 - o Si fue hace $<$ de 10 días → Pasar a la pregunta 3

- 3- **¿Conoce a alguna persona que haya resultado PCR positiva para COVID-19 y que haya estado con usted ese día?**
 - o SI → Iniciar investigación habitual de contacto estrecho. FIN DE LA ENTREVISTA
 - o NO → Pasar a la pregunta 4

- 4- **¿Trabaja usted como personal sanitario o sodiosanitario en un centro con casos confirmados de COVID-19?**
 - o SI → Pasar a pregunta 5
 - o NO → Pasar a pregunta 6

- 5- **¿El día que la aplicación informa de que tuvo el último contacto con un caso confirmado, tuvo la aplicación Radar COVID activada con el Bluetooth encendido y utilizó debidamente los equipos de protección individual?**
 - o SI → Se asume que la aplicación detectó la exposición de riesgo en el lugar de trabajo. Recuerde desactivar siempre la aplicación Radar COVID y/o el Bluetooth en el centro laboral. FIN DE LA ENTREVISTA
 - o NO → Pasar a pregunta 6

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

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

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

- 7- **¿El día del contacto utilizó siempre mascarilla cuando estuvo en presencia de otras personas no convivientes que pudieran suponer un contacto de riesgo?**
 - o SI → Si el contacto afirma haber utilizado mascarilla el día en el que la aplicación indica que ocurrió el contacto no será necesario tomar medidas adicionales. NO NECESARIAS MEDIDAS DE CONTROL NI REALIZACIÓN DE PCR, FIN DE LA ENTREVISTA.
 - o NO → Si el paciente no utilizó mascarilla el día del contacto se considerará este contacto como de riesgo. ESTABLECIMIENTO DE MEDIDAS DE CONTROL, FIN DE LA ENTREVISTA
 - o No lo recuerdo → si el paciente no recuerda si utilizó o no mascarilla el día del contacto se considerará este contacto como de riesgo. ESTABLECIMIENTO DE MEDIDAS DE CONTROL, FIN DE LA ENTREVISTA