

Título:

ESTRATEGIA DE DIAGNÓSTICO, VIGILANCIA Y CONTROL DE TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA DE COVID-19 DEL MINISTERIO DE SANIDAD

Contenido:

Por considerarlo de interés para nuestras entidades asociadas se adjunta la **“Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de covid-19 indicadores de seguimiento”** elaborada por el Ministerio de Sanidad que introduce modificaciones en el manejo de contactos, definiciones y, por tanto, en la realización de pruebas diagnósticas.

Entre otras cuestiones, destacan:

- El objetivo de la vigilancia en la etapa de transición es la **detección precoz** de cualquier caso que pueda tener infección activa y que, por tanto, pueda transmitir la enfermedad.
- La detección precoz de todos los casos compatibles con COVID-19, pasa por reforzar los equipos de profesionales de la **Atención Primaria** garantizando la capacidad diagnóstica y de manejo de casos desde este nivel.
- **A todo caso sospechoso de infección por el SARS-CoV-2 se le realizará una PCR** (u otra técnica de diagnóstico molecular que se considere adecuada) en las **primeras 24 horas**.
- En general, los **test rápidos no deben usarse para el diagnóstico** ni para la toma de decisiones clínicas, hasta que esté disponible la evidencia que respalde su uso para estas indicaciones.
- Las autoridades sanitarias podrán también plantear **estrategias de cribado en colectividades** mediante el uso de PCRs o técnicas similares de diagnóstico molecular ya sea de forma individual o con técnicas de pooling.
- El documento **actualiza definiciones para contacto estrecho y tipos de casos**: caso sospechoso, caso confirmado con infección activa, casos probables, casos descartados y casos con infección resuelta.
- Se introducen novedades en cuanto a la **identificación y actuación de los contactos estrechos**.

Contenido:

El **desarrollo** de lo dispuesto en esta Estrategia se llevará a cabo por las **Comunidades Autónomas**, que ya están publicando resoluciones que completan la misma para la realización de pruebas diagnósticas.

Madrid, 11 de mayo de 2020

Fdo.: José Pablo Martínez Marqués
Secretario General

ESTRATEGIA DE DIAGNÓSTICO, VIGILANCIA Y CONTROL EN LA FASE DE TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA DE COVID-19 INDICADORES DE SEGUIMIENTO

6 de mayo de 2020

Este documento ha sido revisado 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)

VIGILANCIA EN LA FASE DE TRANSICIÓN

Según consta en el *Plan para la transición hacia una nueva normalidad*, de 28 de abril, la fase de transición requiere disponer de capacidades estratégicas reforzadas en cuatro áreas:

- **La asistencia sanitaria.** La capacidad asistencial, tanto en asistencia primaria como en los hospitales es un pilar fundamental para la gestión de la pandemia y se debe garantizarse de manera ágil la incorporación funcional de camas de agudos y UCI para el ingreso y asistencia adecuada de forma que no se desplacen recursos de tratamiento no COVID-19 a COVID-19.
- **La vigilancia epidemiológica.** Se debe contar con un sistema que reciba información diaria para permitir la reacción rápida y que garantice el seguimiento de la epidemia. Disponer de sistemas de información de calidad requiere de un refuerzo de los servicios de vigilancia epidemiológica en las comunidades autónomas y en el nivel central.
- **La identificación y contención precoz de fuentes de contagio.** Esto incluye el diagnóstico de sintomáticos en estadios iniciales de la enfermedad, el aislamiento de los casos, la localización, cuarentena y seguimiento de contactos estrechos y la identificación de posibles focos de transmisión en colectivos específicos.
- **Las medidas de protección colectiva.** La difusión e implementación de prácticas higiénicas y de distanciamiento físico y la disponibilidad y uso de material de protección entre la población general ha comenzado ya a desarrollarse y se debe impulsar durante esta fase.

Estas capacidades son necesarias para monitorizar y caracterizar los riesgos para la población que se asocian a cada decisión y para disponer de un grado de preparación que garantice, en todo momento, una asistencia sanitaria de calidad. En ausencia de alguna de estas capacidades, una relajación excesiva de las medidas de distanciamiento físico vigentes en la actualidad implicaría un riesgo alto de perder el control que ahora tenemos de la epidemia y de desbordamiento del sistema sanitario.

La detección precoz de todos los casos compatibles con COVID-19, uno los puntos clave para controlar la transmisión, pasa por reforzar los equipos de profesionales de la Atención Primaria garantizando la capacidad diagnóstica y de manejo de casos desde este nivel, asegurando la disponibilidad del material necesario para ello así como la disponibilidad de equipos de protección personal. Desde las CCAA se debe garantizar este diagnóstico y preparar a los centros de salud para el manejo y seguimiento de los casos. Asimismo, la realización de pruebas de PCR debe estar dirigida fundamentalmente a la detección precoz de los casos, priorizándose esta utilización frente a otras estrategias.

Respecto a la Vigilancia Epidemiológica, la monitorización en la fase de transición exige sistemas de información epidemiológica que proporcionen información diaria para la toma de decisiones. Para ello, deben hacerse las adaptaciones en los sistemas de información sanitaria y de vigilancia epidemiológica que permitan a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) disponer de la información necesaria, con un nivel de desagregación y detalle adecuado, para garantizar una capacidad de reacción rápida que lleve a la adopción de las medidas de control. Así, cada

componente de la RENAVE, a nivel de CCAA y el nivel nacional (tanto el Ministerio de Sanidad como el Centro Nacional de Epidemiología) debe disponer de los recursos humanos, especialmente en las unidades de vigilancia epidemiológica, y de los desarrollos tecnológicos e informáticos necesarios para la obtención y análisis continuo de los casos y para la gestión adecuada de los contactos.

Es necesario por ello que las unidades de vigilancia epidemiológica que constituyen la RENAVE, en todos los niveles que conforman sus circuitos, hagan una estimación de los recursos humanos y de los perfiles profesionales que van a necesitar para las siguientes fases, así como de los desarrollos tecnológicos en los que se apoyará la gestión de la información

El seguimiento del nivel de transmisión de la epidemia debe hacerse compaginando la información obtenida de distintos niveles, incluyendo centros sanitarios y sociosanitarios tanto públicos como privados, laboratorios y servicios de prevención de riesgos laborales. Para ello, los Servicios de Salud de las CCAA y los servicios asistenciales tanto de la sanidad pública como de las entidades privadas o Mutuas, adecuarán sus sistemas informáticos para posibilitar la obtención de la información mínima exigida en el tiempo y forma indicados en las correspondientes aplicaciones informáticas establecidas.

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

El **objetivo** de la vigilancia en la etapa de transición es la detección precoz de cualquier caso que pueda tener infección activa y que, por tanto, pueda transmitir la enfermedad.

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

A todo caso sospechoso de infección por el SARS-CoV-2 se le realizará una PCR (u otra técnica de diagnóstico molecular que se considere adecuada) en las primeras 24 horas.

Si la PCR resulta negativa y hay alta sospecha clínica de COVID-19 se repetirá la PCR con una nueva muestra del tracto respiratorio¹. Si la PCR continúa siendo negativa y han transcurrido varios días desde el inicio de los síntomas, se podrá plantear la detección de IgM mediante una prueba serológica tipo ELISA u otras técnicas de inmunoensayo de alto rendimiento.

¹ Las muestras recomendadas para el diagnóstico por PCR y por test de antígeno son del tracto respiratorio:

Superior, exudado nasofaríngeo preferiblemente y/o orofaríngeo o inferior, preferiblemente lavado broncoalveolar, 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 domicilio a un laboratorio, serán transportadas en triple embalaje por los procedimientos habituales descritos en el

Las muestras recomendadas para el diagnóstico por test serológico son de sangre obtenida por extracción de vía venosa periférica o digitopunción.

Según la evidencia actual, la OMS recomienda el uso de test rápidos para determinadas situaciones, estudios y con fines de investigación. En general, estos no deben usarse para el diagnóstico ni para la toma de decisiones clínicas, hasta que esté disponible la evidencia que respalde su uso para estas indicaciones².

Si en el contexto de un estudio de contactos o un estudio de cribado, se detecta un caso con PCR positiva en un individuo asintomático éste se clasificará como **caso confirmado**.

Clasificación de los casos:

Caso sospechoso: caso que cumple criterio clínico de caso sospechoso hasta obtener el resultado de la PCR.

Caso confirmado con infección activa:

- Caso con o sin clínica y PCR (u otra técnica de diagnóstico molecular que se considere adecuada), positiva.
- Casos que cumple criterio clínico, con PCR negativa y resultado positivo a IgM por serología (no por test rápidos).

Los casos de infección respiratoria aguda grave con criterio clínico y radiológico compatible con COVID-19 con resultados de PCR negativos o los casos sospechosos con PCR no concluyente, se considerarán **casos probables**.

Los casos sospechosos con PCR negativa e IgM también negativa, si esta prueba se ha realizado, en los que no hay una alta sospecha clínica, se considerarán **descartados**.

Procedimiento de notificación de casos

Los servicios de vigilancia epidemiológica de Salud Pública de las CCAA deben obtener diariamente la información sobre los casos sospechosos y confirmados tanto en atención primaria como en hospitalaria del sistema público y privado así como de los servicios de prevención.

Los casos sospechosos se notificarán de forma agregada y diaria al CCAES tal como se indica en el **Anexo 2**.

Los casos confirmados serán de declaración obligatoria urgente, y desde las unidades de salud pública de las CCAA se notificarán diariamente al nivel estatal siguiendo la encuesta del **Anexo 1**. Esta información individualizada se enviará los 7 días de la semana al Ministerio de Sanidad a través de la herramienta de vigilancia SiViEs que gestiona el Centro Nacional de Epidemiología, o mediante el mecanismo que se establezca si esto no fuera posible. **Este envío obligatorio comenzará el lunes 11 de mayo**.

Manejo de los casos de COVID-19

Todos los casos sospechosos se mantendrán en aislamiento a la espera del resultado de la PCR y se iniciará la búsqueda de sus contactos.

² <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/advice-on-the-use-of-point-of-care-immunodiagnostic-tests-for-covid-19>

a. Ámbito de atención primaria

En los casos que no requieran ingreso hospitalario y sean manejados en el ámbito de atención primaria, se indicará aislamiento domiciliario. El aislamiento se mantendrá hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo de 14 días desde el inicio de los síntomas. En los casos asintomáticos el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos 14 días desde la fecha del diagnóstico. El seguimiento será supervisado hasta el alta médica de la forma que se establezca en cada comunidad autónoma.

Cuando no pueda garantizarse el aislamiento efectivo de los casos leves en su domicilio se indicará el aislamiento en hoteles u otras instalaciones habilitadas para tal uso si existe esta posibilidad.

b. Ámbito hospitalario

Los **casos que requieran ingreso hospitalario** serán aislados durante su estancia en el hospital siguiendo las precauciones estándar, de contacto y precauciones de transmisión por gotas y serán manejados según los protocolos de cada centro.

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 alta hospitalaria, siempre que hayan transcurrido tres días desde la resolución de la fiebre y el cuadro clínico. Si antes de transcurridos los 14 días de aislamiento desde el alta hospitalaria se realiza una PCR y se obtiene un resultado negativo se podrá desaislar al paciente. En caso de tener la última PCR negativa en el momento del alta hospitalaria y no presentar síntomas respiratorios en los tres días previos, se considerará que la enfermedad está resuelta y se podrá dar el alta sin necesidad de aislamiento en domicilio. En cualquier caso, se seguirá lo establecido en cada CCAA.

c. Residencias para mayores y otros centros socio sanitarios

En los casos confirmados que sean residentes en centros para mayores o en otros centros socio-sanitarios que no requieran ingreso hospitalario y sean tratados en la residencia, se indicará aislamiento en los centros donde residan. El aislamiento se mantendrá hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo de 14 días desde el inicio de los síntomas. El seguimiento y el alta serán supervisados por el médico que haya hecho el seguimiento en su centro o de la forma que se establezca en cada comunidad autónoma. Si no puede garantizarse el aislamiento efectivo de los casos leves se indicará el aislamiento en hoteles u otras instalaciones habilitadas para tal uso si existe esta posibilidad.

Ante un caso confirmado de COVID-19 en una residencia para mayores u otro tipo de centro socio-sanitario, se considerará que existe un brote en la institución. Se indicará la realización de cuarentena y seguimiento de los contactos estrechos y se realizará una PCR a aquellos que desarrollen cualquier tipo de síntoma. Cuando aparezca un caso positivo en una residencia, se realizará PCR a los contactos estrechos o según la circunstancia, a todos los residentes y trabajadores de la misma, en la forma que establezca cada CCAA.

d. Centros penitenciarios y otras instituciones cerradas

En los casos confirmados que sean internos en centros penitenciarios o en otras instituciones cerradas que no requieran ingreso hospitalario y sean manejados en sus propios centros, se indicará aislamiento en los centros donde estén internados. El aislamiento se mantendrá hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo de 14 días desde el inicio de los síntomas. El seguimiento y el alta serán supervisados por el médico que haya hecho el seguimiento en su centro o de la forma que se establezca en cada comunidad autónoma.

e. Ámbito laboral

El personal sanitario y socio-sanitario que resulten casos confirmados y no requieran ingreso hospitalario serán manejados de la misma forma que la población general en cuanto al aislamiento. Para la reincorporación a su puesto de trabajo será necesaria la realización de una PCR, además de la resolución de síntomas al menos 3 días antes. En caso de que sea negativa, el profesional se reincorporará al trabajo haciendo uso de mascarilla quirúrgica hasta pasados 14 días desde la fecha de inicio de síntomas. En caso de que la PCR siga siendo positiva el trabajador no podrá reincorporarse a su puesto de trabajo y se le dará una nueva cita para repetir la PCR.

El personal sanitario y sociosanitario que requieran ingreso hospitalario se gestionarán como en la población general tanto para considerar el fin del aislamiento como para su reincorporación a la actividad laboral.

Los trabajadores que no sean sanitarios o sociosanitarios, que sean casos confirmados y que no requieran ingreso hospitalario serán manejados de la misma forma que la población general en cuanto al aislamiento. El seguimiento y el alta serán supervisados por su médico de atención primaria o del trabajo, de la forma que se establezca en cada comunidad autónoma.

Los trabajadores que requieran ingreso hospitalario se gestionarán como en la población general tanto para considerar el fin del aislamiento como para su reincorporación a la actividad laboral.

Estudio y manejo de contactos

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

Se clasifica como contacto estrecho:

- Cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso: personal sanitario o socio-sanitario que no han utilizado las medidas de protección adecuadas, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar.
- Cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso, a una distancia menor de 2 metros (ej. convivientes, visitas) y durante más de 15 minutos.
- Se considera contacto estrecho en un avión, a los pasajeros situados en un radio de dos asientos alrededor de un caso y a la tripulación que haya tenido contacto con dicho caso.

En el momento que se detecte un caso sospechoso se iniciarán las actividades de identificación de contactos estrechos. El periodo a considerar será desde 2 días antes del inicio de síntomas del caso hasta el momento en el que el caso es aislado. En los casos asintomáticos confirmados por PCR, los contactos se buscarán desde 2 días antes de la fecha de diagnóstico.

Cualquier persona asintomática que cumpla la definición de contacto estrecho de un caso confirmado deberá ser informada y se iniciará una vigilancia activa o pasiva, siguiendo los protocolos establecidos en cada CCAA. En caso de convivientes se iniciará el seguimiento desde el momento de la detección del caso sospechoso.

Los contactos estrechos de casos confirmados realizarán cuarentena domiciliaria durante 14 días desde la fecha de último contacto con el caso (en caso de convivientes se podrá plantear la cuarentena a la espera del resultado diagnóstico del caso sospechoso). En caso de ser convivientes y no poder realizar un aislamiento del caso en las condiciones óptimas, la cuarentena se prolongará 14 días desde el final del aislamiento del caso.

Si durante los 14 días de cuarentena desarrollara síntomas, pasará a ser considerado caso sospechoso, deberá hacer autoaislamiento inmediato en el lugar de residencia y contactar de forma urgente con el responsable que se haya establecido para su seguimiento.

Si el contacto sigue asintomático al finalizar su periodo de cuarentena podrá reincorporarse a su rutina de forma habitual.

El Ministerio junto con las CCAA elaborará un procedimiento que detallará estas actuaciones a seguir para el manejo y seguimiento de los contactos estrechos.

B. DETECCIÓN DE CASOS CON INFECCIÓN RESUELTA DE COVID-19

Aquellos pacientes que estén asintomáticos y que hayan tenido síntomas compatibles con la enfermedad más de 14 días antes de la fecha de la toma de la muestra a los que no se les haya realizado una PCR o ésta haya sido negativa, se les considerará casos con infección resuelta si se obtiene un resultado positivo de infección pasada en una prueba de diagnóstico serológico.

Estos casos se notificarán al CCAES de forma agregada según se indica en el Anexo 2.

C. DETECCIÓN DE CASOS EN EL CONTEXTO DE ESTUDIOS DE CRIBADO EN POBLACIONES VULNERABLES O CON MAYOR RIESGO DE EXPOSICIÓN

En este momento, se puede plantar la realización de estudios de cribado mediante test serológicos en poblaciones vulnerables o en poblaciones de mayor exposición para detectar aquellas personas que han pasado la infección. Así podrá realizarse en determinados colectivos como personal sanitario o socio-sanitario o residentes en residencias de mayores u otros centros sociosanitarios.

El personal sanitario o socio-sanitario tiene una exposición de riesgo repetida a pacientes con COVID-19 o a muestras positivas para SARS-CoV-2 y, los residentes en residencias de mayores u otros centros sociosanitarios son población vulnerable por lo que en ambos casos, la realización de test serológicos siguiendo un protocolo concreto nos podrá aportar información sobre el estado inmunológico en relación al SARS-CoV-2 para realizar recomendaciones.

La estrategia que se seguirá en estos colectivos será la de realizar un test de anticuerpos en todas las personas. Esta prueba, contando con que las personas que son testadas en esta estrategia son asintomáticas, se interpretará de la siguiente manera (tabla 1).

Tabla 1: Clasificación de caso a partir de test serológicos.

Síntomas	Resultados anticuerpos	Clasificación
Asintomáticos	Ac totales positivos*	Caso confirmado con infección activa o resulta según resultado de la PCR
	IgM positivo/IgG positivo*	
	IgM positiva/IgG negativa	Indicación de realización de PCR ¹
	IgM negativo/IgG positivo	Caso confirmado con infección resuelta

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 hay que verificarlo con el resultado de PCR.

En los casos confirmados (marcados con asterisco) en los que no podemos hablar de enfermedad resuelta se realizará una PCR para determinar si se trata de una infección activa y, por tanto, hay que hacer recomendaciones de aislamiento.

Si obtenemos una PCR negativa estaremos ante un **caso confirmado con enfermedad resuelta**, si el resultado de la PCR es positivo estaríamos ante un **caso confirmado con infección activa**. Estos casos deberán ser notificados siguiendo las indicaciones del apartado de notificación de casos.

El manejo de los casos confirmados en población asintomática se realizará igual que en los casos confirmados con enfermedad activa sintomática indicándose aislamiento domiciliario o en su lugar de residencia. En los casos asintomáticos, el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos 14 días desde la fecha del diagnóstico. El seguimiento y el alta serán supervisados por su médico de atención primaria o del trabajo de la forma que se establezca en cada comunidad autónoma. Los casos descartados y los casos confirmados con enfermedad resuelta no deberán seguir ninguna precaución específica.

Realización de pruebas de PCR

En esta nueva fase, las autoridades sanitarias podrán también plantear estrategias de cribado en colectividades mediante el uso de PCRs o técnicas similares de diagnóstico molecular ya sea de forma individual (previo a operaciones quirúrgicas, o previo a ingreso o utilización de servicios sanitarios en determinados colectivos) o con técnicas de pooling. En entornos con baja incidencia, la utilización de técnicas de pooling, en las que se analizan juntas muestras de varios pacientes, la capacidad de realización de PCR se puede multiplicar.

Los resultados que se obtengan de estas estrategias de cribado se comunicarán también al Ministerio de Sanidad.

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

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

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 consulta³: (día, mes, año) __/__/____

Síntomas SI ☐ NO ☐

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

3. Personal sanitario⁴ que trabaja en (respuesta única)

Centro sanitario ☐
 Centro socio-sanitario ☐
 Otros centros ☐
 No personal sanitario ☐

4. Ámbito de posible exposición en los 14 días previos⁵ (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 ☐

³ La fecha de consulta se refiere a la fecha de contacto con el sistema sanitario. En caso de que el paciente acuda a urgencias sería la fecha de entrada en urgencias. En el caso de positivos tras cribados no habría que poner ninguna fecha

⁴ Personal sanitario incluye a los profesionales de la salud, a los técnicos sanitarios y al personal auxiliar en el cuidado de personas.

⁵ Ámbito en el que a juicio de la persona que valora el caso se ha producido la transmisión de la infección.

7. **Fecha de diagnóstico**⁶ __/__/__

8. **Pruebas diagnósticas positivas**

PCR/Técnicas moleculares ☐
 ELISA⁷ ☐
 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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	F. ingreso hospital	__/__/__	Fecha de alta	__/__/__
Ingreso en UCI	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	F. ingreso UCI	__/__/__		
Fallecimiento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	F. fallecimiento	__/__/__		

⁶ La fecha de diagnóstico se refiere a la fecha de resultado de la prueba. En caso de disponer de varias fechas se refiere a la primera fecha de resultado que defina el caso como confirmado.

⁷ ELISA u otras técnicas de inmunoensayo de alto rendimiento.

Anexo 2. INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA EPIDEMIA

1. Indicadores generales

- **Número de casos sospechosos de COVID-19 en atención primaria.** Esta información se notificará de forma agregada con una periodicidad diaria al CCAES. Se notificarán antes de las 13.00 horas los casos nuevos del día anterior (*que son los que se registren desde las 00.00 horas hasta las 24.00 horas del día anterior*). 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.** Esta información se notificará de forma agregada con una periodicidad diaria al CCAES. Se notificarán antes de las 13.00 horas los casos nuevos del día anterior (*que son los que se registren desde 00.00 horas hasta las 24 horas del día anterior*).
- **Número de casos con infección resuelta detectados.** Se refiere a pacientes asintomáticos y que hayan tenido síntomas compatibles con la enfermedad hace más de 14 días (*a los que no se les haya realizado una PCR o ésta haya sido negativa*) y en los que se obtiene un resultado de infección resuelta en una prueba de diagnóstico serológico. Se notificarán al CCAES de forma agregada los martes con los datos de la semana anterior, de lunes a domingo, antes de las 13.00 horas.
- **Número de casos nuevos confirmados por PCR**
 - Número de casos que no han requerido hospitalización (aislados en domicilio, hoteles, zonas de aislamiento etc)
 - Número de casos hospitalizados
 - Número de casos ingresados en UCI
 - Número de casos fallecidos
 - Número de casos en personal sanitario y socio-sanitario

Esta información se obtendrá de la base de datos de información individualizada a partir del momento en que se disponga de ella de forma adecuada. Hasta entonces se seguirá enviando de forma agregada diaria la información según se establece en el anexo 1 de la Orden SND/352/2020, de 16 de abril.

2. Indicadores sobre la capacidad de los servicios de salud pública para dar respuesta a las necesidades de vigilancia

- **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 martes antes de las 13.00 horas con los datos de la semana anterior, de lunes a domingo.

3. Indicadores de seguimiento para la evaluación de la detección temprana de casos con sospecha COVID-19

- **Porcentaje de casos sospechosos de COVID-19 en los que se ha realizado una PCR (separar entre atención primaria y hospitales).** Esta información se notificará de forma agregada con una periodicidad semanal al CCAES. Se notificará los martes antes de las 13.00 horas con los datos de la semana anterior, de lunes a domingo.
- **Tiempo (días) entre la fecha de inicio de síntomas y la fecha de consulta en casos confirmados.** Esta información se extraerá diariamente desde el nivel nacional a partir de la información individualizada.
- **Tiempo (días) entre la fecha de inicio de síntomas y la fecha de diagnóstico en casos confirmados.** Esta información se extraerá diariamente desde el nivel nacional a partir de la información individualizada.
- **Porcentaje de casos nuevos en los que no se identifica un contacto con un caso confirmado conocido.** Esta información se extraerá diariamente desde el nivel nacional a partir de la información individualizada.

4. Indicadores de seguimiento para la evaluación del aislamiento precoz de los casos confirmados

- **Tiempo (días) entre la fecha de inicio de síntomas y la fecha de aislamiento.** Esta información se extraerá diariamente desde el nivel nacional a partir de la información individualizada.
- **Tiempo (días) entre la fecha de primera consulta y la fecha de aislamiento.** Esta información se extraerá diariamente desde el nivel nacional a partir de la información individualizada.

5. Indicadores de seguimiento para la evaluación de la búsqueda, cuarentena y seguimiento de contactos de los casos confirmados

- **Número de contactos estrechos identificados por cada caso confirmado.** Esta información se extraerá diariamente desde el nivel nacional a partir de la información individualizada.
- **Porcentaje de contactos estrechos que desarrollan síntomas durante el seguimiento. Número de estos contactos que se confirman como casos.** Esta información se notificará de forma agregada semanalmente al CCAES a partir de los sistemas de seguimiento de contactos que se establezcan. Se calculará de la siguiente forma (*contactos con síntomas esa semana/contactos en seguimiento esa semana x 100*; *contactos que se confirman como caso esa semana/contactos en*

seguimiento esa semana x 100). Se notificará los martes antes de las 13.00 horas con los datos de la semana anterior, de lunes a domingo.