

# POLICÍA LOCAL Y EL CORONAVIRUS COVID-19

Junta de Extremadura

Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Población y Territorio  
Dirección General de Emergencias, Protección Civil e Interior

Miguel Ángel Paredes Porro

## GUÍA OPERATIVA XLVIII "COVID-19"

### SALUD PÚBLICA. INTERVENCIÓN ADMINISTRATIVA

- **DECRETO DEL PRESIDENTE 32/2020, de 31-12**, que modifica temporalmente la franja horaria nocturna que establece la limitación de la libertad de circulación de las personas por las vías o espacios de uso público y el límite máximo de personas en mesas y grupos de mesas en establecimientos de hostelería y restauración.
- **RESOLUCIÓN DE 5/1/2021**, del Vicepresidente Segundo y Consejero, que ordena publicación en DOE del Acuerdo de 5/1/2021, que establece medidas especiales y excepcionales de intervención administrativa en relación con establecimientos de hostelería y restauración, el comercio, los establecimientos de juegos y apuestas y otras actividades de ocio en los municipios de **Fuente del Maestre, Naval Moral de la Mata, Villanueva de la Serena, Calamonte, Aceuchal, Olivenza, Montijo, Villafranca de los Barros, Puebla de la Calzada, Cáceres, Almendralejo, Don Benito, Azuaga, Coria, Castuera y Badajoz** y modifica Acuerdo de 30/12/2020, que establece medidas especiales y excepcionales de intervención administrativa con establecimientos de hostelería y restauración, el comercio, la actividad deportiva y los dispositivos residenciales sociosanitarios en Extremadura.
- Reforzamiento de especial intensidad Nivel 4 Plan de Prevención y Protección Antiterrorista (**Ministerio del Interior**).
- **SES. Protocolos vigilancia epidemiológica** Procedimiento actuación frente a casos COVID-19. Red vigilancia epidemiológica (**30/12/2020**)

Actualizada 06/01/2021. 10,00 h.)



**#ESTO NO ES UN JUEGO**  
CUMPLE LAS RECOMENDACIONES



**#ESTE VIRUS LO PARAMOS UNIDOS**

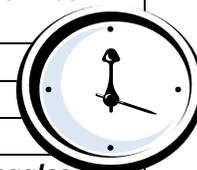
**DECRETO DEL PRESIDENTE 32/2020, DE 31 DE DICIEMBRE, QUE MODIFICA TEMPORALMENTE LA FRANJA HORARIA NOCTURNA EN LA QUE SE ESTABLECE LA LIMITACIÓN DE LA LIBERTAD DE CIRCULACIÓN DE LAS PERSONAS POR LAS VÍAS O ESPACIOS DE USO PÚBLICO EN EXTREMADURA Y EL LÍMITE MÁXIMO DE PERSONAS EN MESAS Y GRUPOS DE MESAS EN ESTABLECIMIENTOS HOSTELERÍA Y RESTAURACIÓN EN APLICACIÓN DEL RD 926/2020, DE 25 DE OCTUBRE, QUE DECLARA EL ESTADO ALARMA PARA CONTENER LA PROPAGACIÓN DE INFECCIONES CAUSADAS POR EL SARS-COV-2. (DOE suplemento núm. 251, de 31/12/2020)**



**FRANJA HORARIA NOCTURNA excepcional de limitación de la libertad de circulación de las personas (Efectos desde las 06.00 horas del 1 de enero de 2021 hasta las 24.00 horas del 14 de enero de 2021)**

Personas que residan o se encuentren o transiten por territorio de Comunidad Autónoma de Extremadura en franja horaria comprendida **entre las 22:00 horas y las 6:00 horas únicamente** podrán circular por vías o espacios de uso público para la realización de las siguientes actividades:

- a) **Adquisición de medicamentos, productos sanitarios y otros bienes de primera necesidad.**
- b) **Asistencia a centros, servicios y establecimientos sanitarios.**
- c) **Asistencia a centros de atención veterinaria por motivos de urgencia.**
- d) **Cumplimiento de obligaciones laborales, profesionales, empresariales, institucionales o legales.**
- e) **Retorno al lugar de residencia habitual tras realizar algunas de actividades previstas en este apartado.**
- f) **Asistencia y cuidado a mayores, menores, dependientes, personas con discapacidad o personas especialmente vulnerables.**
- g) **Por causa de fuerza mayor o situación de necesidad.**
- h) **Cualquier otra actividad de análoga naturaleza, debidamente acreditada.**
- i) **Repostaje en gasolineras o estaciones de servicio, cuando resulte necesario para la realización de las actividades previstas en los párrafos anteriores.**



**Limitación de personas en mesas o agrupaciones de mesas en establecimientos de HOSTELERÍA Y RESTAURACIÓN (Efectos desde las 00.00 horas del 1 de enero de 2021 hasta las 24.00 horas del 14 de enero de 2021)**

En los establecimientos de hostelería y restauración en las mesas o, en su caso, agrupaciones de mesas, se establecerá un **límite máximo de 4 personas por mesa o agrupaciones de mesa, salvo en el caso de que se trate exclusivamente de convivientes.**



**Régimen sancionador.** El incumplimiento de obligaciones de este Decreto del Presidente o la resistencia a las órdenes de las autoridades competentes será sancionable con arreglo a las leyes que resultaren de aplicación y en términos establecidos en el art. 10 de la LO 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio.



**SUSPENDIDA** (mientras se mantenga la eficacia del presente Decreto, reanudándose una vez que este deje de producir efectos) la eficacia del Decreto del Presidente 10/2020, de 25 de octubre, por el que en aplicación del RD 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2, se **establece la franja horaria nocturna** en la que se limita la libertad de circulación de las personas en horario nocturno por las vías o espacios de uso público en la Comunidad Autónoma de Extremadura.





**RESOLUCIÓN DE 5/1/2021, DEL VICEPRESIDENTE SEGUNDO Y CONSEJERO, POR LA QUE SE ORDENA LA PUBLICACIÓN EN EL DOE DEL ACUERDO DE 5/1/2021, DEL CONSEJO DE GOBIERNO DE LA JUNTA DE EXTREMADURA, POR EL QUE SE ESTABLECEN MEDIDAS ESPECIALES Y EXCEPCIONALES DE INTERVENCIÓN ADMINISTRATIVA EN RELACIÓN CON LOS ESTABLECIMIENTOS DE HOSTELERÍA Y RESTAURACIÓN, EL COMERCIO, LOS ESTABLECIMIENTOS DE JUEGOS Y APUESTAS Y OTRAS ACTIVIDADES DE OCIO EN LOS MUNICIPIOS DE FUENTE DEL MAESTRE, NAVALMORAL DE LA MATA, VILLANUEVA DE LA SERENA, CALAMONTE, ACEUCHAL, OLIVENZA, MONTIJO, VILLAFRANCA DE LOS BARROS, PUEBLA DE LA CALZADA, CÁCERES, ALMENDRALEJO, DON BENITO, AZUAGA, CORIA, CASTUERA Y BADAJOZ Y SE MODIFICA EL ACUERDO DE 30/12/2020, DEL CONSEJO DE GOBIERNO DE LA JUNTA DE EXTREMADURA, POR EL QUE SE ESTABLECEN MEDIDAS ESPECIALES Y EXCEPCIONALES DE INTERVENCIÓN ADMINISTRATIVA EN RELACIÓN CON LOS ESTABLECIMIENTOS DE HOSTELERÍA Y RESTAURACIÓN, EL COMERCIO, LA ACTIVIDAD DEPORTIVA Y LOS DISPOSITIVOS RESIDENCIALES SOCIOSANITARIOS EN EXTREMADURA. (DOE extraordinario núm. 1, de 6/1/2021)**

**Medidas especiales de intervención administrativa de carácter temporal y excepcional aplicables aplicables en determinados municipios, además de las medidas de intervención administrativa de de alcance generalizado aplicables en Extremadura.**



**(Efectos desde las 00.00 horas del 7 de enero de 2021 hasta las 24.00 horas del 13 de enero de 2021)**

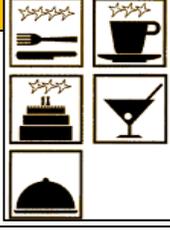
En los municipios de **Fuente del Maestre, Navalmoral de la Mata, Villanueva de la Serena, Calamonte, Aceuchal, Olivenza, Montijo, Villafranca de los Barros, Puebla de la Calzada, Cáceres, Almendralejo, Don Benito, Azuaga, Coria, Castuera y Badajoz** se establecen adicionalmente las medidas:

**MEDIDA DE CIERRE O SUSPENSIÓN TEMPORAL de los siguientes establecimientos y actividades:**

<b>1</b>	<b>Establecimientos de hostelería y restauración:</b>	
<b>1.1</b>	<b>Hasta las 22.00 horas SE PERMITIRÁ</b> el servicio de recogida en el local para consumo a domicilio y, <b>hasta las 00.00 horas, PODRÁ</b> prestarse el servicio de entrega a domicilio, <b>NO pudiéndose circular</b> o transitar por la vía pública para el desarrollo de estas actividades <b>a partir de las horas señaladas.</b>	
<b>1.2</b>	Asimismo, se permitirá el desarrollo de las siguientes actividades de hostelería y restauración:	
<b>a)</b>	Restaurantes de establecimientos de alojamiento turístico, que pueden permanecer abiertos siempre que sea para uso exclusivo de sus clientes.	
<b>b)</b>	Servicios de restauración integrados en centros y servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales, los comedores escolares u otros servicios de restauración destinados a centros formativos, los servicios de comedor de carácter social o benéfico y servicios de restauración de los centros de trabajo para el servicio exclusivo al personal trabajador, servicios de restauración para universitarios o deportistas de alto rendimiento, u otros servicios de análoga finalidad.	
<b>c)</b>	Servicios de restauración de los establecimientos de suministro de combustible o centros de carga o descarga o los expendedores de comida preparada, con el objeto de posibilitar la actividad profesional de conducción, el cumplimiento de la normativa de tiempos de conducción y descanso, y demás actividades imprescindibles para poder llevar a cabo las operaciones de transporte de mercancías o viajeros	
<b>2</b>	<b>Establecimientos comerciales minoristas</b> situados tanto dentro como fuera de centros y parques comerciales, a excepción de los siguientes establecimientos, que podrán permanecer abiertos:	
<b>a)</b>	<b>Establecimientos de alimentación, bebidas, productos y bienes de primera necesidad y productos higiénicos.</b>	
	<b>Establecimientos con actividad de:</b>	
<b>b)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Farmacia y parafarmacia.</li> <li>➤ Prensa, librería y papelería.</li> <li>➤ Combustible.</li> <li>➤ Estancos.</li> <li>➤ Equipos tecnológicos y de telecomunicaciones.</li> <li>➤ Alimentos para animales de compañía.</li> <li>➤ Productos sanitarios y fitosanitarios.</li> <li>➤ Floristería.</li> <li>➤ Ferreterías</li> </ul>	
<b>c)</b>	El resto de los establecimientos que desarrollen una actividad cuyo cierre se haya acordado, no obstante, podrán ejercer su actividad a través de cualquier modalidad de venta a distancia.	
<b>d)</b>	Asimismo, la actividad de los mercados en la vía pública al aire libre o en mercados de abastos podrá efectuarse cuando se desarrolle algunas de las actividades previstas en los números 1 a 3 de este ordinal.	
<b>3</b>	<b>Establecimientos y locales de juegos y apuestas:</b> salas de bingo, casinos de juego, locales específicos de apuestas, salones recreativos o de máquinas de tipo "A" y salones de juego o de máquinas de tipo "B".	
<b>4</b>	<b>Espectáculos públicos y otras actividades de ocio:</b> espectáculos taurinos, espectáculos circenses, parques de ocio y atracciones y los centros de ocio y las actividades de ocio y tiempo libre de la población infantil y juvenil.	

CONSEJERÍA DE AGRICULTURA, DESARROLLO RURAL, POBLACIÓN Y TERRITORIO  
 © DIRECCIÓN GENERAL DE EMERGENCIAS, PROTECCIÓN CIVIL E INTERIOR  
 JUNTA DE EXTREMADURA

MODIFICACIÓN DEL ACUERDO DE 30 DE DICIEMBRE DE 2020 DEL CONSEJO DE GOBIERNO DE LA JUNTA DE EXTREMADURA POR EL QUE SE ESTABLECEN MEDIDAS ESPECIALES Y EXCEPCIONALES DE INTERVENCIÓN ADMINISTRATIVA EN RELACIÓN CON LOS ESTABLECIMIENTOS DE HOSTELERÍA Y RESTAURACIÓN, EL COMERCIO, LA ACTIVIDAD DEPORTIVA Y LOS DISPOSITIVOS RESIDENCIALES SOCIO SANITARIOS EN EXTREMADURA \*

Medidas especiales de intervención administrativa temporales y excepcionales aplicables en Extremadura relativas a los establecimientos de hostelería y restauración, comercio y actividades deportivas. (Efectos desde las 00.00 horas del 1 de enero de 2021 hasta las 24.00 horas del 14 de enero de 2021)		
<b>1</b>	<b>De los establecimientos de hostelería y restauración:</b>	
1.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En establecimientos de hostelería y restauración en los que actualmente esté permitido el consumo dentro del local, <b>no se podrá superar el 40 % del aforo. Se prohíbe consumo en barra.</b> Estará permitido el encargo en el propio establecimiento de comida y bebida para llevar.</li> <li>➤ <b>Deberá asegurarse</b> que se mantiene la distancia de seguridad interpersonal entre <b>mesas o, en su caso, agrupaciones de mesas, con el límite máximo de cuatro personas por mesa o agrupaciones de mesa, salvo que se trate exclusivamente de convivientes.</b></li> </ul>	
1.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los establecimientos de hostelería y restauración en los que actualmente está permitido el consumo en la <b>terrazza al aire libre</b>, el porcentaje de ocupación de esta <b>no podrá superar el 50 % de las mesas permitidas</b> en la correspondiente licencia municipal, salvo que se permita la ampliación de la superficie destinada al aire libre con el permiso del Ayuntamiento respetando, en todo caso, una proporción del cincuenta por ciento entre mesas y superficie disponible, y siempre que se mantenga el espacio necesario para la circulación peatonal en el tramo de la vía pública en el que se sitúe la terraza.</li> <li>➤ <b>Deberá asegurarse</b> que se mantiene la debida distancia de seguridad interpersonal entre las mesas o, en su caso, agrupaciones de mesas, con el <b>límite máximo de cuatro personas por mesa o agrupaciones de mesa, salvo que se trate exclusivamente de convivientes.</b></li> </ul>	
1.3	En establecimientos de hostelería y restauración (observar las medidas de aforo y prevención) obligación de adoptar, como mínimo, las medidas de ventilación (núm. 2.d y e ordinal 1º, cap. 2 Anexo Acuerdo de 2/9/2020).	
1.4	En estos establecimientos se <b>RECOMIENDA no encender la televisión con voz ni poner música ambiente en los espacios abiertos al público.</b>	
1.5	<b>Deber de usar la mascarilla en los establecimientos de hostelería y restauración mientras no se esté comiendo ni bebiendo y se RECOMIENDA evitar comer del mismo plato.</b>	
*	En establecimientos de hostelería y restauración <b>podrá prestarse el servicio de entrega a domicilio hasta las 00.00 horas, no pudiéndose circular o transitar por la vía pública para el desarrollo de esta actividad a partir de la hora señalada.</b> <b>(Introducido DOE extraordinario núm. 1, de 6/1/2021. Efectos, 6/1/2021).</b>	
<b>2</b>	<b>De los establecimientos y centros comerciales.</b>	
2.1	Establecimientos y locales comerciales minoristas, aforo de asistentes deberá <b>reducirse al 30 % del total.</b> Establecimientos o locales distribuidos en varias plantas, presencia de clientes en cada una de ellas, 30 %.	
2.2	En parques y centros comerciales <b>límite de aforo del 30 % en sus zonas comunes y del 30 % en cada uno de los establecimientos comerciales situados en ellos.</b> No se permitirá permanencia de clientes en zonas comunes excepto para mero tránsito entre establecimientos comerciales o consumo en establecimientos de hostelería y restauración. Prohibida utilización de zonas recreativas (infantiles, ludotecas, descanso) <b>cerradas.</b>	
2.3	Se recomienda organizar compras con antelación para evitar las grandes aglomeraciones.	
<b>3</b>	<b>De las actividades deportivas en pareja y en equipo.</b>	
	<b>Prohibido actividades deportivas en pareja (dos personas contra otras dos) y en equipo en espacios abiertos al público, salvo cuando todos los participantes en la actividad sean convivientes.</b> Exceptuadas las competiciones oficiales de liga regular o entrenamientos relacionados con estas y las que se desarrollen en centros deportivos o academias	
	<b>No tienen la consideración de actividades deportivas en pareja</b> las actividades en las que existe una confrontación de uno contra uno. No se consideran actividades deportivas en equipo aquellas actividades deportivas individuales en las que se pueda confluír con otras personas en el espacio, si bien debe observarse en la medida de lo posible la distancia de seguridad interpersonal, salvo cuando se trata de convivientes.	
	<b>En el ámbito privado</b> , en el que es de aplicación la limitación de reuniones o agrupaciones de un máximo de seis personas, excepto cuando se trate de convivientes, <b>se recomienda</b> que no se desarrollen estas actividades deportivas grupales fuera del núcleo de convivencia habitual dado el riesgo que comportan por la dificultad de observancia de las medidas de seguridad interpersonal.	

**CONSEJERÍA DE AGRICULTURA, DESARROLLO RURAL, POBLACIÓN Y TERRITORIO**  
**© DIRECCIÓN GENERAL DE EMERGENCIAS, PROTECCIÓN CIVIL E INTERIOR**  
**JUNTA DE EXTREMADURA**

**Del cierre de dispositivos residenciales sociosanitarios como consecuencia de la estrategia de vacunación frente a la COVID-19. (Efectos desde 31/12/2020 hasta que sea acordada su supresión o sustitución por la autoridad competente)**

<b>1</b>	Los dispositivos residenciales sociosanitarios en los que se desarrolle la estrategia de vacunación de la COVID-19, salvo que la autoridad sanitaria disponga lo contrario, se mantendrán <b>cerrados durante 28 días a contar desde el día siguiente al que se complete la administración colectiva de la primera dosis de la vacuna en el centro.</b>
<b>2</b>	El cierre del centro comportará la aplicación del siguiente régimen:
<b>a)</b>	Suspensión de las visitas durante el período referido.
<b>b)</b>	Mantenimiento del régimen de ingresos y de salidas previsto en el Acuerdo de 2/9/2020 del Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura por el que se establecen las medidas básicas de prevención en materia de salud pública aplicables en Extremadura tras la superación de la Fase III del Plan para la Transición hacia una nueva normalidad, modificado por el Acuerdo de 16/10/2020 del Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura.
	No obstante, las salidas diarias previstas en la letra e) del número 2.3, del ordinal segundo del capítulo tercero del Anexo del Acuerdo antedicho deben restringirse a los supuestos estrictamente necesarios, debiéndose aplazar aquellas salidas que admitan demora hasta que finalice el período de cierre antedicho e intentar evitar cualquier contacto con personal ajeno al centro.

**Pérdida de eficacia de la medida de cierre de los establecimientos de hostelería y restauración y asimilados entre las 18.00 horas y las 20.00 horas los días 1, 2, 5 y 6 de enero de 2021 y de otras medidas de intervención administrativa. (Efectos desde las 00.00 horas del día 1 de enero de 2021)**

<b>1</b>	Se deja sin efectos los apartados quinto y octavo del Anexo del Acuerdo de 9 de diciembre de 2020 del Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura por el que se adoptan recomendaciones y medidas especiales excepcionales de carácter temporal en materia de salud pública en cumplimiento del Acuerdo de 2 de diciembre de 2020 del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud por el que se prevén medidas de salud pública frente a la COVID-19 para la celebración de las fiestas navideñas.
<b>2</b>	Se deja sin efectos los apartados cuarto y sexto del Anexo del Acuerdo de 6 de noviembre de 2020 del Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura por el que se adoptan medidas especiales excepcionales de intervención administrativa de carácter temporal para la contención del brote epidémico de la pandemia COVID-19 en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
<b>3</b>	Se deja sin efectos la letra b), c) y d) del ordinal tercero del Acuerdo de 26 de diciembre de 2020 por el que se modifican los Acuerdos de 6 de noviembre y 9 de diciembre de 2020 del Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura por los que se adoptan medidas especiales excepcionales de intervención administrativa de carácter temporal para la contención del brote epidémico de la pandemia COVID-19 en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura y recomendaciones y medidas especiales excepcionales de carácter temporal en materia de salud pública en cumplimiento del Acuerdo de 2 de diciembre de 2020 del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud por el que se prevén medidas de salud pública frente a la COVID-19 para la celebración de las fiestas navideñas, y se adoptan medidas especiales excepcionales de intervención administrativa en las localidades de Cáceres, Torreorgaz y Casar de Cáceres.

**Régimen sancionador.**

El incumplimiento de las obligaciones contenidas en este Acuerdo será sancionable en términos previstos en el Decreto-ley 13/2020, de 22 de julio, por el que se modifica la Ley 7/2011, de 23 de marzo, de salud pública de Extremadura, en relación con el régimen sancionador por el incumplimiento de las medidas de salud pública adoptadas como consecuencia de las crisis sanitarias ocasionadas por la COVID-19 u otras epidemias, así como de conformidad con la demás normativa que resultare aplicable.



**MINISTERIO DEL INTERIOR. SECRETARIO DE ESTADO DE SEGURIDAD (11/12/2020)  
REFORZAMIENTO DE ESPECIAL INTENSIDAD DE LAS MEDIDAS CORRESPONDIENTES AL NIVEL 4 DEL PLAN DE  
PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN ANTITERRORISTA.**

**DESTINATARIOS: DIRECTOR GENERAL DE LA POLICÍA; DIRECTORA GENERAL DE LA GUARDIA CIVIL; SECRETARIO GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS; DELEGADAS/OS DEL GOBIERNO; DIRECTOR DEL GABINETE DE COORDINACION Y ESTUDIOS; DIRECTOR DEL CITCO; SECRETARIO GENERAL DE LA FEMP.**

La celebración de las Fiestas Navideñas lleva aparejada habitualmente un incremento de los desplazamientos por todo el territorio nacional y una mayor concentración de los ciudadanos en áreas comerciales y en aquellos otros lugares en los que se desarrollan acontecimientos y eventos propios de estas fechas. Sin embargo, las consecuencias derivadas de la crisis sanitaria provocada por la expansión del coronavirus CoVid-19 y la necesaria ordenación por las autoridades sanitarias de medidas de prevención para hacer frente al riesgo de contagios, hacen previsible una menor intensidad tanto de los movimientos turísticos como de los desplazamientos por el territorio nacional y las aglomeraciones de personas en las ciudades durante las próximas Navidades.

Ello no supone, no obstante, que deje de estar presente durante dicho período la amenaza del terrorismo internacional, en particular el de corte yihadista, para el que, teniendo en cuenta los antecedentes y la gran simbología para las sociedades occidentales de las fechas en las que vamos a entrar, la celebración navideña representa una ocasión para los terroristas para planear y llevar a cabo sus acciones, debido no solo al alto potencial lesivo sino también a la mayor repercusión que las mismas pueden provocar en la sociedad.

Por todo ello, ante el probable, aunque menos intenso, incremento de los desplazamientos y la mayor afluencia de ciudadanos a determinados lugares y eventos durante las próximas festividades, unido a la persistencia de altos niveles de riesgo de actuaciones terroristas –tal como se ha puesto de manifiesto en la sesión extraordinaria de evaluación de la amenaza celebrada el día 10 de los corrientes– hacen preciso no solo mantener las medidas de prevención, protección y respuesta previstas en el vigente **Nivel 4 de Activación del Plan de Prevención y Protección Antiterrorista**, sino también proceder a un **reforzamiento de especial intensidad** de las mismas, de forma que puedan ser atendidos los requerimientos de seguridad y protección asociados a las especiales circunstancias a las que se ha hecho alusión.

Además de cumplir con los objetivos correspondientes al vigente **Nivel 4 de Activación del Plan de Prevención y Protección Antiterrorista**, dicho **reforzamiento de especial intensidad** estará dirigido a robustecer los dispositivos de seguridad y las capacidades de inteligencia, de control y de seguimiento antiterrorista por parte de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, así como por los Cuerpos de Policía Local y demás instituciones, organismos y operadores, públicos o privados, en materia de seguridad, en el marco de sus respectivas competencias y responsabilidades funcionales y territoriales.

### **I. MEDIDAS DE ESPECIAL REFORZAMIENTO.**

Las medidas de especial intensificación operativa antiterrorista se aplicarán en todo el territorio nacional, y comprenden los siguientes objetivos:

1. Reforzamiento de los dispositivos operativos y las medidas preventivas, de vigilancia y de respuesta antiterrorista, así como los controles aleatorios de vehículos y personas, en todos aquellos lugares en los que pueda tener lugar una alta presencia o tránsito de personas, tales como:
  - a. Las zonas, plazas, paseos y grandes vías comerciales, dada la importante afluencia de ciudadanos que en estas fechas pueden producirse en las mismas.
  - b. Los acontecimientos de ocio, deportivos, religiosos o mercadillos, con gran afluencia de personas.
  - c. Los edificios, centros o instalaciones emblemáticas con gran presencia de visitantes, o que puedan ser identificados como de especial interés por los elementos terroristas para sus acciones.
  - d. Y, en general, todos aquellos lugares o edificios en los que se prevea la existencia de especiales concentraciones de ciudadanos y que, por ello, puedan ser considerados como potenciales objetivos de sus acciones por los citados elementos terroristas.

2. Intensificación de las medidas previstas en el Plan de Prevención y Protección Antiterrorista sobre grandes centros, infraestructuras e intercambiadores de transportes, lo que necesariamente ha de comprender instalaciones y medios de transporte aéreo, terrestre y marítimo, especialmente aquellos que han de soportar una mayor afluencia de ciudadanos y de tráfico.
3. Extremar las medidas y recomendaciones de seguridad y autoprotección ante posibles ataques terroristas, que están contempladas en la Instrucción 6/2017, de 27 de diciembre, de la Secretaría de Estado de Seguridad, por la que se imparten recomendaciones en materia de autoprotección y criterios de actuación ante la comisión de atentados terroristas.
4. Mantenimiento de las demás medidas previstas en el Plan de Prevención y Protección Antiterrorista para el vigente Nivel "4" de activación.

## II. PARTICIPACIÓN DE LOS CUERPOS DE POLICÍA AUTONÓMICA, LOCAL Y OPERADORES DE SEGURIDAD PRIVADA.

Las Delegadas y los Delegados del Gobierno en aquellas Comunidades Autónomas que cuenten con Cuerpos de Policía propios o Unidades Adscritas de la Policía Nacional, darán traslado urgente a las autoridades de dichas Comunidades de las medidas de especial intensidad y refuerzo antes señaladas, convocado, si fuera necesario, las reuniones de información y coordinación que se estimen necesarias.

Con la finalidad de incorporar las capacidades operativas de los Cuerpos de Policía Local a los objetivos generales y de especial intensidad previstos en la presente comunicación, se dará traslado de la misma al Secretario General de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), para su difusión entre los responsables de dichos Cuerpos de Policía Local. Todo ello sin perjuicio de que los Directores Generales de la Policía y de la Guardia Civil impartirán las instrucciones precisas para que, por parte de los respectivos órganos y jefes territoriales, se establezcan los necesarios contactos y comunicaciones con los Jefes de los Cuerpos de Policía Local de sus demarcaciones para establecer los necesarios canales y modos de colaboración y de participación en las medidas y dispositivos de reforzamiento previstos en los puntos anteriores.

A tal fin, se promoverán cuantas reuniones o Juntas de Seguridad Local sean precisas para la implementación de las medidas señaladas y acordadas. Los responsables de los Cuerpos de Seguridad del Estado mantendrán informados de estas actuaciones a los Delegados/as y Subdelegados/as del Gobierno.

Para incorporar también todas las capacidades de las empresas de seguridad privada a las medidas de especial intensidad señaladas, la Unidad Central de Seguridad Privada de la Policía Nacional dará traslado de las mismas a dichos operadores, encareciendo la necesidad de que se refuercen los servicios, procedimientos y medidas de colaboración correspondientes al vigente nivel de activación antiterrorista, intensificando los mismos de acuerdo con los objetivos antes marcados. Dicha comunicación se realizará también, en el ámbito territorial de su competencia, por los Jefes de los Cuerpos de Seguridad respectivos.

## III. ENTRADA EN VIGOR Y DURACIÓN DE LAS MEDIDAS.

La especial intensificación de las medidas señaladas en la presente comunicación será de aplicación en todo el territorio nacional y entrará en vigor a las **0:00 horas** del próximo **martes 15 de diciembre**, y se extenderá hasta las **14:00 horas** del **día 9 del próximo mes de enero**.

## IV. COMUNICACIONES E INFORMES.

Todas las comunicaciones sobre las actuaciones o novedades relacionadas con las medidas de especial intensidad operativa señaladas serán comunicadas, con carácter urgente, al CEPIC, para conocimiento y traslado a los órganos Directivos del Ministerio.

Para asegurar la efectiva implantación de las medidas señaladas, se reunirá la Mesa de Coordinación prevista en el Plan de Prevención y Protección Antiterrorista y emitirá un Informe sobre el desarrollo y evaluación de las medidas adoptadas, de acuerdo con lo previsto en las instrucciones Segunda y Quinta de dicho Plan.



**SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD**  
**PROTOCOLOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**  
**PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN FRENTE A CASOS DE COVID-19**  
**Versión 30/12/2020**



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

*Este documento se basa en la estrategia de detección precoz, vigilancia y control de la pandemia de covid-19 aprobado por la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta del CISNS, y 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).*

**A. CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN.**

- ✓ La detección precoz de todos los casos compatibles con COVID-19 es uno de los puntos clave para controlar la transmisión.
- ✓ La realización de Pruebas Diagnósticas de Infección Activa por SARS-CoV-2 (de ahora 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.
- ✓ La monitorización de la epidemia exige sistemas de información epidemiológica que proporcionen información diaria para la toma de decisiones.
- ✓ 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 asistenciales tanto de la sanidad pública como de las entidades privadas adecuarán sus sistemas informáticos para posibilitar la obtención de la información mínima exigida en el tiempo y forma indicados en los correspondientes protocolos de actuación.
- ✓ Es previsible un aumento de las necesidades diagnósticas debido al incremento habitual de las infecciones respiratorias, como es el caso de la gripe, en los meses de otoño e invierno. El diagnóstico diferencial en las personas con síntomas respiratorios será clave para identificar los casos de COVID-19 y tomar las medidas pertinentes.

**Objetivos.** 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.



**B. 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 (*Antigen Rapid diagnostic test, Ag-RDT*) 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 sobre estrategias diagnósticas).

**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<sup>1</sup>.**

**Ante las diferentes pruebas rápidas de detección de antígenos existentes en el mercado, solo 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<sup>2</sup> por laboratorios clínicos o de referencia a nivel nacional o internacional.**

Tanto para RT-PCR como para pruebas rápidas de detección de antígenos, las muestras recomendadas para el diagnóstico de infección activa de SARS-CoV-2 son del tracto respiratorio inferior (de elección en casos con infección grave y/o evolucionada) o tracto respiratorio superior, según indicaciones del fabricante de la PDIA.

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.

<sup>1</sup> <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/case-definition>

<sup>2</sup> Según el documento de la Comisión Europea: [Current performance of COVID-19 test methods and devices and proposed performance criteria - Working document of Commission services](#), se recomienda que los estudios de validación se realicen de forma prospectiva con al menos 300 personas en el que haya al menos un grupo de 100 resultados positivos por RT-PCR y otro de 100 negativos por RT-PCR.

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 (PDIA) por SARS-CoV-2 en las primeras 24 horas. **Si la PDIA resulta negativa y hay alta sospecha clínico-epidemiológica de COVID-19 se recomienda repetir la prueba:** si la prueba inicial que resultó negativa fue una prueba rápida de detección de antígeno, se realizará una PCR cuánto antes; si la prueba inicial que resultó negativa fue una PCR, se repetirá la PCR a las 48 horas. En casos sintomáticos en los que la PDIA salga repetidamente negativa y exista una alta sospecha clínico-epidemiológica, se podrá valorar la realización de test serológicos de alto rendimiento para orientar el diagnóstico.

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) 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 registren **en todos los puntos de uso** en el aplicativo específico de JARA-AS todas las pruebas realizadas, tanto las de resultado positivo como las de resultado negativo, para disponer de información completa del número de pruebas realizadas y del resultado de las mismas.

## 2. 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.

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 días<sup>3</sup> 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<sup>4</sup>. 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.

### Las siguientes definiciones se refieren a los casos con un primer episodio de infección documentada de SARS-CoV-2:

#### Casos probables:

- 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.
- Casos con alta sospecha clínico-epidemiológica con PDIA repetidamente negativa (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 IgG negativa en el momento actual o no realizada<sup>5</sup>.

#### Casos descartados:

Caso sospechoso con PDIA negativa y serología por técnicas serológicas de alto rendimiento negativa (si esta prueba se ha realizado) en el que no hay una alta sospecha clínicoepidemiológica. **infección resuelta.**

Un resultado positivo de IgG por serología de alto rendimiento realizado en una persona asintomática se considerará una infección resuelta.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>.

<sup>5</sup> En un caso asintomático, una PDIA positiva se considerará infección activa a menos que se 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 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.

**Tabla resumen de las definiciones de caso:**

<b>Caso sospechoso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Si el paciente tuvo una PDIA+ hace más de 90 días, es sospechoso de reinfección (ver apartado 3.1)</li> </ul>
<b>Caso probable</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Casos con alta sospecha clínico-epidemiológica con PDIA repetidamente negativa (al menos una PCR) y serología positiva para SARS-CoV-2 realizada por técnicas serológicas de alto rendimiento)</li> </ul>
<b>Caso confirmado con infección activa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso y con PDIA positiva.</li> <li>• Persona asintomática con PDIA positiva y con IgG negativa en el momento actual o no realizada.</li> </ul>
<b>Caso descartado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso sospechoso con PDIA negativa y serología por técnicas de alto rendimiento negativa (si esta prueba se ha realizado) en el que no hay una alta sospecha clínico-epidemiológica.</li> </ul>

**3. Estrategias diagnósticas frente a COVID-19.**

Se establecen a continuación las prioridades de utilización de las diferentes PDIA **en pacientes con síntomas compatibles con COVID-19** y en función de los ámbitos y de las características clínicas de las personas en las que se realizan y teniendo en cuenta tanto su utilidad como su disponibilidad. En aquellos casos en los que se indica la prueba rápida de detección de antígeno, pero esta no esté disponible, se realizará RT-PCR. En el anexo 3 se recoge una descripción de las diferentes pruebas diagnósticas.

**Ámbito comunitario:**

Personas sin criterios de hospitalización en Atención Primaria, servicios de urgencia ambulatoria, urgencias hospitalarias o puntos específicos de diagnóstico establecidos al efecto.

- Si la evolución de los síntomas es ≤5 días, realizar prueba rápida de detección de antígeno de SARS-CoV-2<sup>3</sup>.
- Si el resultado es positivo, el diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 queda confirmado.
- Si el resultado es negativo se considera descartada la infección activa, en ausencia de alta probabilidad clínico-epidemiológica.
- Si la evolución de los síntomas es >5 días, se realizará PCR.

**Centros sanitarios y centros sociosanitarios<sup>7</sup>:**

Personas con criterios de hospitalización, trabajadores sanitarios, personas hospitalizadas por otras causas que inician síntomas, trabajadores y residentes de centros sociosanitarios.

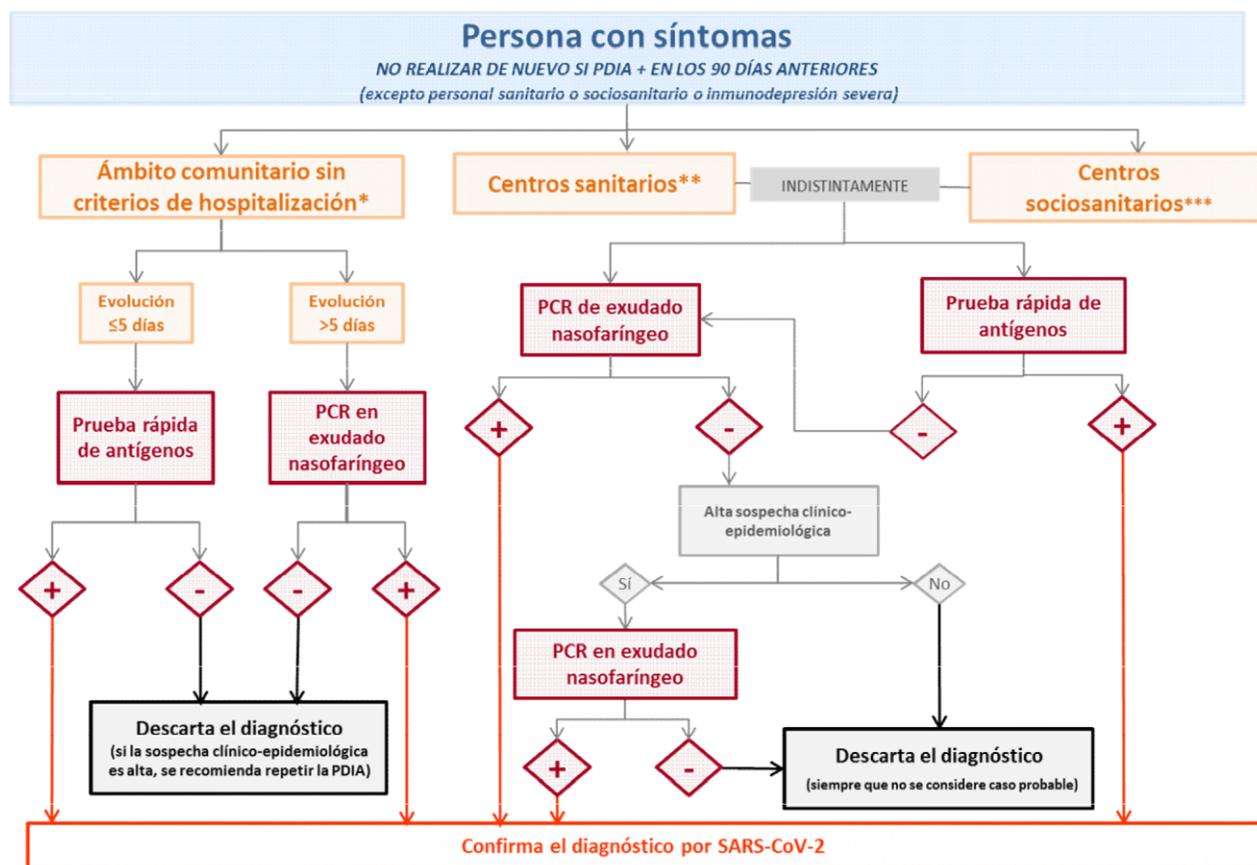
Se considera válida la realización tanto de una prueba rápida de detección de antígeno como una PCR en exudado nasofaríngeo<sup>4</sup>, por lo que se realizará una u otra dependiendo de su disponibilidad y de lo que sea más operativo en función del circuito de pacientes establecido en el hospital. Sin embargo, en centros sociosanitarios y si el tiempo de espera del resultado se prevé que pueda ser menor de 24 horas, es preferible realizar una PCR.

<sup>3</sup> 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%. <sup>7</sup> La estrategia para las instituciones penitenciarias se equiparará a la de estos centros.

- Si la prueba inicial ha sido PCR y el resultado es negativo pero la sospecha clínico/epidemiológica es alta, se repetirá la PCR en exudado nasofaríngeo y se considerará descartar otros patógenos como la gripe, y en niños y ancianos, virus respiratorio sincitial (VRS).
- Si la prueba inicial ha sido una prueba rápida de detección de antígeno y el resultado es negativo, se realizará PCR 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.

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.

### Algoritmo 1: Algoritmo diagnóstico en personas con síntomas



\* En 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 PCR salvo que el tiempo de espera para el resultado de la misma sea >24h, donde será preferible la realización de prueba rápida de antígenos.

## C. NOTIFICACIÓN Y MANEJO DE CASOS DE INFECCIÓN ACTIVA POR SARS-Cov-2.

### 1. Procedimiento de notificación de casos y brotes.

Los **casos sospechosos** se notificarán de forma general, documentándolos en la historia clínica de paciente como problema de salud, con los siguientes códigos CIAP-2 como se indica a continuación.

Los **casos confirmados con infección activa son de declaración obligatoria urgente**, y de manera general se notificarán por el clínico o servicio sanitario que los atienda o diagnostique, tanto del ámbito público como privado, a la correspondiente Dirección de Salud de Área del SES de forma individualizada, cumplimentando la encuesta epidemiológica.

Del mismo modo, los **casos de reinfección probable o confirmada son de declaración obligatoria urgente** y deben notificarse **como un nuevo caso**, con una nueva encuesta epidemiológica y con una nueva ficha en el aplicativo REVISA, según se establece más adelante en el apartado 3 sobre Manejo y notificación de casos con nueva PDIA positiva y antecedentes de infección previa.

#### Notificación desde atención primaria (incluida Atención Continuada):

Los **casos sospechosos, probables y confirmados** atendidos en atención primaria y urgencias, se documentarán en la historia clínica de paciente como **problema de salud**, con los siguientes códigos CIAP-2:

- **A77.01: caso “confirmado” o “probable”** de infección debida a coronavirus.
- **A77.99: caso “sospechoso”** de infección por coronavirus.

Se indicará en el campo “Fecha validez del problema” la de inicio de síntomas, y en el campo “Fecha de fin de validez” la del alta epidemiológica. Además, los **casos “confirmados” y “probables”** han de ser notificados a la Dirección de Salud de Área en el mismo día de su detección, por el profesional que lo conozca, cumplimentado la correspondiente **encuesta epidemiológica** (*disponible en el Gestor Documental del Portal del SES en: [VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA - ENFERMEDADES TRANSMISIBLES/Coronavirus SARS CoV-2](#)*).

#### Notificación desde servicios de urgencias de hospital.

Los servicios de urgencia codificarán los **casos sospechosos** de COVID-19 atendidos el día anterior que NO hayan requerido ingreso hospitalario.

Además, los **casos “confirmados” y “probables”** se notificarán de manera inmediata al Servicio de Medicina Preventiva, o en los centros en los no que exista este a la persona designada al efecto por la Dirección Médica, y estos lo notificarán inmediatamente a la Dirección de Salud de área; cumplimentando la correspondiente **encuesta epidemiológica**.

#### Notificación desde hospital de casos ingresados.

Los casos **probables y confirmados** que requieran ingreso en hospital se notificarán de manera inmediata por el profesional que los diagnostique, cumplimentando la correspondiente **encuesta epidemiológica**, al Servicio de Medicina Preventiva y estos lo notificarán inmediatamente a la Dirección de Salud del área; en los centros en los no que exista dicho Servicio a la persona designada al efecto por la Dirección Médica.

#### Notificación desde centros sociosanitarios e instituciones cerradas.

Los responsables de los centros sociosanitarios y de las instituciones cerradas comunicarán individualmente a la Dirección de Salud de Área todos los casos confirmados en internos de su centro en el mismo día de su detección, cumplimentándose la correspondiente **encuesta epidemiológica** por los servicios sanitarios del centro.

#### Notificación desde laboratorios de diagnóstico.

Los responsables de los laboratorios, tanto públicos como privados, en los que se realicen diagnósticos por PCR y/o por serología con determinación de IgM de COVID-19, enviarán diariamente, antes de las 9:00 horas a los correspondientes Servicios de Medicina Preventiva y Dirección de Salud de Área, una **relación nominal acumulada de las personas a las que se les ha realizado la prueba** desde las 00:00 horas del día 11 de mayo, en la que recogerá como mínimo: la fecha y centro a la que corresponde, los datos de identificación del paciente (CIP, nombre y apellidos) y resultado.

#### Notificación por profesionales en ejercicio libre y centros sanitarios privados.

Los profesionales en ejercicio libre y centros sanitarios privados, incluidos laboratorios de diagnóstico comunicaran los casos **confirmados** que atiendan inmediatamente, antes de las 24 horas siguientes, a la correspondiente Dirección de Salud de Área, cumplimentando la correspondiente **encuesta epidemiológica**.

### Notificación de brotes.

A efectos de notificación se considerará brote cualquier agrupación de **3 o más casos confirmados o probables con infección activa** en los que se ha establecido un vínculo epidemiológico.

1. Se considera **brote abierto** aquel que ha tenido casos en los últimos 28 días, teniendo en cuenta la fecha de inicio de síntomas o de diagnóstico si la de síntomas no está disponible y **cerrado** aquel sin casos en los últimos 28 días.
2. Se considerará **brote activo** aquel que haya tenido algún caso en los últimos 14 días, teniendo en cuenta la fecha de inicio de síntomas o la de diagnóstico si la de síntomas no está disponible.

Aquellos brotes en los que se generen nuevas cadenas de transmisión en diferentes ámbitos siempre que se puedan trazar a un primer caso índice, se seguirán considerando como un único brote con múltiples ámbitos (ej. Familiar-laboral). Estos brotes se denominarán “brotes mixtos”.

No es necesario notificar brotes en el hogar salvo que tengan características especiales.

Los brotes de notificarán según el protocolo de “brote de enfermedad de cualquier etiología” y, además, se cumplimentará la tabla resumen específica que se enviará por correo-e a la dirección [vigilancia.epidemiologica@salud-juntaex.es](mailto:vigilancia.epidemiologica@salud-juntaex.es) en el momento de la detección del brote y se actualizará diariamente con la información relevante para su seguimiento.

Igualmente se comunicará el cierre del brote a la Subdirección de Epidemiología, cuando aquel se produzca.

### 2. Manejo de casos de COVID-19 con infección activa:

De manera general, todos los casos sospechosos se mantendrán en aislamiento a la espera del resultado de la PDIA y se iniciará la búsqueda y cuarentena de sus contactos estrechos convivientes. Se le indicará aislamiento domiciliario informándole de las condiciones y recomendaciones para ello (indicaciones disponibles en el Gestor Documental del Portal del SES en: [VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA - ENFERMEDADES TRANSMISIBLES/Coronavirus SARS CoV-2](#)). En caso de PDIA negativa, y si no se considera “caso probable”, el caso se da por descartado y finaliza el aislamiento. **En los casos considerados “probables” y los “confirmados” con PDIA positiva se manejarán como “caso de infección activa”.**

#### a. Actuaciones desde el 1-1-2.

Ante casos que cumple definición de “caso sospechoso” tras valoración clínica telefónica, desde el 112 se remitirá al paciente a contacto telefónico inmediato con su centro de salud o PAC según el horario como vienen procediendo en la actualidad. Desde el centro de salud se actuará como se indica en el punto siguiente.

#### b. Ámbito de atención primaria.

Tanto en consulta como en atención continuada y atención domiciliaria, ante casos que tras valoración clínica (bien presencial o telefónicamente) cumple definición de **caso sospechoso**:

- Se **codificará** el caso como problema de salud en JARA-AS.
- Se indicará **aislamiento** domiciliario dando las recomendaciones oportunas, hasta posterior contacto con el paciente cuando se obtenga el resultado de la prueba.
- Se realizará toma de **muestra** para PDIA lo antes posible y en todo caso antes de las 24 horas siguientes.
- Si la PDIA es una PCR, se remitirá la muestra con el **formulario** impreso debidamente cumplimentado al laboratorio de referencia por las vías que cada gerencia haya habilitado. Si la PDIA es una prueba rápida de antígeno, se **registrará** el resultado, positivo o negativo, en el aplicativo específico dentro de JARA-AS.
- Se iniciará la identificación de los **contactos** y se recomendará a los contactos estrechos convivientes que eviten salidas del domicilio.

Se favorecerá la toma de muestra en el momento en que el paciente consulta, o bien en los puntos centralizados para la toma de muestras, en las zonas habilitadas en los centros de salud si se realiza en el lugar de triaje u otro punto habilitado para ello, o con equipos externos al del centro de salud, según se decida en cada área y se definirá el procedimiento en el caso de los consultorios locales según el área de salud. Si el caso NO se confirma se levantará el aislamiento y se manejará según su situación clínica. Si se confirma se realizará su seguimiento hasta el alta epidemiológica.

En los **casos confirmados** que NO requieran ingreso hospitalario y sean manejados en el ámbito de atención primaria, y siguiendo las recomendaciones del ECDC y el CDC<sup>5</sup>, el aislamiento domiciliario 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. **No será necesario la realización de una PCR para levantar el aislamiento ni para reincorporarse a la actividad laboral** (ver excepción en el ámbito laboral en el punto f.). En los casos asintomáticos el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos 10 días desde la fecha de toma de la muestra para el diagnóstico.

<sup>5</sup> <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>

### **c. Ámbito hospitalario.**

Ante casos atendidos en servicios de urgencias que tras valoración clínica cumplan definición de **caso sospechoso**:

- Se realizará **toma de muestra** para PCR en el propio hospital.
- Se remitirá la muestra con el formulario impreso debidamente cumplimentado al laboratorio de referencia por las vías que cada gerencia hayan habilitado.
- Se **codificará** el caso con los códigos CIE-10: B97.29 “Otros coronavirus como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto” o B34.2 “Infección debida a coronavirus, no especificada”.
- Se iniciará la **identificación de los contactos** y se recomendará a contactos estrechos convivientes que eviten salidas del domicilio.

Si el paciente NO requiere ingreso se les indicará aislamiento domiciliario, dando las recomendaciones oportunas, y que contacte con su centro de salud para seguimiento, como se indica en el apartado anterior.

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. Al ingreso se codificará el caso con los códigos CIE-10: B97.29 “Otros coronavirus como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto” o B34.2 “Infección debida a coronavirus, no especificada”.

Los casos **confirmados que han requerido ingreso** hospitalario podrán recibir el alta hospitalaria si su situación clínica lo permite, aunque su PCR siga siendo positiva, pero deberán mantener aislamiento domiciliario con monitorización de su situación clínica hasta al menos **14 días** desde el inicio de síntomas. En caso de enfermedad grave o inmunodepresión, este periodo se alargará a **21 días**<sup>8</sup>. A partir de ese 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.

### **d. Residencias para mayores y otros centros sociosanitarios.**

Ante casos que tras valoración clínica cumplen definición de **caso sospechoso**, los responsables de los centros contactarán con su centro de salud de referencia (o Punto de Atención Continuada fuera de horario laboral habitual) para organizar la toma de muestras, e iniciarán el aislamiento del caso en el propio centro.

En los casos **confirmados** que sean residentes en centros para mayores o en otros centros sociosanitarios 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 realizados por el médico que haya hecho el seguimiento en su centro y supervisados por la Dirección de Salud del Área. Si no puede garantizarse el aislamiento efectivo de los casos leves se indicará el aislamiento en instalaciones habilitadas para tal uso si existe esta posibilidad por indicación de la Dirección de Salud del Área.

Debido a la vulnerabilidad de estos centros, la detección de un solo caso confirmado de COVID19 en una residencia para mayores u otro tipo de centro sociosanitario, se considerará brote a efectos de la puesta en marcha de las medidas de actuación (NO de notificación), además de las actuaciones generales se realizará PDIA a los contactos estrechos o según la circunstancia, a todos los residentes y trabajadores del mismo según establezca la correspondiente Dirección de Salud de Área del SES.

### **e. Centros penitenciarios y otras instituciones cerradas.**

Ante casos que tras valoración clínica cumplen definición de **caso sospechoso**, en internos en centros penitenciarios o en otras instituciones cerradas, los servicios médicos de los centros contactarán con su centro de salud de referencia (o con el 1-1-2) para organizar la toma de muestras, e iniciarán el aislamiento del caso en el propio centro.

**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, 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. El seguimiento y el alta serán supervisados por el equipo sanitario que haya hecho el seguimiento en su centro, comunicando el resultado a la Dirección de Salud de Área.

#### f. Ámbito laboral.

##### Personal sanitario y sociosanitarios.

El personal sanitario y sociosanitario que resulten casos confirmados y no requieran ingreso hospitalario serán manejados de la misma forma que la población general en cuanto al aislamiento. 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 una ausencia de transmisibilidad, bien sea por una determinación positiva de Ig G por una técnica de alto rendimiento o por una PCR negativa o que, aun siendo positiva, lo sea a un umbral de ciclos (Ct) elevado<sup>6</sup>.

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. En caso de enfermedad grave o inmunodepresión, este periodo se alargará a 21 días. 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.

El seguimiento y el alta serán realizados por su médico de atención primaria o por el médico del trabajo si el contagio resultó de la actividad laboral.

##### Otras personas trabajadoras:

Las personas trabajadoras que no sean personal sanitario o sociosanitario serán manejadas 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 comunicado el resultado a la correspondiente Dirección de Salud de Área.

#### g. Ámbito privado y de ejercicio libre.

Ante casos que, tras valoración clínica, cumplan definición de caso sospechoso atendidos por profesionales en ejercicio libre y centros sanitarios privados, mutuas de seguros, etc., actuarán como se indica para los ámbitos de atención primaria y hospitalizada, según proceda, estableciendo el aislamiento del caso y realizándoles PDIA para diagnóstico en un plazo no superior a 24 horas.

Si el caso se confirma, se notificará a la Dirección de Salud correspondiente, al paciente o al centro sanitario, como se indica en el apartado de notificación de casos, especificado el tipo de PDIA realizada y su resultado, además e cumplimentar la encuesta epidemiológica.

Estas actuaciones incluyen la identificación y seguimiento de los contactos estrechos que reciban asistencia por instituciones diferentes al SES (mutuas de seguros, entidades de asistencia sanitaria, etc.).

### 3. MANEJO Y NOTIFICACIÓN DE CASOS CON NUEVA PDIA POSITIVA Y ANTECEDENTES DE INFECCIÓN PREVIA.

#### 3.1. Casos de reinfección: definiciones, manejo y notificación

Se considerarán sospechas de reinfección aquellos casos con **síntomas compatibles** de COVID19 que tuvieron **una infección confirmada** por PDIA de SARS-CoV-2 **hace más de 90 días**. 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.

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.

<sup>6</sup> 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.

### 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:**

- Primera infección: diagnóstico por PCR no secuenciable o prueba rápida de antígenos y
- Segunda infección: diagnóstico por prueba rápida de Ag en el que no se ha podido realizar una PCR.

#### ➤ **Casos con reinfección probable:**

- Primera infección: diagnóstico por PCR no secuenciable o prueba rápida de antígenos y
- Segunda infección: diagnóstico por PCR no secuenciable.

#### ➤ **Casos con reinfección confirmada:**

- Primera infección: diagnóstico por PCR secuenciable o PCR no secuenciable o prueba rápida de antígenos y
- Segunda infección: diagnóstico por PCR secuenciable. Pueden darse dos circunstancias: que haya diferencias significativas entre ambas secuencias o que el clado de la segunda infección no circulara cuando se produjo la primera infección.

Con el objetivo de confirmar y caracterizar la reinfección las muestras de los casos positivos serán enviadas al Centro Nacional de Microbiología (Proyecto RECOVID o proyecto SeqCOVID). Con el mismo objetivo, se solicitará una serología de alto rendimiento frente a SARS-CoV-2 y muestras para eventuales estudios inmunológicos.

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.

Los casos de reinfección posible, probable o confirmada se notificarán como “casos nuevos de COVID-19” a la Dirección de Salud de Área cumplimentando una nueva encuesta epidemiológica (anexo 1); la Dirección de Salud cargará el caso como nueva ficha en el aplicativo REVISA, indicado si se trata de una “Reinfección Posible”, “Reinfección Probable” o “Reinfección Confirmada”.

### 3.2. Casos de PDIA positiva con antecedente de infección hace 90 días o menos:

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 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 individualmente 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.

De estos casos **no** se cargará nueva ficha en REVISA, pero se indicará la situación en el apartado de Observaciones de la ficha existente y se conservará el expediente en la Dirección de Salud.

## D. ESTUDIO Y MANEJO DE CONTACTOS.

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

### 1. Definición de contacto:

- Cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso o haya estado en contacto con sus secreciones y fluidos: personal sanitario o sociosanitario 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 debidas medidas de protección.
- De forma general, a nivel comunitario, se considerará contacto estrecho a cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso, a una distancia menor de 2 metros y durante un tiempo total acumulado de más de 15 minutos en 24 horas. En entornos en los que se pueda hacer una valoración del seguimiento de las medidas de prevención podrá realizarse una valoración individualizada por el servicio de prevención de riesgos laborales o el responsable que sea designado para ese fin.
- En el contexto de los centros educativos, se seguirá lo establecido en la Guía de actuación ante la aparición de casos de COVID-19 en centros educativos.

El periodo a considerar para búsqueda de contactos será:

- a) En casos sintomáticos, desde **5 días antes del inicio de síntomas del caso hasta el momento en el que el caso es aislado.**
- b) En casos asintomáticos confirmados por PDIA, desde **5 días antes de la fecha de toma de muestra para diagnóstico.**

Por el momento, y según la evidencia actual, las personas que ya han tenido una infección confirmada por SARS-CoV-2 en los 90 días<sup>7</sup> anteriores estarán exentas de realizar la cuarentena.

### 2. Manejo de contactos:

**Ante cualquier caso sospechoso**, está indicado iniciar la identificación y control de sus contactos estrechos convivientes, recomendándoles evitar salidas del domicilio. La identificación y control del resto de contactos estrechos (no convivientes) se podrá demorar hasta que el caso sea clasificado como caso confirmado con infección activa.

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

**Ante un caso confirmado en Atención Primaria** (incluida Atención Continuada) el médico que lo diagnostique lo comunicará a los servicios de salud pública del Equipo de Atención Primaria (EAP) correspondiente, los cuales obtendrán para cada caso un listado nominal con los datos de contacto (nombre, teléfono, domicilio, CIP, etc.), dicho listado se remitirá a la Dirección de Salud de Área antes de las 24 horas siguientes, de la manera que cada Área establezca.

Además, todo miembro del EAP que identifique contactos codificará estos en JARA como “Problema de Salud” con el código: A23.19 “Contacto/exposición a otras enfermedades víricas transmisibles”.

**En casos confirmados detectados en hospital** (urgencia y/o planta) el médico que diagnostique el caso lo comunicará al Servicio de Medicina Preventiva, el cual obtendrá para cada caso dicho **listado** de contactos que remitirá a la Dirección de Salud de Área antes de las 24 horas siguientes; la Dirección de Salud lo comunicará a los servicios de salud pública del correspondiente E.A.P para que inicien la identificación de los contactos. En los centros en los que no exista Servicio de Medicina Preventiva se designará una persona al efecto por la Dirección Médica.

### Actuaciones ante contactos una vez confirmado el caso:

Una vez confirmado el caso se iniciará la vigilancia activa de los contactos por parte del correspondiente EAP al que pertenezca cada contacto, supervisada por la Dirección de Salud del Área. La Dirección de Salud de Área informará a los Coordinadores de los correspondientes EAP de la existencia de los contactos de sus zonas de salud, y cargará en el aplicativo REVISIA las fichas individuales de los contactos.

***Circunstancialmente el seguimiento podrá realizarse por otras Unidades u Organismos, estableciendo este seguimiento mediante un procedimiento específico.***

A toda persona que sea identificada como contacto estrecho deberá ser informada de su situación y se le proporcionará a la información necesaria sobre el COVID-19, los síntomas de alarma y los procedimientos a seguir durante el seguimiento.

<sup>7</sup> 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.

### Las actuaciones sobre los contactos estrechos serán las siguientes:

#### Cuarentena y vigilancia:

Se indicará vigilancia y cuarentena durante los 10 días posteriores al último contacto con un caso confirmado. La cuarentena finalizará a los 10 días de la fecha del último contacto. A esos efectos la fecha del último contacto con el caso se considera el día "cero", comenzando a contar el día 1º de cuarentena desde el siguiente día. Esta es una de las principales medidas de prevención para controlar la transmisión.

Cuando los contactos sean convivientes del caso:

- Si el caso realiza el aislamiento en condiciones óptimas, es decir: permanece en una habitación individual, restringe al mínimo las salidas de su habitación y cuando sale siempre lo hace con mascarilla quirúrgica, utiliza un baño exclusivamente para él o si lo comparte lo desinfecta después de cada uso, NO comparte utensilios como vajillas, cubiertos, toallas, etc., y mantiene una higiene escrupulosa, los 10 días de cuarentena de sus contactos convivientes comenzarán a contarse desde el día en que el caso comenzó el aislamiento.
- Cuando NO se pueda garantizar el aislamiento del caso en las condiciones óptimas indicadas, los 10 días de la cuarentena del contacto conviviente comenzará a contarse desde el final del periodo de aislamiento del caso.

En cualquier situación, la cuarentena debe cumplirse íntegramente los 10 días indicados, aún en cuando se obtenga una PDIA negativa antes de dicho periodo.

Durante este periodo de 10 días, se indicará que las personas en cuarentena vigilen su estado de salud y ante la aparición de cualquier síntoma compatible se comunique a su Centro de Salud, al responsable de su seguimiento o, ante síntomas de gravedad, al 1-1-2.

De forma adicional, se indicará que durante los 4 días siguientes a la finalización de la cuarentena se siga vigilando la posible aparición de síntomas y si esto se diera, se deberá permanecer aislado en el domicilio y comunicarlo rápidamente de la forma antes indicada.

#### Realización de pruebas diagnósticas en contactos:

Se realizará una PDIA (**preferentemente una PCR**) al **8º día** de la cuarentena, de cara a la gestión de partes de IT; si es negativa, se dará el alta epidemiológica al 10º día de cuarentena, si es positiva, el contacto será considerado caso y se manejará como tal.

Igualmente, si se realiza una PDIA en cualquier otro momento anterior a los 10 días tras el último contacto y fuera negativa, se deberá cumplir la cuarentena hasta el día 10º.

Ante la poca información aún disponible sobre el rendimiento de las pruebas rápidas de antígenos en población asintomática, **la prueba diagnóstica será preferentemente una PCR**. Sin embargo, en función del ámbito, de la disponibilidad y operatividad se podrá utilizar un test rápido de detección de antígeno (ver algoritmo 2), sobre todo en entornos donde se espera una alta probabilidad de un resultado positivo, como en el caso de los contactos convivientes o en brotes y donde la rapidez del tiempo de respuesta ayuda al rápido manejo de los contactos:

- Si la PDIA es positiva, el contacto será considerado caso y se manejará como tal.
- Si la PDIA es negativa, y se realiza en cualquier momento anterior a los 10 días tras el último contacto, se deberá cumplir la cuarentena hasta el día 10.
- En el ámbito sanitario y sociosanitario se hace necesario garantizar un adecuado valor predictivo negativo<sup>8</sup>, por lo que ante un resultado negativo de la prueba rápida de antígeno se debe realizar una PCR.

<sup>8</sup> Los centros sanitarios y sociosanitarios son contextos de muy alto riesgo para la COVID-19, por lo que es imprescindible que las estrategias diagnósticas en estos centros garanticen un elevado valor predictivo en los resultados negativos (alta probabilidad de que los que dan negativo a la estrategia diagnóstica no están infectados).

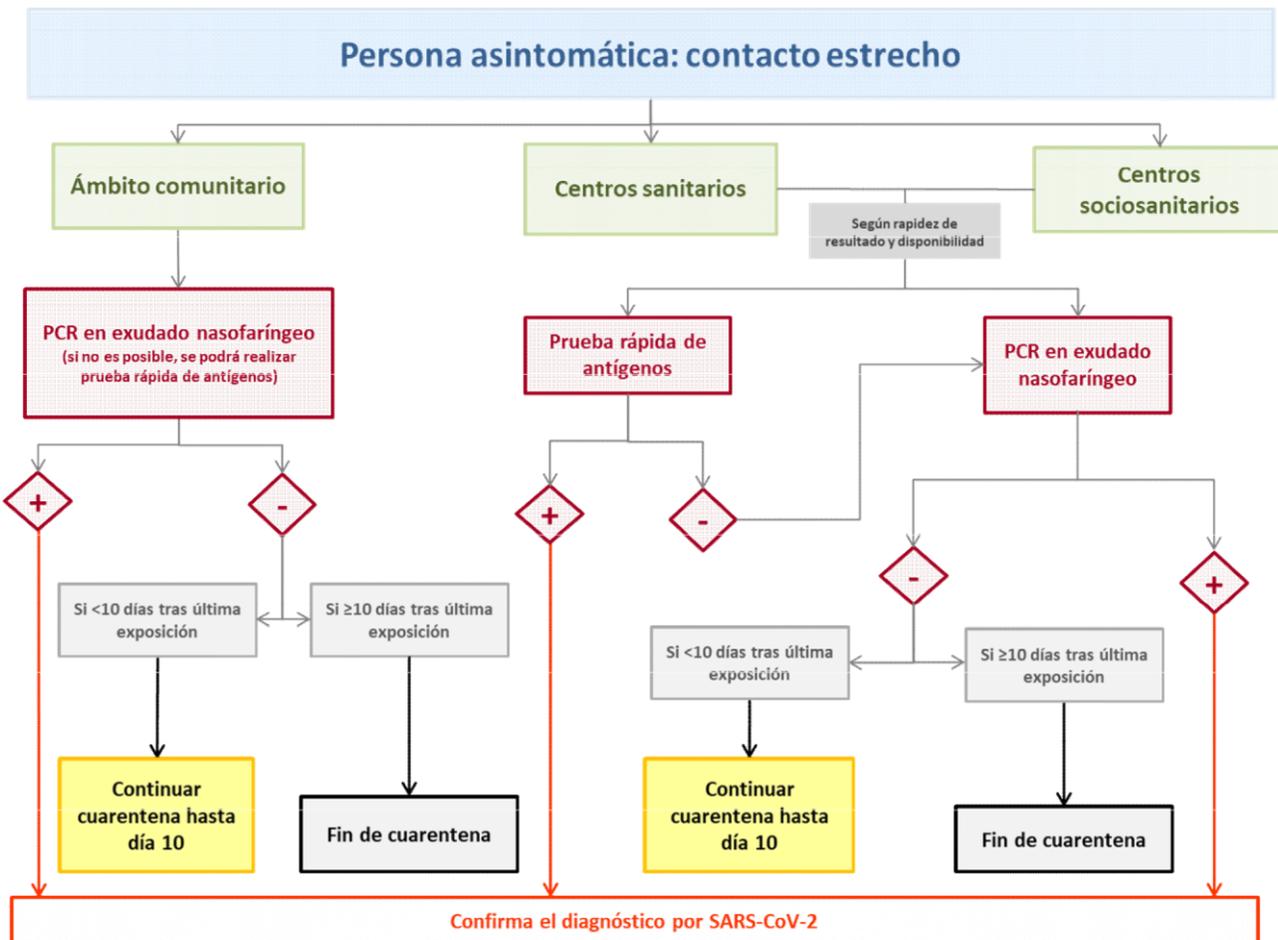
**Lugar de cuarentena:**

Se indicará al contacto que durante la cuarentena permanezca en su domicilio, preferentemente en una habitación individual, y que restrinja al mínimo las salidas de la habitación, que siempre se realizarán con mascarilla quirúrgica. También se le pedirá que restrinja al máximo posible el contacto con convivientes. El contacto se deberá organizar para no realizar ninguna salida fuera de su casa que no sea excepcional durante su periodo de cuarentena.

En personas que se encuentren desplazadas fuera de su localidad de residencia en el momento de su identificación como contactos, se permitirá el retorno a su lugar de residencia para la finalización de la cuarentena siempre y cuando: el alojamiento previsto en su lugar de residencia garantice las condiciones necesarias para la cuarentena, el desplazamiento se realice en un medio de transporte privado, se pueda garantizar el cumplimiento de todas las medidas de precaución establecidas para el manejo de contactos durante el trayecto y se haya informado y autorizado el desplazamiento por la correspondiente Dirección de Salud de Área.

Para ello es preceptivo la firma de un documento de declaración de responsabilidad por parte del contacto (modelo disponible en el Gestor Documental del Portal del SES en: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA - ENFERMEDADES TRANSMISIBLES / Coronavirus SARS CoV-2). Cuando así suceda la Dirección de Salud de Área que autorice el traslado comunicará tal extremo a la Subdirección de Epidemiología por correo-e indicando los datos de las personas implicadas: nombre, dirección del lugar donde se realizara la cuarentena y teléfono de contacto; a fin de su traslado a las autoridades sanitarias que proceda.

**Algoritmo 2: Algoritmo en contactos estrechos asintomáticos**



#### Otras recomendaciones:

Se le indicará la realización frecuente de lavado de manos (con agua y jabón o soluciones hidroalcohólicas) especialmente después de toser, estornudar y tocar o manipular pañuelos u otras superficies potencialmente contaminadas.

Estas personas deben estar localizables a lo largo del periodo de seguimiento.

Todos los contactos deben evitar la toma de antitérmicos sin supervisión médica durante el periodo de vigilancia para evitar enmascarar y retrasar la detección de la fiebre.

Si el contacto presentara algún síntoma de caso sospechoso en el momento de su identificación, se manejará de la forma establecida para los casos sospechosos. Igualmente, si durante el seguimiento el contacto desarrollara síntomas, pasará a ser considerado caso sospechoso, deberá hacer autoaislamiento inmediato en el lugar de residencia y contactar de forma urgente con su Centro de Salud o con el 1-1-2 indicando que se trata de un contacto de un caso de coronavirus.

Si cualquier PDIA realizada a los contactos diera positiva, el contacto pasaría a ser considerado caso confirmado realizando autoaislamiento inmediato y manejándose a todos los efectos como tal caso confirmado.

Si el contacto sigue asintomático al finalizar su periodo de cuarentena podrá reincorporarse a su rutina de forma habitual. En caso de que las medidas establecidas para el seguimiento de un contacto conlleven la imposibilidad de que éste continúe con su actividad laboral, deberá comunicarse, por el procedimiento establecido en el *Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-COV-2 (COVID-19)*, dicha contingencia a la empresa o a su servicio de prevención.

#### Manejos de los contactos que se detecten a partir de la aplicación RADARCOVID.

Los contactos identificados a partir de la aplicación Radar-COVID reciben en la aplicación unas recomendaciones generales de prevención e higiene: mantener la distancia de seguridad de al menos 1,5 metros, evitar acudir a eventos o lugares con muchas personas, evitar el contacto con personas vulnerables como personas mayores o enfermas, usar siempre mascarilla y lavarse las manos frecuentemente.

Además, reciben la recomendación específica de ponerse en contacto con el 1-1-2.

Se realizará una entrevista al contacto identificado por la app, para establecer un posible vínculo con un caso confirmado de COVID o para investigar la posibilidad de que haya realizado alguna actividad en la que haya podido tener una exposición de riesgo.

En aquellos que tras entrevista se considere la realización de PDIA se actuará de la siguiente forma:

- La PDIA se realizará en dentro de los 10 días posteriores a la última exposición, la prueba de elección será test rápido de detección de antígeno.
- En el momento de realización de la PDIA se verificará que efectivamente la persona que acude tiene una alerta de contacto estrecho en su aplicación, para lo que será necesario solicitar al usuario mostrar la alerta generada en su dispositivo. Se le pedirá que abra la aplicación delante del sanitario para comprobar que se trata de una alerta y no de una captura de pantalla.
- Si se le realiza un test rápido de detección de antígeno y se manejará según se indica en el manejo de contactos estrechos en el ámbito comunitario.

## E. ESTUDIOS DE CRIBADO.

#### Definición.

Los estudios de cribados son aquellos realizados sobre personas asintomáticas. La OMS<sup>9</sup> define cribado como “*la aplicación sistemática de una prueba para identificar a individuos con un riesgo suficientemente alto de sufrir un determinado problema de salud como para beneficiarse de una investigación más profunda o una acción preventiva directa, entre una población que no ha buscado atención médica por síntomas relacionados con esa enfermedad*”. Sólo se recomienda su realización en determinadas situaciones que se exponen a continuación y **siempre bajo la supervisión de la Dirección de Salud de Área o de la Dirección General de Salud Pública.**

**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.**

<sup>9</sup> <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1136/jms.8.1.1>

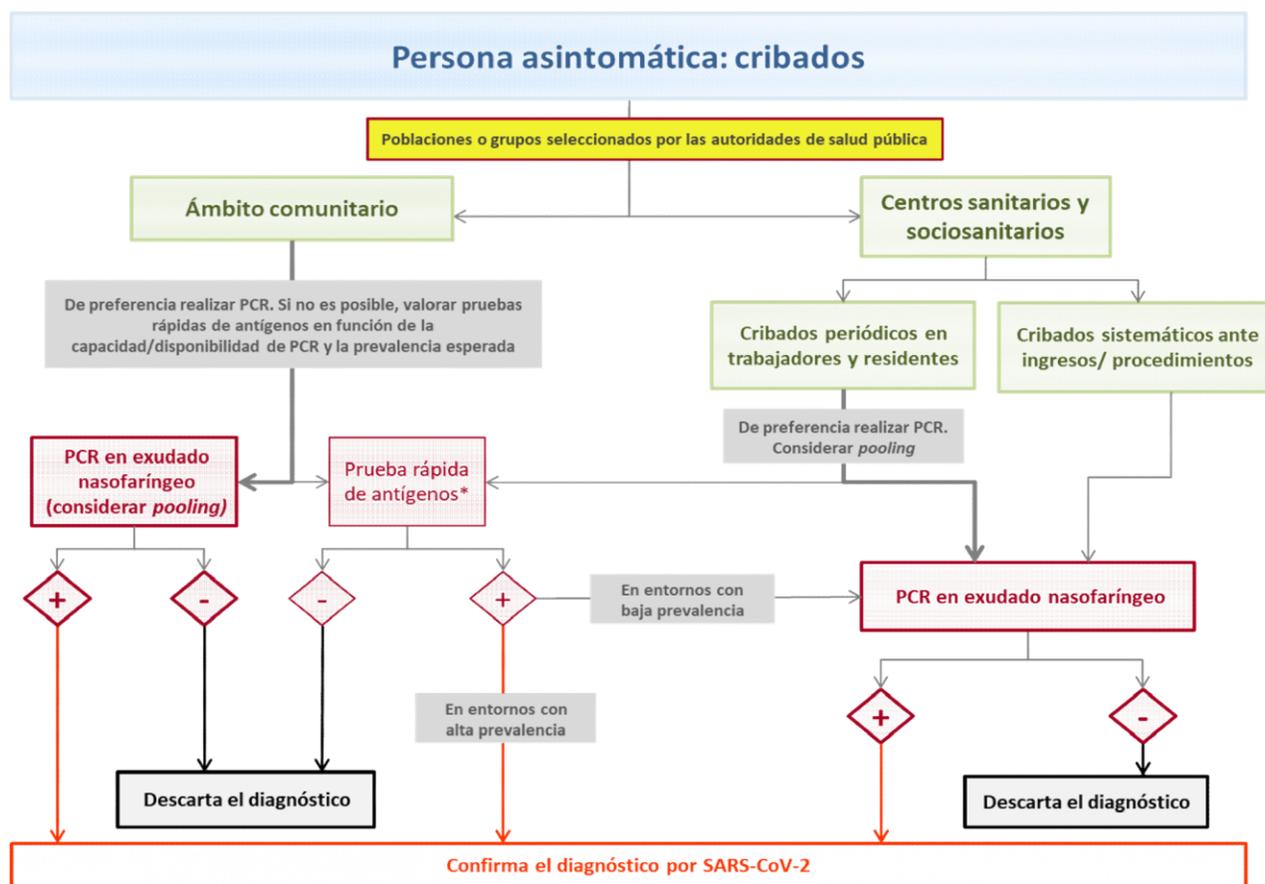
**Cribado con pruebas diagnósticas de infección activa.**

Se plantea su realización en las siguientes situaciones:

- **Cribados puntuales.** En estrategias indicadas por las autoridades de salud pública (Dirección de Salud de Área o Dirección General de Salud Pública) dirigidas a determinados grupos o poblaciones:
  - Se propone de preferencia la realización de PCR en exudado nasofaríngeo.
  - 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 es necesario confirmar los casos positivos mediante PCR<sup>10</sup> si la prevalencia de la enfermedad en la población de estudio es baja<sup>11</sup>.
- **Cribados periódicos en personas trabajadoras y residentes de centros sanitarios o sociosanitarios<sup>12</sup>:**
  - Se plantea utilizar la PCR en exudado nasofaríngeo<sup>13</sup>.
  - 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<sup>16</sup>.
- **Cribados sistemáticos ante nuevos ingresos en centros sanitarios o sociosanitarios o de forma previa a algunas actuaciones asistenciales:**
  - Se recomienda realizar PCR en exudado nasofaríngeo puesto que son situaciones en su mayor parte programables.

**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.**

**Algoritmo 3: Algoritmo en cribados**



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

<sup>10</sup> Como se ha señalado anteriormente, con prevalencias <1%, el valor predictivo positivo es <62%.

<sup>11</sup> [https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Options-use-of-rapid-antigen-tests-for-COVID-19\\_0.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Options-use-of-rapid-antigen-tests-for-COVID-19_0.pdf)

<sup>12</sup> A este respecto la Comisión Europea ha emitido una serie de [recomendaciones](#) sobre el uso de PDIA para diagnóstico y cribados sistemáticos.

<sup>13</sup> 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.