

ESTRATEGIA DE VIGILANCIA Y CONTROL FRENTE A COVID-19 TRAS LA FASE AGUDA DE LA PANDEMIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

23 de marzo de 2022

Este documento está basado en la ESTRATEGIA DE VIGILANCIA Y CONTROL FRENTE A COVID-19 TRAS LA FASE AGUDA DE LA PANDEMIA del Ministerio de Sanidad actualizada el 23 de marzo de 2022.

Esta Estrategia se irá revisando de forma permanente en función de la situación epidemiológica, la circulación de nuevas variantes del SARS-CoV-2 y los conocimientos sobre la enfermedad.

Este documento sustituye a la “Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19 de la Comunidad de Madrid” de 30 de diciembre de 2021 y al “Protocolo de actuación ante la aparición de casos de COVID-19 en centros educativos de la Comunidad de Madrid” de 5 de enero de 2022.

ÍNDICE

A. CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN	4
B. DEFINICIONES	5
C. OBJETIVOS	6
D. SISTEMAS DE VIGILANCIA DE LA COVID-19	7
E. ACTUACIONES ANTE PERSONAS CON SÍNTOMAS COMPATIBLES	9
F. ACTUACIONES ANTE CASOS CONFIRMADOS	10
G. ESTUDIO Y ACTUACIONES ANTE CONTACTOS ESTRECHOS	10
H. ACTUACIONES EN ÁMBITOS ESPECÍFICOS	11
<u>ANEXOS</u>	
Encuesta para notificación de casos confirmados de COVID-19	14

PUNTOS CLAVE DE LA ESTRATEGIA

Los altos niveles de inmunidad alcanzados en la población madrileña han determinado un cambio en la epidemiología de la COVID-19 que apoya la transición hacia una estrategia diferente, que vigile y dirija las actuaciones a personas y ámbitos de mayor vulnerabilidad y monitorice los casos de COVID-19 graves y en ámbitos y personas vulnerables. Este cambio de aproximación a la vigilancia y control de la COVID-19 implica aceptar un cierto nivel de transmisión del SARS-CoV-2 en poblaciones vacunadas y jóvenes en las que la infección tiene un impacto poblacional menor en términos de gravedad.

VIGILANCIA de COVID-19

- Se vigilarán los casos confirmados en personas con factores de vulnerabilidad o asociadas ámbitos vulnerables y los casos graves.
- La vigilancia en esta fase de transición dará paso a un sistema consolidado de vigilancia de las infecciones respiratorias agudas que deberá integrar los sistemas de vigilancia centinela. El diagnóstico de pacientes con síntomas leves compatibles con COVID-19 se realizará según las necesidades de manejo clínico del mismo.

CONTROL

- En la población general, los casos confirmados leves y asintomáticos no realizarán aislamiento y los contactos estrechos no realizarán cuarentena. Se emitirán recomendaciones dirigidas a las medidas preventivas (utilización de mascarilla, evitar contacto con vulnerables...).
- En ámbitos vulnerables, como centros sanitarios asistenciales o sociosanitarios se podrán implementar medidas específicas de aislamiento y control.

La Comisión de Salud Pública ha establecido el 22 de marzo de 2022 el cambio a esta nueva estrategia así como indicadores homogéneos de valoración del riesgo que permitan detectar precozmente cambios en la situación que puedan requerir establecer medidas adicionales de vigilancia y control.

Este documento sustituye a la “Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19 de la Comunidad de Madrid” de 30 de diciembre de 2021 y al “Protocolo de actuación ante la aparición de casos de COVID-19 en centros educativos de la Comunidad de Madrid” de 5 de enero de 2022. Las indicaciones sobre el manejo de los casos y contactos que puedan aparecer reflejadas en otros protocolos elaborados con anterioridad a esta Estrategia, serán sustituidas por lo indicado en el presente documento.

A. CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN

La pandemia de COVID-19 ha tenido un gran impacto en la salud de la población, así como implicaciones importantes en todos los sectores de la sociedad y en la vida cotidiana de los ciudadanos. La sexta onda, causada fundamentalmente por la variante Ómicron, presenta características diferentes a las ondas previas. La alta cobertura de vacunación, las características de Ómicron, y la mayor realización de pruebas diagnósticas han contribuido al impacto observado de la pandemia en esta sexta onda: una elevadísima incidencia con una mayoría de casos con síntomas leves o asintomáticos, una presión muy alta sobre los sistemas de atención primaria y salud pública y un porcentaje de ocupación hospitalaria y de camas de UCI muy inferior al esperado comparado con el del resto de la pandemia.

En la actualidad, más del 90% de la población madrileña mayor de 12 años se encuentra vacunada con pauta completa. La evidencia actual indica que las diferentes vacunas contra la COVID-19 tienen una efectividad muy alta para reducir las formas moderadas y graves de la enfermedad así como la letalidad y, aunque reducen la probabilidad de infección, son menos eficaces para evitar la transmisión a partir de personas vacunadas que se hayan infectado, incluso si la enfermedad es leve o asintomática.

Con el aumento de la cobertura de vacunación y la inmunidad generada a partir de infecciones naturales, se considera que la mayoría de la población está protegida contra la COVID-19 grave. En la población infantil se ha evidenciado que es una enfermedad generalmente leve con una evolución clínica favorable y los casos graves siguen siendo la excepción. Sin embargo, todavía habrá sectores de la población con mayor vulnerabilidad que pueden desarrollar cuadros graves, como personas de edad avanzada y personas con enfermedades subyacentes graves e inmunocomprometidos que no hayan desarrollado una inmunidad suficiente contra el SARS-CoV-2. Los esfuerzos deben centrarse en la protección de estas personas.

En esta fase de la pandemia, esta nueva vigilancia se centra en los ámbitos y grupos vulnerables y en los casos graves, reforzando la capacidad de detección de variantes de interés y de preocupación que pueden afectar a los programas de vacunación o a las medidas de contención de la pandemia, así como los sistemas de vigilancia centinela de virus respiratorios incluyendo al SARS-CoV-2 para fortalecer nuestra capacidad de respuesta ante éste y otros virus. Se mantendrá la información proporcionada por los laboratorios de microbiología en cuanto a la realización de pruebas diagnósticas, el seguimiento de casos con clínica compatible a partir de los registros de atención primaria y la información facilitada por los hospitales sobre la ocupación de camas COVID, tanto de hospitalización general como de UCI.

En esta etapa de transición, la estrategia diagnóstica estará dirigida a la realización de pruebas en personas con síntomas compatibles con COVID-19 grave o factores de vulnerabilidad que pueden beneficiarse de un tratamiento temprano y al diagnóstico y vigilancia de las personas que tienen contacto con poblaciones vulnerables, como trabajadores de centros sanitarios asistenciales y de centros sociosanitarios.

La indicación de aislamientos, en esta fase, se limita, por tanto, a entornos muy concretos, en los que las prácticas de prevención y control son clave para mitigar los efectos de COVID-19 en términos de

morbilidad, mortalidad y carga de atención sanitaria. Del mismo modo, en esta fase de transición, no se proponen cuarentenas en los contactos y se dirigen las actuaciones hacia la recomendación de medidas preventivas que, una vez más, sirvan para proteger específicamente a la población más vulnerable. En el mismo sentido, y con el objetivo también de recuperar la normalidad asistencial, no se considera necesaria de manera general la realización de cribados en centros sanitarios previos al ingreso o a determinadas actuaciones asistenciales. En cualquier caso, los centros hospitalarios podrán considerar el uso de cribados en situaciones específicas y con el objetivo de proteger a los pacientes vulnerables a criterio de los responsables de control de la infección.

B. DEFINICIONES

A efectos de esta estrategia, se considerarán las siguientes definiciones:

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

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

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

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

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

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

Caso grave: a efectos de la vigilancia, en este procedimiento, se considerarán casos graves aquellos que requieran ingreso hospitalario debido a la infección por COVID-19.

Caso confirmado: personas con PDIA positiva. A efectos de vigilancia y notificación a nivel regional y nacional no se tendrán en cuenta los resultados de los test de autodiagnóstico.

Caso confirmado de reinfección: persona que presenta una nueva PDIA positiva tras una infección confirmada si han transcurrido al menos 90 días desde la infección previa. Podrán considerarse también casos de reinfección aquellos en los que, habiendo transcurrido al menos 30 días desde la infección previa, haya evidencia de que se debe a una variante diferente.

Brote: a efectos de notificación se considera brote una agrupación de 3 o más casos vinculados a ámbitos vulnerables.

Se considera brote abierto aquel que ha tenido casos en los últimos 20 días, y cerrado aquel sin casos en los últimos 20 días. Se considera brote activo aquel que haya tenido casos en los últimos 10 días.

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

De forma general, a nivel comunitario, se considerará contacto estrecho a cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso, a una distancia menor de 2 metros y durante un tiempo total acumulado de más de 15 minutos en 24 horas. En entornos en los que se pueda hacer una valoración del seguimiento de las medidas de prevención podrá realizarse una valoración individualizada por el servicio de prevención de riesgos laborales o el responsable que sea designado para ese fin. Para establecer el riesgo, se valorarán determinadas circunstancias como espacios en que haya riesgo elevado de generación de aerosoles o características personales o sociales del entorno en que se evalúe la posible transmisión. El periodo a considerar para la definición de contacto estrecho será desde dos días antes del inicio de síntomas o del diagnóstico si el caso es asintomático.

C. OBJETIVOS

Los **objetivos** de esta Estrategia son:

- Vigilancia, prevención y control de la infección activa por SARS-CoV-2 y con especial seguimiento de la evolución epidemiológica en ámbitos y grupos vulnerables.
- Evaluación del impacto de la COVID-19 a partir del análisis de los casos graves y fallecidos.
- Vigilar los cambios de patrones epidemiológicos de la enfermedad así como la aparición de nuevas variantes que puedan condicionar una peor evolución de la epidemia, para poder tomar medidas de forma precoz.
- Favorecer la normalización de la asistencia sanitaria tras la fase aguda de la pandemia minimizando los riesgos

D. SISTEMAS DE VIGILANCIA DE LA COVID-19

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

Los servicios de Salud Pública de la Comunidad de Madrid deben obtener la información sobre los casos confirmados tanto en atención primaria como en atención hospitalaria del sistema público y privado, así como de los servicios de prevención y de los laboratorios de diagnóstico públicos y privados.

La información obtenida en el sistema sanitario público se enviará automáticamente a la aplicación de gestión de alertas de la Dirección General de Salud Pública.

Los servicios sanitarios del sistema de salud privado enviarán la información de los casos detectados en formato electrónico y por los cauces establecidos a la Dirección General de Salud Pública. Además, registrarán todas las pruebas realizadas, sean positivas o negativas.

Los **casos confirmados** son de declaración obligatoria y se notificarán a Salud Pública aportando la información contenida en la encuesta del Anexo. Del mismo modo, los casos de reinfección son de declaración obligatoria y deben notificarse de nuevo.

En los centros del Servicio Madrileño de Salud la notificación se hace de manera automática a través de las plataformas informáticas o de los sistemas establecidos a tal fin (AP Madrid y sistemas hospitalarios). Las situaciones que se consideren de especial riesgo se notificarán a la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Esta notificación, fuera del horario laboral de mañana y los fines de semana y festivos, se realizará al Sistema de Alerta Rápida en Salud Pública (llamando al 061).

Dada la especial relevancia de la vigilancia de casos graves y fallecidos, el hospital que atiende al caso confirmado incluirá el resultado positivo de la muestra realizada (preferentemente PCR) en la historia clínica electrónica. Los profesionales del Servicio de Medicina Preventiva, y si no disponen de este Servicio quien designe la Dirección Médica, realizarán la encuesta del caso aportando a Salud Pública la información contenida en el Anexo.

Se reforzará la secuenciación genómica y su integración en la vigilancia, como se especifica en el [Procedimiento de integración de la secuenciación genómica en el sistema de vigilancia del SARS-CoV-2 en la Comunidad de Madrid](#).

- **Sistemas de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda**
 - **Vigilancia de episodios de Infección Respiratoria Aguda (IRA) en Atención Primaria**

Se basa en la vigilancia numérica de los diferentes episodios de IRA atendidos en todos los centros de Atención Primaria y alcanza el conjunto de la población de la Comunidad de Madrid. La información se obtiene de forma automática de todos los registros de atención primaria (AP-Madrid).

- **Vigilancia Centinela de la Infección Respiratoria Aguda**

En la Comunidad de Madrid está implantada la vigilancia centinela de la Infección Respiratoria Aguda, basada en la selección de una muestra representativa del conjunto de la población de toda la región. Se

sustenta por un lado en la vigilancia de los episodios de IRA atendidos en Atención Primaria (IRAs) y por otro lado en los ingresos hospitalarios por IRA grave (IRAg).

Actualmente la vigilancia centinela de las IRA permite la vigilancia de gripe, de COVID-19 y de otros virus respiratorios simultáneamente con un mismo sistema.

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

A efectos de notificación se considerará brote una agrupación de 3 o más casos vinculados a ámbitos vulnerables, incluyendo: centros sanitarios asistenciales, centros sociosanitarios y centros de día, centros penitenciarios y otras instituciones cerradas.

En el ámbito sociosanitario, y a efectos de intervención, se considerará brote la detección de un solo caso en residentes o tres casos en trabajadores.

Se notificarán a Salud Pública todos los brotes que se detecten en estos ámbitos vulnerables, así como aquellos que se detecten en cualquier ámbito de especial magnitud y/o gravedad para su valoración por sospecha de alta transmisibilidad o virulencia.

- **Resultados de Laboratorio para pruebas diagnósticas de SARS-CoV-2**

Los laboratorios, públicos y privados, así como los centros, servicios y establecimientos sanitarios que realicen las pruebas de diagnóstico COVID-19 mediante PCR u otras técnicas de diagnóstico de infección, continuarán remitiendo diariamente a Salud Pública de la Comunidad de Madrid los datos de todas las pruebas realizadas a través del Sistema de Información establecido. Estos datos se remitirán al nivel estatal.

- **Sistema de Información de Capacidad Asistencial Hospitalaria**

Se continuará con la recogida de información sobre la actividad hospitalaria utilizando como fuente los datos que comunican los hospitales.

- **Otras fuentes de información**

El impacto en la mortalidad de la población se seguirá estudiando en base a la información de mortalidad diaria por todas las causas que se incluye en el Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo) y la información aportada por Sanidad Mortuoria de la DG de Salud Pública.

Asimismo, se considerará la monitorización del estudio de aguas residuales como fuente de información complementaria para la vigilancia del COVID-19.

La información de los diferentes sistemas se notificarán al nivel estatal (CNE y CCAES) a través de la herramientas de vigilancia establecidas.

La notificación de casos confirmados, de brotes, de resultados de laboratorio y de información de capacidad asistencial deben realizarse en respuesta a la normativa establecida a nivel estatal.

La información obtenida de los Sistemas de Vigilancia se publica semanalmente en el Informe de Vigilancia Epidemiológica de la COVID-19 en la web de la Comunidad de Madrid.

E. ACTUACIONES ANTE PERSONAS CON SÍNTOMAS COMPATIBLES

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

- **Persona con clínica compatible y que cumpla alguno de los siguientes criterios:**
 - Personas con criterios de vulnerabilidad: 60 años o más, inmunodeprimidos por causa intrínseca o extrínseca¹ y embarazadas.
 - Personas relacionadas con ámbitos vulnerables: personas que residen, acuden, están ingresadas o trabajan en ámbitos vulnerables (centros sanitarios asistenciales, centros sociosanitarios y centros de día, centros penitenciarios y otros centros con personas institucionalizadas), así como otros trabajadores que prestan apoyo y cuidado a personas vulnerables.
 - Presentar un cuadro de infección respiratoria aguda de vías bajas que requiera ingreso hospitalario (preferentemente diagnosticado por PCR).
 - Que se tenga constancia de que haya estado en los últimos 14 días en una región en la que esté circulando una variante de interés o de preocupación que no haya mostrado circulación comunitaria en nuestro territorio².
- Si tras un resultado negativo de una PDIA se produjese un empeoramiento del cuadro clínico se realizará una segunda PDIA, al menos con una separación de 48 horas desde la anterior.
- Las personas que presenten síntomas leves y que **no cumplan criterios de indicación de realización de una prueba** diagnóstica deben extremar las precauciones y reducir todo lo posible las interacciones sociales utilizando de forma constante la mascarilla y manteniendo una adecuada higiene de manos durante los 10 días posteriores al inicio de síntomas. Se evitará especialmente el contacto con personas vulnerables y la participación en eventos multitudinarios. Siempre que sea posible (y en caso de que no sea susceptible de una incapacidad temporal por su sintomatología), se recomienda el teletrabajo.
- Se recomienda que la persona que presente síntomas leves y que cumpla criterios de indicación de realización de una prueba diagnóstica, se ponga en contacto con el centro sanitario de Atención Primaria y permanezca en su domicilio hasta que obtenga el resultado de la PDIA.
 - Si éste fuese **positivo**, será considerado caso confirmado y se procedería como se indica en el siguiente apartado de actuaciones.
 - Si el resultado fuese **negativo**, se considera que los síntomas no se deben a la COVID-19 y ha de seguir las instrucciones que le indiquen desde los servicios sanitarios asistenciales.
- En caso de presentar criterios de gravedad o mala evolución (disnea, fiebre > 38°C mantenida más de tres días...) deberá contactar con su centro sanitario de Atención Primaria o con el 112 durante los fines de semana y festivos, observando en todo caso todas las medidas personales de control de

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

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

la transmisión y utilizando, si es posible, un medio de transporte privado en el supuesto de desplazamiento.

Además de las indicaciones de realización de prueba diagnóstica descritas, el profesional sanitario que atienda a un caso con clínica compatible, podrá indicar la realización de una PDIA bajo criterio clínico.

No está indicado realizar una PDIA a las personas que tienen un resultado positivo en un test de autodiagnóstico si no cumplen alguno de los criterios indicados al inicio de este apartado.

F. ACTUACIONES ANTE CASOS CONFIRMADOS

- Los casos confirmados deben extremar las precauciones y reducir todo lo posible las interacciones sociales utilizando de forma constante la mascarilla y manteniendo una adecuada higiene de manos durante los 10 días posteriores al inicio de síntomas (o al diagnóstico en el caso de las personas asintomáticas). Se evitará especialmente el contacto con personas vulnerables y la participación en eventos multitudinarios. Siempre que sea posible (y en caso de que no sea susceptible de una incapacidad temporal), se recomienda el teletrabajo.
- Las personas que trabajan en ámbitos vulnerables y los trabajadores que prestan apoyo y cuidados a personas vulnerables, no acudirán a su centro de trabajo durante los primeros 5 días desde el inicio de síntomas (o de la fecha de diagnóstico en caso de personas asintomáticas). Pasado este tiempo, y siempre que hayan transcurrido 24 horas de la desaparición de los síntomas, se realizará una prueba de Ag y si el resultado es negativo podrá volver a incorporarse a su lugar de trabajo. Si el resultado es positivo podrá repetirse la realización de la misma cada 24 horas hasta obtener un resultado negativo.
- Los casos hospitalizados deberán estar aislados durante su estancia en el hospital hasta la obtención de un resultado negativo en una PDIA (preferentemente PCR) o una PCR positiva compatible con cargas virales bajas. En cualquier caso, los profesionales responsables del control de la infección a nivel hospitalario podrán adaptar estas recomendaciones tras la valoración de cada situación. Si continúa presentando clínica tras el alta hospitalaria permanecerá en el domicilio hasta su resolución.
- Los casos confirmados deberán informar a sus contactos estrechos de su diagnóstico positivo para que estos observen las medidas de prevención recomendadas en el apartado de actuaciones ante contactos.
- En caso de presentar criterios de gravedad o mala evolución (disnea, fiebre > 38°C mantenida más de tres días...) deberá contactar con su centro sanitario de Atención Primaria o con el 112 durante los fines de semana y festivos, donde se le indicará la conducta a seguir.

G. ESTUDIO Y ACTUACIONES ANTE CONTACTOS ESTRECHOS

Únicamente se realizará la identificación de contactos estrechos en los ámbitos considerados vulnerables. El objetivo es la protección de las personas pertenecientes a grupos vulnerables y el

diagnóstico precoz para el control de la transmisión, tanto entre las personas vulnerables como a partir de otras personas relacionadas con estos ámbitos.

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

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

Salud Pública podrá establecer actuaciones adicionales respecto al manejo de contactos estrechos cuando así lo considere necesario en situaciones o ámbitos específicos.

H. ACTUACIONES EN ÁMBITOS ESPECÍFICOS

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

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

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

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

No se recomienda llevar a cabo cribados periódicos en residentes ni trabajadores de estos centros.

- **Centros penitenciarios y otras instituciones cerradas**

Se seguirá lo establecido en el protocolo específico de estos centros.

- **Centros educativos**

En el ámbito educativo no se establecerá ninguna actuación ni medidas específicas dirigidas a casos o contactos diferentes a las definidas en esta estrategia. Durante el actual curso escolar se mantendrá la notificación de brotes en la plataforma informática, a efectos de su monitorización para detectar situaciones de especial riesgo.

Los aspectos organizativos de los centros educativos se describen en la “Guía de para la prevención del coronavirus (SARS-CoV-2) en el ámbito educativo”.

- **Otros centros de trabajo**

En el resto de lugares de trabajo no se establecerá ninguna actuación ni medidas específicas dirigidas a casos o contactos diferentes a las definidas en esta estrategia.

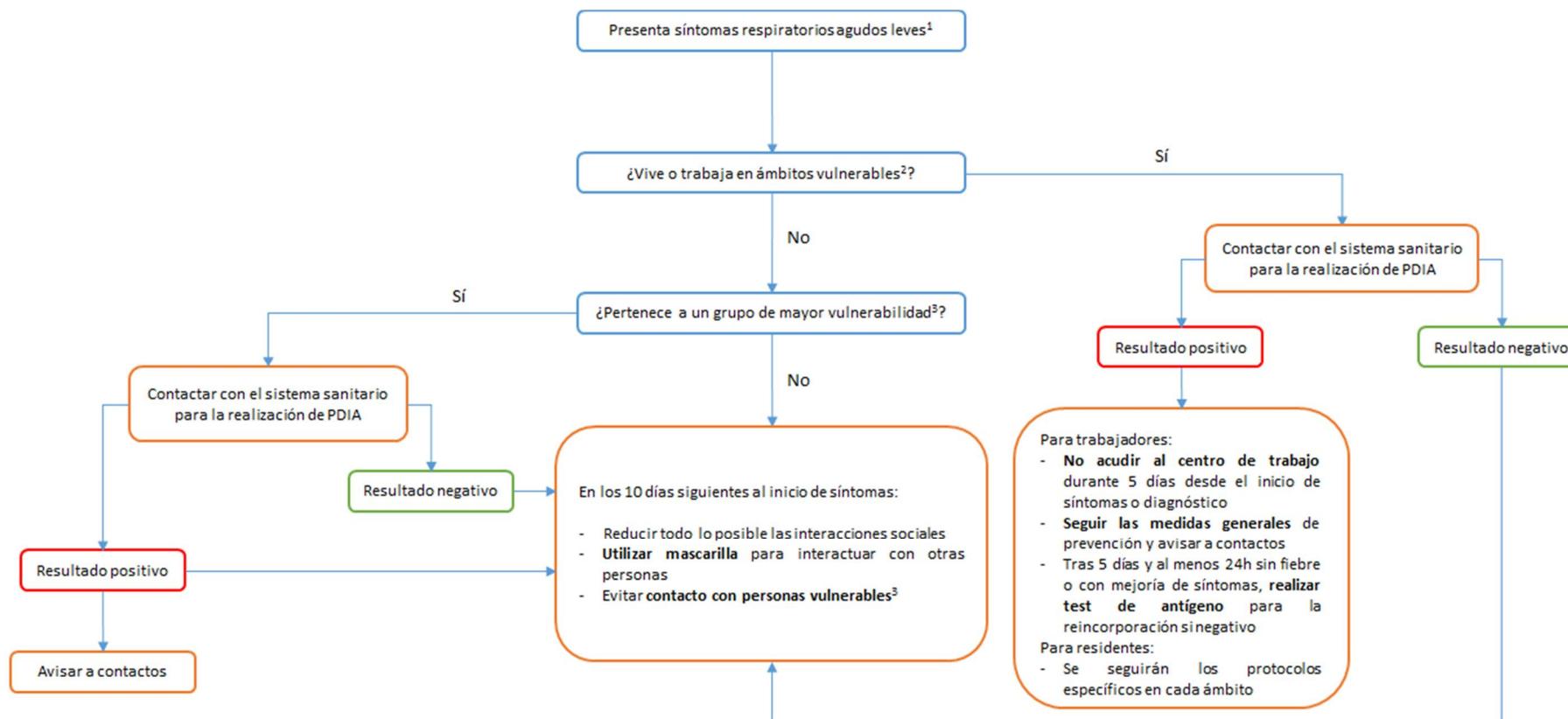
Las medidas de prevención se describen en el “Procedimiento de manejo de casos y contactos laborales por COVID-19 para los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en la Comunidad de Madrid”.

- **Centros sanitarios**

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



Figura 1. Algoritmo de manejo de casos leves



¹Inicio súbito en los últimos 10 días de cualquiera de los siguientes síntomas: tos, disnea, dolor de garganta o rinorrea, con o sin fiebre.

²Centros sanitarios asistenciales, centros socio-sanitarios y otros centros con personas institucionalizadas, trabajadores que prestan cuidados a personas vulnerables.

³60 años o más, inmunodeprimidos por causa intrínseca o extrínseca, y mujeres embarazadas.

Contactar con el sistema sanitario si los síntomas empeoran o persisten durante mucho tiempo

ANEXO

Encuesta para notificación de casos confirmados de COVID-19

Se rellenará un cuestionario por cada infección ocurrida en una persona

1. Infección:

Primera infección confirmada

Reinfección

2. Datos identificativos del caso:

Nombre _____ Primer apellido _____ Segundo apellido _____

Sexo Hombre Mujer Fecha nacimiento ____ / ____ / _____

País de nacimiento España Otros, especificar _____ Teléfono _____

Domicilio _____ Nº _____ Piso _____

Municipio _____ Código postal _____ Provincia _____

País (si reside en el extranjero) _____

3. Datos clínicos

Síntomas Sí NO

En caso afirmativo indicar: Fecha de inicio de síntomas (día, mes, año) ____ / ____ / _____

Infección respiratoria que requiere ingreso

4. Personas con criterios de vulnerabilidad

Inmunodeprimidos por causa intrínseca o extrínseca

Embarazada

Residente de residencia de mayores

Otros institucionalizados

5. Trabajadores asistenciales

Hospital

Atención primaria

Centro socio-sanitario (incluye centro de día)

Trabajadores que cuidan a domicilio personas vulnerables

6. Asociado a brote Sí NO Desconocido

7. Caso importado de otro país (caso que ha permanecido fuera de España durante todo el periodo de incubación)

Sí Especificar país de origen (_____)

NO No consta

8. Fecha de diagnóstico³ ____ / ____ / _____

³ 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.

9. Pruebas diagnósticas positivas

PCR/Técnicas moleculares
Prueba rápida de antígeno

10. Tipo de Variante por PCR específica (identificación presuntiva) _____

11. Secuenciación asociada a muestreo aleatorio:

SÍ _____
NO

12. Identificador de la muestra en GISAID

13. Tipo de linaje por secuenciación _____

14. Evolución clínica

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

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

Motivo de ingreso Por COVID Por otra causa _____
Caso nosocomial

15. Fallecimiento

Fallecimiento por COVID
Fallecimiento por otra causa
Fallecimiento por causa desconocida

Fecha de fallecimiento ____/____/____

16. Vacunación:

SÍ NO Desconocida

En caso afirmativo

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