



**PROTOCOLO PARA A DETECCIÓN E MANEXO DE  
CASOS DE INFECCIÓN ACTIVA POLO VIRUS SARS-  
CoV-2 (COVID-19) EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria

Santiago de Compostela, 13 de maio de 2020



Este documento estará en permanente revisión e actualización e dispoñible na páxina web corporativa do Servizo Galego de Saúde en:

<https://coronavirus.sergas.es/>

Versión 1: 08/05/2020

Versión 2: 13/05/2020 (en vigor)

## 1. OBXECTIVO

O obxectivo do documento é servir de guía para a detección e o manexo do paciente con sospeita/confirmación de infección por SARS-CoV-2 en atención primaria.

## 2. CLASIFICACIÓN DOS CASOS

- Caso sospeitoso: caso que cumpre criterio clínico de caso sospeitoso ata obter o resultado de confirmación.

- Caso confirmado con infección activa:

- Caso con ou sen clínica e PCR positiva.
- Caso que cumpre criterio clínico, con PCR negativa e IgM/IgA positiva por seroloxía, excluindo tests rápidos.

- Caso probable: caso con infección respiratoria aguda grave con criterio clínico ou radiolóxico compatible con COVID-19, con resultados de PCR negativos ou os casos sospeitosos con PCR non concluínte.

- Caso descartado: o caso sospeitoso con PCR negativa e IgM/IgA tamén negativa, se se realizou esta proba, nos que non hai alta sospeita clínica.

## 3. DEFINICIÓN E DETECCIÓN DE CASO SOSPEITOSO

### 3.1. Definición de caso sospeitoso de infección por SARS-CoV-2

Considérase caso sospeitoso de infección por SARS-CoV-2 a calquera persoa cun cadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita de calquera gravidade que cursa, entre outros, con febre, tose ou sensación de falta de aire.



Ante a presenza doutros síntomas atípicos como odinofaxia, anosmia, axeusia, dores musculares, entre outros, é importante en primeiro lugar buscar signos ou síntomas adicionais que permitan descartar ou confirmar outras patoloxías diferentes de COVID-19, dada a importancia de non demorar o inicio do tratamento oportuno.

Unha vez descartadas outras enfermidades, cómpre buscar indicios que apoiem a sospeita da infección por SARS-CoV-2. Será o xuízo clínico do profesional o que determine a realización de probas complementarias.

Ademais, unha persoa que sexa contacto estreito<sup>1</sup> dun caso confirmado de COVID-19, que presente algún dos síntomas antes mencionados, considerarase caso sospeitoso.

### 3.2. Detección de caso sospeitoso

A todo caso sospeitoso de infección polo SARS-CoV-2 realizaráselle unha PCR nas primeiras 24 horas. Cando o resultado da PCR sexa positivo, será un caso confirmado..

Se a PCR é negativa e continúa cunha alta sospeita clínica de COVID-19 (persistencia da sintomatoloxía) realizarase antes das 48 horas unha nova PCR.

No suposto de que o resultado da segunda PCR sexa positivo, considerarase caso confirmado.

Se o resultado da segunda PCR volve a ser negativo, e persiste a alta sospeita de COVID-19, farase a partir do 5º día de inicio dos síntomas (no que a sensibilidade para a detección da IgM aumenta) un test rápido de dobre banda. Se o resultado deste test é negativo, non será considerado como caso. Se o resultado do test de dobre banda é positivo para IgM, realizarase a detección mediante ELISA ou outra técnica de inmunoensaio de alto rendemento. Un resultado negativo do estudo mediante ELISA, descartaría o caso.

Se o resultado coa técnica ELISA é positiva confirmase o caso.

---

1 -Calquera persoa que proporcionase cuidados a un caso: persoal sanitario ou sociosanitario que non utilizou as medidas de protección adecuadas, membros familiares ou persoas que teñan outro tipo de contacto físico moi similar.  
-Calquera persoa que estivese no mesmo lugar que un caso, a unha distancia menor de 2 metros (ex. convivintes, visitas) e durante máis de 15 minutos.  
-Considérase contacto estreito nun avión, aos pasaxeiros situados nun radio de dous asentos arredor dun caso e á tripulación que tivese contacto con dito caso.



## 4. PROCEDIMIENTO DE MANEXO DO CASO SOSPEITOSO EN ATENCIÓN PRIMARIA

### 4.1. Recomendacións xerais

- En cada centro de atención primaria existirá polo menos un responsable da xestión do coronavirus (de ser posible 2, médico e de enfermería), nomeado polo xefe de servizo/coordinador de servizo e cuxas funcións, entre outras, serán: recibir e distribuír a información, detectar e xestionar as necesidades formativas, revisar se se dispón do material necesario e comprobar o seu estado. O interlocutor co equipo directivo que coordine este tema na súa Área Sanitaria será o xefe de servizo/coordinador de servizo.
- Recoméndase a colocación de información visual (carteis) en lugares estratéxicos dos centros de atención primaria, para proporcionar á poboación as instrucións sobre hixiene de mans, hixiene respiratoria, normas de seguridade, etc.
- Recoméndase que os pacientes acudan sós aos centros de atención primaria. Se isto non fose posible (menores, persoas que precisan axuda, etc.), cada paciente que acuda a un centro de atención primaria, só poderá ter, como máximo, un acompañante durante a estancia no centro.
- Recordaráselle aos usuarios que manteñan, en todo momento, unha distancia interpersonal de seguridade como mínimo de 2 metros. Agás no caso de convivintes ou necesidade de acompañamento.
- Preto da entrada do centro recoméndase que haxa unha mesa con solución/xel hidroalcohólico e máscaras.
- No caso de que o paciente acuda a un centro sanitario con síntomas de COVID-19, colocarse unha máscara cirúrxica, que estará a súa disposición nun lugar visible e sinalado. Se non o fai dun xeito proactivo, e os profesionais do centro identifican signos ou síntomas de infección respiratoria aguda, indicarán ao paciente a obriga de poñer a máscara.



- Durante o contacto co caso, de ser posible, o profesional debe manterse afastado polo menos dous metros, evitar o contacto con superficies potencialmente contaminadas e realizar hixiene das mans ao saír do cuarto. En caso de precisar acurtar a distancia será necesario adoptar as medidas de protección que se sinalan mais adiante.
- Cada centro sanitario, na medida do posible, designará unha zona para a atención dos pacientes con sospeita de COVID-19, considerando que deben ser atendidos en zonas separadas a máis de 2 metros do resto de usuarios do centro e con medidas físicas de separación, e preferiblemente, se as condicións do centro así o permiten, nunha sala ou consulta específica. É necesario que todo o persoal do centro coñeza a súa existencia e localización.
- Na porta da devandita sala deben atoparse os equipos de protección individual (EPI) necesarios para entrar nela, un contedor de risco biolóxico para refugar os EPI utilizados de maneira adecuada, e dispensador de solución hidroalcohólica dentro e fóra, para hixiene de mans tras a retirada do EPI. De ser posible debe ter asignado un baño propio, que evite a saída da habitación.
- Esta sala contará con material refugable. Non terá material á vista, estará todo gardado. Aquel material que non se poida protexer ou non sexa refugable e deba estar en contacto con outros pacientes, deberá ser desinfectado previamente.
- Evitarase todo procedemento asistencial que non sexa estritamente necesario.
- Para a atención a pacientes con sospeita de infección por SARS-CoV-2, os profesionais usarán a protección individual máis apropiado, en función do risco de exposición e a dinámica de transmisión, que virá dada por:
  - A distancia a unha persoa con COVID-19.
  - A tarefa a realizar e o tipo de contacto co caso.
  - As medidas organizativas de control da fonte ou de protección colectiva existentes.





- Se o paciente ten que ser explorado o profesional utilizará o seguinte equipo de protección:
  - Máscara cirúrxica.
  - Protección ocular antisalpicaduras
  - Luvas.
  - Bata de manga longa
- Os procedementos que xeren aerosois débense realizar unicamente se se consideran estritamente necesarios para o manexo clínico do caso. Estes inclúen procedementos como a intubación traqueal, manobras de reanimación cardio-pulmonar, ou a ventilación manual. Nestas situacións deberase reducir ao mínimo o número de persoas na habitación. Todos os presentes deben levar:
  - Máscara autofiltrante FFP3 ou FFP2 en función da dispoñibilidade.
  - Protección ocular axustada de montura integral ou protector facial completo.
  - Luvas.
  - Bata de manga longa (se a bata non é impermeable e se prevé que se produzan salpicaduras de sangue ou outros fluídos corporais, engadirase un mandil de plástico).
- O equipo será retirado coidadosamente, sen sacudilo, para evitar que se xeren aerosois, e colocarse nunha bolsa dobre para refugar máis tarde como refugallo de Clase III.
- Débese cumprir unha estrita hixiene de mans antes e despois do contacto co paciente e da retirada do EPI.
- Dispoñerase de contedores de residuos, a ser posible con tapa de apertura con pedal.





- No centro de saúde/PAC, asegurárase unha correcta limpeza das superficies e espazos de acordo cos protocolos COVID de limpeza e desinfección do centro. Os produtos de limpeza e desinfección habitualmente utilizados nos centros sanitarios teñen capacidade suficiente para inactivar o virus. Non se requiren produtos especiais.

#### 4.2. Abordaxe do caso sospeitoso/confirmado (Anexo 1)

No caso de que o paciente contacte **telefonicamente** co centro de saúde ou PAC seguirase a mesma secuencia de actuación que presencialmente, agás as indicacións que fan referencia á recepción do paciente no centro e á avaliación clínica presencial.

Se o paciente se presenta no centro de saúde/punto de atención continuada (PAC), seguiranse os pasos que se expoñen a continuación

##### Atención presencial

**En xeral, ante calquera paciente que acude a un centro de atención primaria con síntomas de caso sospeitoso de infección activa por SARS-CoV-2 ofreceráselle unha máscara cirúrxica, que sempre deberá levar posta, e recomendaráselle que faga hixiene de mans.**

- A persoa que identifique o caso posible, avisará ao profesional sanitario que corresponda e dirixirá ao paciente á zona habilitada para o seu manexo, co fin de evitar o contacto con outras persoas. A esta zona só accederá o persoal esencial para a atención e coidado do paciente.
- Unha vez alí, o persoal sanitario completará a anamnese para verificar que o paciente cumpre os criterios clínicos de caso sospeitoso de infección por SARS-CoV-2, indagando sobre a presenza de síntomas de sospeita e se tivo contacto estreito con casos de COVID-19 (datas concretas, exposicións de risco, etc.).
- Se o paciente non cumpre criterios de sospeita de infección por SARS-CoV-2, o profesional de atención primaria realizará a atención da forma habitual, sempre cumprindo





coas precaucións universais que inclúen medidas como a hixiene de mans e hixiene respiratoria.

#### Atención presencial e telefónica

- Se o paciente cumpre criterios de caso sospeitoso, o médico de atención primaria rexistrará a información na historia clínica electrónica (IANUS), nun episodio co código A77.04 (sospeita de infección debida a coronavirus, non confirmada). Ademais empregaranse outros a maiores en función do cadro clínico que presente o paciente (bronquite, infección respiratoria de vías altas, etc), asociando os dous episodios.
- No caso de que o paciente cumpra a definición de caso sospeitoso e teña criterio clínico de gravidade, debe ser trasladado ao hospital. Será o 061 quen organice o traslado, polo que é preciso informarlles de que se trata dun posible caso de COVID-19, para que poidan dispoñer dos equipos de protección individual recomendados durante a avaliación presencial do paciente.
- Se o paciente cumpre a definición de caso sospeitoso pero non presenta criterio clínico de gravidade, o médico de atención primaria (tanto de xornada ordinaria como de PAC) fará a solicitude dunha PCR no momento da asistencia, que se realizará nas primeiras 24 horas. Esta petición quedará rexistrada na historia clínica electrónica do paciente, e informaráselle de que o procedemento de toma de mostras organizarase desde o centro hospitalario e so se lle fará se ten cita previa (preferentemente no COVID-Auto e se polas condicións do paciente non é posible, polos equipos de extracción de mostras que acudirán ao seu domicilio).

- A todos os casos sospeitosos indicaráselles **illamento domiciliario obrigatorio** ata que polo menos teñan o resultado da PCR, proporcionándolle recomendacións sobre medidas xerais de hixiene e tratamento sintomático [facilitaráselle as recomendacións de illamento domiciliario en espera de resultados, publicadas na web corporativa do Servizo Galego de Saúde ([Ligazón](#))]. A todos os casos sospeitosos o médico terá que dicirlles que vaian elaborando unha listaxe dos seus contactos estreitos<sup>2</sup> desde dous días antes de que comezase cos síntomas ata o momento no que se puxo en illamento. A listaxe incluirá o nome, apelidos e un número de teléfono.
- Se o resultado da proba é positivo o caso sospeitoso pasa a ser caso confirmado, que será codificado co código CIAP-2 A77.01 (infección debida a coronavirus, non especificada), e manterase o illamento ata transcorridos 3 días desde a resolución da febre e do cadro clínico cun mínimo de 14 días desde o inicio dos síntomas. O seguimento destes casos farase mediante a plataforma tecnolóxica TELEA “Paciente en illamento domiciliario COVID-19” e nos pacientes nos que non sexa posible, mediante atención telefónica.
- O médico de atención primaria de xornada ordinaria, comunicarlle, de luns a sábado, o resultado positivo aos novos casos confirmados. Os domingos e días festivos farase esta comunicación desde os PAC. Con este fin, teñen dispoñible unha listaxe de traballo denominada COVID-19 incorporada na historia clínica electrónica, que se actualiza cunha periodicidade horaria. Se o médico responsable de transmitir esta información está ausente, será o xefe/coordinador de servizo quen xestionará a comunicación do resultado ao paciente.
- No momento no que a Central de seguimento de contactos (CSC) visualice na listaxe automatizada de “casos confirmados” un novo paciente con resultado positivo, contactará con el, para realizarlle unha enquisa epidemiolóxica e pedirlle a listaxe de contactos estreitos, ademais, xestionará unha cita telefónica en 24 horas co médico de atención primaria, para que sexa o propio médico quen lle comunique ao paciente o resultado da

2 -Calquera persoa que proporcionase coidados a un caso: persoal sanitario ou sociosanitario que non utilizou as medidas de protección adecuadas, membros familiares ou persoas que teñan outro tipo de contacto físico moi similar.  
-Calquera persoa que estivese no mesmo lugar que un caso, a unha distancia menor de 2 metros (ex. convivintes, visitas) e durante máis de 15 minutos.  
-Considérase contacto estreito nun avión, aos pasaxeiros situados nun radio de dous asentos arredor dun caso e á tripulación que tivese contacto con dito caso.

proba. Esta cita aparecerá na axenda correspondente coa observación “CSC. Resultado” e poderá verse na listaxe correspondente: *Mis pacientes citados para hoy, Pacientes citados en sala (sábados pola mañá) e Pacientes citados en PAC.*

- Cando o médico contacte cun caso confirmado para darlle o resultado da proba, informarao de que vai recibir unha chamada telefónica dende a CSC nas seguintes 24 horas, co fin de que a CSC contacte con eles e os avise de que teñen que iniciar a corentena.
- A notificación do caso sospeitoso/confirmado realizarase dun xeito automatizado.
- Se o resultado da PCR é negativo, o caso considerase descartado agás que persista unha alta sospeita clínica de COVID-19 que entón deberíase completar o circuíto de detección xa exposto no apartado 3.2. e no anexo 1.

### **Criterios de alta de illamento domiciliario de casos sospeitosos ou confirmados de COVID-19 na poboación xeral**

PACIENTE EN ILLAMENTO DOMICILIARIO QUE NON ESTIVO HOSPITALIZADO		
TIPO DE CASO	ALTA DE ILLAMENTO	
Caso sospeitoso	Resultado de probas negativo e ausencia de sintomatoloxía.	
Caso confirmado	Transcorridos 3 días desde a resolución da febre e do cadro clínico cun mínimo de 14 días desde o inicio dos síntomas	
PACIENTE EN ILLAMENTO DOMICILIARIO TRAS A ALTA HOSPITALARIA		
TIPO DE CASO	ALTA DE ILLAMENTO	
Caso confirmado á alta hospitalaria	PCR positiva á alta	Aos 14 días desde a alta hospitalaria, sempre que transcorresen 3 días desde a resolución da febre e o cadro clínico. Non precisa resultado de laboratorio negativo para suspender as medidas.
	Sen PCR á alta	
	PCR negativa e ausencia de síntomas respiratorios nos 3 días previos	Á alta hospitalaria

#### 4.3. Abordaxe dos contactos

- A intervención da CSC no que respecta aos contactos consistirá en: entrevíсталos, indicarlles o inicio e remate da corentena, así como realizar o seu seguimento diario. A CSC estará supervisada e asesorada polos servizos de Medicina Preventiva das Áreas Sanitarias.
- Os contactos estreitos realizarán a corentena durante 14 días desde a data de último contacto co caso. No suposto de ser convivintes e non poder realizar un illamento do caso confirmado nas condicións óptimas, a corentena do contacto prolongarase 14 días desde o final do illamento do caso.
- Cando durante a chamada telefónica diaria do CSC, detecte que un contacto presenta síntomas sospeitosos de SARS-CoV-2 durante a corentena, xestionará unha consulta telefónica en 24 horas para valoración clínica polo seu médico de atención primaria en xornada ordinaria de luns a sábado e para o médico do PAC os domingos e festivos. Esta cita aparecerá na axenda correspondente coa observación “CSC. Contacto”.
- Para os **contactos**, utilizarase o código CIAP-2 A23.19 (contactos de persoas con outras enfermidades víricas transmisibles).
- Dentro do apartado “listaxes de traballo” da historia clínica electrónica o médico de atención primaria terá accesible unha listaxe cos contactos identificados no seu cupo, por se desexa contactar con eles ademais da chamada diaria que fará o CSC.



ANEXO 1

