



Manejo en Atención Primaria de COVID-19 en Asturias

Versión 2.0. 11 de mayo de 2020

Este protocolo está en **revisión permanente** en función de la evolución y de la nueva información de que se disponga sobre la infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19).

Fuentes principales:

[Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de COVID-19. Indicadores de Seguimiento.](#)

Ministerio de Sanidad (6/5/2020).

[Manejo en atención primaria de pacientes con COVID-19.](#) Documento Técnico. Ministerio de Sanidad (17/3/2020)

[Manejo domiciliario del COVID-19.](#) Documento técnico. Ministerio de Sanidad (17/3/2020)

Índice

[Manejo en Atención Primaria de COVID-19 en Asturias](#)

1. [Procedimiento de actuación en Atención Primaria \[11/05/2020\]](#)
 - 1.1. [Detección de casos de infección activa por \(SARS-CoV-2\) \[11/05/2020\]](#)
 - 1.2. [Notificación y registro de casos \[11/05/2020\]](#)
 - 1.3. [Manejo de los casos \[11/05/2020\]](#)
 - 1.4. [Medidas dirigidas a la prevención y control de infección \(infografía 11\)](#)
 - 1.5. [Identificación y manejo de contactos](#)
2. [Atención de casos respiratorios](#)
 - 2.1. [Espacio y consulta de atención a casos respiratorios](#)
 - 2.2. [Procedimiento ante caso sospechoso en circuito respiratorio \(infografías 4-6\)](#)
 - 2.3. [Caso detectado en consulta no específica:](#)
 - 2.4. [Consulta telefónica de caso sospechoso \(infografías 4-6\)](#)
3. [Atención domiciliaria](#)
4. [Seguimiento del aislamiento domiciliario \(infografías 3, 7-10\)](#)
5. [Defunciones \[30/3/2020\]](#)
 - 5.1. [Emisión de certificados de defunción en casos COVID-19](#)
 - 5.2. [Manejo de cadáveres de casos de COVID-19](#)
6. [Incapacidad temporal \[13/4/2020\]](#)

[Anexo](#)

[Teléfonos de contacto para situaciones relacionadas con COVID-19](#)

Versión 2.0. Cambios señalados en el texto **[11/05/2020]**.

- Se modifican las clasificaciones (desaparece caso posible, se introduce caso sospechoso).
- Sistema de vigilancia de contactos estrechos.
- Cambio de duración de aislamiento (14 días tras 3 días sin síntomas ni fiebre).
- Notificación obligatoria de caso sospechoso.
- Realización de PCR solicitada por Atención Primaria en primeras 24 horas.
- Cambios introducidos por la *Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la Fase de Transición de la pandemia de COVID-19, de 6 de mayo* ([Ministerio de Sanidad](#))

1. Procedimiento de actuación en Atención Primaria [11/05/2020]

Según consta en la *Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la Fase de Transición de la pandemia de COVID-19, de 6 de mayo*, la fase de transición requiere disponer de capacidades estratégicas reforzadas en cuatro áreas: **asistencia sanitaria, vigilancia epidemiológica, identificación y contención precoz de fuentes de contagio y medidas de protección colectiva.**

La **detección precoz** de todos los casos compatibles con COVID-19 precisa reforzar las capacidades diagnósticas de la Atención Primaria (centradas en pruebas de PCR al inicio de síntomas).

La **monitorización** de la fase de transición requiere **sistemas de información epidemiológica** que proporcionen información diaria, para permitir una capacidad de análisis continuo y reacción rápida. Eso requiere un aumento de capacidad para la **Vigilancia Epidemiológica**, con una coordinación estrecha con Atención Primaria.

Además de los aspectos relacionados con la identificación de caso, su clasificación y manejo en Atención Primaria, se recoge su papel fundamental en la nueva estrategia de vigilancia, incorporando la **solicitud de prueba PCR en la primera consulta, notificación** inicial de los casos sospechosos y la coordinación con el **sistema de vigilancia de contactos.**

Respecto a la atención sanitaria de pacientes caso COVID-19, el procedimiento mantiene el énfasis en la **comunicación telefónica con el paciente ubicado en la consulta de aislamiento o en su domicilio**, siempre que se cumplan los criterios establecidos. El **seguimiento telefónico proactivo** (citando al paciente por el propio Equipo de Atención Primaria, o los Puntos de Atención Continuada) de casos sospechosos o confirmados ([infografía 1](#)), se mantiene como pieza clave en el control clínico y del aislamiento domiciliario.

1.1. Detección de casos de infección activa por (SARS-CoV-2) [11/05/2020]

Caso sospechoso:

Se considera **caso sospechoso** de infección por SARS-CoV-2 a cualquier persona con un cuadro

clínico de **infección respiratoria aguda**¹ de aparición súbita de cualquier gravedad que cursa, entre otros, con **fiebre, tos o sensación de falta de aire.**

Otros **síntomas atípicos** como la odinofagia, anosmia, ageusia, dolores musculares, diarreas, dolor torácico o cefaleas, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico.

A todo caso sospechoso de infección por el SARS-CoV-2 se le realizará una PCR en las primeras 24 horas. El Servicio de Salud establecerá los procedimientos para la solicitud de la prueba PCR desde Atención Primaria, y la llegada de resultados a los/las profesionales.

¹ La tos, fiebre y disnea siguen siendo indicadores y síntomas relevantes, pero no el único criterio clínico.

- Si la **PCR resulta negativa** y hay alta sospecha clínica de COVID-19 se repetirá la PCR a las 24-48 horas con una nueva muestra del tracto respiratorio². Con dos PCR negativas (siempre que la muestra se haya tomado de forma adecuada) dejaría de considerarse como sospecha de caso.
- Si la PCR sale positiva, se considera como un caso **confirmado con infección activa**.
- Si en el contexto de un estudio de contactos o un estudio de cribado, se detecta un caso con PCR positiva en un individuo asintomático éste se clasificará como **caso confirmado**.

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

Los casos sospechosos con PCR negativa e IgM también negativa (por una técnica serológica tipo ELISA, no por un test rápido), si esta prueba se ha realizado, en los que no hay una alta sospecha clínica, se considerarán **casos descartados**.

En pacientes que tienen un curso leve de infección, el pico de la carga viral en muestras nasales y orofaríngeas ocurre durante los primeros 5-6 días tras el inicio de síntomas y **prácticamente desaparece al día 10**. Si bien en algunos pacientes se detecta virus más allá del día 10, la carga viral es del orden de 100-1.000 veces menor, lo cual sugeriría una baja capacidad de transmisión en estos días. Además, se ha podido demostrar la ausencia de virus infectivo (no crecimiento del virus en cultivos) con cargas virales por debajo de 10^5 copias por torunda. Esto parece indicar, que en personas con síntomas leves, **más allá de la primera semana tras el inicio de síntomas, la probabilidad de transmitir la infección a otros sería muy baja**, incluso cuando el virus aún es detectable mediante PCR.

Se puede concluir que de acuerdo con la evidencia existente, la transmisión de la infección ocurriría fundamentalmente en la primera semana de la presentación de los síntomas, desde 1-2 días antes hasta 5-6 días después. En los casos más graves esta transmisión sería más intensa y más duradera.

Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Información científica técnica. Ministerio de Sanidad. Actualización; 17 de abril 2020.

1.2. Notificación y registro de casos [11/05/2020]

El Servicio de Vigilancia Epidemiológica debe obtener diariamente la información sobre los casos sospechosos y confirmados tanto en atención primaria como en hospitalaria del sistema público y privado así como de los servicios de prevención.

En la **primera atención** se cumplimentará en el protocolo de OMI-AP que se activa al abrir un episodio COVID-19 un **conjunto de datos básicos**. Estos se explotarán por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, con notificación diaria al Ministerio de Sanidad.

Los médicos de los Equipos de Atención Primaria (EAP), Servicios de Atención Continuada (SAC) y Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) registraran cada CASO COVID-19 según los **códigos** indicados por el Servicio de Salud, en episodios que deben incluir la fecha de inicio de síntomas y la fecha del alta en su parte descriptiva.

² Las muestras recomendadas para el diagnóstico por PCR son un exudado nasofaríngeo (preferiblemente) y/o orofaríngeo.

Las muestras clínicas deben ser tratadas como potencialmente infecciosas y se consideran de categoría B. Si requieren transporte fuera del centro sanitario o domicilio a un laboratorio, serán transportadas en triple embalaje por los procedimientos habituales descritos en el.

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

1.3. Manejo de los casos [11/05/2020]

Atención Primaria es el nivel asistencial que detectará la mayor parte de los **casos sospechosos**, a los que les **solicitará PCR en la primera consulta** e indicará aislamiento a la espera de resultado.

Además, en el protocolo de notificación de OMI-AP, anotará información básica (nombre y apellidos y, siempre que sea posible, número de teléfono) de los **contactos estrechos**, recomendando directamente o a través de la persona caso COVID-19, cuarentena domiciliaria a la espera del resultado.

En los casos que no requieran ingreso hospitalario y sean manejados en el ámbito de atención primaria, se indicará **aislamiento domiciliario**.

El aislamiento se mantendrá hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un **mínimo de 14 días desde el inicio de los síntomas**. En los casos asintomáticos el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos 14 días desde la fecha del diagnóstico.

El seguimiento será supervisado por el equipo de medicina y enfermería responsable, hasta que el médico de familia indique el momento del alta. El documento de referencia es el *Procedimiento de atención y seguimiento domiciliario de casos de COVID-19 en Asturias*, disponible en [Astursalud](#).

- En los pacientes COVID-19 que requieren seguimiento, se registrará dicha **actividad de seguimiento** en el protocolo de OMI-AP disponible para ello.

1.4. Medidas dirigidas a la prevención y control de infección (infografía 11)

Las medidas dirigidas a la prevención y control siguen las recomendaciones y las precauciones establecidas para el manejo de los pacientes en investigación, probables o confirmados: **precauciones estándar, precauciones de contacto y precauciones de transmisión por gotas** y, si se van a producir aerosoles, **precauciones de transmisión aérea**.

El personal que atienda a casos COVID-19 (sospechosos, probables o confirmados) o las personas que entren en la estancia de aislamiento **deben llevar Equipo de Protección Individual (EPI)** para la **prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto**.

El **EPI (infografías 11-16)** se colocará antes de entrar en estancia o consulta donde está el paciente. Una vez finalizada la actividad con el paciente, el EPI se eliminará dentro de la consulta, excepto la protección respiratoria, que se retirará fuera de la misma. Se debe cumplir una estricta higiene de manos antes y después del contacto con el paciente y del uso del EPI. En la [web Astursalud](#) se puede acceder a procedimiento de colocación y retirada de EPI.

Se debe realizar la **limpieza y desinfección de las superficies** con las que ha estado en contacto el paciente y/o sus secreciones. La limpieza y desinfección se realizará con un desinfectante incluido en la política de limpieza y desinfección del centro sanitario. Estos virus se inactivan tras 5 minutos de contacto con desinfectantes de uso por el público en general, como la lejía o con una solución de hipoclorito sódico que contenga 1000 ppm de cloro activo (dilución 1:50 de una lejía con concentración 40-50 gr/litro preparada recientemente). El personal de limpieza utilizará el **equipo de protección individual adecuado** dependiendo del nivel de riesgo que se considere en cada situación.

Se deben seguir los **protocolos de descontaminación, mantenimiento y eliminación de residuos** utilizados habitualmente para otro tipo de microorganismos con el riesgo de propagación y mecanismo de transmisión

similar. Los residuos se consideran residuos de Clase III o como residuos Biosanitarios Especiales (se considerarán como residuo Biosanitario Especial del Grupo 3.

1.5. Identificación y manejo de contactos

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

Se considerará como **contacto estrecho** a [11/05/2020]:

- Cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso: personal sanitario o sociosanitario que no han utilizado las medidas de protección adecuadas, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar.
- Cualquier persona que haya estado **en el mismo lugar que un caso**, a una **distancia menor de 2 metros** (ej. convivientes, visitas) y durante más de **15 minutos**.

El periodo a considerar a una persona contacto estrecho será **desde 2 días antes del inicio de síntomas del caso hasta el momento en el que el caso es aislado**. En los casos asintomáticos confirmados por PCR, los contactos se buscarán desde 2 días antes de la fecha de diagnóstico.

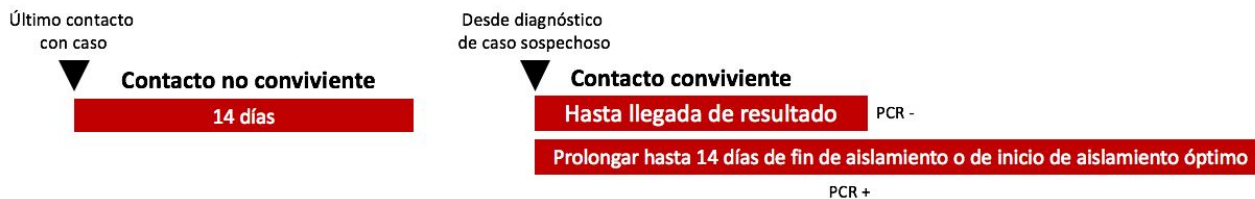
Cualquier persona asintomática que cumpla la definición de contacto estrecho de un caso confirmado deberá ser informada y se iniciará vigilancia, siguiendo los protocolos establecidos. En caso de convivientes se iniciará el seguimiento desde el momento de la detección del caso confirmado.

Sistema de vigilancia de contactos [11/05/2020]

En cada Área Sanitaria existirá un **equipo de vigilancia de contactos estrechos, dependiente de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Salud** y coordinado con Atención Primaria:

- El/la profesional de medicina de familia anotará en el protocolo de notificación de caso COVID-19 de OMI-AP datos básicos (nombre y apellidos y, siempre que sea posible, número de teléfono) de los **contactos estrechos**. Recomendará directamente o a través de la persona caso COVID-19 cuarentena domiciliaria y autovigilancia de síntomas y fiebre, a la espera del resultado de la prueba PCR solicitada.
- Los resultados de la prueba PCR solicitados deberán llegar **antes de 24 horas** desde el momento de la petición, que se hará con el primer contacto con el paciente **caso sospechoso**. Una vez que reciba el resultado de PCR positiva, o ante una alta sospecha con PCR negativa, **informará** a la persona caso COVID-19 del resultado, y se comunicará telefónicamente con el **responsable de vigilancia de contactos** asignado a su Zona Básica de Salud (ZBS).

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



La persona responsable de vigilancia de contactos se comunicará con el paciente CASO COVID-19 y realizará el **estudio de contactos**, a partir del cual se llevará a cabo la información y la **vigilancia activa** de las personas asintomáticas que cumplan la definición de contacto estrecho de un caso confirmado.

Si durante los 14 días de cuarentena desarrollara síntomas, **pasará a ser considerado caso sospechoso** (creando nuevo episodio en OMI-AP), deberá hacer autoaislamiento inmediato en el lugar de residencia y contactar de forma urgente con su Centro de Salud o con el 112 si presenta síntomas de gravedad.

Los servicios de prevención de riesgos laborales serán los encargados de establecer los mecanismos para la investigación y seguimiento de los contactos estrechos en el ámbito de sus competencias, de forma coordinada con el Sistema de Vigilancia epidemiológica.

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

Para situaciones específicas existen los documentos *Guía de actuación frente a COVID-19 en los profesionales sanitarios y socio-sanitarios* (Ministerio de Sanidad), *Procedimiento para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2 (COVID-19)* (Ministerio de Sanidad) y el documento *Prevención y control frente a COVID-19 en residencias de mayores y centros sociosanitarios* (Consejería de Salud).

2. Atención de casos respiratorios

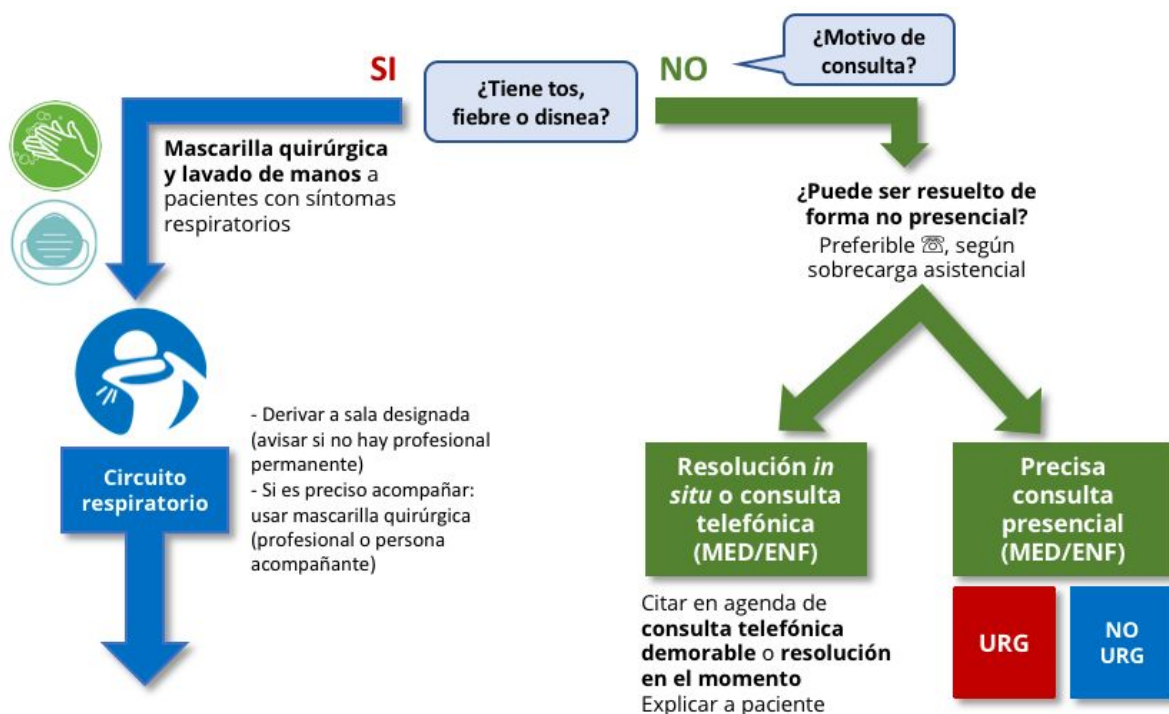
2.1. Espacio y consulta de atención a casos respiratorios

Siempre que sea posible, se designará un área de espera asociada a consultas para casos respiratorios, dispuesta para pacientes ya clasificados inicialmente ([infografía 2](#)) como compatibles con caso COVID-19. Se utilizará el **EPI** que se determine según riesgo, y se colocará antes de entrar en la consulta del circuito de casos respiratorios.

Una vez finalizada la actividad con todos los pacientes, el EPI se eliminará dentro de la habitación, excepto la protección respiratoria, que se retirará fuera de la misma.

Un modelo de **atención telefónica desde la consulta adyacente**, constituye una opción segura y resolutive para pacientes con cuadro clínico leve, llamando al móvil del paciente o al de la consulta de aislamiento donde está el paciente, evitando el contacto directo. En la consulta debe estar preparado el **material escrito** sobre medidas de aislamiento domiciliario.





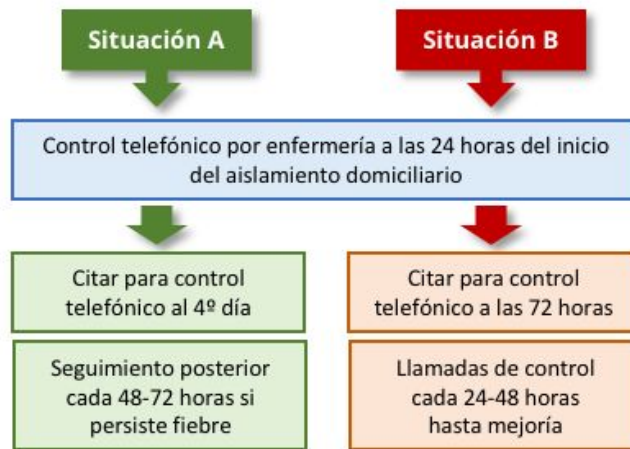
Consulta de circuito respiratorio: Se procurará que tenga **consulta auxiliar comunicada**, donde estarán los EPIs y contenedor para desechar protección respiratoria al salir de la consulta de aislamiento. La silla se dispondrá para que el paciente se siente mirando a un lado. Materiales:

- Fonendo, termómetro y pulsioxímetro
- Solución hidroalcohólica.
- Contenedor de EPI.
- Ordenador con acceso a OMI-AP

2.2. Procedimiento ante caso sospechoso en circuito respiratorio (infografías 4-6)

- **Paciente que cumple criterios de caso sospechoso, y criterios clínicos de derivación.**
Se procederá a través de llamada al 112, para traslado.
- **Paciente que cumple criterios de caso sospechoso, con criterios de aislamiento domiciliario.**
A todo caso sospechoso de infección por el SARS-CoV-2 se le realizará una PCR en las primeras 24 horas **[11/05/2020]**.

Revisar criterios y pautas de seguimiento domiciliario en PROTOCOLO ATENCIÓN CORONAVIRUS de OMI-AP (o *Procedimiento de atención y seguimiento domiciliario de casos de COVID-19*): situación A y situación B.



Se valorará si cumple criterios para guardar correctamente las medidas de aislamiento domiciliario, según situación de su **vivienda, contexto y capacidades**.

- a) ¿Vive solo/a?
 b) ¿Tiene a su cargo alguna persona mayor o dependiente?
 c) ¿Tiene familia o alguna persona que le ayude en la limpieza, compra, elaboración de la comida?

Si la respuesta a las dos primeras preguntas es afirmativa (sí), o la respuesta a la tercera pregunta es negativa (no), **se enviará interconsulta a la Unidad de Trabajo Social sanitario** del centro de salud de referencia de la persona atendida.

En caso de identificar dificultades para el aislamiento domiciliario relacionadas con situación social, vivienda o capacidades, se contactará con profesional de **Trabajo Social**, que realizará valoración vía telefónica, y evaluación de criterios para mantener aislamiento en alguno de los recursos específicos habilitados³. Si se decide aislamiento domiciliario:

- Explicar y dar hoja de recomendaciones (**infografías 9 y 10**). Se le informará de recursos en Astursalud, si se considera adecuado para las capacidades del paciente.
- El paciente realizará higiene de manos, y saldrá con mascarilla, directamente a su domicilio.
- **Citar en agenda de enfermería** correspondiente, para primera llamada de seguimiento domiciliario. Si procede, citar en 24-48 horas en agenda de SAC para seguimiento telefónico de enfermería.
- Si procede, y en horario de EAP, tramitar la **Incapacidad Temporal**⁴, explicando procedimiento (entrega sin necesidad de consulta presencial).

2.3. Caso detectado en consulta no específica:

Existe la posibilidad de que un paciente llegue como una consulta ordinaria, y en la evaluación se detecten síntomas de caso COVID-19. En ese caso:

³ En el supuesto que no hubiese Unidad de Trabajo Social sanitario en el centro de salud, se contactará con la **coordinadora de Trabajo Social sanitario del Área Sanitaria** que corresponda o, en su defecto, con el jefe o jefa del Servicio de Atención al Ciudadano del Área Sanitaria correspondiente, para que traslade el caso a la Unidad de Trabajo Social sanitario del hospital.

⁴ El Servicio de Inspección del SESPA ha habilitado el correo electrónico incapacidadtemporal.coronavirus@sespa.es, para resolver dudas al respecto.

- Entregar mascarilla inmediatamente.
- Si es un cuadro leve, protegerse con guantes y mascarilla y, a distancia mayor de 2 metros, se le conducirá al circuito respiratorio.
- Inmovilizar consulta hasta limpieza, para poder continuar actividad ordinaria.

2.4. Consulta telefónica de caso sospechoso (infografías 4-6)

Si el paciente refiere **síntomas respiratorios graves**, o afectación general, o sintomatología de **descompensación grave** de enfermedad crónica basal, se realizará traslado, por medio de 112, informando que se trata de un caso sospechoso de COVID-19.

Ante cambios clínicos dudosos o signos o síntomas moderados, **se considerará valoración domiciliaria** antes de decidir derivación o aislamiento domiciliario.

Ante un paciente que consulta refiriendo **sintomatología leve**, llevaremos a cabo atención vía telefónica, teniendo en cuenta que:

- Se evaluará el **riesgo de complicaciones** según comorbilidad y situación clínica y la capacidad de autocuidados y aislamiento en domicilio.
- Se cumplimentará el protocolo de notificación de OMI-AP y se solicitará PCR, que deberá realizarse en las primeras 24 horas **[11/05/2020]**.
- Se le informará de medidas de aislamiento y su duración (**cuando se cumpla el tercer día de la resolución de la fiebre y del cuadro clínico, con un mínimo de 14 días desde el inicio de síntomas [11/05/2020]**) y, si se ve adecuado, de la forma de acceso a la información en Astursalud (banner 'Información Coronavirus' > Consejos de aislamiento y gestión de residuos).
- Se le **citará al día siguiente** para seguimiento telefónico por enfermería.

Resumen de recomendaciones adaptadas a PAC [11/05/2020]

En los PAC con alta demanda asistencial, se recomienda:

- Implementar triaje a la puerta del centro, con cola en el exterior siempre que sea posible y selección para circuito respiratorio y circuito común.
 - Se les aportará a los pacientes mascarilla quirúrgica e higiene de manos si hay síntomas respiratorios.
 - El profesional de área administrativa citará al paciente, pudiendo existir una agenda específica COVID.
- En el circuito respiratorio habrá un espacio específico de espera y una consulta donde se atenderán solamente casos con síntomas compatibles (tos, fiebre o disnea)
- En el circuito común se atenderán al resto de los casos.
- Si detectan un caso sospechoso, se abrirá el episodio correspondiente, cumplimentando los datos del protocolo de notificación y solicitando la PCR según el circuito establecido en el área sanitaria.

3. Atención domiciliaria

Las consultas de casos sospechosos se resolverán **vía telefónica o se realizará valoración domiciliaria, según criterios clínicos (infografías 4-6, 16)**, indicando derivación en caso de síntomas de alarma, especialmente si se asocia a situación de riesgo.

4. Seguimiento del aislamiento domiciliario (infografías 3, 7-10)

El personal de enfermería llamará a los pacientes según situación clínica y factores de riesgo a los pacientes que estén en aislamiento domiciliario como caso COVID-19, **citando en la agenda correspondiente** según organización del centro, para los siguientes controles.

- Debe hacerse llamada de seguimiento a las 24 horas de iniciar aislamiento domiciliario, y posteriormente en función de lo recomendado en el *Procedimiento de atención y seguimiento domiciliario de casos confirmados por SARS-CoV-2 (COVID-019)* y en caso de alta hospitalaria ([infografía 17](#)), *Seguimiento de pacientes con COVID-19 tras el alta hospitalaria* [13/4/2020].
- Si se identifican dificultades para el aislamiento domiciliario relacionadas con situación social, vivienda o capacidades, se contactará con profesional de **Trabajo Social Sanitario**.

5. Defunciones

5.1. Emisión de certificados de defunción en casos COVID-19

Para la emisión de los correspondientes **certificados de defunción**, en los casos sospechosos de infección por Covid-19 en el medio comunitario sin confirmación analítica, debe consultarse la información registrada en la historia clínica electrónica OMI-AP acerca de posibles síntomas respiratorios o codificación como caso sospechoso.

Si es así, se procederá a certificar como causa Inicial o fundamental⁵ de la muerte: COVID-19 NO CONFIRMADO o SOSPECHA DE INFECCIÓN POR CORONAVIRUS, completando los apartados de causa inmediata y causas intermedias según criterio médico. En el apartado otros procesos deberán recogerse las patologías o comorbilidades que conllevan un mayor riesgo de desarrollar enfermedad grave si existieran.

En los casos de COVID-19 confirmado mediante test de laboratorio, la Causa Fundamental deberá recogerlo de la siguiente manera: COVID-19 CONFIRMADO. Estos casos **deben comunicarse de forma urgente al Servicio de Vigilancia**, preferentemente por vía telefónica al sistema de Alertas a través del 112.

5.2. Manejo de cadáveres de casos de COVID-19

El cadáver debe de ser transferido lo antes posible al depósito después del fallecimiento. Las personas que participen en el traslado del cadáver deben utilizar un Equipo de Protección Individual similar al utilizado para la atención a los casos. El cadáver debe introducirse en una bolsa sanitaria estanca biodegradable y de traslado, en la misma habitación de aislamiento donde se encuentre. Esta bolsa, una vez cerrada y con el cadáver en su interior, se deberá pulverizar con desinfectante de uso hospitalario o con una solución de hipoclorito sódico que contenga 5.000 ppm de cloro activo (dilución 1:10 de una lejía con concentración 40- 50 gr/litro preparada recientemente).

Una vez que el cadáver esté adecuadamente empacado en la bolsa, se puede sacar sin riesgo para conservarlo en el depósito mortuario, colocarlo en un ataúd para llevarlo al tanatorio, enviarlo al crematorio o realizar el entierro.

⁵ Comunicado del GCCOM sobre las Certificaciones de Defunción en general y en los casos con Covid-19 [28/03/2020](#)

6. Incapacidad temporal

Criterios para el alta epidemiológica y alta laboral de los casos de COVID-19

Tipo de caso	Resultado PCR	Alta epidemiológica ⁶	Alta laboral
Infección respiratoria leve sin hospitalización	No realizado*	Cuando se cumpla el tercer día de la resolución de la fiebre y del cuadro clínico, con un mínimo de 14 días desde el inicio de síntomas.	Puede incorporarse a actividad laboral tras alta epidemiológica, tras valoración de situación clínica por médico responsable.
	PCR positiva		
Infección respiratoria moderada/grave con hospitalización	No realizado*	14 días desde alta hospitalaria siempre que el cuadro clínico se haya resuelto	
	PCR positiva		
	PCR negativa al alta hospitalaria	No precisa aislamiento domiciliario	
* A partir del 11 de mayo, todos los casos sospechosos deberían tener realizada una prueba PCR antes de las 24 horas desde su valoración en el dispositivo asistencial correspondiente.			

En el [anexo-infografía 18](#), se describe procedimiento en trabajador incluido en grupos vulnerables definidos por el Ministerio de Sanidad. En cualquier caso, para emitir baja laboral por profesional facultativo de Atención Primaria será preciso **informe previo** por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la empresa, estableciendo exposición laboral e imposibilidad de cambio de puesto de trabajo.

⁶ Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2). Actualizado a 11 de abril de 2020.

Anexo

Teléfonos de contacto para situaciones relacionadas con COVID-19

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
SPRL	79993	74999	72688	37980/38993	70594	50311/50312	79419	52077
Equipo gestor de casos	Secretaría (59335) 72302 (busca, a partir de 15:00)	Directora de Enfermería (72106)	ACA (23033/72484) Técnico de Salud (24214/74128)	37142/70504	DASSP (79583) Secretaría (80205)	Supervisora Enfermería (72102)	DASSP (58318)	Técnico de Salud Pública (55340)
Solicitud de PCR COVID-19	Según el circuito establecido en cada área sanitaria							
Dudas IT COVID-19 (profesionales)	incapacidadtemporal.coronavirus@sespa.es							
Medicina Interna (para dudas de alta hospitalaria)	75732	70819	70886	72782 (9 a 14)	72442 (Infecciosas) 74718 (MI)	50247	Secretaría (58530/58529)	78751
SIVE	985106504/985106323 (Lu-Vi 8:00 a 15:00); Alertas de Salud Pública (24 horas) 77503							
OTROS	Teléfonos de información CORONAVIRUS: 984 100 400 y 900 878 232 Apoyo psicológico profesionales y población general: 900 925 112							