

Rastreo de contactos: gestión de la salud pública de las personas, incluidos los profesionales sanitarios, que hayan estado en contacto con casos de COVID-19 en la Unión Europea — segunda actualización.

8 de abril de 2020

Información general

En el presente documento se describen las principales fases del rastreo de contactos, que incluyen la identificación, el listado y el seguimiento de los contactos, en el contexto de la respuesta al COVID-19.

La gestión de los contactos se basa en las pruebas más recientes disponibles, como se expone a continuación.

- Los cálculos actuales sugieren un período medio de incubación de cinco a seis días, con un intervalo de uno a catorce días. Un reciente estudio de construcción de modelos confirmó que sigue siendo prudente considerar un período de incubación de hasta catorce días [1,2].
- Un caso puede ser infeccioso hasta 48 horas antes de la aparición de los síntomas. Un estudio reciente comunicó que el 12,6 % de los informes de casos indicaban una transmisión presintomática [3]. Además, la proporción de transmisión presintomática se ha deducido a través de la construcción de modelos y se calculó — en presencia de medidas de control — que estaba en torno al 48 % y el 62 % en Singapur y China (datos de Tianjin), respectivamente [4]. Otros estudios no han mostrado una diferencia significativa en la carga viral en pacientes asintomáticos y sintomáticos, lo que indica el potencial de transmisión del virus de pacientes asintomáticos [5-7].
- Se cree que la transmisión tiene lugar principalmente a través de las gotículas respiratorias y el contacto directo con personas infectadas, y por contacto indirecto con superficies u objetos del entorno inmediato [8]. Los estudios experimentales recientes realizados en condiciones muy controladas han demostrado la supervivencia de SARS-CoV-2 en distintas superficies, así como en aerosol. Se han descrito diferentes niveles de contaminación ambiental en las salas de pacientes con COVID-19 [9-11].
- Hasta el 10 % de los casos notificados en China [12] y hasta el 9 % de los casos en Italia se encontraron entre trabajadores sanitarios [13]. Es probable que los brotes hospitalarios desempeñen un papel importante en la amplificación de los brotes locales y afectan de manera desproporcionada a las poblaciones de personas mayores y vulnerables.

Ámbito del documento

El presente documento tiene por objeto ayudar a las autoridades sanitarias de la UE/EEE en el rastreo y gestión de las personas, incluidos los profesionales sanitarios, que hayan tenido contacto con casos de COVID-19. Debe aplicarse en combinación con medidas no farmacéuticas, según proceda [14].

Objetivo de la localización de los contactos

El objetivo de identificar y gestionar los contactos de los casos de COVID-19 probables o confirmados es identificar rápidamente los casos secundarios que puedan surgir tras la transmisión desde los casos primarios conocidos para intervenir e interrumpir su posterior transmisión. Esto se logra a través de:

- la identificación rápida de los contactos de un caso probable o confirmado de COVID-19;
- la facilitación de contactos con información sobre la «autocuarentena» y con medidas adecuadas de higiene de las manos y de protocolo respiratorio, y asesoramiento sobre lo que hay que hacer si se presentan síntomas;
- pruebas analíticas a su debido tiempo para todos aquellos que presenten síntomas.

El rastreo de los contactos es una medida esencial para luchar contra la pandemia actual de COVID-19, junto con la investigación y detección de los casos activos, y en sinergia con otras medidas, como el distanciamiento físico. Cada país tendrá que adaptar su respuesta a la situación epidemiológica local y con arreglo a los recursos disponibles. La aplicación rigurosa de medidas de rastreo de los contactos durante el período en que solo se observen casos puntuales puede reducir la transmisión posterior y tener un gran impacto en la propagación del brote. No obstante, si lo permiten los recursos, también deberá considerarse su aplicación en zonas geográficas de transmisión generalizada. Aunque no se identifiquen o rastreen todos los contactos de cada caso, el rastreo de los contactos puede seguir contribuyendo a reducir la transmisión junto con otras medidas como el distanciamiento físico [15-17].

Las nuevas pruebas de la respuesta en China y Singapur han indicado que el rastreo eficaz de los contactos ayudó a reducir el tiempo desde la aparición de síntomas hasta el aislamiento y puede haber reducido considerablemente la probabilidad de transmisión en curso [18,19]. También se han utilizado el rastreo y la cuarentena de los contactos durante los períodos de amplia transmisión en Wuhan y Corea del Sur, junto con una serie de medidas [12,20]. El rastreo de los contactos también contribuye a una mejor comprensión de la epidemiología del COVID-19.

Los países de la UE/EEE que siguen teniendo un **número limitado de casos** deben centrar sus esfuerzos de salud pública en la identificación de los casos y en el rastreo de sus contactos.

En los países con una **amplia transmisión** en algunas regiones, pero con poca transmisión en otras, el rastreo de los contactos desempeña un papel fundamental a la hora de contener el brote en estas zonas menos afectadas y en entornos cerrados (por ejemplo, prisiones, residencias de ancianos). El rastreo de los contactos debe seguir considerándose en zonas de difusión más amplia, siempre que sea posible, y junto con medidas de distanciamiento físico. Si los recursos son limitados, se deben localizar primero los contactos de alto riesgo de cada caso detectado (contactos cercanos) y los contactos que sean trabajadores sanitarios o trabajen con poblaciones vulnerables, seguidos de todos los contactos de exposición de bajo riesgo que sea posible [21]. En las zonas con una circulación amplia del virus, el rastreo de los contactos debe incluir, como mínimo, los casos que aparezcan en entornos específicos, como los centros de cuidados a largo plazo, las prisiones, los campos de refugiados, etc., para reducir la transmisión y mitigar el impacto sobre las poblaciones vulnerables. Además, debe realizarse un rastreo de los contactos si se trata del caso de un trabajador sanitario, centrándose en los contactos en hospitales o en medicina general, a fin de identificar rápidamente a las personas potencialmente vulnerables expuestas. Sin embargo, aunque no se aplique en todos los casos en que se observe una transmisión muy amplia, el rastreo de los contactos debe aplicarse de forma generalizada en cuanto disminuya la transmisión en la población.

En el caso de los países que hayan aplicado estrictas medidas de **distanciamiento físico** durante un período de tiempo para intentar interrumpir la cadena de transmisión del virus, las medidas de detección de casos, incluido el rastreo de contactos, son una prioridad una vez **levantadas las medidas de distanciamiento físico**, a fin de reducir el riesgo de una nueva escalada. Durante los períodos de confinamiento, los países deben tener como objetivo revisar los sistemas de salud pública existentes para determinar la aplicación y el calendario óptimos de refuerzo de las medidas de rastreo de los contactos.

El ECDC ha publicado un informe técnico sobre los recursos necesarios para las actividades de rastreo, cuarentena y seguimiento de los contactos [21]. Al final de este documento se describen algunas medidas de ahorro de recursos.

Definición del término «persona de contacto»

Un contacto con un caso de COVID-19 es cualquier persona que haya estado en contacto con un caso de COVID-19 (cuadro 1) en un intervalo de tiempo comprendido entre 48 horas antes del inicio de los síntomas del caso y 14 días después de la aparición de los síntomas.

Si el caso no presenta síntomas, una persona de contacto se define como alguien que haya estado en contacto con el caso en un plazo que va desde las 48 horas anteriores a la toma de la muestra que llevó a la confirmación hasta 14 días después de la toma de la muestra.

El riesgo de infección asociado depende del nivel de exposición, que, a su vez, determinará el tipo de gestión y seguimiento (cuadro 1) [22].

Cuadro 1. Clasificación del contacto por nivel de exposición

Exposición de alto riesgo (contacto cercano)	Exposición de bajo riesgo
<p>Una persona:</p> <ul style="list-style-type: none"> que haya tenido contacto directo con un caso de COVID-19 a menos de dos metros de distancia durante más de quince minutos; que haya tenido contacto físico con un caso de COVID-19; que haya estado en contacto directo y desprotegido con secreciones infecciosas de un caso de COVID-19 (por ejemplo, que le hayan tosido encima); que haya estado en un entorno cerrado (por ejemplo, el domicilio, un aula, sala de reuniones, sala de espera de un hospital, etc.) con un caso de COVID-19 durante más de quince minutos; En un avión, sentado a menos de dos asientos (en cualquier dirección) del caso de COVID-19, compañeros de viaje o personas que cuiden, y miembros de la tripulación que presten servicio en la sección del avión en la que estaba sentado el caso «índice» [23] (si la gravedad de los síntomas o el movimiento del caso indicasen una mayor exposición, podrán considerarse contactos cercanos a los pasajeros sentados en toda la sección o todos los pasajeros del avión); Un trabajador sanitario u otra persona que cuide de un caso de COVID-19, o trabajadores de laboratorio que manipulen muestras de un caso de COVID-19, sin los EPI recomendados o con una posible violación de los EPI [24]. 	<p>Una persona:</p> <ul style="list-style-type: none"> que haya tenido contacto directo con un caso de COVID-19 a menos de dos metros de distancia durante menos de quince minutos; que haya estado en un entorno cerrado con un caso de COVID-19 durante menos de quince minutos; que haya viajado junto con un caso de COVID-19 en cualquier medio de transporte*; Un trabajador sanitario u otra persona que cuide de un caso de COVID-19, o trabajadores de laboratorio que manipulen muestras de un caso de COVID-19, y que lleve el EPI recomendado [24].

* Excepto si viajaba en un avión según lo especificado en el punto pertinente de la columna de la izquierda.

Una mayor duración del contacto se supone que aumenta el riesgo de transmisión; el límite de quince minutos se ha seleccionado arbitrariamente a efectos prácticos. Las autoridades sanitarias públicas pueden considerar a algunas personas que tuvieron un contacto de menor duración con el caso como exposiciones de alto riesgo, basándose en evaluaciones del riesgo individual.

El uso de solo una parte del equipo de EPI recomendado aumenta la exposición de los trabajadores sanitarios, lo que incrementa el riesgo.

Pasos clave tras la detección de un caso

Identificación y lista de contactos

Inmediatamente después de la identificación de un caso confirmado o probable, las siguientes etapas para el rastreo de contactos por las autoridades sanitarias públicas son:

- Entrevistar al caso para recabar información sobre la historia clínica y posibles contactos que hayan tenido lugar desde 48 horas antes del inicio del síntoma hasta que se aisló el caso. Esto debería llevarse a cabo a través de una llamada telefónica siempre que sea posible. Los casos pueden estar hospitalizados y posiblemente en estado grave; en tales circunstancias, el personal hospitalario o el médico que les trata puede ayudar a recoger información directamente del propio caso o de familiares cercanos.
- Rastrear los contactos y clasificarlos como exposiciones de alto riesgo («contacto cercano») o de bajo riesgo, como se describe en el cuadro 1. También debe recabarse información sobre si el contacto pertenece a uno de los grupos de riesgo de COVID-19 grave, o si trabaja con poblaciones vulnerables (por ejemplo, atendiendo a personas de edad avanzada o a personas inmunodeprimidas).

- Organización de las pruebas para los contactos sintomáticos de SARS-CoV-2 (véase [la página web del ECDC sobre apoyo de laboratorio para el COVID-19](#) y [las recomendaciones de la OMS para la estrategia de pruebas](#)).
- Localización y comunicación con los contactos identificados, con información sobre medidas adecuadas para el control de las infecciones, seguimiento de los síntomas y otras medidas cautelares, como la necesidad de cuarentena.

Seguimiento de contactos

En función del nivel de riesgo de exposición, las personas y las autoridades sanitarias públicas deberán considerar varias medidas (cuadro 2).

Las autoridades sanitarias públicas deben supervisar activamente los contactos de exposición de alto riesgo, mientras que los contactos de bajo riesgo podrían vigilarse ellos mismos para detectar los síntomas, respetando al mismo tiempo las medidas de distanciamiento físico y evitando los desplazamientos. Se debe considerar la cuarentena en el caso de los contactos de alto riesgo [14]. En caso de que aparezcan síntomas de la enfermedad, debe aislarse inmediatamente a los contactos y solicitar asesoramiento médico, preferentemente por teléfono en primer lugar, siguiendo siempre las recomendaciones de las autoridades nacionales o locales.

Cuadro 2. Medidas clave para la gestión de los contactos

Medidas	Exposición de alto riesgo (contacto cercano)	Exposición de bajo riesgo
Individuales	<p>Durante un período de catorce días a partir de la última exposición a un caso de COVID-19, se aconsejará a los contactos de alto riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cuarentena en su domicilio, si es posible*. Si no fuese posible, respetar las medidas de distanciamiento físico y evitar desplazamientos; • autocontroles diarios de síntomas compatibles con COVID-19, como fiebre de cualquier tipo, tos, fatiga o dificultad para respirar; • medir y registrar la temperatura todos los días (los contactos deben evitar la utilización de medicamentos que reduzcan la fiebre unas horas antes de medirse la temperatura); • estar localizables por las autoridades sanitarias públicas; • implantar una rigurosa higiene de las manos y un protocolo respiratorio; • autoaislarse inmediatamente en caso de presentar síntomas y solicitar asesoramiento médico, preferiblemente primero por teléfono, siguiendo las recomendaciones de las autoridades nacionales o locales. 	<p>Durante un período de catorce días a partir de la última exposición, se recomienda a los contactos de bajo riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • autocontroles diarios de síntomas compatibles con COVID-19, como fiebre de cualquier tipo, tos, fatiga o dificultad para respirar; • respetar las medidas de distanciamiento físico y evitar los desplazamientos; • implantar medidas rigurosas para la higiene de las manos y un protocolo respiratorio; • autoaislarse inmediatamente en caso de presentar síntomas y solicitar asesoramiento médico, preferiblemente primero por teléfono, siguiendo las recomendaciones de las autoridades nacionales o locales.
Autoridades sanitarias públicas	<p>Durante un período de catorce días a partir de la última exposición a un caso de COVID-19:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento activo de los contactos (por ejemplo, llamadas telefónicas diarias, correos electrónicos, mensajes de texto). Se puede animar a los contactos a que también se pongan en contacto de forma proactiva con las autoridades sanitarias públicas en cuando presenten cualquier síntoma compatible, fuera del seguimiento programado; • pruebas en contactos que presenten síntomas compatibles con COVID-19, si es posible** <ul style="list-style-type: none"> • si la prueba es negativa, continuar con las medidas individuales durante un período de catorce días a partir de la última exposición; • si la prueba es positiva, notificar el caso e iniciar el rastreo de contactos. 	<p>Durante un período de catorce días a partir de la última exposición de bajo riesgo a un caso de COVID-19:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar a los contactos de bajo riesgo a que se pongan en contacto de forma proactiva con las autoridades sanitarias públicas si presentan síntomas compatibles; • Si el contacto presenta síntomas compatibles con COVID-19, seguir los mismos pasos que con los contactos de alto riesgo. <p>Sobre la base de las evaluaciones de los riesgos individuales, las autoridades sanitarias públicas pueden considerar la posibilidad de excluir a los contactos de exposición de bajo riesgo de trabajar si lo hacen con poblaciones vulnerables (por ejemplo, las personas que prestan cuidados a personas de edad avanzada).</p>

* Véase el informe técnico del ECDC relativo a la «Prevención y control en el hogar de las personas con sospecha o confirmación de enfermedad por coronavirus (COVID-19)» [25].

** Véase el ECDC, «Guía para el alta y el fin del aislamiento en el contexto de una transmisión amplia en la comunidad de COVID-19 — primera actualización» [26].

Consideraciones relativas a los recursos

El rastreo de los contactos puede requerir un uso intensivo de recursos. Cada país tendrá que adaptar su intensidad de rastreo de los contactos a la situación epidemiológica local y conforme a los recursos disponibles. Estos recursos podrán reforzarse mediante la contratación de personal no médico, incluidos voluntarios, si puede ofrecerse suficiente protección de datos, formación y supervisión. También pueden considerarse otros recursos disponibles, como la contratación de centros de atención de llamadas creados para otros fines. Las medidas que puedan ayudar a ahorrar recursos incluyen el paso a un régimen de autocontrol para los contactos cercanos en vez de las llamadas diarias, o la introducción de una aplicación o de otro instrumento en internet para ayudar a la supervisión [27,28]. Para poder facilitar la ampliación del rastreo de los contactos, también podrá localizarse a los contactos e informarles mediante mensajes de texto en vez de llamadas telefónicas [28]. La OMS ha desarrollado la herramienta [Go.Data tool](#) que permite un rastreo más eficiente y efectivo de los contactos; la herramienta posibilita un seguimiento rápido de los contactos, visualizar las cadenas de transmisión y compartir los datos.

Si los recursos son demasiado limitados para realizar pruebas en los contactos sintomáticos, se aconsejará a todos los contactos sintomáticos que se autoaislen y se gestionarán como un caso [26].

Utilización de los datos de rastreo de contactos para documentar la respuesta

Deben recopilarse los datos sobre las investigaciones de rastreo de los contactos y analizarse a nivel local o nacional para aprender de las investigaciones y documentar la respuesta. Los ejemplos incluyen comprender las tasas de transmisión y de ataque, la identificación y la documentación de los entornos en los que tiene lugar la transmisión, y comprender la eficacia de las diferentes medidas paliativas, como el distanciamiento físico.

En el anexo figura un algoritmo para la gestión de los contactos de los casos de COVID-19 probables o confirmados.

Expertos del ECDC que han contribuido (por orden alfabético)

Cornelia Adlhoch, Andrew J Amato-Gauci, Agoritsa Baka, Orlando Cenciarelli, Bruno Ciancio, Stefania De Angelis, Tarik Derrough, Erika Duffell, Lina Nerlander, Pasi Penttinen, Daniel Palm, Diamantis Plachouras, Emmanuel Robesyn, Ettore Severi, Gianfranco Spiteri, Bertrand Sudre, Carl Suetens, Phillip Zucs.

Bibliografía

1. Chinese Center for Disease Control and Prevention. Epidemic update and risk assessment of 2019 novel coronavirus. Beijing: CCDC; 2020. Available from: <http://www.chinacdc.cn/yvrdqz/202001/P020200128523354919292.pdf>.
2. Backer JA, Klinkenberg D, Wallinga J. Incubation period of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infections among travellers from Wuhan, China, 20–28 January 2020. *Eurosurveillance*. 2020;25(5).
3. Du Z, Xu X, Wu Y, Wang L, Cowling BJ, Meyers LA. Serial interval of COVID-19 among publicly reported confirmed cases. *Emerging infectious diseases*. 2020;26(6).
4. Ganyani T, Kremer C, Chen D, Torneri A, Faes C, Wallinga J, et al. Estimating the generation interval for COVID-19 based on symptom onset data. *medRxiv*. 2020:2020.03.05.20031815.
5. Han Y, Yang H. The transmission and diagnosis of 2019 novel coronavirus infection disease (COVID-19): A Chinese perspective. *Journal of Medical Virology*.n/a(n/a).
6. Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, et al. SARS-CoV-2 viral load in upper respiratory specimens of infected patients. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(12):1177-9.
7. Cereda D, Tirani M, Rovida F, Demicheli V, Ajelli M, Poletti P, et al. The early phase of the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy 2020. Available from: <https://arxiv.org/abs/2003.09320v1>.
8. World Health Organization (WHO). Modes of transmission of virus causing COVID-19: implications for IPC precaution recommendations. Geneva: WHO; 2020 [accessed 27 March 2020]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>.
9. van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *New England Journal of Medicine*. 2020.
10. Cheng VCC, Wong S-C, Chen JHK, Yip CCY, Chuang VWM, Tsang OTY, et al. Escalating infection control response to the rapidly evolving epidemiology of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) due to SARS-CoV-2 in Hong Kong. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2020:1-24.
11. Santarpia JL, Rivera DN, Herrera V, Morwitzer MJ, Creager H, Santarpia GW, et al. Transmission potential of SARS-CoV-2 in viral shedding observed at the University of Nebraska Medical Center. *medRxiv*. 2020:2020.03.23.20039446.
12. World Health Organization (WHO). Report of the WHO–China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>.
13. Istituto superiore di sanità. Sorveglianza integrata COVID-19 in Italia: Aggiornamento 22 marzo 2020. Rome: Istituto superiore di sanità; 2020. Available from: https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Infografica_22marzo%20ITA.pdf.
14. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Guidelines for the use of non-pharmaceutical measures to delay and mitigate the impact of 2019-nCoV. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/novel-coronavirus-guidelines-non-pharmaceutical-measures_0.pdf.
15. Hellewell J, Abbott S, Gimma A, Bosse NI, Jarvis CI, Russell TW, et al. Feasibility of controlling 2019-nCoV outbreaks by isolation of cases and contacts. *medRxiv*. 2020.
16. Keeling MJ, Hollingsworth TD, Read JM. The efficacy of contact tracing for the containment of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *medRxiv*. 2020.
17. Peak CM, Kahn R, Grad YH, Childs LM, Li R, Lipsitch M, et al. Modeling the comparative impact of individual quarantine vs. active monitoring of contacts for the mitigation of COVID-19. *medRxiv*. 2020.
18. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet*. 2020 2020/02/15;395(10223):507-13.
19. Bi Q, Wu Y, Mei S, Ye C, Zou X, Zhang Z, et al. Epidemiology and transmission of COVID-19 in Shenzhen China: Analysis of 391 cases and 1 286 of their close contacts. *medRxiv*. 2020.

20. Choe YJ. Coronavirus disease-19: Summary of 2 370 contact investigations of the first 30 cases in the Republic of Korea. medRxiv. 2020.
21. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Resource estimation for contact tracing, quarantine and monitoring activities in the EU/EEA [internet]. Stockholm: ECDC; 2020 [accessed 11 March 2020]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/resource-estimation-contact-tracing-quarantine-and-monitoring-activities-covid-19>.
22. World Health Organization (WHO). Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts [internet]. Geneva: WHO; 2020 [accessed 4 February 2020]. Available from: [https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts).
23. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft (RAGIDA) – Middle east respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV). Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/infectious-diseases-transmitted-on-aircrafts-ragida-risk-assessment-guidelines.pdf>.
24. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Infection prevention and control for the care of patients with 2019-nCoV in healthcare settings 2020 [accessed 20 February 2020]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-care-patients-2019-ncov-healthcare-settings>.
25. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Infection prevention and control in the household management of people with suspected or confirmed coronavirus disease (COVID-19) [accessed 31 March 2020]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-control-household-management-covid-19>.
26. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Guidance for discharge and ending isolation in the context of widespread community transmission of COVID-19 - first update) [accessed 8 April 2020]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-guidance-discharge-and-ending-isolation-first%20update.pdf>.
27. TheJournal.ie. 80 defence forces cadets are being trained in Covid-19 contact tracing [internet]. Dublin: TheJournal.ie; 13 March 2020 [accessed 23 March 2020]. Available from: <https://www.thejournal.ie/defence-forces-cadets-trained-in-coronavirus-contact-tracing-5046020-Mar2020/>.
28. Personal communication, 23 March 2020: Greg Martin, specialist in public health medicine, Health Service Executive, Ireland.

Anexo

Algoritmo para la gestión de los contactos de los casos de COVID-19 probables o confirmados.

