

<sup>1</sup> Nerea García Gómez  
<sup>2</sup> María Enriqueta Alfaro Aroca  
<sup>3</sup> Pilar Córcoles Jiménez  
<sup>4</sup> Juana Vinuesa Picazo  
<sup>5</sup> Otilia Gómez López

## Seguimiento de casos COVID-19 por enfermeras de Vigilancia Epidemiológica y disminución de ingresos hospitalarios

<sup>1</sup> Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Enfermera. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

<sup>4</sup> Coordinadora de Equipos de Atención Primaria. Enfermera. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

<sup>2</sup> Subdirectora de Enfermería de Atención Primaria. Enfermera. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

<sup>5</sup> Coordinadora de Programas de Atención Primaria. Enfermera. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

<sup>3</sup> Supervisora del Área de Investigación y Formación Continuada. Enfermera. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

Dirección de contacto: negarciagomez@sescam.jccm.es

### Cómo citar este artículo:

García Gómez N, Alfaro Aroca ME, Córcoles Jiménez P, Vinuesa Picazo J, Gómez López O. Seguimiento de casos COVID-19 por enfermeras de Vigilancia Epidemiológica y disminución de ingresos hospitalarios. *RIdEC* 2021; 14(2):33-40.

**Fecha de recepción:** 20 de junio de 2021.

**Aceptada su publicación:** 21 de octubre de 2021.

### Resumen

**Objetivo:** describir la vigilancia epidemiológica realizada por las enfermeras de Vigilancia Epidemiológica de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete y la contribución a la disminución de los ingresos hospitalarios relacionados con la COVID-19.

**Método:** se trata de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, llevado a cabo en el área sanitaria de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete entre agosto de 2020 y febrero de 2021, y en el que se incluyen pacientes diagnosticados de COVID-19 y los considerados contactos estrechos de estos.

**Resultados:** en el periodo de estudio fueron diagnosticadas de COVID-19 un total de 16.679 personas, de las cuales entre el 4,8% y el 10,25% requirieron ingreso hospitalario. Las enfermeras de Vigilancia Epidemiológica realizaron además el seguimiento de un total de 35.254 contactos estrechos.

**Conclusiones:** la labor que llevan a cabo las enfermeras de Vigilancia Epidemiológica supone, desde la aparición de su figura, una alta garantía de trazabilidad de los casos y la contención de la pandemia de COVID-19.

**Palabras clave:** infecciones por coronavirus; COVID-19; epidemiología; servicios de vigilancia epidemiológica; hospitalización; enfermería en salud comunitaria.

### Abstract

#### Follow-up for COVID-19 cases by Epidemiological Monitoring nurses and reduction in hospital admissions

**Objective:** to describe the follow-up conducted by Epidemiological Monitoring nurses from the Integrated Care Management of Albacete, and its contribution to the reduction in hospital admissions associated with COVID-19.

**Method:** an observational, descriptive and retrospective study, conducted in the healthcare area covered by the Integrated Care Management of Albacete between August 2020 and February 2021, and including patients diagnosed with COVID-19 and their close contacts.

**Results:** during the study period, 16,679 persons were diagnosed with COVID-19; between 4.8% and 10.25% of them required hospital admission. The Epidemiological Monitoring nurses also conducted follow-up for 35,254 close contacts.

**Conclusions:** the task conducted by the Epidemiological Monitoring nurses, since this concept appeared, has ensured a high guarantee of case traceability, and the containment of the COVID-19 pandemic.

**Key words:** coronavirus infections; COVID-19; epidemiology; Epidemiological Monitoring Units; hospitalization; Community Health Nursing.

## Introducción

El síndrome respiratorio agudo severo causado por el coronavirus SARS-CoV-2 es una de las enfermedades infecciosas emergentes más importantes en la actualidad. En diciembre de 2019 empezaron a reportarse casos de un nuevo tipo de neumonía en la ciudad de Wuhan (China); el 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró oficialmente la epidemia de COVID-19 como emergencia de Salud Pública internacional y el 11 de marzo la reconoció como pandemia (1,2).

La COVID-19 está causada por un virus denominado SARS-CoV-2, coronavirus de tipo beta, subgénero sarbecovirus y subfamilia *Orthocoronaviridae* (1). Los primeros casos de COVID-19 en Europa se registraron en Alemania, Francia, Italia y España. Antes del 26 de febrero de 2020 solo había cinco casos confirmados en España, pero una semana más tarde los casos ascendieron a 2.611. En pocos meses la pandemia se extendió a todo el planeta, afectando duramente a Europa, aunque siendo los países con mayor número de afectados Estados Unidos, Brasil, Rusia e India; la tendencia actual muestra que está aumentando en países africanos y del sur de Asia, produciéndose el mayor número de muertes en Estados Unidos y América Latina (1).

La infección por SARS-CoV-2 se puede dividir en tres etapas: 1) Periodo de incubación asintomático, con o sin virus detectable, que puede variar entre 7 y 14 días, con una media de 5 a 7; 2) Periodo sintomático leve, con virus detectable; 3) Periodo sintomático grave, con alta carga viral (1). No todos los pacientes desarrollan la enfermedad de la misma forma. Entre los síntomas más habituales se encuentran tos, fiebre, diarrea, fatiga y en los casos más graves, dificultad respiratoria y neumonía (1). Se ha calculado que un 80% de los infectados de COVID-19 pasa la enfermedad de manera asintomática, y del resto, un 40% lo hace de forma leve y el otro 60% presenta síntomas respiratorios, en un 15% de los casos severos y en un 5% colocando al paciente en una situación crítica (3).

Globalmente España ha sido uno de los países con mayores tasas de contagios y mortalidad, con cifras de fallecidos a finales de octubre de 2020 de 36.000 personas según los datos del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. La edad de los pacientes seguramente fuera avanzada, pues los datos del INE sitúan el exceso de mortalidad atribuible a la COVID-19 entre marzo y octubre de 2020 en alrededor de 60.000 personas (2).

Con motivo de la situación tan grave y excepcional acontecida en el mundo por la aparición del SARS-CoV-2 se hizo necesaria en España la aplicación de medidas para proteger la salud de la población, contener la progresión de la enfermedad y disminuir el impacto en el sistema sanitario. El gobierno español aprobó el 14 de marzo de 2020 el RD 463/2020 declarando el estado de alarma para la gestión de la situación de emergencia sanitaria originada por COVID-19 (2), situación que se prolongó hasta el 21 de junio, aunque hubo un alivio progresivo de la estricta limitación de la movilidad en el mes de mayo. A partir de junio los casos experimentaron un aumento progresivo y exponencial en la mayoría de las comunidades autónomas, con un repunte generalizado de contagios que situó tanto a España, como al resto de Europa, en una "segunda ola" pandémica (2).

Desde su inicio, la pandemia ha causado una profunda crisis sanitaria por la enorme cantidad de pacientes que han debido ser atendidos, lo que ha provocado que en los momentos de mayor incidencia los servicios sanitarios se hayan visto sobrepasados y que hayan existido debilidades importantes en cuanto a dotación de utillaje, equipamientos e instalaciones adecuadas para el tratamiento efectivo del paciente y la protección de los profesionales (4). Uno de los principales problemas en los momentos iniciales fue la adjudicación de camas en UCI para los pacientes cuya condición clínica empeoraba, y a pesar de que en España las camas de críticos se aumentaron hasta en un 300%, la capacidad se vio sobrepasada en ciertas ciudades o comunidades autónomas durante la primera oleada de la pandemia (4).

Desde el punto de vista del control de la propagación es fundamental identificar y aislar a los pacientes asintomáticos, que por su condición pueden propagar el virus sin saberlo (1,3). Existen varias pruebas para el diagnóstico de la infección activa (PDIA), como la técnica de RT-PCR (reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa) y la prueba rápida de detección de antígenos (1,6). Entre las medidas recomendadas para la prevención y contención de la COVID-19 destacan las medidas higiénicas (desinfección con etanol al 96% de las manos al estar en contacto con superficies probablemente contaminas o lavado con agua y jabón cuando exista la posibilidad (5)), las medidas de distanciamiento entre personal (mínimo de dos metros para evitar la contaminación con microgotas (5)) y uso de mascarillas (5).

La pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2 ha sido, y continúa siendo, el mayor desafío para la salud conocido en el último siglo (7), suponiendo la detección precoz de casos compatibles con la COVID-19 uno de los puntos claves para controlar la transmisión (6). La rapidez y globalidad de la propagación hacen que sea de suma importancia la identificación temprana

de posibles casos, su aislamiento y la detección de contactos (1). El papel de la Atención Primaria ha sido determinante, pues entre un 80-85% de los pacientes tuvo su primer contacto con el sistema sanitario durante la primera ola, actividad que ha sido aún más intensa en la segunda ola, al asumir las funciones de rastreo epidemiológico y realización de pruebas diagnósticas (2).

Desde mayo de 2020 el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha cuenta con una nueva figura: la enfermera de Vigilancia Epidemiológica (EVE). Enmarcada en el ámbito de la Atención Primaria, y bajo la coordinación de la Delegación Provincial de Sanidad y de la Gerencia Asistencial a la que pertenece, la enfermera de Vigilancia Epidemiológica lleva a cabo el trabajo de identificación y seguimiento de contactos de casos diagnosticados de COVID-19, siguiendo las directrices del Ministerio de Sanidad y la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. Dentro de sus funciones destaca la identificación y contención precoz de fuentes de contagio, lo que incluye el aislamiento de casos y la cuarentena y el seguimiento de contactos estrechos (6), así como la educación sanitaria consistente en medidas de higiene, distanciamiento y protección personal (7). La Gerencia de Atención Integrada de Albacete cuenta con enfermeras de Vigilancia Epidemiológica distribuidas por todos los Centros de Salud de su área sanitaria, presentes tanto en días laborales como festivos y en turnos de mañana y tarde.

El objetivo del presente estudio es describir la vigilancia epidemiológica realizada por las enfermeras de Vigilancia Epidemiológica de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete y su contribución a la disminución de los ingresos hospitalarios relacionados con la COVID-19.

## Material y método

**Diseño:** estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. **Ámbito:** área sanitaria de la Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Albacete, entre el 24 de agosto de 2020 y el 14 de febrero de 2021.

**Población y muestra:** pacientes diagnosticados de COVID-19 y contactos estrechos de estos, sin ningún criterio de exclusión.

**Variables:** número de casos confirmados con prueba diagnóstica de infección activa positiva (PDIA+), número de contactos estrechos identificados para los casos, número de pacientes que acudieron a Urgencias hospitalarias, número de pacientes que ingresaron en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, número de pacientes citados en las agendas de Vigilancia Epidemiológica. Todos los datos se presentan agrupados por semanas.

**Recogida de datos:** los datos provienen de los informes efectuados por la Dirección Asistencial de la GAI de Albacete a efectos de gestión de recursos.

**Análisis de datos:** el análisis se realizó mediante metodología cuantitativa (análisis descriptivo con frecuencias absolutas y relativas).

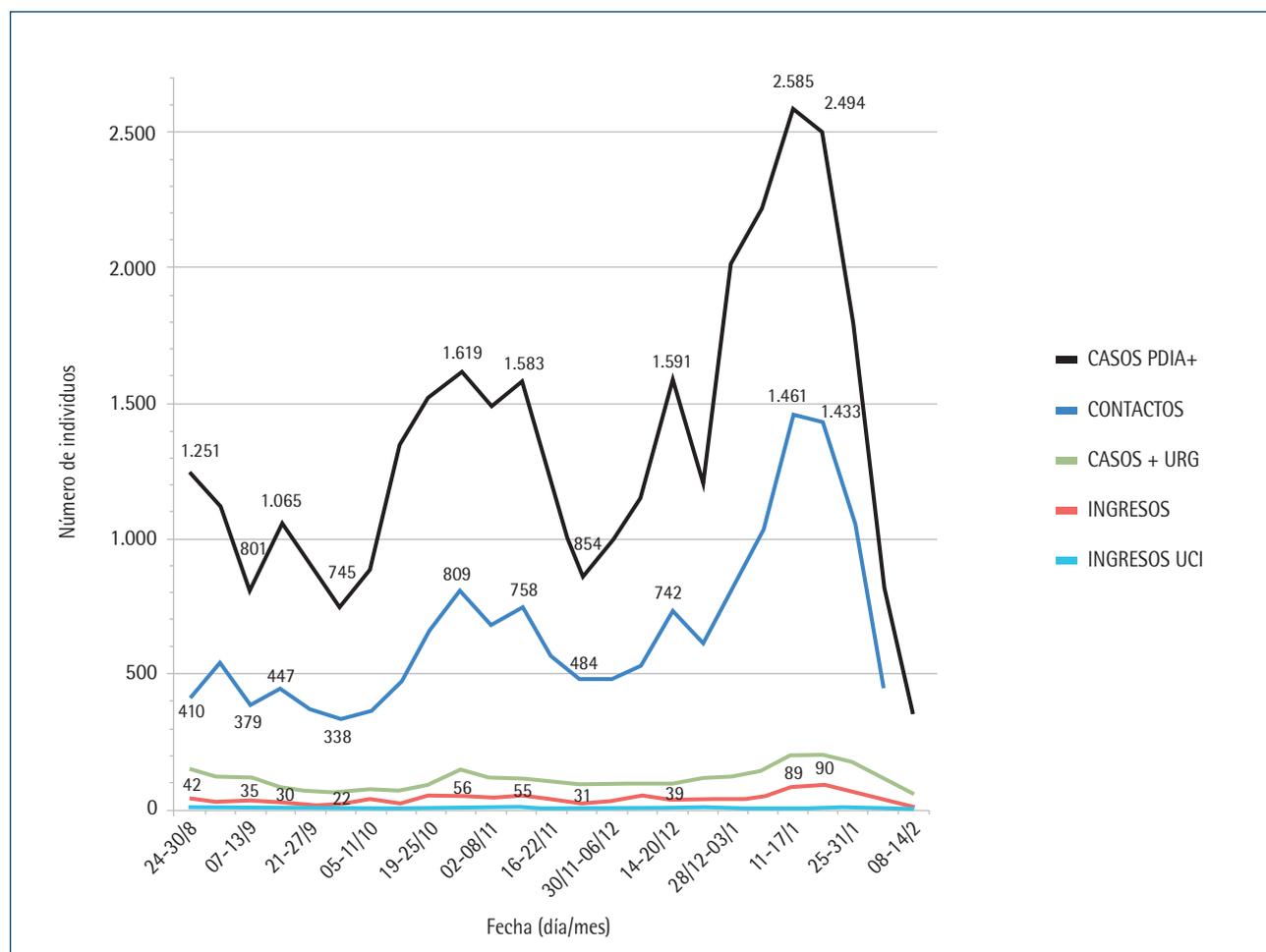
**Aspectos éticos:** el presente estudio se ha llevado a cabo cumpliendo la Ley 14/2007 de investigación biomédica y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Dado que se trata de datos agregados, que no pueden ser relacionados con los pacientes individuales, no se ha considerado solicitar consentimiento informado.

## Resultados

El número de enfermeras de Vigilancia Epidemiológica (EVE) en la Gerencia de Atención Integrada de Albacete fue de 23 entre el 3 y el 16 de agosto, 28 en la semana del 17 al 23 de agosto, 31 en la semana del 24 al 30 de agosto, 34 entre el 31 de agosto y el 13 de septiembre, y 45 a partir del 14 de septiembre hasta el 25 de octubre, incrementándose desde el 26 de octubre a 52, cifra que se ha mantenido hasta el 14 de febrero.

Los casos confirmados con PDIA+ entre el 10 de agosto de 2020 y el 14 de febrero de 2021 fueron 16.679 y los contactos estrechos identificados en el seguimiento por las enfermeras de Vigilancia Epidemiológica (EVE) en el mismo periodo 35.254. Entre el 24 de agosto de 2020 y el 14 de febrero de 2021 acudieron a Urgencias del Hospital General Universitario de Albacete 2.935 pacientes con PDIA+, de los que 1.100 fueron ingresados.

La evolución de todos estos datos puede verse representada en el Gráfico 1, donde pueden apreciarse los dos picos máximos que marcan las dos olas de la pandemia que han tenido lugar durante el periodo del estudio, en las que el número total de ingresos hospitalarios se ha mantenido por debajo de 90 pacientes.



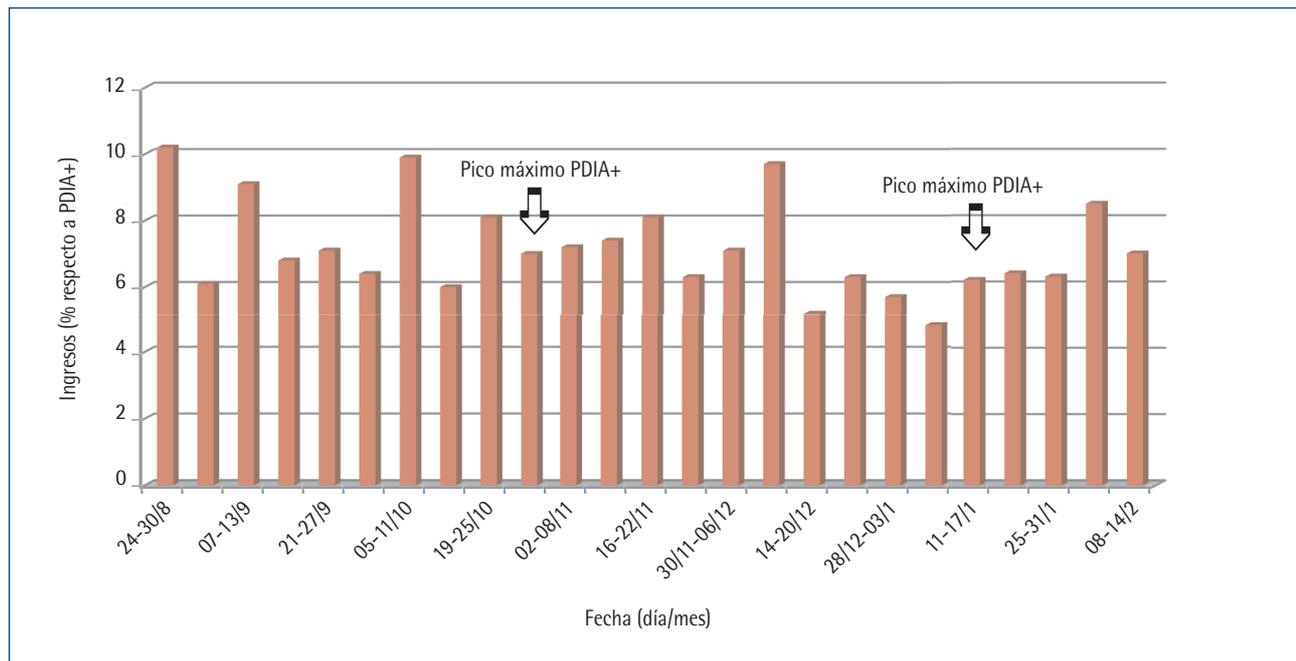
**Gráfico 1.** Evolución de datos relativos a COVID-19 en la GAI de Albacete durante el periodo comprendido entre el 24 de agosto de 2020 y el 14 de febrero de 2021

En cuanto al porcentaje de pacientes diagnosticados de COVID-19 que requirieron de ingreso hospitalario en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete en dicho periodo, la cifra osciló entre el 4,8% y el 10,25% del total de diagnosticados, tal y como puede apreciarse en el Gráfico 2, con un valor promedio del 7,12% de los diagnosticados. Puede comprobarse que el porcentaje de ingresos hospitalarios no aumenta durante los máximos de las dos olas de la pandemia acontecidas durante el periodo del estudio.

La ratio de casos confirmados con PDIA+ y de contactos estrechos seguidos por número de enfermeras de Vigilancia Epidemiológica puede verse detallada en la Tabla 1.

## Discusión

A la vista de los resultados se aprecia que no se produjo un incremento de los ingresos coincidiendo con los dos máximos de la pandemia que tuvieron lugar durante el periodo del estudio, lo que mostraría la eficacia de la vigilancia epidemiológica y del seguimiento clínico de los pacientes realizado desde Atención Primaria. Resulta destacable también que el número de personas diagnosticadas de COVID-19 que requirieron de ingreso hospitalario en ningún momento del periodo comprendido superó el 10,25%, o lo que es lo mismo: al menos el 89,75% de los pacientes diagnosticados permaneció en el ámbito comunitario y en sus domicilios durante el transcurso de la infección.



**Gráfico 2.** Porcentaje de ingresos hospitalarios por pacientes con PDIA+ durante el periodo comprendido entre el 24 de agosto de 2020 y el 14 de febrero de 2021

**Tabla 1.** Ratio de casos con PDIA+ y contactos estrechos seguidos por número de enfermeras de Vigilancia Epidemiológica (EVE) durante el periodo comprendido entre el 24 de agosto de 2020 y el 14 de febrero de 2021

FECHA*	EVE	CASOS PDIA+	CONTACTOS	CASOS PDIA+/EVE	CONTACTOS/EVE
24-30/8	31	410	1.251	13,23	40,35
31/8-06/9	34	543	1.120	15,97	32,94
07-13/9	34	379	801	11,15	23,56
14-20/9	45	447	1.065	9,93	23,67
21-27/9	45	367	889	8,16	19,76
28/9-04/10	45	338	745	7,51	16,56
05-11/10	45	365	887	8,11	19,71
12-18/10	45	470	1.352	10,44	30,04
19-25/10	45	677	1.524	15,04	33,87
26/10-01/11**	52	809	1.619	15,56	31,13
02-08/11	52	675	1.486	12,98	28,58
09-15/11	52	758	1.583	14,58	30,44
16-22/11	52	563	1.174	10,83	22,58
23-29/11	52	484	854	9,31	16,42
30/11-06/12	52	486	989	9,35	19,02
07-13/12	52	539	1.159	10,37	22,29

**Tabla 1.** Ratio de casos con PDIA+ y contactos estrechos seguidos por número de enfermeras de Vigilancia Epidemiológica (EVE) durante el periodo comprendido entre el 24 de agosto de 2020 y el 14 de febrero de 2021 (*continuación*)

FECHA*	EVE	CASOS PDIA+	CONTACTOS	CASOS PDIA+/EVE	CONTACTOS/EVE
14-20/12	52	742	1.591	14,27	30,60
21-27/12	52	616	1.203	11,85	23,13
28/12-03/1	52	812	2.019	15,62	38,83
04-10/1	52	1.041	2.223	20,02	42,75
11-17/1**	52	1.461	2.585	28,10	49,71
18-24/1	52	1.433	2.494	27,56	47,96
25-31/1	52	1.080	1.809	20,77	34,79
01-07/2	52	457	815	8,79	15,67
08-14/2	52	203	351	3,90	6,75

\*Día/mes. \*\*Pico máximo PDIA+

Entre el 5 y el 18 de enero de 2021 la provincia de Albacete contaba con el 74,9% de casos con trazabilidad, figurando así entre las provincias con mayor rastreo de contactos y siendo superior al de otras provincias, tanto similares en densidad de población (Salamanca, trazabilidad del 38,2%) como similares en incidencia acumulada en los últimos siete días (Cáceres, trazabilidad del 57,7%) (8). La vigilancia es la piedra angular para controlar la pandemia de COVID-19, tal y como concluye una reciente revisión de artículos (9). La mejora del rastreo de casos asintomáticos (que en la segunda oleada han supuesto un 51,6% del total) ha permitido detener una de las causas de transmisión comunitaria silente (2).

El refuerzo de personal en Atención Primaria es imprescindible para poder realizar con garantías de éxito el estudio de contactos en la COVID-19 de acuerdo con los resultados de una revisión de estudios publicada recientemente (10). Las prioridades para hacer frente a la pandemia y post-pandemia pasan, como proponen OMS-Europa y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD), por reforzar la Atención Primaria con inversiones, recursos humanos y medidas que faciliten la coordinación de cuidados, su actuación universal y de proximidad y su capacidad de resolución (11).

En España, las actuaciones de intervención deben ser adoptadas respetando la distribución de competencias entre las comunidades autónomas (7). En el caso de la Comunidad de Madrid, por ejemplo, las labores de vigilancia epidemiológica se encuentran distribuidas: ante un diagnóstico de COVID-19 en Atención Primaria las Unidades de Apoyo Covid realizan la detección de contactos convivientes y derivan, si así se precisa, la realización de las pruebas diagnósticas de infección activa a un punto centralizado (12). Posteriormente, profesionales de Salud Pública identifican y estudian los contactos sociales y laborales (12). Dichas unidades de apoyo cuentan con distintos perfiles de profesionales sanitarios: fisioterapeutas, higienistas dentales, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y farmacéuticos, los cuales realizan su función en edificios independientes de los centros de salud (12).

Por su parte, la Gerencia de Atención Integrada de Albacete ha apostado desde el principio por la figura de la enfermera como eje de la vigilancia epidemiológica, integrada en el equipo de Atención Primaria de la Zona Básica de Salud y en continuo contacto con la Delegación Provincial de Sanidad. Ante un paciente con síntomas compatibles con COVID-19, el médico solicita la realización de una PDIA que confirme/descarte la sospecha de infección y el paciente es citado con la enfermera de Vigilancia Epidemiológica de su centro de salud. La EVE realiza una primera llamada telefónica para la cumplimentación de la encuesta epidemiológica, llevar a cabo educación sanitaria e indicar aislamiento domiciliario hasta el resultado de la PDIA. Si la PDIA resulta positiva y se confirma la infección, la enfermera contactará de nuevo con el paciente para actualizar la encuesta epidemiológica e identificar todos los contactos estrechos, tanto en el ámbito social como

laboral o escolar (estos dos últimos en coordinación con Epidemiología). La EVE localizará además a todos los contactos estrechos para indicarles su condición como tal y explicar las medidas a seguir para la realización de cuarentena, así como solicitar PDIA en los casos que la estrategia lo indique. Durante el periodo de cuarentena y al final de esta contactará telefónicamente de nuevo con los contactos estrechos para la valoración de su estado clínico, cumplimiento de la cuarentena y notificar, en caso de que la persona continúe asintomática, su finalización.

En trazabilidad por provincia, Madrid contaba con un 15,3% de trazabilidad entre el 5 y el 18 de enero de 2021, que comparada con la de la provincia de Albacete (74,9%) (8) resulta significativamente inferior.

El Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria pone de manifiesto la necesidad de potenciar la capacidad resolutoria de las enfermeras en la gestión de cuidados, en especial, entre otros, en actividades de salud comunitaria y de promoción de la salud (13). Tal y como expresa Ferrer-Arnedo (14), es el momento de diseñar estrategias que contemplen la competencia enfermera demostrada y evaluada.

## Conclusiones

La labor que realizan las enfermeras de Vigilancia Epidemiológica ha sido fundamental desde su aparición, coincidente con el proceso de desescalada de la primera ola de la pandemia, y hasta el día de hoy, ya que continúan siendo un verdadero escudo contra la COVID-19, tanto en el ámbito familiar como en el social y laboral. Por otra parte, la labor realizada ha contribuido a optimizar la atención hospitalaria, evitando ingresos innecesarios y garantizando un control clínico y un estrecho seguimiento epidemiológico de los pacientes en sus domicilios.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Bibliografía

- [1] Infantes Esteban S. Pandemia de COVID-19 en el siglo XXI. Revista de Derecho, Empresa y Sociedad (REDS). [internet] 2020 [citado 8 nov 2021]; 16:79-98. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7631164>
- [2] Molero García JM, Arranz Izquierdo J, Gutiérrez Pérez MI. COVID-19 en España. ¿cómo hemos llegado hasta aquí? Aten Primaria. 2020; 52(10):676-79. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.10.003>
- [3] Berrazueta Fernández JM. Las enfermedades que produce el coronavirus. An RANM. 2020; 137(02):161-73. <http://doi.org/10.32440/ar.2020.137.02.rev08>
- [4] Miró O, Alquézar-Arbé A, Llorens P, Martín-Sánchez FJ, Jiménez S, Martín A, et al. Comparación de las características demográficas y comorbilidad de los pacientes con COVID-19 fallecidos en hospitales españoles, en función de si ingresaron o no en Cuidados Intensivos. Med Intensiva. 2021; 45:14-26. <http://doi.org/10.1016/j.medin.2020.09.002>
- [5] Rojas Jaime JE. Propuesta Integral Para Prevención y Contención de la Propagación del SARS-Cov2. Archivos de Medicina. [internet] 2020 [citado 8 nov 2021]; 16(3). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7527346>
- [6] Ministerio de Sanidad. Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19. Actualizado a 26 de febrero de 2021 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [citado 8 nov 2021]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19\\_Estrategia\\_vigilancia\\_y\\_control\\_e\\_indicadores.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf)
- [7] Ministerio de Sanidad. Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19. 16 de julio de 2020 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [citado 8 nov 2021]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19\\_Plan\\_de\\_respuesta\\_temprana\\_escenario\\_control.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Plan_de_respuesta_temprana_escenario_control.pdf)

- [8] Ministerio de Sanidad. Indicadores principales de seguimiento de COVID-19. Fecha de informe: 21-ene.-2021 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [citado 8 nov 2021]. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/informe\\_covid\\_es\\_publico\\_2021-01-21.pdf](https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/informe_covid_es_publico_2021-01-21.pdf)
- [9] Ibrahim NK. Epidemiologic surveillance for controlling Covid-19 pandemic: types, challenges and implications. *J Infect Public Health*. [internet] 2020 [citado 8 nov 2021]; 13(11):1630-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876034120306031?via%3Dihub>
- [10] Bellmunt JM, Caylà JA, Millet JP. Estudio de contactos en infectados por SARS CoV-2. El papel fundamental de la Atención Primaria y de la Salud Pública. *Semerger*. 2020; 46(1):55-64. <http://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.06.001>
- [11] Ares-Blanco S, Astier-Peña MP, Gómez-Bravo R, Fernández-García M, Bueno-Ortiz JM. El papel de la Atención Primaria en la pandemia COVID-19: Una mirada hacia Europa. *Aten Primaria*. 2021; 53(8):102134. <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102134>
- [12] Comunidad de Madrid. Las Unidades de Apoyo Covid de Atención Primaria han atendido a más de 165.000 contactos. 09 febrero 2021 [internet]. Comunidad de Madrid; 2021 [citado 8 nov 2021]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/noticias/2021/02/09/unidades-apoyo-covid-atencion-primaria-han-atendido-165000-contactos>
- [13] Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria [internet]. Madrid: MSCYBS; 2019. [citado 8 nov 2021]. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco\\_Estrategico\\_APS\\_25Abril\\_2019.pdf](https://www.msbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf)
- [14] Ferrer-Arnedo C. Los pilares irrenunciables de la práctica enfermera en el ámbito comunitario tras la crisis del COVID-19. *Enferm Clin*. 2020; 30(4):233-5. <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.06.001>