

Protocolo de manejo de casos sospechosos y confirmados COVID-19



**Buenos
Aires
Ciudad**

PROTOCOLO DE MANEJO FRENTE A CASOS SOSPECHOSOS Y CONFIRMADOS DE CORONAVIRUS (COVID-19)

(Versión 26. 27/05/2020)

OBJETIVO DEL PROTOCOLO

Garantizar la detección y el diagnóstico precoz de un posible caso del nuevo coronavirus (COVID-19) con el fin de permitir su atención adecuada, así como las medidas de investigación, prevención y control.

La definición de caso, contacto y medidas a seguir detalladas en este protocolo están basadas en las Recomendaciones para el equipo de salud del Ministerio de salud de la Nación a la fecha¹ que se encuentran en revisión permanente en función de la evolución y nueva información que se disponga del brote en curso.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

En diciembre de 2019, China notificó la detección de casos confirmados por laboratorio de una nueva infección por coronavirus (COVID-19) que posteriormente fueron confirmados en varios países de distintos continentes. La evolución de este brote motivó la declaración de la OMS de una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) en el marco del Reglamento Sanitario Internacional.

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró pandemia el brote de COVID-19; continuando a la fecha la investigación sobre el nuevo patógeno y el espectro de manifestaciones que pueda causar, la fuente de infección, el modo de transmisión, el periodo de incubación, la gravedad de la enfermedad y las medidas específicas de control, etc.

Al 16 de mayo de 2020, todas las jurisdicciones del país excepto Formosa y Catamarca han confirmado casos de SARS CoV-2. En la Ciudad de Buenos Aires la circulación viral se registra predominantemente en barrios populares y alternativamente se han presentado algunos agrupamientos en ciertas instituciones cerradas y semicerradas (p.ej., geriátricos, paradores)

VIGILANCIA DE CASOS SOSPECHOSOS

El objetivo principal de la vigilancia epidemiológica en la actual situación es detectar casos de manera temprana, permitiendo la atención adecuada de los pacientes y la implementación de las medidas de investigación, prevención y

¹ Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para equipos de salud. Nuevo Coronavirus 2019- nCoV. [Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/recomendaciones-equipos-de-salud-coronavirus-2019-ncov>]

control tendientes a reducir el riesgo de diseminación de la infección en la población.

La vigilancia del nuevo COVID-19 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se inscribe en la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas, en la que el país tiene una importante experiencia ya que cuenta actualmente con una estructura que incluye los servicios de atención de los distintos subsectores, las áreas de epidemiología locales, provinciales y nacional; la red nacional de laboratorios de influenza y otros virus respiratorios, los laboratorios nacionales dependientes de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), la red de laboratorios públicos de la Ciudad de Buenos Aires, laboratorios privados con capacidad para el diagnóstico, entre otros. Todos ellos deben participar de manera activa en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, que permite la comunicación en tiempo real entre los actores intervinientes con responsabilidad sanitaria de manera simultánea y desde cualquier lugar del territorio argentino, contando con un sistema de alertas inmediatas ante la notificación de casos y el reporte de resultados de laboratorio, todo bajo estrictas medidas de seguridad informática y protección de la confidencialidad de los datos.

Todo caso sospechoso constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la Ley 15.465 y debe ser notificado en forma inmediata y completa al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) dentro del grupo de las infecciones respiratorias agudas (IRAS) en el evento “Caso sospechoso de COVID-19”.

La información para notificar debe ser recopilada de acuerdo con la ficha de notificación y pedido de estudios de laboratorio <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/fichas>.

DEFINICIÓN DE CASO (20/05/2020):

Si bien la definición de caso es dinámica y puede variar según situación epidemiológica, actualmente se consideran:

CASO SOSPECHOSO:

DEFINICIÓN DE CASO SOSPECHOSO COVID-19 | 20 de mayo de 2020

Criterio 1

Toda persona que presente

a-Fiebre (37.5 o más)

y

b-uno o más de los siguientes síntomas

- Tos
- Odinofagia
- Dificultad respiratoria
- Anosmia/disgeusia de reciente aparición

sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica

Y

c- En los últimos 14 días

Haya estado en contacto con casos confirmados de COVID-19

o

Tenga un historial de viaje o residencia en zonas de transmisión local (ya sea comunitaria o por conglomerados) de COVID-19 dentro o fuera del país.

Criterio 2

Todo residente o personal que trabaja en instituciones cerradas ó de internación prolongada*, personal esencial**, y habitantes de barrios populares y pueblos originarios*** que presente dos o más de los siguientes síntomas:

Fiebre (37.5°C o más), tos, odinofagia, dificultad respiratoria, anosmia/disgeusia de reciente aparición.

*penitenciarias, residencias de adultos mayores, instituciones neuropsiquiátricas, hogares de niñas y niños

**se considera personal esencial: Fuerzas de seguridad y Fuerzas Armadas Personas que brinden asistencia a personas mayores

*** Se considera barrio popular a aquellos donde la mitad de la población no cuenta con título de propiedad, ni acceso a dos o más servicios básicos. Fuente: Registro Nacional de Barrios Populares

Criterio 3

Toda persona que sea contacto estrecho de caso confirmado de COVID-19:

- Ante la presencia de 1 o más de estos síntomas: fiebre (37.5°C o más), tos, odinofagia, dificultad respiratoria, anosmia/disgeusia de reciente aparición.

Criterio 4

Todo paciente que presente anosmia/disgeusia, de reciente aparición y sin otra etiología definida y sin otros signos o síntomas.

NOTA: Ante la presencia de este como único síntoma, se indicará aislamiento durante 72 horas, indicando toma de muestra para diagnóstico por PCR, al tercer día de iniciado síntomas.

Criterio 5

a-Jurisdicciones definidas con transmisión local*: Todo paciente con diagnóstico clínico y radiológico de neumonía y sin otra etiología que explique el cuadro clínico.

b-Jurisdicciones definidas sin transmisión local: Pacientes con infección respiratoria aguda grave (IRAG) (fiebre y síntomas respiratorios, con requerimiento de internación).

Caso sospechoso en personal de salud

Personal de salud que reside Y trabaja en áreas sin transmisión local de SARS-CoV-2:

- Toda persona que presente dos o más de los siguientes síntomas: fiebre (37.5°C o más), tos, odinofagia, dificultad respiratoria, anosmia, disgeusia.

Personal de salud que reside en áreas con transmisión local de SARS-CoV-2

Y/O trabaje en centros de salud que atienda pacientes con COVID-19:

- Toda persona que presente de 1 o más de estos síntomas: fiebre (37.5°C o más), tos, odinofagia, dificultad respiratoria, anosmia/disgeusia de reciente aparición

NOTA: Ante la presencia de un único síntoma, se indicará aislamiento durante 72 horas, indicando toma de muestra para diagnóstico por PCR, al tercer día de iniciados los síntomas.

NOTA: todo personal de salud, contacto estrecho de casos confirmados, debe cumplir con aislamiento preventivo obligatorio por 14 días desde último contacto.

CASO CONFIRMADO COVID-19:

Todo caso sospechoso que presenta resultados positivos por Rt-PCR para SARS CoV-2.

MANEJO DE CASOS SOSPECHOSOS:

1) TRIAGE:

- a) **Se deberá realizar triage en el ingreso del caso para la búsqueda y atención rápida de casos sospechosos, adaptado localmente según características de cada institución. El agente de salud que realiza el triage deberá informar la presencia del caso al personal destinado al manejo de estos.**

Para ello, se destinará un ambiente acondicionado para el triage.

- Identificar personas según la definición de caso sospechoso especificada precedentemente.
- Proceder al aislamiento de pacientes sintomáticos y medidas de protección personal.
- Se debe proveer al paciente de un barbijo quirúrgico tan pronto como se identifique como sospechoso, explicándole su correcto uso.

b) Caso sospechoso identificado por servicio de emergencias

De resultar definido como **caso sospechoso** de infección por COVID-19, según lo estipulado, luego de la evaluación del operador, se actuará de acuerdo al procedimiento (ver ANEXO 1). En el caso de personas identificadas con síntomas moderados o graves, **se coordinará según corresponda, el despacho de móvil de traslado con médico** con normas de aislamiento apropiadas **a la ubicación del caso**. En caso de considerar que el sujeto presenta síntomas leves, se le indicará concurrir a la UFU más cercana a su domicilio, en el horario de funcionamiento de las mismas. De estar cerrada al momento del llamado, el operador le indicará que se presente a primera hora del día siguiente, respetando el uso de cubreboca.

2) EVALUACIÓN:

La evaluación se deberá realizar en una habitación privada con ventilación adecuada y con la puerta cerrada, idealmente destinada para estos casos (consultorio o box de guardia). Para salas generales se considera adecuada una ventilación natural de 60 L/s por paciente. El personal de atención médica que ingresa a la habitación para la atención de pacientes sospechosos o confirmados debe usar las medidas habituales de precaución estándar, de contacto y para transmisión por gota:

3) MEDIDAS DE PRECAUCIÓN ESTÁNDAR Y DE CONTACTO

Los equipos o elementos del entorno del paciente que hubieran podido ser contaminados con fluidos corporales infecciosos deben manipularse de manera que se evite la transmisión de agentes infecciosos (por ejemplo, usar guantes para contacto directo, descartar equipos muy sucios en contenedores adecuados, limpiar y desinfectar o esterilizar adecuadamente equipo reutilizable antes de usar en otro paciente).

4) AISLAMIENTO/INTERNACIÓN:

4.a Caso sospechoso

Deberá ser aislado. Aquellos financiadores o efectores públicos que cuenten con instituciones extrahospitalarias o instalaciones de diagnóstico rápido con aislamiento, deberán realizar el aislamiento hasta la confirmación o descarte del diagnóstico.

En caso de presentar un cuadro clínico moderado o grave deberá internarse en institución hospitalaria para su manejo apropiado.

Si el paciente presenta comorbilidades, y/o es mayor de 60 años, deberá permanecer en institución hospitalaria hasta descartar el diagnóstico de COVID-19 y reunir criterios de alta institucional.

El paciente menor de 16 años deberá ser aislado desde el inicio de la sospecha hasta la confirmación o resultado negativo del test, siempre en compañía de un adulto menor de 60 años que no presente comorbilidades y tenga disponibilidad para compañía permanente.

4.b Caso confirmado asintomático o con cuadro clínico leve

En caso de confirmación de infección por COVID-19, el paciente confirmado asintomático o con cuadro clínico leve deberá permanecer en aislamiento de contacto y transmisión por gota en institución extrahospitalaria siempre que no tenga comorbilidades y sea mayor de 2 años y menor de 60 años.

En caso de grupos familiares y/o adultos responsables de niños mayores de 2 años en el que **todos tengan resultado positivo** para COVID-19, podrán ser trasladados para aislamiento en unidad extrahospitalaria.

4.c Caso confirmado en menores de 16 años

En caso de confirmación de infección por COVID-19, el paciente deberá permanecer internado con aislamiento de contacto y transmisión por gota junto con el adulto responsable.

- Los niños menores de 2 años siempre serán internados en hospital
- Los niños mayores de 2 años con al menos un miembro de la familia con resultado COVID-19 positivo con cuadro moderado/grave, que requiera internación hospitalaria, será internado en el mismo centro asistencial que el caso moderado/grave, junto al resto de la familia
- Cuando el único miembro de la familia con COVID-19 confirmado y cuadro clínico leve es un menor de 16 años, será internado con al menos un adulto responsable siempre en compañía de un adulto menor de 60 años que no presente comorbilidades y tenga disponibilidad para compañía permanente.
- En caso de grupos familiares y/o adultos responsables (menores de 60 años) de menores de edad pero mayores de 2 años en el que todos tengan resultado positivo para COVID-19 y todos presenten cuadro leve sin comorbilidades, podrán ser trasladados a una unidad extrahospitalaria.

VER ANEXOS AL FINAL PARA LOS SIGUIENTES ESCENARIOS

- 1) Caso sospechoso en domicilio.
- 2) Caso sospechoso en instituciones privadas.
- 3) Caso sospechoso en hospitales generales de agudos (red pública de salud CABA).
- 4) Caso sospechoso en otros hospitales de la red pública de salud CABA y CESACs.

El retorno del paciente al domicilio tendrá lugar bajo las siguientes condiciones:

1. Caso descartado para COVID 19, siempre y cuando no reúna otros criterios clínicos para permanecer internado en institución hospitalaria.
2. Para la consideración del alta institucional de los pacientes COVID-19 confirmados con evolución clínica de la enfermedad en forma leve o asintomática desde el comienzo del cuadro y durante toda la internación, se tendrá en cuenta para la valoración de su egreso que se encuentren al menos en el 7° día desde su diagnóstico y con 48 hs consecutivas de apirexia, indicándosele el uso de tapabocas, pautas de aislamiento vigentes para toda la comunidad y fortalecimiento de las medidas de higiene, hasta completar los 14 días desde la externación (es decir 21 días desde la fecha de comienzo de síntomas).
3. En aquellos casos con evolución clínica de la enfermedad en forma leve o asintomática en los que no se puedan dar las condiciones de distanciamiento físico en su hogar, podrá indicárseles la externación luego de 10 días desde la fecha de aislamiento institucional (hospitalario o extrahospitalario) y con las últimas 48 horas consecutivas de apirexia. deberán usar tapabocas; se les indicará fortalecimiento de las medidas de higiene, hasta completar los 11 días desde la externación (es decir 21 días desde la fecha de comienzo de síntomas)
4. Los casos moderados y graves serán externados según el criterio médico y habiendo cumplido como mínimo los criterios mencionados en el punto Nro. 2.
5. En todos los casos confirmados, el seguimiento del paciente posterior al egreso quedará a criterio del médico tratante, no siendo este indispensable en aquellos casos con evolución clínica de la enfermedad en forma leve o asintomática.
6. **Solo se considerará la necesidad de realizar la PCR de control al 21º día a partir del inicio de los síntomas en aquellos casos confirmados que ocurrieren en personal de salud o en aquellos pacientes que por su antecedentes clínicos (x ej: inmunosupresión, inmunocomprometidos graves,) pudiera sospecharse excreción viral de mayor duración.**

5) MEDIDAS DE DESINFECCIÓN

Se debe realizar la limpieza y desinfección de las superficies con las que ha estado en contacto el paciente. La limpieza y desinfección se realizará con un desinfectante incluido en la política de limpieza y desinfección del centro sanitario o con una solución de hipoclorito sódico que contenga 1000 ppm de cloro activo (dilución 1:50 de lavandina con concentración 40-50 gr/litro preparada recientemente). Estos virus se inactivan tras 5 minutos de contacto con desinfectantes de uso habitual como lavandina

doméstica. Podrán utilizarse otros líquidos con probada eficacia para la desinfección de superficies. Para las superficies que podrían ser dañadas por el hipoclorito de sodio, se puede utilizar una concentración de etanol del 70%.

El personal de limpieza utilizará equipo de protección individual adecuado para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto que incluya: bata impermeable, barbijo, guantes y protección ocular de montura integral/ máscara facial..

6) TOMA DE MUESTRAS Y DERIVACIÓN (VER PROTOCOLO DE LABORATORIO)

Ante un caso sospechoso se deberá en primer lugar, descartar SARS-CoV-2 por técnica de PCR. En caso de no contar con la tecnología diagnóstica mencionada en el hospital propio, se definirá qué laboratorio funcionará como laboratorio de referencia de ese hospital.

Para la red pública de salud el transporte de muestras se realizará con móvil a través de la Unidad de Traslados.

Los efectores privados también podrán realizar este tipo de determinaciones a través de laboratorios que cuenten con reactivos autorizados ante la ANMAT para detección de COVID-19.

Para el procesamiento de la muestra, así como la devolución de los resultados, se confeccionará la ficha epidemiológica correspondiente y se realizará notificación a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

7) IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE CONTACTOS

Se define **contacto estrecho** como:

- Toda persona que haya proporcionado cuidados a un caso confirmado mientras el caso presentaba síntomas y que no hayan utilizado las medidas de protección personal adecuadas.
- Cualquier persona que haya permanecido a una distancia menor a 1,5 metros con un caso confirmado mientras el caso presentaba síntomas, durante al menos 15 minutos. (p.ej. convivientes, visitas, compañeros de trabajo), sin utilizar elementos de protección personal (p.ej. tapabocas, pantalla facial)

Contacto estrecho en un avión/bus:

- Todos los pasajeros situados en un radio de dos asientos alrededor de casos confirmados, que hayan estado sintomáticos durante el vuelo y a la tripulación que haya tenido contacto con dichos casos.

Contacto estrecho en un buque:

- Todas las personas que compartieron un viaje en buque con casos confirmados.

Adicionalmente debe considerarse

- Contacto estrecho en barrios populares, pueblos originarios, instituciones cerradas o de internación prolongada a toda persona que:
 - De mayor riesgo: Comparta habitación, baño o cocina con casos confirmados de COVID-19 especialmente en casos de hacinamiento; o
 - De menor riesgo: Concurra a centros comunitarios (comedor, club, parroquia, paradores para personas en situación de calle, etc) y haya mantenido estrecha proximidad con un caso confirmado, mientras el caso presentaba síntomas (menos de 1,5 metros, durante al menos 15 minutos).

Contacto estrecho en personal de salud:

Se considerará personal de salud expuesto a SARS-CoV-2 a quienes sin emplear correctamente equipo de protección personal apropiado:

- Permanezcan a una distancia menor de dos metros de un caso confirmado de COVID-19 durante por lo menos 15 minutos (por ejemplo, compartir un consultorio o una sala de espera).
- Tengan contacto directo con secreciones (por ejemplo, tos, estornudo, etc.).
- Tengan contacto directo con el entorno en el que permanece un paciente confirmado (como habitación, baño, ropa de cama, equipo médico, entre otros, incluye los procedimientos de limpieza de estos).
- Permanezcan en el mismo ambiente durante la realización de procedimientos que generen aerosoles.

No se considerará personal de salud expuesto a SARS-CoV-2 a quienes hayan empleado correctamente el equipo de protección personal apropiado en todo momento.

Todo caso sospechoso en el marco de personal de salud debe ser caracterizado y reportado en el SISA.

8) MANEJO DE CONTACTOS

El equipo a cargo de la investigación epidemiológica deberá identificar de forma sistemática a los contactos estrechos de los confirmados.

En el caso de personal de salud, siempre y cuando haya sido indicado por un profesional de la salud, se podrá realizar test entre el día 10 y 12. Será imprescindible completar los 14 días de aislamiento domiciliario aún cuando el resultado de la PCR fuere no detectable. El profesional de la salud podrá retomar sus actividades habituales siempre y cuando haya permanecido asintomático los días que median entre la realización de la PCR y el final del aislamiento (siempre que el resultado de la prueba de PCR haya sido “no detectable”)

En barrios populares y paradores, se considerarán contactos estrechos los arriba definidos y se podrá realizar test, siempre y cuando haya sido indicado por un profesional de la salud, a partir del 7mo día.

Si el contacto estrecho fuera una persona alojada en residencia geriátrica, el test se podrá realizar, siempre y cuando haya sido indicado por un profesional de la salud, a partir del 10mo día.

En todos los casos, los mismos deberán permanecer bajo vigilancia activa durante 14 días a partir del último día de contacto con el caso confirmado. El equipo que realiza la investigación mantendrá comunicación telefónica en forma frecuente. Ante la aparición de fiebre y otra sintomatología respiratoria, se considerará caso sospechoso y se procederá en consecuencia.

9) CONDICIONES DE TRASLADO DEL PACIENTE

El paciente que cumpla con la definición de caso sospechoso y deba ser trasladado utilizará un barbijo quirúrgico. El profesional de salud utilizará el adecuado equipo de protección personal, según el protocolo de EPP.

10) LISTADO DE REQUERIMIENTOS EN HOSPITALES DE REFERENCIA

- 1.** Recursos físicos/insumos
 - Activar un comité para manejo de la contingencia a nivel de la dirección hospitalaria.
 - Contar con unidad de terapia intensiva.
 - Contar con comité de control de Infecciones.
 - Stock de equipos de protección personal para el equipo de profesionales para atención del caso y de limpieza de la unidad de internación: VER PROTOCOLO EPP.
 - Hisopos de dacron/ poliéster para toma de muestras y medio de transporte viral o solución fisiológica.
 - Triple envase para el transporte de muestras.

- 2.** Personal de salud para el manejo de casos
 - Personal entrenado en el manejo de Enfermedad Respiratoria Aguda Grave (IRAG).

- Personal entrenado en el traslado de pacientes con Enfermedad Respiratoria Aguda Grave (IRAG).
- Personal informado en el manejo clínico de los casos de acuerdo con la evidencia disponible.
- Personal entrenado en el uso correcto de elementos de protección personal.
- Personal entrenado en vigilancia y notificación de casos a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud – SNVS2.0.

11) CLAVES PARA TENER EN CUENTA EN LA COMUNICACIÓN

- Los fundamentos que sustentan la comunicación de riesgos están vinculados con el imperativo de autoridades y equipos sanitarios de garantizar la plena accesibilidad de la ciudadanía a los conocimientos necesarios para tomar las mejores decisiones respecto del cuidado de la salud, cuestión que adquiere gran relevancia en escenarios de riesgo como el derivado de la aparición del nuevo virus.
- La comunicación con los medios solamente podrá realizarse previa autorización de Prensa de Salud del Ministerio de Salud de CABA, con el fin de cumplir con los requisitos de una adecuada interacción periodismo-profesionales de la salud.

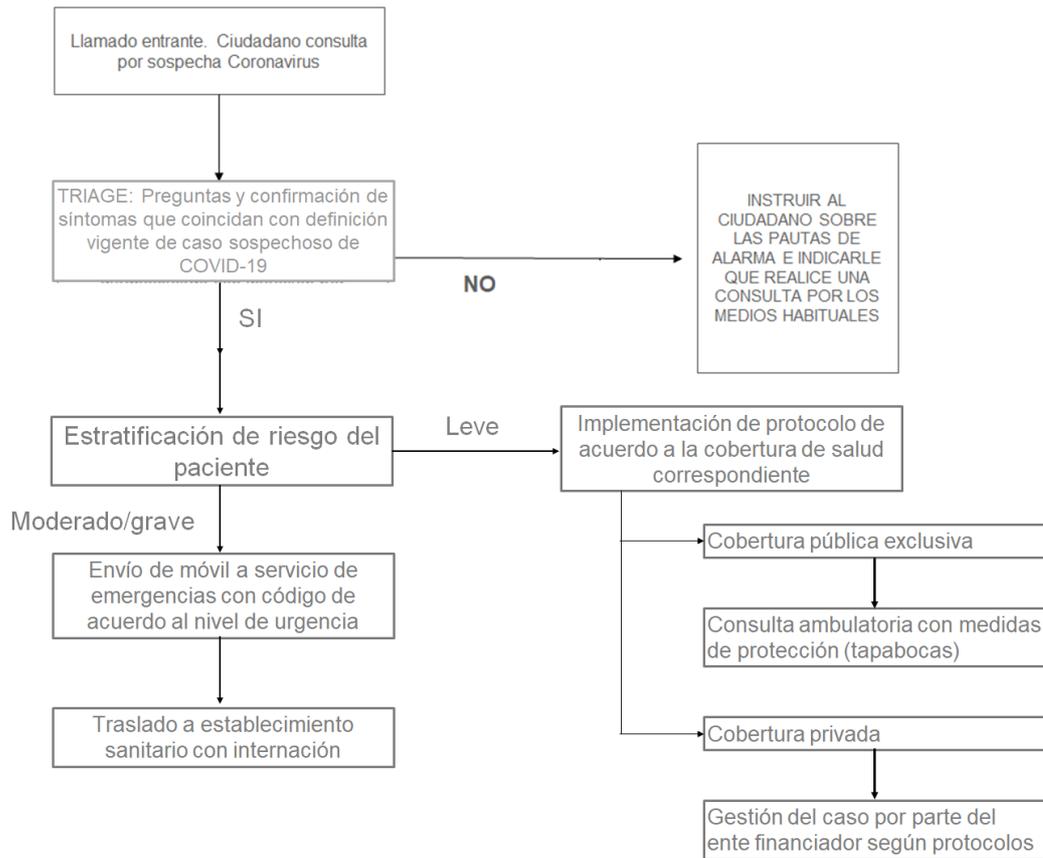
12) REFERENCIAS

- Organización Panamericana de la Salud Guía para la elaboración de la estrategia de comunicación de riesgos: de la estrategia a la acción (2011). Disponible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000750cnt-2014-04_estrategia-comunicacion-riesgo.pdf
- Organización Panamericana de la Salud, Normas de comunicación de brotes epidémicos de la OMS. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69370/WHO_CDS_2005_28_spa.pdf;jsessionid=E0C9528689FCD56D5DF64350580F06C7?sequence=1
- Organización Panamericana de la Salud, Comunicación de Riesgos y Brotes. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=63&lang=es&Itemid=101
- http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/emergency_health/edu/COVID_19_screening.aspx
- <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>

ANEXO 1:

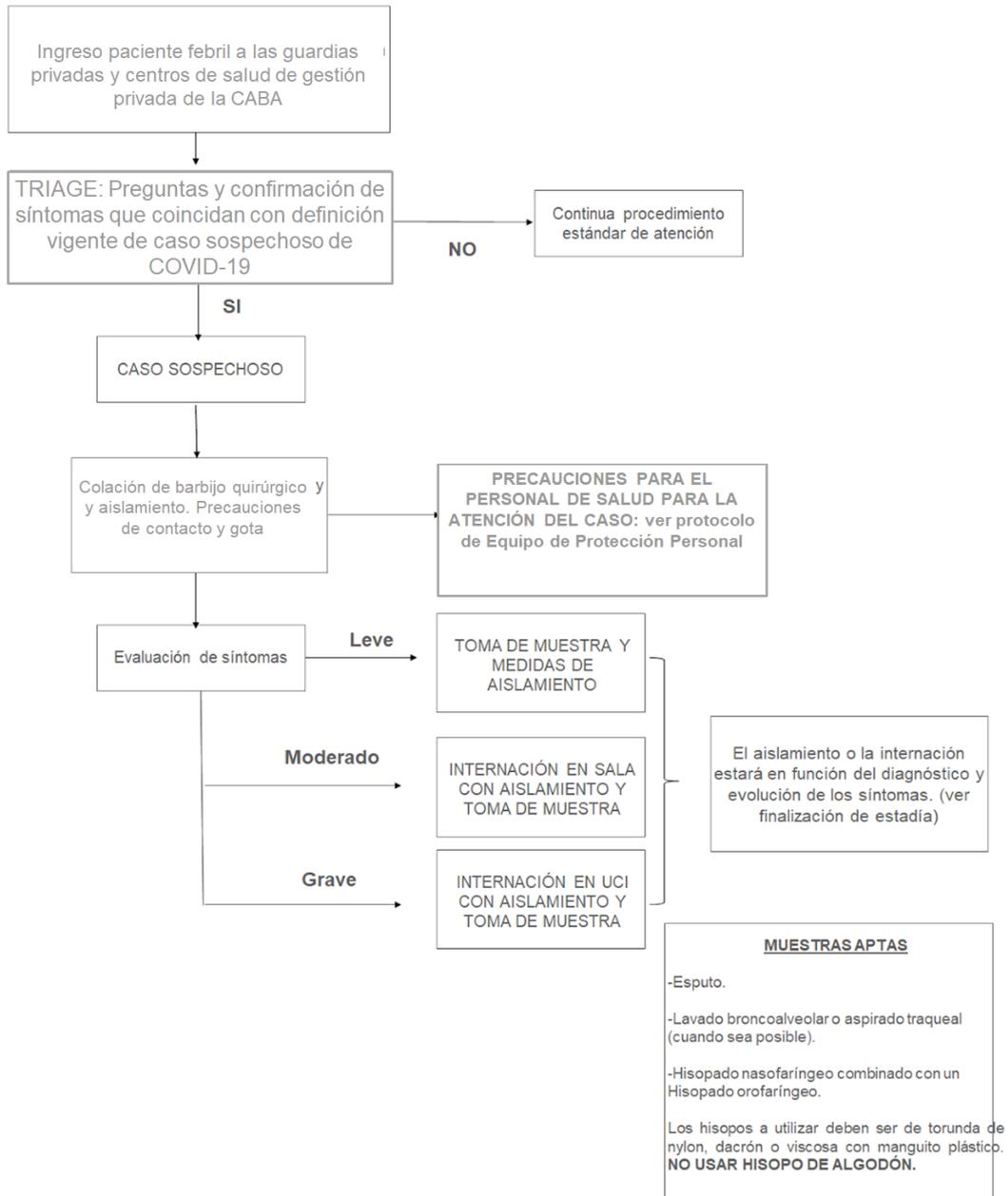
ACTUACIÓN ANTE CASOS SOSPECHOSOS COVID-19.

1) ESCENARIO: INGRESO PACIENTE EN SU DOMICILIO, QUE SE COMUNICA AL 107/BOTI



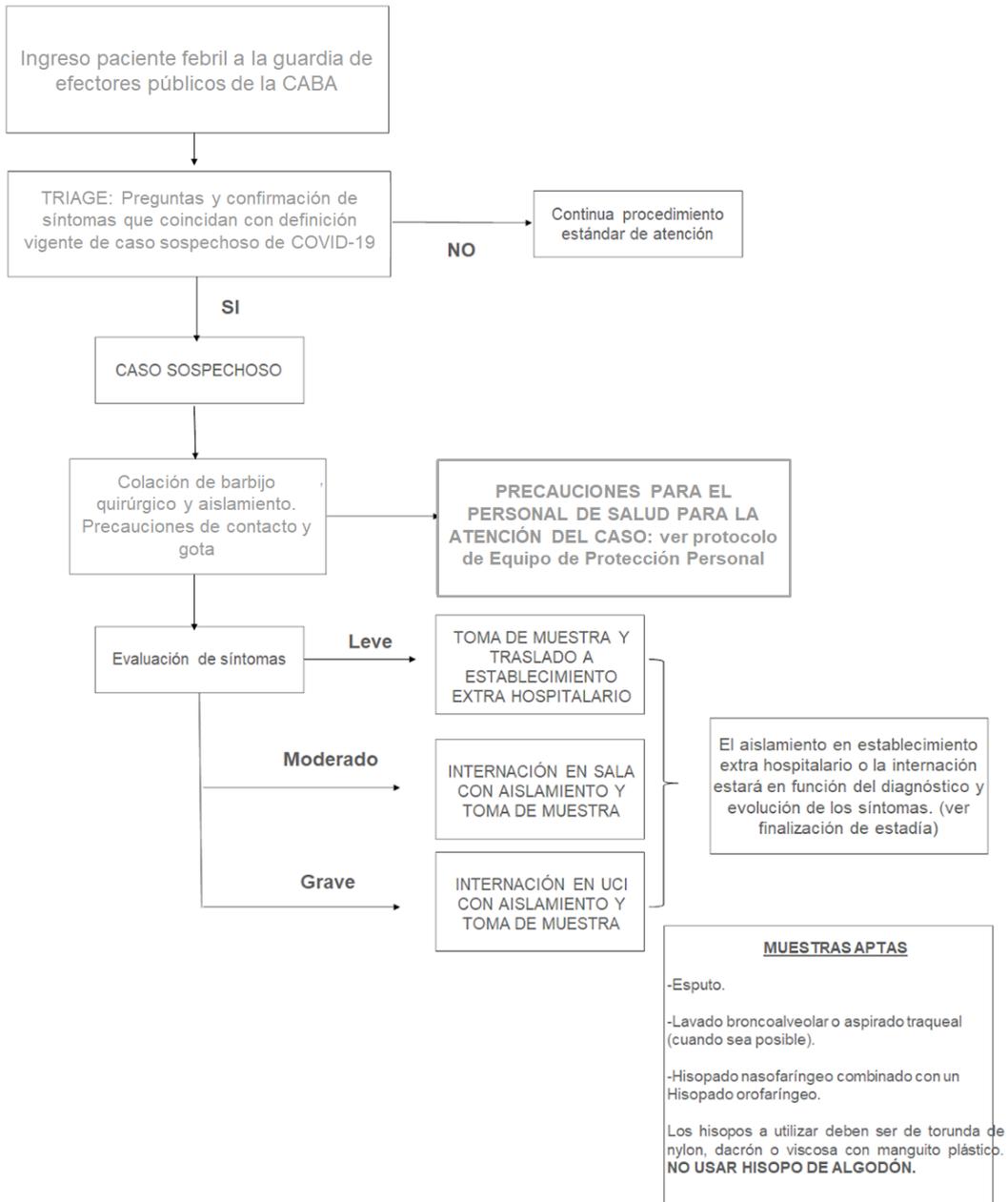
ACTUACIÓN ANTE CASOS SOSPECHOSOS COVID-19

2) ESCENARIO: INGRESO PACIENTE A CENTROS DE SALUD DE GESTIÓN PRIVADA DE LA C.A.B.A.



ACTUACIÓN ANTE CASOS SOSPECHOSOS COVID-19.

3) ESCENARIO: INGRESO PACIENTE A LA GUARDIA DE HOSPITALES PÚBLICOS DE LA C.A.B.A



ACTUACIÓN ANTE CASOS SOSPECHOSOS COVID-19.

4) ESCENARIO: CONSULTAS EN CESACs Y/O HOSPITALES MONOVALENTES

