



Guía Técnica de la Provincia de Mendoza para el Manejo de la Enfermedad por Nuevo Coronavirus (COVID-19)

Versión 10 | 5 de agosto de 2021



MENDOZA GOBIERNO

Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes



AUTORES

Dra. Carolina Aguirre

Dr. Claudio Amadio

Dra. Silvia Attorri

Dr. Carlos Espul

Dra. Andrea Falaschi

Bioq. Viviana Leiva

Dra. Natalia Moyano

Lic. Patricia Robledo

Dra Andrea Villalba

Lic. Mirta Videla



REVISA Y AUTORIZA: COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Presidenta:

Farm. Ana María Nadal

Ministra de Salud, Desarrollo Social y Deportes

Integrantes:

Dra. Carolina Aguirre

Od. Mariana Álvarez

Dr. Claudio Amadio

Dra. Silvia Attorri

Dra. Myrna Cabral

Bioq. María Beatriz Damiani

Dr. Carlos Espul

Dra. Andrea Falaschi

Dr. Mario Bustos Guillen

Bioq. Viviana Leiva

Dra. Natalia Luna Maffei

Bioq. Norma Martínez

Dr. Pablo Melonari

Dra. Natalia Moyano

Lic. Patricia Robledo

Dra. Fanny Sarobe

Dr. Oscar Sagas

Dr. Rodolfo Torres

Dr. Gonzalo Verabello

Dra. Andrea Villalba



ÍNDICE

AUTORES	1
REVISY Y AUTORIZA: COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	1
ÍNDICE.....	2
PROPÓSITOS, ALCANCE Y OBJETIVO	3
NOVEDADES DE ESTA VERSIÓN	3
VARIANTES DE INTERÉS Y PREOCUPACIÓN DE	4
DEFINICIONES GENERALES.....	9
DEFINICIÓN DE CASO SOSPECHOSO	13
CLASIFICACIÓN FINAL DEL CASO SOSPECHOSO.....	15
LINEAMIENTOS PARA LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA AFRONTAR LA PANDEMIA DE COVID 19.....	19
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	28
VIGILANCIA DE CASOS SOSPECHOSOS Y CONFIRMADOS.....	28
VIGILANCIA DE NUEVAS VARIANTES	29
VIGILANCIA DE MUCORMICOSIS ASOCIADA A COVID 19	31
DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO	32
PRUEBAS DE LABORATORIO PARA CONFIRMAR INFECCIÓN AGUDA DE COVID 19.....	32
TIPO DE MUESTRA RECOMENDADA PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE INFECCIÓN ACTIVA POR SARS COV-2	32
METODOLOGÍAS DISPONIBLES PARA EL DIAGNÓSTICO DE COVID-19.....	33
NORMATIVA DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS.....	37
LABORATORIOS DE PROCESAMIENTO DE MUESTRAS DE.....	37
CONSIDERACIONES RESPECTO A SEROLOGÍA:.....	38
ESCENARIOS CLÍNICOS DE DIAGNÓSTICO	39
MANEJO CLÍNICO DE CASOS ADULTOS SOSPECHOSOS O CONFIRMADOS DE COVID 19	51
ALTA CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA.....	64
ANEXOS	66
HISTORIAL DE CAMBIOS.....	67
REFERENCIAS.....	73

1 | PROPÓSITOS, ALCANCE Y OBJETIVO

PROPÓSITOS Y ALCANCE: Desarrollar una norma provincial acorde a evidencia científica disponible que permita normatizar los aspectos relacionados a la prevención, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica de COVID-19 en los sistemas de salud público, privado y seguridad social de la provincia de Mendoza.

OBJETIVO: Proveer una guía técnica unificada que permita el manejo integral de COVID-19 en todo el territorio provincial, incorporando anexos específicos que complementen el actual documento.

2 | NOVEDADES DE ESTA VERSIÓN

- Se incorporan conceptos de variables de interés y de preocupación de SARSCoV2.
- Se incorpora concepto de cuarentena abreviada.
- Se actualiza definición de caso.
- Se actualiza definición de contacto estrecho.
- Se describen consideraciones de caso confirmado por nexo.
- Se incorporan productos que pueden ser utilizados para la limpieza de las Instituciones de Salud.
- Se actualiza clasificación de caso sospechoso incorporando criterio clínico.
- Se incorpora vigilancia genómica de nuevas variantes y de mucormicosis asociada a COVID 19.
- Se actualizan Algoritmos diagnósticos y de manejo clínico.
- Se modifica criterio de alta.

3 | VARIANTES DE INTERÉS Y PREOCUPACIÓN DE

Los virus cambian constantemente a través de la ocurrencia de mutaciones durante su etapa de replicación en un hospedero infectado. Por lo tanto, si bien se espera que se produzca algún grado de variación genética a medida que se propaga el SARS-CoV-2, es importante monitorear los virus que se encuentran en actual circulación para detectar mutaciones clave que ocurren en regiones importantes del genoma.

Muchas mutaciones no afectan la capacidad del virus de propagarse o de causar enfermedades porque no alteran las principales proteínas involucradas en la infección. Sin embargo, eventualmente, estos cambios genómicos pueden proporcionar al virus una ventaja selectiva como:

- Capacidad de diseminarse con mayor rapidez entre la población
- Mayor capacidad de producir cuadros moderados o severos
- Capacidad de disminuir la eficacia de los métodos moleculares diagnósticos por cambios en la región de detección genómica
- Disminución en la sensibilidad a los anticuerpos monoclonales que se utilizan como agentes terapéuticos
- Capacidad de evadir a la inmunidad natural (tras haber padecido la infección) o a la mediada por vacunación, generando una mayor transmisibilidad y produciendo cuadros clínicos más severos.

Desde el mes de diciembre de 2020 se han identificado virus de interés y de preocupación.

- **Variantes de interés:** (VOI, variant of interest) tiene cambios fenotípicos en comparación con un aislamiento de referencia o tiene un genoma con mutaciones que conducen a cambios de aminoácidos asociados con implicancias fenotípicas establecidas o sospechadas y se ha identificado que causa transmisión comunitaria, múltiples casos o clusters de casos de la COVID-19, o se ha detectado en varios países. Estas mutaciones están asociadas con cambios en la unión a los receptores celulares, una reducción en la neutralización mediada por anticuerpos, y un aumento en la transmisibilidad o en la severidad de la enfermedad (aumento en las hospitalizaciones y/o muertes)

- **Variante de preocupación:** (VOC, variant of concern) una VOI es una variante de preocupación si, a través de una evaluación comparativa, se ha demostrado que está asociada con un aumento de la transmisibilidad o cambio perjudicial en la epidemiología de la COVID-19; a un aumento de la virulencia o cambio en la presentación clínica de la enfermedad y a una disminución de la eficacia de las medidas sociales y de salud pública o de los diagnósticos, vacunas y terapias disponibles.
- Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) agregan también la categoría **variante de gran consecuencia** como aquella que presenta una clara evidencia de una significativa disminución en la efectividad de las medidas de prevención y fallas en las pruebas diagnósticas y los tratamientos aprobados, en relación con las variantes que circulan previamente. En la actualidad no se han descrito variantes del SARS-CoV-2 que hayan alcanzado el nivel de gran consecuencia.

La secuenciación genómica permite identificar estas variantes de SARS-CoV-2. Los esfuerzos deben dirigirse a la identificación temprana y evaluación del impacto de las nuevas variantes de SARS-COV-2 logrando una caracterización de la situación epidemiológica a nivel local, regional y nacional.

VARIANTES DE INTERÉS Y DE PREOCUPACIÓN MÁS RELEVANTES EN LA ACTUALIDAD

Table 2: SARS-CoV-2 Variants of Concern (VOCs) and Variants of Interest (VOIs), as of 15 June 2021

WHO label	Pango lineage	GISAID clade	Nextstrain clade	Earliest documented samples	Date of designation
Variants of Concern (VOCs):					
Alpha	B.1.1.7	GRY (formerly GR/501Y.V1)	20I (V1)	United Kingdom, Sep-2020	18-Dec-2020
Beta	B.1.351	GH/501Y.V2	20H (V2)	South Africa, May-2020	18-Dec-2020
Gamma	P.1	GR/501Y.V3	20J (V3)	Brazil, Nov-2020	11-Jan-2021
Delta	B.1.617.2	G/478K.V1	21A	India, Oct-2020	VOI: 4-Apr-2021 VOC: 11-May-2021
Variants of Interest (VOIs):					
Epsilon	B.1.427/ B.1.429	GH/452R.V1	21C	United States of America, Mar-2020	5-Mar-2021
Zeta	P.2	GR/484K.V2	20B/S.484K	Brazil, Apr-2020	17-Mar-2021
Eta	B.1.525	G/484K.V3	21D	Multiple countries, Dec-2020	17-Mar-2021
Theta	P.3	GR/1092K.V1	21E	Philippines, Jan-2021	24-Mar-2021
Iota	B.1.526	GH/253G.V1	21F	United States of America, Nov-2020	24-Mar-2021
Kappa	B.1.617.1	G/452R.V3	21B	India, Oct-2020	4-Apr-2021
Lambda	C.37	GR/452Q.V1	20D	Peru, Aug-2020	14-Jun-2021

A la fecha hay 4 variantes clasificadas actualmente como prioritarias (VOC). A partir del 31 Mayo con una nueva nomenclatura global definida por la OMS:

- **Gamma: VOC 20J/501Y.V3 (linaje P.1, originalmente detectada en Manaos)** Fue detectada inicialmente en diciembre 2020 en Manaos (Brasil) y en Japón. Algunas de las mutaciones de esta variante se asociaron con una mayor tasa de transmisión y de propagación. Resultados preliminares sugieren una correlación entre la infección por esta variante y mayor carga viral. Asimismo, los cambios antigénicos podrían afectar la capacidad de los anticuerpos producidos por infección natural previa o mediada por vacunación de reconocer y neutralizar el virus. Ha sido identificada en nuestro país y en nuestra Provincia..
- **Alpha: VOC 20I/501.V1 (linaje B.1.1.7, originalmente detectada en Reino Unido)** Fue detectada en el Reino Unido en Septiembre del 2020. Ha sido reportada en nuestro país y países vecinos. Se ha asociado con un aumento en la transmisibilidad (transmisión más eficiente y rápida) y con un aumento en el riesgo de mortalidad en comparación con otras variantes. Algunos estudios sugieren que esta variante se asociaría con una infección más prolongada.

- **Beta: VOC 20H/501Y.V2 (linaje B.1.351, originalmente detectada en Sudáfrica)** Fue detectada inicialmente en Sudáfrica en octubre 2020 y comparte algunas mutaciones con el linaje B.1.1.7. Ha sido identificada en nuestro país y en América del Sur en bajos porcentajes. Podría presentar mayor nivel de transmisión y de severidad.
- **Delta: VOC 21A/478K.V1 (linaje B.1.617.2, originalmente detectada en India)** Reportada en Octubre 2020. La variante Delta ha sido asociada a mayor transmisibilidad y mayor tasa de ataque secundario. Podría eludir la inmunidad natural y la inducida por vacunas.

A la fecha hay 7 variantes clasificadas como de interés (VOI):

- Eta: B.1.525
- Epsilon: B.1.427/ B.1.429
- Zeta: B.1.1.28.2, alias P.2
- Theta: B.1.1.28.3, alias P.3
- Iota: B.1.526 con E484K o S477N
- Kappa: B.1.617.1
- Lambda (C.37) **Variante Lambda “andina” (linaje C.37):** Ya detectada en nuestro país y en nuestra provincia. Ha emergido en la Región Andina, mayormente en Chile (31% de prevalencia desde su reporte), Perú (9%) y Ecuador (8%), siendo identificada en Chile en la SE 44/2020 y ya ha comenzado a circular por diferentes países como transmisión comunitaria y asociada a un aumento de la incidencia de COVID-19. La secuencia más antigua reportada es de Perú de una muestra de agosto de 2020.

VARIANTES E IMPACTO SOBRE LA CAPACIDAD NEUTRALIZANTE Y EFICACIA VACUNAL

Por el momento, los estudios realizados sugieren que los anticuerpos generados a través de la vacunación reconocen estas variantes. Asimismo, es importante destacar que todas las vacunas son eficaces para prevenir las hospitalizaciones y muertes causadas por el SARS-CoV-2.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN LA ARGENTINA DE LAS VARIANTES DE SARS-COV-2

Del análisis genómico, surge que en Argentina se identificó circulación de las siguientes variantes: Alpha (B.1.1.7-UK), Gamma (P.1-linaje Manaus), Zeta (P.2-Río de Janeiro), Épsilon (B.1.427- California), Iota (B.1.526-Nueva York), Lambda (C.37 descendiente de la variante B.1.1.1 – Andina), Beta (linaje B.1.351) y Delta (B.1.617.2). La mayor parte de las variantes detectadas en nuestro país se observaron en casos sin nexo epidemiológico con turismo internacional ni contacto estrecho con viajeros, excepto en el caso de la variante delta, en la cual de los 89 casos identificados, todos están vinculados con la importación (con nexo epidemiológico con turismo internacional), excepto dos casos en CABA donde no se pudo identificar este nexo.

En nuestra Provincia hasta el 2/8/21 se han enviado 157 muestras a través del SNVS tanto al Instituto Malbrán como al Proyecto País para genotipificar: quedan 33 pendientes de resultado, 17 fueron no aptas para secuenciar y 6 resultaron no tener variantes de interés. De las 101 muestras en las que se detectó variantes VOC/VOI, en el 72 % se identificó variante Gamma (P.1) y en el 16 % variante Alpha (B 1.1.7). Existe un 12% de otras variantes: Iota (B1. 516), Zeta (P.2) y Lambda (C37). Aun no se ha detectado en los informes recibidos al 2/8/21 variante Delta en nuestra Provincia.

4

DEFINICIONES GENERALES

- **SARS-CoV-2:** nombre del virus causante de COVID-19 por sus siglas en inglés (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2).
- **COVID-19:** por sus siglas en inglés Coronavirus Disease 2019.
- **Personal de Salud:** toda persona que tenga participación en las actividades de cuidado de los pacientes ya sea en forma asistencial o directa (médicos, enfermeros, kinesiólogos, camilleros, personal de laboratorio, técnicos radiólogos entre otros) o de manera indirecta a través de actividad tales como las administrativa, limpieza y desinfección, vigilancia u otra de apoyo.
- **Protocolo de higiene respiratoria:** medidas para contener las secreciones respiratorias de todas las personas con signos y síntomas de una infección respiratoria.



Lavate las
manos con
jabón
regularmente



No te lleves
las manos
a los ojos
y la nariz



Tosé o estornudá, en el
pliegue del codo o en un
pañuelo descartable, tirá el
pañuelo en un envase cerrado
y luego lavate las manos

- **PGA (Procedimientos generadores de aerosoles):** ciertos procedimientos médicos en pacientes infectados con virus respiratorios, incluido el SARS-CoV-2, pueden formar pequeñas gotas lo suficientemente livianas como para permanecer en el aire. No está claro en qué medida los aerosoles contribuyen a la propagación de SARS-coV-2 en el entorno sanitario. Algunos PGA se han asociado a mayor riesgo de transmisión de virus respiratorios, aunque no está claro si esto se debe a la transmisión por aerosoles o porque hay aspectos asociados con el procedimiento que exponen al operador a un alto riesgo de infección por contacto o gotas.
- **Cuarentena:** Restricción de actividades (separación) de personas que no están enfermas pero que pueden haber estado expuestas a un agente infeccioso o enfermedad, con el objetivo de monitorear sus síntomas y asegurar la detección temprana de casos y así disminuir la posibilidad de transmisión. Esta restricción incluye no salir del domicilio por ningún motivo (ni para realizar ninguna tarea laboral, ni para hacer compras, ni para reuniones sociales, etc.), salvo para control

médico si lo requiriesen, ni recibir visitas en el domicilio y separarse de sus convivientes.

Modelos de cuarentena abreviados

La cuarentena es la restricción de actividades sociales de personas que han estado en contacto con casos confirmados de COVID 19 pero no presentan síntomas, durante el periodo de incubación de la enfermedad. Este periodo recomendado es de 14 días (según criterios de CDC, ECDC y OMS) y se basa en estimaciones de los límites superiores del periodo de incubación de la enfermedad, siendo el periodo medio de incubación de 5.2 a 8.3 días. Es importante conocer la evidencia científica disponible respecto a cuarentenas abreviadas, ya que existen situaciones en las que el cumplimiento de 14 días de cuarentena resulta no factible. Es por ello, que las recomendaciones del CDC proponen una reducción del periodo de cuarentena en estas situaciones. Estas estrategias de reducción son establecidas mediante modelos probabilísticos, midiendo el riesgo de transmisión post-cuarentena reducida, es decir, se calcula lo que ocurre en una persona infectada en términos de la probabilidad de que infecte a otras personas si se suspendiera la cuarentena.

Estos modelos concluyeron lo siguiente:

- 10 días de cuarentena sin testeo y en ausencia de síntomas: esta estrategia presenta un riesgo de transmisión residual post-cuarentena de 1.4%.
- 7 días de cuarentena con un test diagnóstico de rRT PCR SARS-CoV-2 negativo o test rápido de antígeno negativo (con una muestra recolectada entre el 5° y 7° del contacto) y en ausencia de síntomas: Se estima que el riesgo de transmisión residual medio post-cuarentena es de 4 % si se utiliza rRT- PCR SARS-CoV-2 y del 5.5 % si se utiliza test rápido de antígeno.

Cuarentena abreviada en la Provincia de Mendoza

Teniendo en cuenta lo antes expuesto se puede disminuir el tiempo de cuarentena de 14 a 10 días, a partir del último contacto con el caso confirmado, en aquellos contactos que no hayan presentado síntomas.

Durante los 4 días restantes hasta completar 14 días:

Es de suma importancia que se continúe monitoreando la aparición de síntomas

Extremar las medidas preventivas (mantener la distancia social con otras personas de 2 metros, uso de tapabocas cubriendo nariz y boca de forma adecuada, evitar aglomeraciones, no participar en reuniones sociales, asegurar ventilación de los ambientes, higiene de manos frecuente)

Evitar el contacto con personas con factores de riesgo (≥ 60 años, oncológicos, inmunocomprometidos, obesos, HTA, Diabéticos, embarazadas, personas con cardiopatías o neumopatías)

- **Aislamiento:** Es la separación social de personas enfermas o infectadas de otras para prevenir la propagación de la infección. Esta restricción incluye no salir del domicilio por ningún motivo (ni para realizar ninguna tarea laboral, ni para hacer compras, ni para reuniones sociales, etc.), salvo para control médico si lo requiriesen, ni recibir visitas en el domicilio y separarse de sus convivientes.
- **Rastreo de Contactos (Contact Tracing):** Es el proceso de identificar, evaluar y gestionar a las personas que han estado expuestas a una enfermedad para prevenir la transmisión de futuras enfermedades. Cuando se implementa sistemática y efectivamente, estas acciones pueden asegurar que el número de casos nuevos generados por cada caso confirmado se mantenga por debajo de uno.
- **¡NUEVO!** **Contacto estrecho:** Toda persona expuesta a un caso confirmado o sospechoso de COVID-19 y que cumpla al menos una de las siguientes situaciones:
 - Contacto cara a cara a menos de 2 metros por al menos 15 minutos.
 - Contacto físico directo.
 - Cuidado directo de pacientes sin equipo de protección adecuado para el tipo de exposición.
 - Compartir un espacio cerrado > 2 horas (sala de espera, sala de conferencias, aula)
 - En el caso de escuelas pertenecer al mismo grupo o burbuja

La exposición a un caso confirmado o sospechoso de COVID-19 debe ocurrir durante el periodo de transmisión o contagiosidad de la enfermedad, es decir:

Caso Sintomático: 2 días previos de inicio de los síntomas y hasta:

- 10 días posteriores del inicio de síntomas en casos leves y moderados de pacientes inmunocompetentes o inmunocomprometidos no severos.
- 15 días posteriores del inicio de síntomas en casos severos de pacientes inmunocompetentes o inmunocomprometidos no severos.
- 20 días posteriores del inicio de síntomas en casos críticos sin importar la inmunidad del paciente o casos leves, moderados y

severos de pacientes inmunocomprometidos severos (evaluar en conjunto con el Área de Control de Infecciones).

Caso Asintomático: 10 días a partir de la fecha de realización de una prueba diagnóstica confirmatoria (Antígeno o rRT-PCR).

Contacto estrecho en poblaciones especiales para definir criterio de contacto estrecho:

- **Pasajeros de aerolíneas, bus, tren:** sentados en el radio de 2 asientos alrededor de un caso COVID- 19 confirmado que hayan estado sintomáticos durante el vuelo y la tripulación que haya tenido contacto con dicho caso.
- **Pasajeros de cruceros:** todas las personas que compartieron un viaje en buque/barco con un caso confirmado.
- **Contacto estrecho en barrios populares, pueblos originarios, instituciones cerradas o de internación prolongada:**
 - Persona que comparta habitación, baño o cocina con casos confirmados de COVID-19.
 - Persona que concurra a centros comunitarios (comedor, club, parroquia, paradores para personas en situación de calle) y haya mantenido estrecha proximidad con un caso confirmado a menos de 2 metros y más de 15 minutos.

Contacto estrecho en Personal de Salud: ver Anexo 8 de la Guía Técnica: Recomendaciones para el manejo del personal de salud expuesto a SARS-CoV-2.

¡NUEVO!

5 | DEFINICIÓN DE CASO SOSPECHOSO

CRITERIO 1: Toda persona de cualquier edad que presente:	
Dos o más de los siguientes síntomas:	Sólo anosmia o ageusia
<ul style="list-style-type: none">▪ Fiebre (37.5°C o más)▪ Tos▪ Odinofagia▪ Dificultad respiratoria▪ Cefalea▪ Mialgias▪ Diarrea/vómitos*▪ Rinitis/ congestión nasal (*los signos o síntomas separados por una barra (/) deben considerarse como uno solo)	
Sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica	

CRITERIO 2: Toda persona de cualquier edad que presente:
Infección respiratoria aguda grave (IRAG) incluida neumonía (clínica o radiológica) que requiere internación
ó
Neumonía intrahospitalaria a evaluar según contexto epidemiológico local y hospitalario (brote institucional activo)

CRITERIO 3: Grupo prioritario de testeo: Toda persona que:

- **Sea trabajador de salud**
- **Resida o trabaje en instituciones cerradas o de internación prolongada** (residencia de adultos mayores, centros de rehabilitación mental o física, cárceles, correccionales, centros de diálisis, congregaciones religiosas, hogares de niños y niñas)
- **Sea Personal esencial** (fuerzas armadas o fuerzas de seguridad, personas que brindan asistencia a adultos mayores)
- **Asista a centros comunitarios** (parroquia, comedor popular)
- **Esté en situación de calle**
- **Haya fallecido sin causa conocida***
- **Sea contacto estrecho de caso confirmado de COVID-19, que dentro de los 14 días posteriores al contacto:**

Y presente UNO o más de los siguientes síntomas:

- Fiebre (37.5°C o más)
- Tos
- Odinofagia
- Dificultad respiratoria
- Pérdida repentina del gusto o del olfato.

* En Personas fallecidas se debe tomar la muestra para rT- PCR SARS- CoV2 lo antes posible y como máximo hasta 6 hs luego del fallecimiento

CRITERIO 4: Síndrome inflamatorio multisistémico post- COVID19 en pediatría (Definición adaptada por el Ministerio de Salud de la Nación de la OMS)

Persona de 0-18 años que presente:

Fiebre (temperatura ≥ 38 °C) más de 3 días

Y dos de los siguientes:

- a) Erupción cutánea o conjuntivitis bilateral no purulenta o signos de inflamación mucocutánea (oral, manos o pies).
- b) Hipotensión o shock.
- c) Características de disfunción miocárdica, pericarditis, valvulitis o anomalías coronarias (incluidos los hallazgos ecográficos o elevación de Troponina / NT-proBNP).
- d) Evidencia de coagulopatía (elevación de PT, PTT, Dímero-D).
- e) Síntomas gastrointestinales agudos (diarrea, vómitos o dolor abdominal)

Y

Marcadores elevados de inflamación:

- VSG
- Proteína C reactiva
- Procalcitonina

Y

Ninguna otra causa evidente de inflamación (incluida la sepsis bacteriana, síndromes de shock estafilocócicos o estreptocócicos)

6

CLASIFICACIÓN FINAL DEL CASO SOSPECHOSO

CASO PROBABLE

Pacientes que reúnen definición de caso sospechoso en el que se descartan otras etiologías y que presenten:

1. rRT- PCR SARS-CoV-2 no concluyente para SARS-CoV-2.
2. rRT- PCR SARS-CoV-2 o test rápidos para antígenos no realizados.
3. Serología positiva (*) en alguna de las siguientes situaciones:
 - Alta sospecha pre-test con ≥ 1 rRT - PCR SARS-CoV-2 no detectables.
 - Pacientes con resolución de cuadro clínico compatible y nexa epidemiológico (diagnóstico retrospectivo).
 - Estudios de seroprevalencia conducidos por la autoridad sanitaria Provincial.

()Ac totales positivos para SARS-CoV-2 sin haber recibido ninguna dosis de las vacunas vigentes contra COVID-19, utilizando los métodos validados por el Laboratorio de Salud Pública de Provincia de Mendoza.*

CASO CONFIRMADO POR LABORATORIO

Todo caso sospechoso (criterio 1 a 3) con prueba de laboratorio confirmatoria para SARS-CoV-2 mediante las siguientes técnicas:

- A. Biología molecular por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa reversa (RT-PCR).
- B. Biología molecular por reacción amplificación isotérmica mediada por bucle (LAMP).
- C. Test Rápidos de Antígenos. Estudios de seroprevalencia conducidos por la autoridad sanitaria Provincial.

CASO CONFIRMADO EN PEDIATRÍA (en caso de criterio 4)

Toda persona que cumple con el criterio 4 y que presente resultado detectable por biología molecular para SARS-CoV-2, test antigénicos positivos y/o serología positiva para SARS-CoV-2.

CASO CONFIRMADO POR CRITERIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO (o por nexo)

Para definir una persona como confirmada por criterio clínico-epidemiológico se deben cumplir 3 requisitos:

1. Persona con síntomas (encuadrado como caso sospechoso: criterio 1)
2. Conviviente de un caso confirmado por laboratorio
3. Dentro de los 14 días del último contacto con el conviviente en etapa de contagiosidad (o transmisibilidad) presenta síntomas compatibles con COVID-19
 - La etapa de transmisibilidad de un caso COVID-19 positivo (con buena evolución clínica) es desde dos días antes de empezar con síntomas hasta 10 días después del comienzo de los mismos.
 - Por lo cual en caso de que la persona enferma no cumpla un correcto aislamiento intradomiciliario, puede contagiar a sus convivientes desde el primero hasta el décimo día del comienzo de sus síntomas. Es decir, que si no hay aislamiento intradomiciliario la cuarentena a los convivientes deberá extenderse por 10 días adicionales a partir del alta del caso (20 días en total)
 - Además hay que tener presente que si empiezan aparecer en el domicilio más casos confirmados (por nexo o laboratorio) y no se cumple con el aislamiento intradomiciliario como se aclara en el punto anterior, hay que tener presente el período de contagiosidad y la cuarentena de todos los casos confirmados para considerar levantar la cuarentena a los contactos estrechos asintomáticos.

AVISO IMPORTANTE

- Los convivientes de un caso confirmado son considerados contactos estrechos mientras permanezcan asintomáticos.
- Los convivientes de un caso confirmado no se consideran confirmados por criterio clínico epidemiológico por el solo hecho de convivir con el caso confirmado. Deben tener síntomas (y conformar un caso sospechoso según lo definido en criterio 1 de caso sospechoso de esta norma) para confirmarse por criterio clínico epidemiológico.
- Se procurará la realización de estudios de diagnóstico para COVID 19 siempre que sea posible, siendo obligatorio en aquellos casos con: IRAG (criterio 2 de la definición de caso sospechoso), PDS, personal esencial, personas que trabajan en geriátricos o instituciones cerradas, fallecidos con sospecha de COVID 19, pacientes con sospecha de síndrome inflamatorio multisistémico post COVID 19 (Criterio 4 de la definición de caso sospechoso). En estos casos se deberá PROCURAR la realización de estudios moleculares o test rápidos de antígenos para el diagnóstico por laboratorio. Sin embargo, se los considerará como confirmados por criterio clínico epidemiológico si cumplen la definición de caso confirmado por nexa a pesar del resultado de los test no detectable o negativo.

CASO CONFIRMADO POR CRITERIO CLÍNICO

Toda persona que presente anosmia y/o ageusia repentina y que no pertenezca al grupo prioritario de testeo (criterio 3).

Siempre intentar hacer algún test diagnóstico para confirmarlo por laboratorio.

Si no se cuenta con recursos se podrá obviar el método diagnóstico de laboratorio.

Si la persona tiene estudio diagnóstico negativo con anosmia y/ o ageusia repentina se confirmará por clínica.

Esto será así siempre y cuando la persona en el transcurso del tiempo no repita anosmia y ageusia nuevamente. En estos casos sólo se aceptará la confirmación por laboratorio del caso.

CASO DESCARTADO

Caso sospechoso (criterios 1, 2, 3) en el que no se detecte genoma viral SARS CoV-2 por biología molecular en una muestra adecuada. En todos los casos es muy importante la evaluación clínica de los pacientes.

Caso sospechoso que cumple con criterio 4 que no se detecte genoma viral SARS CoV-2 por biología molecular en una muestra adecuada y/o presenta serología negativa para SARS CoV-2.

En la situación epidémica actual se podrá considerar el caso como descartado si tiene una persona que cumple criterio 1 de caso sospechoso (no aplicable para criterios 2,3 y 4) con test antigénicos negativos realizados entre el momento que empieza con síntomas y el día 7 de comienzo de síntomas y con evolución clínica favorable.

7 LINEAMIENTOS PARA LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA AFRONTAR LA PANDEMIA DE COVID 19

7.1. LINEAMIENTOS GENERALES

Organización Asistencial

La organización de las áreas asistenciales de los efectores públicos, privados y de la seguridad social deben incluir:

- Educación del personal de su propio efector, los pacientes, familiares y visitantes.
- Carteles con Instrucciones para los pacientes y acompañantes.

Recursos Materiales

Todos los efectores con actividad asistencial de casos sospechosos o confirmados, deberán contar con los siguientes insumos obligatorios:

- Guantes de látex común
- Barbijos descartables médicos quirúrgicos y N95
- Antiparras o máscara facial (ésta última según disponibilidad).
- Camisolín descartable hidrorrepelente.

Recurso Humano

- Los casos sospechosos o confirmados deberían ser asistidos por un equipo de trabajadores sanitarios designados para atenderlos de forma exclusiva, para reducir el riesgo de contagio y transmisión.
- Limitar los profesionales que atienden al paciente y que ingresan a la habitación en caso de pacientes internados.

- Los pacientes deben ser asistidos por profesionales especialmente entrenados para ello.
- Limitar la cantidad de equipo personal del paciente en la habitación, en donde solo deben estar los objetos mínimamente necesarios.

Recurso Edificio

Paciente ambulatorio:

- Contar con un espacio físico previamente asignado de uso exclusivo para estos pacientes (para contención), adaptándolos a las posibilidades de cada centro y donde pueda realizarse la admisión administrativa (de modo de evitar la circulación del paciente por la Institución). Si cuenta con sala de espera debe respetarse el uso de barbijo entre los pacientes y la distancia social de al menos 1 metro.
- Deberá contar con ventana al exterior, ventilación natural por paciente y posibilidad de cerrar la puerta para la atención inmediata y aislamiento de cualquier caso sospechoso detectado durante el triage y activar el protocolo específico.
- El consultorio debe contener todos los elementos necesarios para la atención del paciente y la protección para el profesional.

Si el paciente requiere internación:

- Colocar al paciente en habitación individual (idealmente con baño privado), en lo posible con presión negativa o con ventilación adecuada para minimizar la posibilidad de transmisión por vía aérea en caso de aerosolización.
- Cuando no haya habitaciones individuales disponibles, los pacientes confirmados de COVID-19 pueden ser agrupados (aislamiento de cohorte) siempre en una misma área, piso o pabellón designado de manera exclusiva para el cuidado de casos. Consultar con Control de Infecciones.
- Debe designarse sectores separados para pacientes con diagnóstico confirmado y sospechoso, con áreas limpias y sucias para los materiales. La estrategia de separar físicamente a los pacientes COVID, de no-COVID, además de evitar brotes nosocomiales, permite dedicar y disponer de los recursos apropiados por personal entrenado.
- Todas las camas de los pacientes deben colocarse al menos a 1 m de distancia independientemente de si se sospecha que tienen infección por COVID-19.

- Determinar la mejor localización del área de aislamiento, identificando un espacio destinado a la asistencia COVID.
- Si es posible, limitar el contacto de pacientes COVID con otros, utilizando pasillos y ascensores diferenciales.
- Deben establecerse rutas de tráfico de pacientes separadas.
- Asegurarse que las ventanas y salidas de aire de las habitaciones COVID no estén ubicadas en espacios públicos o en donde se encuentre personal.

Medidas de Control de Infecciones

Equipo de Protección personal (EPP): El personal de Salud que tiene contacto con casos sospechosos, probables o confirmados debe usar las medidas habituales de precaución estándar, de contacto y para transmisión por gotas:

- Higiene de manos; de acuerdo con las recomendaciones de la OMS
- Uso de guantes
- Barbijo quirúrgico (se deben colocar y retirar fuera de la habitación del paciente).
- Camisolín
- Protección para los ojos o máscara facial, dependiendo de la exposición anticipada
- Prácticas seguras de inyección o extracción de sangre.



AVISO IMPORTANTE

La OMS recomienda el uso de respiradores n95 o de nivel superior para los procedimientos invasivos de alto riesgo de aerosolización. En el resto de las situaciones solo están indicadas medidas de precaución de transmisión por gotas y aislamiento de contacto.

Los EPPs deben mantenerse en stock necesario. VER ANEXO 1 de esta guía técnica

Precauciones de Aislamiento: La extensión de la aplicación de las precauciones estándar durante el cuidado del paciente está determinada por la naturaleza de la interacción entre el personal de salud, el paciente y

el grado de exposición anticipada a la sangre o los fluidos corporales. Esta recomendación puede modificarse según nuevas evidencias.

¡NUEVO!

Limpieza

- Debe designarse personal de limpieza exclusivo para sector COVID-19.
- El Personal de Limpieza que se desempeñe en Instituciones de Salud con actividad asistencial debe utilizar equipo de protección personal individual y adecuado para la prevención de Infecciones por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto que incluya: camisolín descartable, barbijo médico-quirúrgico, o el que corresponda según la exposición ambiental, guantes y antiparras.
- En el caso que se desempeñe en áreas no asistenciales (administrativas) deben utilizar barbijo.
- Limpiar las superficies horizontales de las habitaciones o zonas de aislamiento, con cuidado especialmente las superficies donde el paciente haya estado acostado, tocado con frecuencia y alrededor de la cama del paciente. Esto se hará periódicamente y después del alta.
- Los desinfectantes son solo para desinfectar después de la limpieza y no sustituyen la limpieza excepto que utilice productos que limpien y desinfecten en un solo paso, como el amonio cuaternario y el Peróxido de hidrógeno.
- Los desinfectantes probados para eliminar virus son: hipoclorito de sodio 500-1000 ppm, Compuestos de Amonio cuaternario y peróxido de hidrogeno 0,5%, monopersulfato de potasio.
- Los clorados se utilizan en superficies ya limpias y enjuagadas, se usan en pulverizadores, la dilución correcta en áreas críticas es de 1000 ppm, dependiente de la concentración inicial del clorado. Partiendo de una concentración inicial de 55 gr de cloro por litro, 1000 ppm se obtienen diluyendo 20 cc de cloro en un litro de agua. La concentración mínima es de 500 ppm.
- No se debe pulverizar (rociar) con desinfectante las superficies en forma directa, se debe rociar un paño limpio y seco y limpiar las superficies.
- Los desinfectantes deben ser aprobados por los equipos de Control de Infecciones y salud y seguridad ocupacional.
- Deben usarse acuerdo con las recomendaciones del fabricante.

- Deben ser activos contra los microorganismos que se encuentren en el entorno sanitario.

Ropa de Cama: debe ser colocada en bolsas rojas cerradas con guantes y retiradas a lavandería para la limpieza habitual de las mismas.

7.2. ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL

TRIAGE

Se deberá realizar triage a cualquier persona que ingresa a las diferentes Instituciones de Salud de la Provincia, ya sea por áreas de recepción, informes, admisión, guardias y consultorios externos, a fin de realizar la búsqueda y atención rápida de casos sospechosos con el objeto de apartarlos de la circulación general y asegurar su debida atención. Esto se realizará en las vías de acceso a la Institución:

- Entradas
- Sector de guardias y ambulancias
- Telefónico

Las Instituciones deben restringir el ingreso de personas, máximo 1 acompañante por paciente. Se sugiere evitar el ingreso de niños. Es función del encargado del Triage esta restricción.

Se recomienda dar prioridad de la persona gestante, en el acceso a los sistemas organizados para el triage de ingreso a establecimientos de salud, así como en los centros o puntos organizados para testeo. Toda vez que sea posible se recomienda triage para gestantes y púerperas separado del triage general

Entrada a la Institución

Se abordará este triage con las siguientes modalidades:

- a) Interrogatorio dirigido: preguntando sobre la presencia de temperatura corporal ≥ 37.5 °C y síntomas respiratorios (rinorrea nueva, tos, dificultad respiratoria, odinofagia), ageusia, anosmia, diarrea, vómitos, mialgia y/o cefalea.
- b) Termometría digital infrarroja: 37.5°C o más.
- c) Combinación de ambas.

Para su correcta realización considerar:

- El personal destinado a dicha tarea debe estar correctamente capacitado.
- Acceso a la higiene de manos con alcohol gel o lavado con agua y jabón.
- Se debe mantener el orden durante el ingreso de personas, que deben contar con tapabocas, y asegurar que se respete la distancia física mayor a 1 metro entre las personas.
- Facilitará el triage la utilización de señalética que anticipe acciones de triage.
- En este punto debe separarse los pacientes con patología respiratoria de los que ingresan a la institución de otras causas.
- Ante la detección de caso con fiebre y síntomas respiratorios, debe otorgar barbijo descartable médico-quirúrgico, explicándole su correcta utilización y la importancia de la colocación durante la permanencia dentro de la Institución o hasta la definición del caso (internación, derivación o alta hospitalaria). Le recomendará que cumpla el protocolo de higiene respiratoria.
- Los pacientes con patología respiratoria deben reclasificarse en aquellos con sospecha de COVID- 19 y dirigirlos a un sitio de atención exclusiva con el fin de no compartir la misma sala de espera.

EL TIEMPO DE PERMANENCIA Y CIRCULACIÓN DEL PACIENTE SOSPECHOSO EN EL PUNTO DE ATENCIÓN (GUARDIA, CONSULTORIOS, ETC) DEBE SER EL MÍNIMO POSIBLE.

GUARDIAS Y AMBULANCIAS

Las guardias generales son habitualmente los sitios de consulta de patología respiratoria más frecuente. Las guardias deben tener organizado un sistema de triage interno para la correcta identificación de pacientes con síntomas respiratorios y fiebre, para que sean derivados al sitio de atención correspondiente.

Los pacientes que ingresen por sistemas de emergencias prehospitalarios como las ambulancias deben realizar el triage previo a su arribo a la institución, identificado aquellos pacientes que puedan definirse como caso sospechoso de COVID-19 para su aislamiento inmediato.

En caso de no contar con información previa por ausencia de familiares, paciente intubado de emergencia o paciente que no colabora, se debe aislar hasta obtener más información o confirmar otro diagnóstico.

TELEFÓNICA

El Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de Mendoza cuenta con la línea COVID de atención al ciudadano (0800-800-26843). Los operadores de esta línea realizan una evaluación inicial y en caso de ser necesario gestionan el turno a la persona al Centro de referencia de atención para casos COVID más cercano al área del domicilio.

Los ciudadanos con obra social o prepaga deberán comunicarse con las mismas, para recibir la atención requerida.

Quien orienta telefónicamente al paciente debe dar instrucciones precisas de las condiciones para asistir a la consulta (debe concurrir utilizando barbijo descartable, mantener distancia social de al menos 1 metro, cumplir con el protocolo de higiene de tos e higiene de manos y dirigirse al sector de triage dando aviso de su cuadro sospechoso o confirmado de COVID).

TRASLADO DE PACIENTES DENTRO DE LA INSTITUCIÓN

Se evitará la circulación del paciente confirmado por el hospital, pero en caso de requerir estudios y ser necesario el traslado debe circular con barbijo descartable médico quirúrgico.

En casos de requerir traslado los pacientes internados, los camilleros utilizarán equipo de protección apropiado (barbijo descartable médico quirúrgico, guantes descartables y camisolín descartable) y realizarán

cuidadosa higiene de manos luego del traslado. La camilla o silla debe ser higienizada luego del traslado por personal de limpieza provisto de elementos de protección. El camillero debe situarse en la parte de los pies del paciente para su traslado. Evitar que la camilla tome contacto con barandas o paredes.

MANEJO EN SALAS DE INTERNACIÓN DE PACIENTES CON SOSPECHA O CONFIRMACIÓN DE COVID 19

- Precaución de aislamiento: tipo respiratorio por gotas y contacto. La institución debe asegurar las condiciones de aislamiento mencionadas.
- Deben asegurarse las estrategias óptimas de aislamiento de casos sospechosos y confirmados en la Institución.
- Durante la internación se realizará la toma de muestra, llenado de ficha epidemiológica de notificación e interconsulta al Servicio de Infectología/Control de Infecciones (en caso de que se contase).
- Todo el personal de salud que asista al paciente debe utilizar barbijo quirúrgico, camisolín, guantes y antiparras.
- Limitar el transporte y la movilización de los pacientes fuera de su habitación, en caso de ser necesario colocar barbijo quirúrgico.
- Equipo de cuidado del paciente de uso exclusivo: termómetro, tensiómetro, estetoscopio, tela adhesiva, descartador punzo-cortante. Si el uso común es inevitable realizar limpieza y desinfección antes de usarlos con otro paciente.
- El personal de rayos debe colocar bolsa de polietileno al chasis e idealmente realizar radiografías en habitación.
- Personal que entrega la comida: se sugiere que la entrega sea directa al enfermero a cargo del paciente para que el mismo personal que lo asiste o por parte de la empresa tercerista. Sin embargo, la empresa tercerista no deberá recolectar los desechos posteriores si la comida fue entregada en envases descartables.
- Visita restringida: la misma se colocará barbijo quirúrgico, camisolín y guantes. Es importante que el enfermero supervise la colocación y retiro de los Elementos de Protección Personal.
- Personal que debe usar barbijo N95: para las siguientes maniobras que pueden generar aerosoles: intubación, toma de muestra de secreciones respiratorias (hisopado diagnóstico), aspiración de secreciones, toma de esputo inducido, manipulación de muestras respiratorias (virología), cuidados de traqueostomía, ventilación manual, ventilación no invasiva

con presión positiva, enfermeros que realizan higiene bucal en pacientes en ARM, fibrobroncospía.

- El Servicio de Internación debe contar con equipos de protección personal: barbijos quirúrgicos, N95, antiparras, elementos de higiene de las mismas, blusones, guantes no estériles para el abordaje del caso y fichas epidemiológicas.

8

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

VIGILANCIA DE CASOS SOSPECHOSOS Y CONFIRMADOS

- Objetivo: detectar de manera temprana casos, permitiendo la atención adecuada de los pacientes y la implementación de las medidas de investigación, prevención y control tendientes a reducir el riesgo de diseminación de la infección en la población, así como la adecuada atención de los casos graves.
- La vigilancia de COVID-19 se inscribe en la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas (enfermedad tipo influenza-ETI, bronquiolitis, neumonía, infección respiratoria aguda grave (IRAG), infección respiratoria aguda grave inusitada-IRAGI y sospecha de Virus emergente) que incluye los servicios de atención de los distintos subsectores, la Red Nacional de Laboratorios de la provincia, laboratorios privados con capacidad para el diagnóstico, entre otros.
- Todos participan de manera activa del 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.
- La COVID-19 en todas sus etapas, desde la sospecha de caso hasta el seguimiento de su evolución, se incorporó al Régimen Legal de Enfermedades de Notificación Obligatoria establecido por Ley 15465 (RESOL-2020-680-APN-MS) y debe ser notificada en forma inmediata (12horas) y completa al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS2.0) dentro del Grupo de Eventos: Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), Eventos: Caso sospechoso de COVID-19, Influenza y OVR o Contacto de caso de COVID-19.
- **La Ley 15.465 obliga al personal de salud del sector público, privado o de la seguridad social que atienda casos sospechosos, confirmados y sus contactos del COVID-19 deben notificar al SNVS 2.0 sobre dichos casos, cumpliendo con esta normativa nacional.**

- Se encuentra disponible una Guía para la Notificación de un caso sospechoso de COVID-19 o un contacto de caso de COVID-19 al SNVS2.0: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anexo_i_y_ii_guia_para_la_vigilancia_e_instructivo_para_la_notificacion_de_covid-19.pdf
- Los casos sospechosos de COVID-19 se notifican utilizando la FICHA DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE CASO SOSPECHOSO DE NUEVO CORONAVIRUS (COVID-19), la cual debe acompañar la muestra respiratoria enviada al laboratorio. La misma se puede descargar en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ficha-coronavirus-covid-19>.
- **Los casos confirmados por criterio clínico-epidemiológico deben cargarse en SNVS o llenarse una "FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO CONFIRMADO POR CRITERIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO"**
<http://www.salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2020/04/FICHA-DE-NOTIFICACION%20DE-CASO-POR-CONFIRMACION%20CLINICO-EPIDEMIOLOGICA.pdf>
- Los casos de Criterio 4: Síndrome Inflamatorio Multisistémico deben notificarse de forma individual al SNVS 2.0:
 - Grupo de Eventos: Infecciones respiratorias agudas
 - Evento: Síndrome inflamatorio multisistémico (SIM): Completar clasificación manual según corresponda
 - Estrategia de vigilancia clínica/laboratorio
 - Datos de Internación
 - Indicar Comorbilidades
 - Completar Diagnóstico referido constatado
 - Evolución
 - Periodicidad inmediata
- Ambas fichas deben enviarse a epidemiologia@mendoza.gov.ar.

¡NUEVO!

VIGILANCIA DE NUEVAS VARIANTES

- La vigilancia genómica de SARS-CoV-2 integrada a la vigilancia de COVID-19 es coordinada entre la Dirección Nacional de Epidemiología y las Direcciones de Epidemiología Provinciales y la Red de Laboratorios
- La red de laboratorios de vigilancia genómica será coordinada por la ANLIS-Malbrán como laboratorio nacional de referencia.

- Todos los participantes realizarán el registro y notificación en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS2.0).
- Todos los casos estudiados por secuenciación genómica de SARS-CoV-2 serán notificados con modalidad nominal al evento “Vigilancia genómica de SARS CoV-2” del Sistema Nacional de Vigilancia SNVS.2.0. consignando en la solapa “laboratorio” la identificación de linaje y/o mutaciones de interés halladas según corresponda. Es importante la integración con los datos clínicos y epidemiológicos del caso que deberán estar informados en la ficha original de “Caso sospechoso de COVID-19”.
- **Indicaciones:**
 - **Vigilancia general de las variantes circulantes en la comunidad** (porción de las muestras positivas para SARS-CoV-2, representando a los diferentes grupos de edad, sexo, unidades territoriales y criterios de severidad);
 - **Sospechas de re-infecciones:** El número de muestras a enviar para secuenciación con estas características se definirá periódicamente de acuerdo a la situación epidemiológica y la disponibilidad de recursos para la secuenciación.
 - **Pacientes vacunados:**
 - ✓ Todos los casos confirmados de personas que han recibido una pauta de vacunación completa (dos dosis) y:
 - hayan transcurrido al menos 14 días entre la fecha de la última dosis aplicada y el inicio de los síntomas y;
 - presenten cuadros moderados y severos (internados en sala común, UTI, fallecidos).
 - ✓ Todos los casos confirmados de personas que han recibido UNA sola dosis de vacuna y:
 - hayan transcurrido al menos 14 días entre la fecha de la dosis aplicada y el inicio de los síntomas y;
 - presenten cuadros severos (internación en UTI y fallecidos).
 - **Investigación de nuevas variantes en embarazadas y puérperas con enfermedades moderadas, graves o críticas**
 - **Investigación de nuevas variantes en escenarios de alta transmisibilidad o virulencia:**
 - ✓ Brotes epidémicos con un aumento rápido de casos en un determinado territorio o grupo étnico específico.

- ✓ Una proporción de casos graves anormalmente elevada en comparación con las observadas hasta ese momento o casos individuales con comportamiento clínico no esperado por su gravedad, en pacientes menores de 60 años y sin factores de riesgo.
- ✓ En estas situaciones no es necesario secuenciar todas las muestras sino una selección. De forma aproximada será suficiente con un 10% de las muestras, en los brotes puede ser suficiente con secuenciar 4 o 5 casos.
- **Investigación de nuevas variantes en viajeros provenientes del exterior:**
 - ✓ Ingresarán a la vigilancia genómica todos los casos confirmados en viajeros provenientes del exterior, cuyo lugar de probable adquisición de la infección sea fuera de Argentina.
 - ✓ Esta pauta se actualizará de acuerdo a la política de ingresos al país y al caudal de casos identificados en esas circunstancias.

¡NUEVO!

VIGILANCIA DE MUCORMICOSIS ASOCIADA A COVID 19

- Grupo de eventos: Mucormicosis
- Evento: Micosis sistémicas oportunistas-Completar clasificación manual según corresponda
- Estrategia de vigilancia clínica/laboratorio
 - Datos de Internación
 - Indicar Comorbilidades
 - Evolución
 - Completar diagnóstico de laboratorio
- Periodicidad inmediata

9

DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

PRUEBAS DE LABORATORIO PARA CONFIRMAR INFECCIÓN AGUDA DE COVID 19

Se realiza mediante dos tipos de pruebas:

- Detección directa del genoma viral por técnicas de biología molecular (RT-PCR, LAMP, etc.)
- Detección de antígenos virales mediante técnica de inmunocromatografía de difusión (lateral flow).

TIPO DE MUESTRA RECOMENDADA PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE INFECCIÓN ACTIVA POR SARS COV-2

El virus SARS -CoV-2 replica en faringe y en tracto respiratorio superior. Es por ello que dentro de las muestras recomendadas para el diagnóstico de SARS CoV-2 tanto para técnicas moleculares (RT-PCR, LAMP) como para las pruebas rápidas de detección de antígenos, se consideran aquellas del tracto respiratorio y principalmente del superior. Las muestras empleadas y recomendadas para el diagnóstico son las del tracto respiratorio y saliva.

Tracto respiratorio superior:

- Hisopado nasofaríngeo (HNF)
- Hisopado nasal (HN)
- Saliva
- Hisopado orofaríngeo sólo en pacientes que por su condición clínica no pueda realizarse otro tipo de toma de muestra.

Tracto respiratorio inferior: Este tipo de muestra es conveniente evaluarla en pacientes con enfermedad respiratoria grave cuando el diagnóstico virológico convencional no ha sido concluyente, siendo preferibles el lavado broncoalveolar, broncoaspirado, y/o aspirado endotraqueal. En pacientes que presentan tos productiva podría considerarse muestra de esputo, sin embargo no se recomienda la inducción de esputo para la obtención de muestras por la posibilidad de generación de aerosoles durante el procedimiento.

METODOLOGÍAS DISPONIBLES PARA EL DIAGNÓSTICO DE COVID-19

A) Técnicas Moleculares para la Detección de SARS-CoV-2

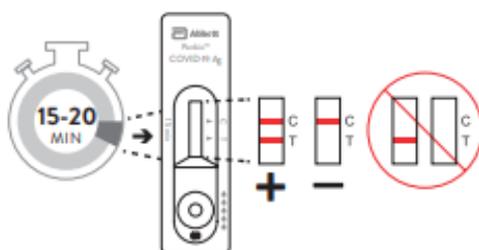
- El uso de técnicas moleculares basadas en la detección de genoma viral de SARS-CoV-2 en muestras respiratorias en la actualidad, RT-PCR, continúa siendo el gold-standard para detectar una infección activa por SARS-CoV-2 tanto en sujetos sintomáticos como asintomáticos.
- Están basadas en la amplificación específica de regiones del genoma de SARS CoV-2 que incluye los genes E, N, RdRP y S.
- Son pruebas con alta sensibilidad y especificidad que indican una infección actual o una infección reciente pero, debido a la detección prolongada de ARN viral, no siempre son evidencia directa de la presencia de virus capaces de replicarse o transmitirse a otros.
- Los métodos moleculares requieren de personal entrenado y de infraestructura de bioseguridad nivel II o infraestructura equivalente con cabinas de bioseguridad o cabinas de contención primaria para el procesamiento seguro de las muestras previa a la inactivación.
- El proceso de realización de la rRT- SARS-CoV-2es laborioso: requiere pasos previos de inactivación de la muestra y de extracción de ARN, así como instrumentación estacionaria para la amplificación y detección de ácidos nucleicos, por lo que el tiempo total de ejecución puede llevar varias horas y el tiempo de respuesta es de 12 a 24 horas en condiciones óptimas.
- Las capacidades de laboratorio limitadas, incluido el personal capacitado, y los altos volúmenes de muestras, también pueden contribuir a retrasar el procesamiento de las muestras. En consecuencia, la obtención del resultado habitualmente no inferior a 12-24 horas puede obstaculizar la identificación rápida de los casos infectados y reducir el impacto del rastreo de contactos.
- Nuevos métodos de biología molecular basados en la amplificación isotérmica mediada por bucle (LAMP):
 - permiten que las cadenas de ADN recién copiadas formen estructuras en bucle que pueden amplificarse mucho más rápidamente que en la RT-PCR, requiriendo solo una hora de amplificación.
 - Tienen aceptables niveles de sensibilidad y especificidad en comparación con la prueba gold-standard.

- Requieren instrumental más sencillo para su ejecución y pueden realizarse en laboratorios de menor complejidad y esto permite realizar un mayor número de determinaciones al mismo tiempo.
- Los resultados se informarán como:
 - **Detectable:** presencia de material genético para SARS-CoV-2.
 - **No Detectable:** ausencia de material genético para SARS-CoV-2.
 - **No concluyente:** resultado indeterminado en un ensayo de rRT- PCR SARS-CoV-2 en tiempo real se define como una señal de amplificación tardía respecto de un valor umbral de ciclo alto predeterminado. Esto puede deberse a baja cantidad del virus en la muestra (que se acerca al límite de detección del ensayo), o puede representar una reactividad inespecífica (señal falsa) en la muestra. Cuando sea clínicamente relevante, las muestras indeterminadas deben investigarse más a fondo, por ejemplo: mediante recolección y prueba de otra muestra del paciente.
 - Interpretación de resultados: Si bien son pruebas muy específicas que pueden detectar niveles bajos de ARN viral, su sensibilidad en el contexto clínico depende del tipo y la calidad de la muestra obtenida, duración de la enfermedad al momento de la prueba y características específicas del test. Las tasas de falsos negativos notificados han oscilado entre el 2% y el 29%. El resultado de la prueba debe interpretarse en combinación con el cuadro clínico y el contexto epidemiológico, pudiendo ser necesario tomar nuevas muestras y realizar nuevas determinaciones, incluso siendo necesario en algunos casos muestras del tracto respiratorio inferior.

Pruebas de detección de antígenos de SARS-CoV-2

- Las pruebas de detección de antígenos del SARS-CoV-2, permiten su detección durante los primeros cinco a siete días a partir del comienzo de los síntomas.
- Globalmente estas pruebas tienen menor sensibilidad que las pruebas de detección del genoma viral y presentan alta especificidad.
 - Para la selección del test se recomienda que el mismo presente una sensibilidad $\geq 80\%$ y una especificidad $>97\%$ y que al momento de implementarlo dicho desempeño sea verificado. En un estudio realizado en la Provincia de Mendoza por los Laboratorios de la red de Salud Pública (Dres Espul, Cacavari et al) la sensibilidad fue de 90.4% y la Especificidad de 98,6% sobre un total de 272 muestras analizadas de pacientes sintomáticos.

- Las pruebas determinan la presencia de antígenos preferentemente de la nucleocápside (por su abundancia) aunque también de los dominios S1 y S2 de la de la proteína S. Se realiza la detección de antígenos virales mediante técnica de inmunocromatografía de difusión (lateral flow)
- La ventaja de estas pruebas es que en general requieren de un tiempo inferior a los 30 minutos para dar un resultado y pueden ser utilizadas directamente en puntos de atención (primer nivel de atención), con poco o sin ningún equipamiento adicional. Esto los convierte en una herramienta que permite ampliar el acceso al diagnóstico no solo a poblaciones con barreras en el diagnóstico con técnicas moleculares sino en poblaciones con circulación comunitaria alta en las cuales el sistema de salud resulta altamente demandado, contribuyendo de esta manera a la interrupción comunitaria de la transmisión mediante el aislamiento de casos diagnosticados y el rastreo de sus contactos estrechos en forma más amplia y oportuna.
- Los test de antígeno en terreno podrán ser realizados por personal entrenado y capacitado para tal fin siempre y cuando se cuente con la supervisión de la técnica por personal bioquímico
- Los resultados se informarán como **“reactivas o positivas”** y **“no reactivas o negativas”**.



- Interpretación de resultados:
 - CONSIDERACIONES GENERALES: Los valores predictivos positivos (VPP) y negativos (VPN) de los tests diagnósticos dependen no solo del rendimiento de la prueba sino además de la probabilidad pre-test. La probabilidad pre-test considera tanto la prevalencia de la enfermedad en la población objetivo así como también el contexto clínico individual (personas con síntomas de COVID 19, contactos estrechos de casos confirmados)

- RESULTADOS POSITIVOS
 - En casos de alta probabilidad pre-test (gran prevalencia de la enfermedad en la comunidad, contacto estrecho, síntomas compatibles) un resultado positivo por antígeno podría considerarse confirmatorio
 - La sensibilidad en pacientes con alta carga viral (Ct =25 o >106 copias/mL) usualmente presente en el periodo pre-sintomático (1-3 días previos al inicio de síntomas) y en las etapas tempranas de la fase sintomática (5-7 días) es alta, siendo de 84 al 97 % según diversos estudios. Los resultados positivos de las pruebas de antígenos se encuentran generalmente en muestras con alta carga viral permitiendo la identificación de los casos potencialmente infecciosos.
- RESULTADOS NEGATIVOS
 - Se han hallado resultados falsos negativos de los test de antígeno en muestras con baja carga viral, lo que coincide con un número bajo de virus viables y probablemente una infecciosidad baja.
 - Ante una alta probabilidad pretest positiva y un resultado negativo del test habría que valorar también la evolución del paciente y eventualmente realizar otro test, preferentemente mediante técnica de rRT- PCR SARS-CoV-2 a fin de descartar un falso negativo.

- **Optimización de resultados**

Con el objetivo de:

- Optimizar la obtención de resultados de laboratorios en casos de pacientes que requieran una intervención terapéutica inmediata, o en su defecto, disponer de camas en caso que el diagnóstico que lo que aqueja al paciente no sea COVID- 19.
- Disminuir la transmisión de la enfermedad en Instituciones y personal esencial.
- Optimizar el trabajo del personal de laboratorio y sus tiempos.

Se solicita que:

- Todas las muestras de los pacientes deben estar bien rotuladas.
- Todas las fichas deben estar completas y con letra legible. Es imprescindible que el DNI y el teléfono de los pacientes sea el correcto, sino no se puede garantizar el seguimiento apropiado.

NORMATIVA DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS

Las muestras deben recolectarse y procesarse según normativa del Laboratorio de Salud Pública.

<http://www.salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2020/04/ANEXO-VI-Recomendaciones-de-Bioseguridad-para-Laboratorios-en-el-Contexto-de-Pandemia-por-SARS-CoV-2-Version-1.pdf>

http://www.salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2020/03/RECOMENDACIONES-PARA-EL-DIAGN%C3%83_STICO-DE-LABORATORIO-v.NM-2.NM-2.NM-2.pdf

LABORATORIOS DE PROCESAMIENTO DE MUESTRAS DE

LABORATORIOS DE LA RED PÚBLICA DE PROCESAMIENTO DE MUESTRAS DE rRT-PCR SARS-CoV-2

Los laboratorios de la red de Salud Pública para el procesamiento de muestras para rRT-PCR SARS-CoV-2 son:

- Laboratorio de Salud Pública
- Laboratorio Hospital Central de Mendoza
- Laboratorio Hospital Humberto Notti
- Laboratorio Hospital Luis Lagomaggiore
- Laboratorio Hospital Teodoro Schestakow
- Laboratorio Hospital Antonio J. Scaravelli
- Laboratorio Hospital Italo Perrupato
- Laboratorio Central OSEP
- Laboratorio LAPROMED (San Rafael)
- Laboratorio UGACOP (General Alvear)

PROCESAMIENTO DE ANTÍGENOS

Los test de antígenos son para realizar en el punto de atención del paciente. Requieren poca complejidad. Pueden realizarse en el territorio. Los test de antígeno en terreno podrán ser realizados por personal

entrenado y capacitado para tal fin siempre y cuando se cuente con la supervisión de la técnica por personal bioquímico. Deben cargarse en SNVS.

LABORATORIOS PRIVADOS

Los laboratorio privados que realicen determinaciones para SARS-CoV-2, tales como RT-PCR, serología y Antígeno; deben contar con la autorización de la Dirección de Epidemiología y Gestión Integral de la Calidad en Salud o la dependencia que ésta designe.

Están obligados por Ley al cargado en SNVS de los Resultados.

CONSIDERACIONES RESPECTO A SEROLOGÍA:

- Las pruebas serológicas detectan anticuerpos producidos por el organismo humano en respuesta a la infección por el SARS CoV-2. Su utilización no está recomendada para el diagnóstico de infección activa ni en personas con síntomas ni en asintomáticos
- Actualmente se utiliza en la Provincia técnica de electroquimioluminiscencia (ECLIA) que presenta mayor sensibilidad y especificidad; mediante la medición de anticuerpos totales (IgA, IgM y a predominio IgG) antinucleocápside viral.
- La determinación de anticuerpos para la proteína S (Spike) se debe utilizar solo en determinadas circunstancias para evaluación de la respuesta a esquemas completos de vacunación ya que los componentes vacunales están conformados por esta proteína S bajo distintas plataformas.
- En relación con la elección de otras técnicas y su rendimiento, se sugiere la siguiente revisión sistemática y metaanálisis: <https://doi.org/10.1136/bmj.m2516>.
- La utilidad de estas pruebas sería para:
 - Estudios de vigilancia poblacional
 - Diagnóstico tardío o retrospectivo en situaciones específicas
 - Como parte del diagnóstico de Síndrome Inflamatorio Multisistémico Post COVID 19



AVISO IMPORTANTE

LAS PRUEBAS DE LABORATORIO PARA SARS-COV-2 ESTÁN EVOLUCIONANDO, POR LO QUE LAS RECOMENDACIONES PARA ESTAS DETERMINACIONES CAMBIARÁN A MEDIDA QUE SE DESARROLLEN Y VALIDEN NUEVOS ENSAYOS.

ESCENARIOS CLÍNICOS DE DIAGNÓSTICO



AVISO IMPORTANTE

Todas las estrategias diagnósticas tienen dos objetivos:

- 1. Clínico individual: de realizar el diagnóstico del caso y realizar su seguimiento cercano para detectar signos de gravedad tempranamente y actuar en consecuencia**
- 2. Epidemiológico poblacional: la detección de casos y contactos estrechos y su puesta en aislamiento y cuarentena es la base para disminuir la circulación viral y todas sus consecuencias (sanitarias, económicas, psicológicas, etc)**

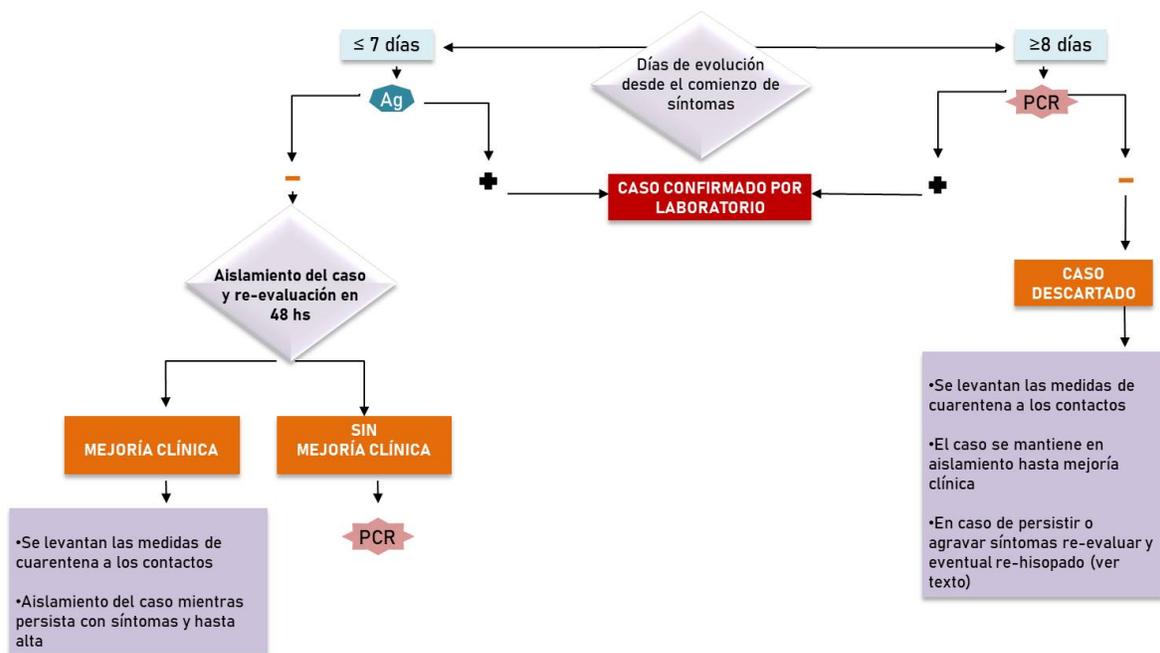
Testear y no seguir a los casos y sus contactos no tiene ningún sentido y todas las estrategias que se realicen deben hacerse teniendo en cuenta cumplir con esas premisas

A. Diagnóstico en pacientes que cumplen definición de caso sospechoso en atención primaria (personas sin criterio de hospitalización: en centros de atención primaria, servicios de urgencia de hospitales, puntos específicos para el diagnóstico de COVID-19)

AVISO IMPORTANTE

A toda persona que sea considerada caso sospechoso de COVID-19 se le realizará una prueba diagnóstica de infección aguda por SARS-CoV-2 preferentemente en las primeras 24 horas de inicio de los síntomas.

Algoritmo diagnóstico en Atención Primaria (criterio uno de casos sospechosos*)



CRITERIO 1: Toda persona de cualquier edad que presente:

Dos o más de los siguientes síntomas:

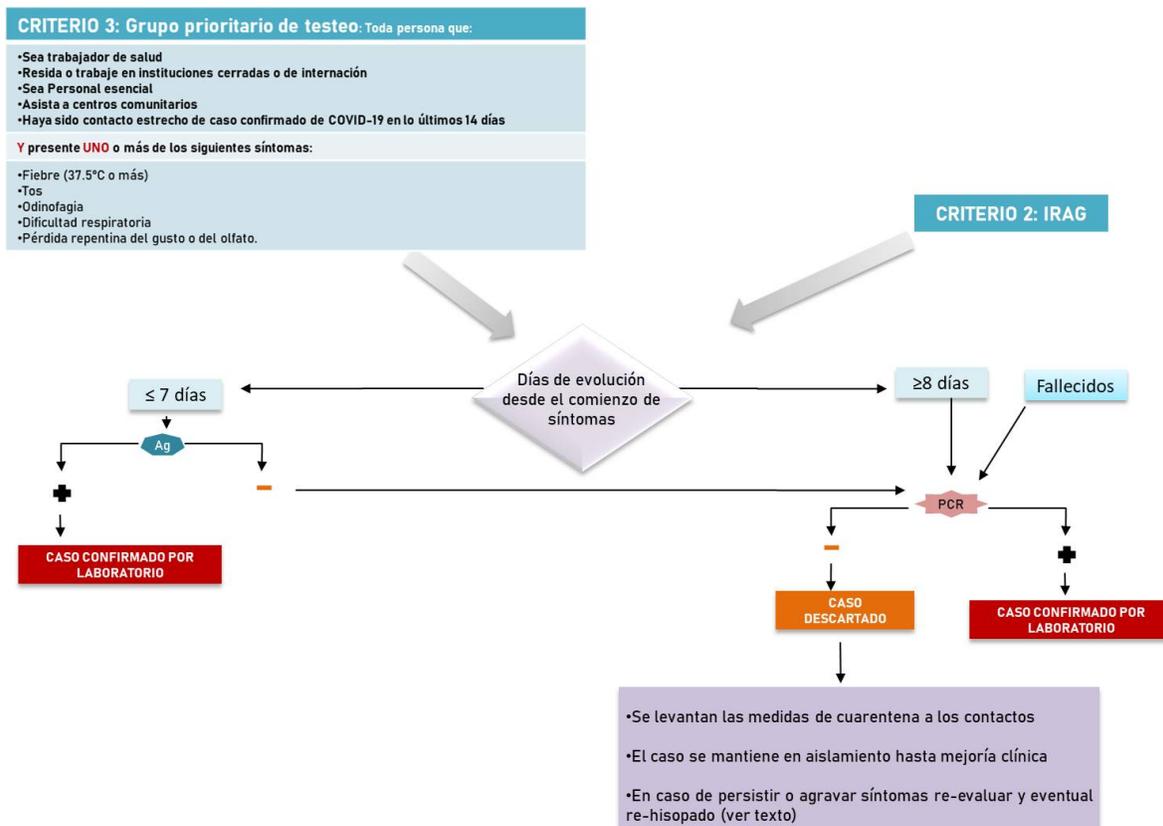
- Fiebre (37.5°C o más)
 - Tos
 - Odinofagia
 - Dificultad respiratoria
 - Cefalea
 - Mialgias
 - Diarrea/vómitos*
 - Rinitis/ congestión nasal
- (*los signos o síntomas separados por una barra (/) deben considerarse como uno solo)

Sólo anosmia o ageusia

Sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica

En casos de pacientes con critério tres: Personal esencial (incluido PDS), Personas que trabajan o residen en Instituciones cerradas, contactos estrechos de caso confirmados, personas que asisten a centros comunitarios, **se pueden hisopar con un solo síntoma** de los siguientes: febrícula o fiebre, tos, dificultad respiratoria, odinofagia, anosmia o ageusia. Si se realizan antígenos y son negativos debe realizarse rRT- PCR SARS-CoV-2 en el momento para descartar el caso. En personas fallecidas con uno de los síntomas enunciados previamente, siempre hacer rRT- PCR SARS-CoV-2 (sin antígenos previamente) dentro de las 6 hs del fallecimiento. En personas con critério 2 (IRAG) si se realiza antígeno y es negativo siempre realizar PCRSARSCoV 2 para descartar el caso.

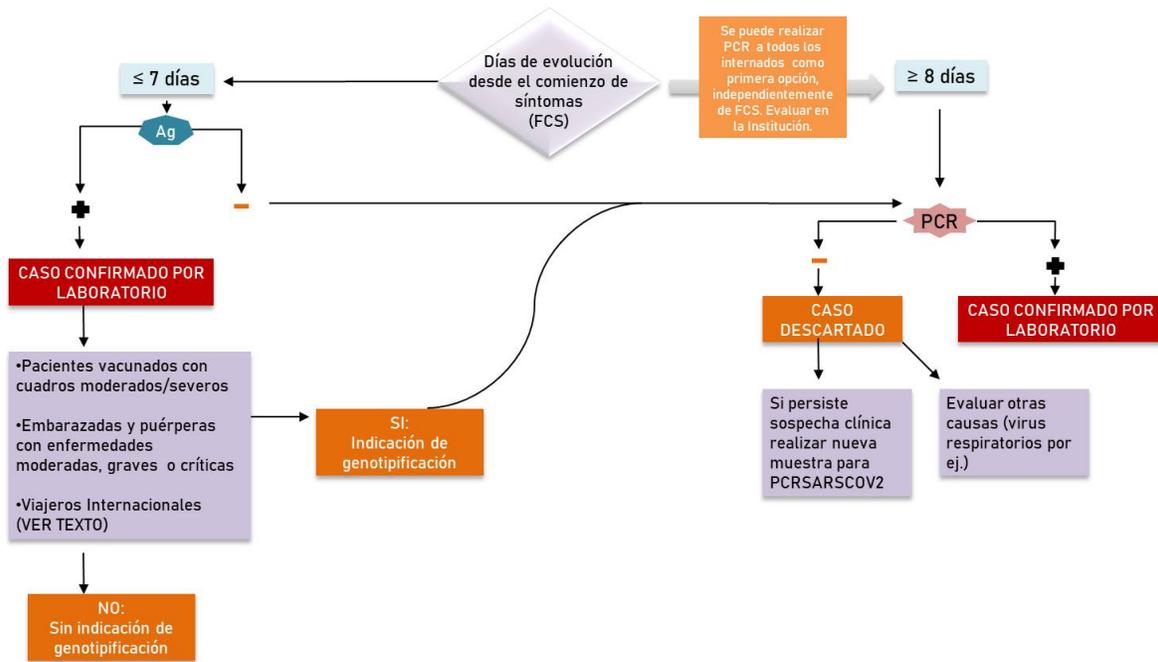
Algoritmo Diagnóstico en Contextos Ambulatorios Especiales



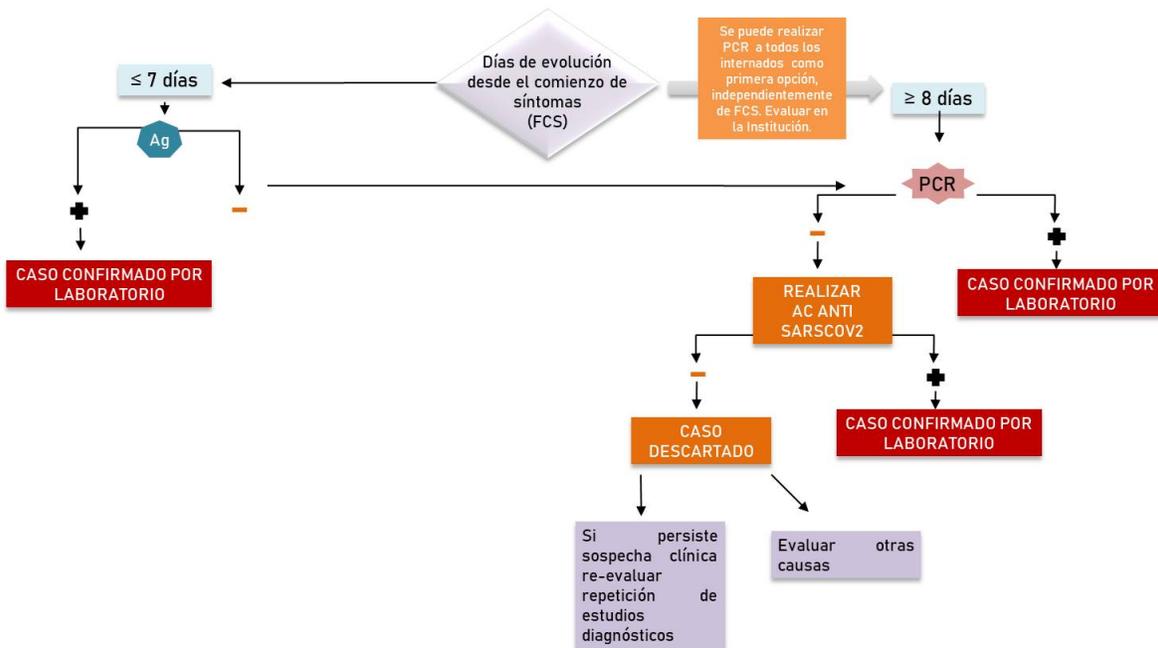
B. Diagnóstico en pacientes que cumplen definición de caso sospechoso en internación

En personas internadas con sospecha de COVID 19 si se realiza antígeno y es negativo siempre realizar rRT- PCR SARS-CoV-2 para descartar el caso. Si el resultado de la rRT- PCR SARS-CoV-2 fuera negativo, evaluar diagnósticos diferenciales (incluyendo búsqueda de otros virus respiratorios) y si la sospecha clínica epidemiológica persiste (alta probabilidad pre-test), se repetirá rRT- PCR SARS-CoV-2 en hisopados nasofaríngeos u otras muestras.

Algoritmo diagnóstico en Pacientes Internados con Cuadros Respiratorios (IRAG)



Algoritmo diagnóstico en Pacientes con Síndrome Inflamatorio Multisistémico (Criterio 4)



C. Diagnóstico en pacientes asintomáticos

Evidencias actuales sugieren que algunos casos de transmisión secundaria de SARSCoV-2 pueden ocurrir antes del inicio de la enfermedad en individuos asintomáticos y principalmente por aquellos pre-sintomáticos (personas asintomáticas al momento de obtener un resultado positivo del test diagnóstico para SARS-CoV-2 pero que desarrollan síntomas compatibles con COVID-19 durante los 7 días posteriores a la toma de muestra).

Según las capacidades y recursos disponibles, la expansión del testeo para lograr la identificación de la mayoría de los casos infecciosos de COVID-19 en un momento dado (incluidos los casos presintomáticos, asintomáticos y pauci-sintomáticos), permitiría su rápido aislamiento y la interrupción de las cadenas de transmisión, siendo una estrategia complementaria efectiva para el control de la infección

Esto debe ser un proceso progresivo y según los recursos disponibles, asegurando en primera instancia la detección en casos sintomáticos (casos sospechosos), evitando oportunidades perdidas de diagnóstico y asegurando el seguimiento de los casos y sus contactos, utilizando la capacidad diagnóstica que ofrecen los test de antígenos. Se debe tener en cuenta la capacidad operativa y de respuesta de la jurisdicción/departamento/localidad, y garantizar en principio el acceso oportuno al diagnóstico de todos aquellos sintomáticos.

Luego se pasa a la etapa de detección de contactos estrechos asintomáticos de casos positivos. Esta es una estrategia que debe ir de la mano de un correcto diagnóstico, identificación y seguimiento de contactos estrechos de casos confirmados.

Por último, con menos valor diagnóstico e impacto en salud pública están las estrategias de screening de asintomáticos en contextos seleccionados.

C-1) DIAGNOSTICO EN ASINTOMATICOS CONTACTOS ESTRECHOS DE CASOS CONFIRMADOS DE COVID 19

Esta estrategia se utiliza en el Manejo de PDS (Anexo 8)

Para otros contextos: El rastreo de contactos acompañado de la realización de pruebas diagnósticas es una estrategia efectiva para el control de COVID-19. Permite la identificación temprana de casos secundarios pre- sintomáticos entre los contactos estrechos y el inicio del rastreo de contactos adicionales. Ya sea en un grupo institucional o en un brote comunitario más amplio, el aislamiento ayudará a reducir la transmisión. El rendimiento de las pruebas moleculares de diagnóstico en

individuos asintomáticos no se ha establecido con claridad. Asumiendo una sensibilidad general de la prueba entre el 75% y el 95%, podrían esperarse resultados falsos negativos. Dado el riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 por personas asintomáticas y pre-sintomáticas infectadas y considerando que se ha demostrado que los casos asintomáticos tienen cargas virales similares a las de los sintomáticos, los test de antígeno de SARS-CoV-2 serían de utilidad en este escenario. Su principal ventaja respecto de la rRT-PCR SARS-CoV-2 radica en la rapidez para la obtención de resultados además de su costo. Esta estrategia se utiliza para el ingreso de viajeros internacionales, con el objeto de disminuir la posibilidad de introducir nuevas variantes, entre ellas la delta.

Una revisión sistemática que evaluó 12 estudios con 1581 muestras de casos confirmados de COVID-19 halló una sensibilidad promedio del test de antígeno para detectar infecciones en sujetos asintomáticos al momento de la realización del test del 58,1% (IC95: 40,2% a 74,1%) con una especificidad del 98,9% (IC95: 93,6% a 99,8%), ambos más bajos que en personas sintomáticas. Sin embargo, los estudios incluyeron cohortes heterogéneas, solo la mitad de los estudios incluyeron solamente pacientes asintomáticos mientras que los restantes incluyeron subgrupos de asintomáticos dentro cohortes de sujetos sintomáticos. En caso de personas asintomáticas contactos estrechos de casos confirmados de COVID-19, la probabilidad pre-test se incrementa en entornos de alta prevalencia o si es una persona con contacto domiciliario o continuo con caso confirmado de COVID-19. En este escenario, un resultado positivo por test de antígeno, podría considerarse confirmatorio.

La propuesta es realizar este algoritmo en manejo de brotes en Instituciones cerradas (Geriatricos, Hogares de niños, Penitenciarias, etc).

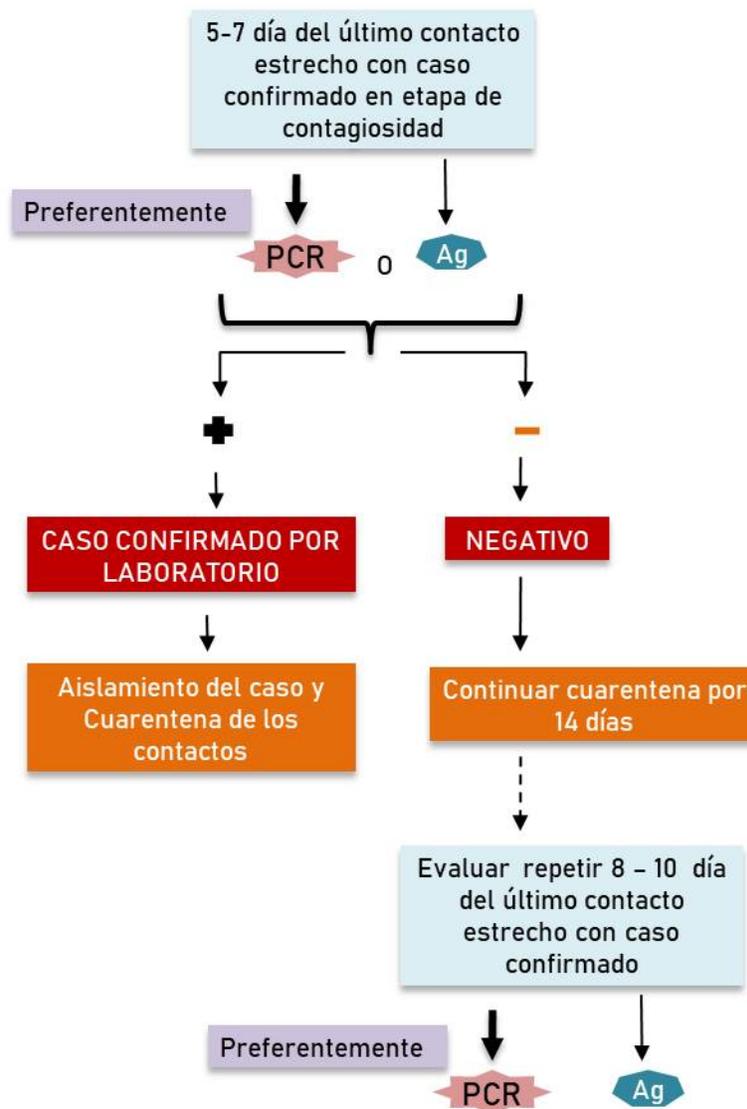
Y luego, según los recursos disponibles y la cantidad de casos que manejen los grupos de Seguimiento y Bloqueo de cada área utilizarlos como estrategia en contactos estrechos en la comunidad.

Con un **resultado POSITIVO** por cualquiera de las pruebas empleadas, el contacto será considerado caso y se continuarán las medidas de aislamiento. Es importante destacar, que la presencia de una **prueba NEGATIVA** (ya sea por prueba molecular o test de antígeno) en contactos estrechos asintomáticos de un caso confirmado en ningún caso puede implicar el no cumplimiento estricto de los días indicados de aislamiento preventivo (cuarentena) y monitoreo de síntomas

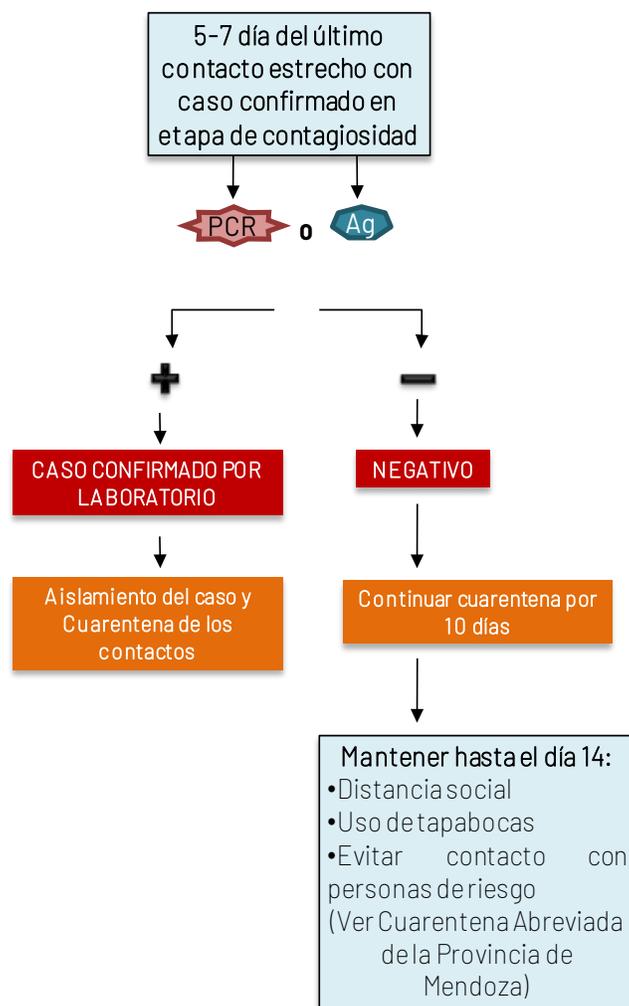
Estas personas se cargarán al SNVS COMO: Contacto de Caso de COVID-19: en estudios de contactos estrechos asintomáticos. Hay que registrarlos de esta forma ya que no son casos sospechosos (no tienen síntomas) y deben ser cargados

adecuadamente para que los indicadores epidemiológicos (por ej índice de positividad) sean fidedignos.

Algoritmo Diagnóstico en Pacientes Asintomáticos Contactos Estrechos de Casos Confirmados en Instituciones Cerradas (Penitenciaria, Geriátricos, Hogares de Niños)



Algoritmo Diagnóstico en Pacientes Asintomáticos Contactos Estrechos de Casos Confirmados en la Comunidad



C-2) SCREENING EN PERSONAS ASINTOMÁTICAS Y SIN ANTECEDENTES DE EXPOSICION CONOCIDA A COVID 19

Es imprescindible recordar que los recursos deben estar dirigidos en primera instancia a casos sintomáticos, luego como estrategia de manejo de contactos estrechos de casos positivos (principalmente en Instituciones cerradas) y por último cuando todo lo anterior esté asegurado tanto desde el punto de vista de RRHH como de insumos se podrá realizar screening de determinadas poblaciones que se consideren importantes y con un orden establecido en relación a prioridades.

Los únicos casos de screening de asintomáticos que están validados actualmente en el país son la realización de rRT-PCR SARS-CoV-2 en las siguientes situaciones:

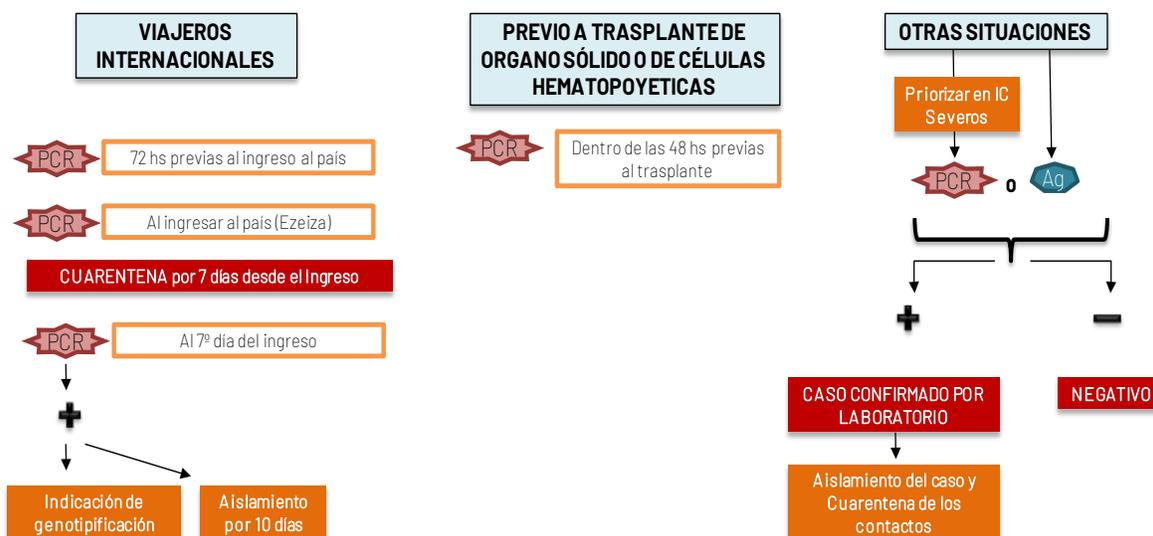
1. Personas en plan de trasplante de órgano sólido o hematopoyético, realizándose el estudio el mismo día del implante del órgano o infusión de células hematopoyéticas y hasta 48 horas previas en procedimientos programados.
2. Viajeros Internacionales que ingresan al país (Transportistas exceptuados): Estos deben realizarse: 1) PCR SARS-CoV2 dentro de las 72 hs previas al ingreso al país; 2) Otra PCR SARS-CoV2 al ingreso al país (Ezeiza); 3) Deben guardar cuarentena por 7 días luego de ingresar y realizarse PCR SARS-CoV2 al 7^a día del ingreso. Si la misma es negativa pueden retomar actividades habituales. Si es positiva se debe guardar para genotipificar y realizar 10 días más de aislamiento (según evolución clínica).
3. En otros casos que se decida realizar estudios en asintomáticos como estrategia de screening (por ej: previo a internarse en determinadas áreas de un Hospital) se deberá saber que costo/ beneficio es más recomendable en situaciones de alta circulación viral realizar Test rápido de Antígenos (excepto en personas con inmunocompromiso severo). Los casos en aquellos lugares que se decida realizar estos screening estarán a cargo del efector.

Los estudios en personas asintomáticas se registran el SNVS a través de los siguientes eventos:

- Estudios de SARS CoV-2 en puntos de entrada: para personas estudiadas en su condición de viajero proveniente de una zona de riesgo(por ejemplo viajeros internacionales).
- Estudios de SARS CoV-2 en situaciones especiales: en otras estrategias de testeos a personas asintomáticas (instituciones cerradas, transportistas, etc).

Hay que registrarlos de esta forma ya que no son casos sospechosos (no tienen síntomas) y deben ser cargados adecuadamente para que los indicadores epidemiológicos (por ej índice de positividad) sean fidedignos.

Algoritmo Diagnóstico en Pacientes Asintomáticos sin Antecedentes de Contacto Estrecho



D. MUESTRAS QUE DEBEN SER GUARDADAS PARA GENOTIPIFICACIÓN

Todas las muestras de mujeres gestantes con factores de riesgo

Requieren genotipificarse los **casos moderados, severos y críticos y los fallecidos.**

Para tener muestras disponibles de estos casos guardar muestras de todas las embarazadas con factores de riesgo de complicación como edad materna avanzada (más de 35 años), obesidad/sobrepeso, hipertensión arterial (preexistente o inducida por el embarazo), diabetes (preexistente o inducida por el embarazo), enfermedades cardiopulmonares, enfermedad renal crónica, e inmunosupresión

Resaltar en las fichas de casos sospechosos la condición de embarazo para señalar que estas muestras deben guardarse

Todos los viajeros internacionales que hayan retornado del extranjero en los últimos 14 días

Requieren genotipificarse todos los casos.

Resaltar en las fichas de casos sospechosos la condición de viajero internacional para señalar que estas muestras deben guardarse.

Todas las muestras de sospecha de reinfecciones

Requieren genotipificarse **una muestra** de estos casos, principalmente los casos severos y críticos.

Para tener muestras disponibles de estos casos guardar muestras de todas las sospecha de reinfecciones

Resaltar en las fichas de casos sospechosos la condición de

	sospecha de reinfección para señalar que estas muestras deben guardarse
Todas las muestras de infecciones post-vacinales	<p>Requieren genotipificarse principalmente los casos severos y críticos y fallecidos de las personas que han recibido 2 dosis de vacunas y han pasado más de 15 días desde la segunda dosis</p> <p>Sin embargo también está contemplado para infecciones críticas luego de 15 días de la segunda dosis.</p> <p>Para tener muestras disponibles de estos casos guardar muestras de todas las infecciones postvaccinales.</p> <p>Resaltar en las fichas de casos sospechosos la condición de infección postvaccinal para señalar que estas muestras deben guardarse</p>

10

MANEJO CLÍNICO DE CASOS ADULTOS SOSPECHOSOS O CONFIRMADOS DE COVID 19

Paso 1: Identificación de casos

Se identificarán las personas que cumplan con las distintas definiciones de caso sospechoso de COVID 19 y se realizará el llenado de la Ficha epidemiológica correspondiente.

Es importante recordar que toda persona que cumple con los criterios de caso sospechoso debe realizarse los test diagnósticos pertinentes para confirmar o descartar el mismo, no minimizando los cuadros ya que TODO paciente con clínica de caso sospechoso requiere que se realice: diagnóstico oportuno, aislamiento, control clínico, rastreo y bloqueo de contactos, minimizando las posibilidades de contagio en la comunidad.

Paso 2: Identificar factores de riesgo de complicación de la enfermedad

Factores de riesgo de complicación de la enfermedad

Mayores de 60 años

Diabetes Mellitus

Sobrepeso y obesidad

Enfermedades cardíacas (Insuficiencia Cardíaca, Enfermedad coronaria, cardiomiopatías, HTA)

Enfermedad Respiratoria Crónica (incluyendo EPOC, asma moderada a severa, enfermedad pulmonar intersticial, FQP, HTPulmonar)

Tabaquismo

Personas con TBC Activa

Inmunocomprometidos

- Pacientes con VIH
- Paciente a la espera de trasplante de órgano sólido
- Trasplantados de órgano sólido y de células hematopoyéticas
- Asplenia anatómica o funcional
- Pacientes oncológicos y oncohematológicos (con enfermedad reciente o activa: menos de 1 año desde el diagnóstico, tratamiento actual o haber recibido tratamiento inmunosupresor en los últimos 12 meses, enfermedad en recaída o no controlada)
- Inmunosupresión por drogas: Haber recibido en los últimos 6 meses quimioterapia, radioterapia, anticuerpos monoclonales
- Inmunodeficiencia congénita.
- Colagenopatía

Demencia y otras condiciones neurológicas (enfermedad cerebrovascular)

Alteraciones de la Hemoglobina (Anemia Falciforme, Talasemia)

Síndrome de Down

Embarazo y puerperio

Enfermedad Renal Crónica

Abuso de sustancias

Hay que evaluar si las comorbilidades están compensadas

Paso 3: Identificar severidad de la enfermedad

ASINTOMÁTICA	Pacientes asintomáticos que fueron testeados por situaciones especiales con resultado de rRT-PCR SARS-COV-2 detectable o test de antígenos positivos		
LEVE	Pacientes sintomáticos que cumplen con la definición de caso SIN EVIDENCIA de neumonía o hipoxemia.		
MODERADA	Signos clínicos de neumonía (fiebre, tos, disnea, taquipnea) pero sin signos de neumonía severa, con SAT O2 AA ≥ 90 %*		
SEVERA Y (NEUMONIA SEVERA) Alguno de los siguientes:	<p>Signos de dificultad respiratoria severa (uso de músculos accesorios, inhabilidad de completar oraciones completas, tiraje, quejido, cianosis, entre otros)</p> <p>o</p> <p>Signos de alerta (incapacidad para alimentarse o beber, letargo, inconsciencia, convulsiones)</p>	TAQUIPNEA FR ≥ 30 x min	DESATURACIÓN Sat O2 AA < 90 %*
CRÍTICA	<p>Síndrome de Distres respiratorio</p> <p>Sepsis</p> <p>Shock séptico</p> <p>Trombosis aguda: Tromboembolismo pulmonar, Síndrome coronario agudo, ACV</p>		

*Este límite en 90% es arbitrario. Hay que evaluar integralmente a los pacientes, su presentación clínica y sus antecedentes (por ej antecedentes de enfermedad crónica pulmonar, deterioro progresivo, mal estado general, otros signos y síntomas de dificultad respiratoria). Ante la duda en pacientes con Sat O2 AA entre 90-94% corresponde considerar el caso como severo. Recordar que hay que realizar saturometría de los pacientes por al menos 2 minutos.

Paso 4: Identificar factores sociales para el cumplimiento del aislamiento domiciliario, es decir criterios sociales:

- Autoválido con movilidad adecuada y sin deterioro cognitivo.
- Entendimiento y aplicación de forma correcta y consistente de las medidas básicas de higiene, prevención y control de la infección.
- Ubicabilidad: teléfono con comunicación permanente, domicilio en barrio accesible, domicilio con proximidad a centros de atención médica para reconsulta en caso de mala evolución clínica etc. Es imprescindible que quede registro del domicilio y de idealmente dos teléfonos de contacto del paciente.
- Posibilidad de concurrir para ser asistido en caso de empeorar su estado clínico.
- Posibilidad de cumplimiento de aislamiento en domicilio:
 - Habitación de uso individual que pueda cerrar la puerta y con ventilación adecuada directa al exterior (ventana).
 - Conexión segura agua potable en el interior de la vivienda.
 - Baño de uso exclusivo o posibilidad de higiene luego de cada uso.
- Ausencia en domicilio de personas con factores de riesgo o posibilidades de aislarse de ellas dentro del mismo domicilio
- Posibilidad de rehospitalizarse en los casos de requerirlo.

Paso 5 : Definir el lugar donde realizaran el aislamiento de casos sospechosos y confirmados

Según los pasos anteriores se decidirá el sitio de internación más apropiado:

Aislamiento Sanitario Hospitalario

- Para pacientes con cuadros severos y críticos
- Para pacientes con cuadros moderados, especialmente aquellos con factores de riesgo, según juicio clínico
- Para mujeres gestantes con cuadros moderados
- Para pacientes con cuadros de cualquier gravedad que no puedan **cumplir con la totalidad de los criterios médicos para aislamiento domiciliario o en un centro de atención extrahospitalaria (CAE u hoteles)**

Aislamiento Sanitario Extrahospitalario

El aislamiento extrahospitalario debe garantizar:

- cumplimiento de medidas de seguridad, higiene y limpieza
- aislamiento efectivo de los casos: separación de sus convivientes (incluyendo los demás residentes en casos de residencias de adultos mayores) y del resto de la sociedad, no salir y no recibir visitas
- estar enmarcado en una red de atención cuyos responsables son las Instituciones / Áreas Sanitarias que realizan el diagnóstico, con controles de los pacientes adecuados (presenciales, modalidades no presenciales como teleconsulta) y rápida derivación a un Centro de Atención en caso de requerirse.

Tipo de Aislamiento Extrahospitalario

LUGAR DE AISLAMIENTO	TIPO DE PACIENTE
 DOMICILIO	<p>Para casos sospechosos a la espera del resultado de rRT-PCR, que clínicamente se encuentren sin signos de gravedad</p> <p>Para casos confirmados asintomáticos y leves</p> <p>Para casos confirmados moderados (neumonía sin desaturación ni signos de gravedad) con factores de riesgo a evaluar según juicio clínico (por ejemplo podría requerirse la internación de todos los inmunocomprometidos y evaluar individualmente los casos con una sola comorbilidad de las siguientes: HTA, mayores de 60 años, con sobrepeso) que por parte del efector de salud o financiador dispongan de servicios de asistencia domiciliaria integral (modalidades de internaciones domiciliarias, médicos, enfermeros y/o kinesiólogos en domicilio, seguimiento cercano bajo modalidad presencial o consultas no presenciales), principalmente en aquellos casos con factores de riesgo.</p> <p> Condiciones adicionales obligatorias: Cumplir con la totalidad de los criterios sociales. Firmar declaración jurada (ANEXO 1).</p>



HOTELES U OTROS DISPOSITIVOS

Para casos sospechosos o confirmados asintomáticos, leves o moderados (neumonía sin desaturación ni signos de gravedad)

1. que por situación social no puedan cumplir aislamiento en domicilio.
2. que presenten factores de riesgo que según juicio clínico requieran un seguimiento cercano (por ejemplo podría requerirse la internación de los pacientes inmunocomprometidos y evaluar individualmente los casos con una sola comorbilidad de las siguientes: HTA, mayores de 60 años, con sobrepeso), independientemente de su situación social intertanto su situación médica, se encuentre estable y pueda volver a su domicilio.

Para casos confirmados moderados, severos y críticos que ya habiendo cursado una internación deben finalizar el periodo establecido de aislamiento para su alta clínico- epidemiológica definitiva.



Condiciones adicionales obligatorias:

Cumplir con la totalidad de los **criterios sociales** para regreso a su domicilio.

Sin criterios clínico de internación y ningún otro tipo de cuidados.

Firmar declaración jurada (**ANEXO I**).

Nota: Si los financiadores, el subsector privado y público cuentan con hoteles u otros dispositivos adaptados para la asistencia de pacientes con criterios de internación, podrán derivarlos con el objetivo de aumentar la disponibilidad de camas hospitalarias para casos severos y críticos.



RESIDENCIAS PARA ADULTO MAYOR U OTRAS INSTITUCIONES DE ESTANCIA PROLONGADA

Para **casos sospechosos o confirmados** que no cuenten con posibilidad de internación en Instituciones de Salud; y que dada su severidad o por su condición de estado de fin de vida puedan recibir asistencia médica tales como terapias inhaladas, medicación intravenosa, oxígeno terapia, entre otras, en el lugar donde residen. En caso de agravamiento del estado clínico, se debe considerar derivación a un centro de mayor complejidad.

La supervisión y seguimiento médico estará a cargo del profesional médico del geriátrico o institución de estancia prolongada y del resto del personal que lo asista.

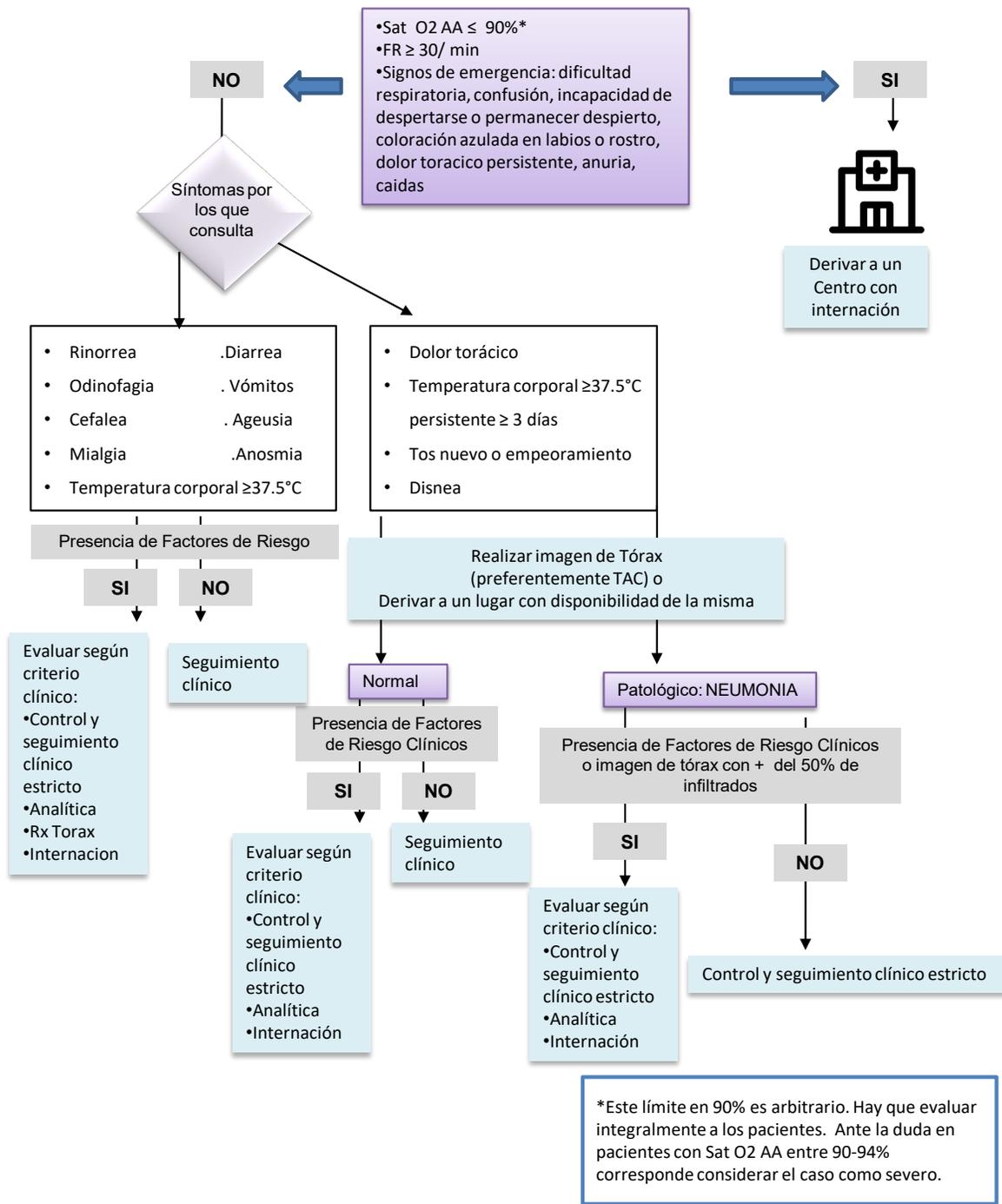
Se solicitará consentimiento informado de los familiares para su permanencia en la residencia por su situación clínica.



Estos dispositivos deberán notificar cada caso mediante la Ficha de Notificación de Caso Sospechoso o Confirmado de COVID-19 y se deberá informar de forma urgente la situación al Equipo de Estrategia Geriátricos de la Provincia: estrategiageriatrico@gmail.com

Manejo de casos sospechosos y confirmados en Centros de Atención Ambulatoria

Abordaje Ambulatorio de COVID 19 en Adultos





AVISO IMPORTANTE

Siempre evaluar la presencia de factores sociales para el cumplimiento del aislamiento domiciliario

Cada Institución de Salud de la Provincia será la responsable de los pacientes atendidos, realizando seguimiento de los casos confirmados enviados al domicilio; como así también coordinando todas las acciones necesarias como re-hisopado o traslados a hospitales o unidades de aislamiento sanitario cuando corresponda.

Las Instituciones de Salud podrán realizar acuerdos con los financiadores y demás entidades comprendidas en las Leyes Nº 23.660 y Nº 23.661 con el fin de asegurar la atención y el seguimiento de los pacientes. En caso de que esto sucediese debe estar establecido perfectamente el flujograma de manejo de pacientes y las responsabilidades en un documento legal presentado y autorizado por el Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de la Provincia de Mendoza. (Ver anexo 10 de seguimiento de pacientes)

Manejo de casos sospechosos y confirmados en Hoteles o dispositivos similares o en Residencias de adultos mayores

Es muy importante establecer protocolos de manejo de los pacientes en estas Instituciones, que incluyan la frecuencia de controles, indicaciones y protocolos de Derivación a Centros de Mayor Complejidad.

Para el seguimiento de los pacientes en distintas instituciones (hospitales, hoteles, residencias de adultos mayores) puede ser útil el Score de News.

Parámetro fisiológico	Escala						
	3	2	1	0	1	2	3
Frecuencia respiratoria	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
Saturación de oxígeno (SpO ₂)	≤ 91	92-93	94-95	≤ 96			
SpO ₂ en caso de EPOC	≤ 83	84-85	86-87	88-92 ≤ 93 sin O ₂	93-94 con O ₂	95-96 con O ₂	≥ 97 con O ₂
¿Oxígeno suplementario?		Sí		Aire ambiente			≥ 220
Tensión arterial sistólica	≤ 90	91-100	101-110	111-219			
Frecuencia cardíaca	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Nivel de consciencia				Alerta			C, V, D, I
Temperatura	≤ 35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥ 39.1	

Calificación NEWS 2	Riesgo clínico	Respuesta clínica
0	Bajo	Continuar cuidados de enfermería Signos vitales cada 12 horas
1-4	Bajo	Continuar cuidados de enfermería Signos vitales cada 4-6 horas
3 en cualquier parámetro	Bajo/medio	Respuesta urgente en piso o ala* Signos vitales cada hora
5-6	Medio	Respuesta urgente en piso o ala* Signos vitales cada hora
7 o más	Alto	Respuesta emergente** Monitoreo continuo de signos vitales

* Respuesta por médico o equipo capacitado para atender pacientes con deterioro agudo.

** El equipo de respuesta rápida debe estar capacitado para el manejo crítico, incluyendo manejo de vía aérea.

Manejo de casos sospechosos y confirmados en Centros Hospitalarios

Cada Hospital establecerá un Proceso de manejo de los pacientes con sospecha y confirmación de COVID 19 basado en estos lineamientos.

Hay algunos puntos a tener presentes en el manejo individual de los casos internados:

- Puede ser útil el Score de News para el control de los pacientes internados.
- Según la OMS se recomienda oxígeno suplementario a los siguientes pacientes:
 - a) Todo paciente de cualquier edad que presente signos de emergencia (paro respiratorio, dificultad respiratoria severa, cianosis, shock, coma, confusión, convulsiones, dolor torácico persistente): en ellos el objetivo es alcanzar una saturación de oxígeno mayor a 94%. Luego de la estabilización podrían manejarse como b)
 - b) En pacientes sin estos signos de alarma o emergencia el target de Sat O₂ es de > 90% o ≥ 92-95% en mujeres embarazadas.
 - c) Hay que recordar que estos valores son orientadores y deben valorarse siempre según el juicio clínico en cada paciente individual, teniendo en cuenta el estado clínico de los pacientes y las comorbilidades (por ejemplo Enfermedad Respiratoria Crónica). Ante la duda en pacientes con Sat O₂ AA entre 90-94% corresponde considerar el caso como severo.
- Exámenes complementarios en pacientes internados (evaluar su realización según juicio clínico en pacientes con neumonía de manejo ambulatorio y personas con factores de riesgo no internadas):
 - En todos los pacientes inicialmente y luego se repiten durante la internación: Función hepática, Hemograma, urea, creatinina, glucemia, CPK, Dímero D y fibrinógeno, TP, TTPK, Proteína C reactiva,
 - En los pacientes inicialmente y luego se evalúa la necesidad de repetirse: LDH, troponina, ferritina, ECG.
- Anticoagulación:
 - En ausencia de contraindicaciones (sangrado activo o plaquetas de menos de 30000/ mm³) todos los pacientes internados con COVID-19 deben recibir profilaxis antitrombótica con heparina de bajo peso

molecular (si la depuración plasmática de creatinina es >30 ml/min) o heparina no fraccionada. Las dosificaciones propuestas son de 40 mg subcutáneos de enoxaparina cada 24 hs. y 5.000 U subcutáneos de heparina no fraccionada cada 8-12 hs. Para minimizar el contacto, la enoxaparina es la droga de elección.

- La anticoagulación terapéutica plena solo debería ser administrada en presencia de indicaciones definidas como trombosis venosa, tromboembolismo pulmonar, embolias arteriales y coagulación intravascular diseminada con fenómenos isquémicos graves. También deben respetarse las indicaciones habituales en los síndromes coronarios agudos. Evaluar en Interconsulta con Hematología.
- Corticoides:
 - Dexametasona ha demostrado disminuir la mortalidad en pacientes COVID-19 con compromiso respiratorio severo (requerimiento de oxígeno suplementario y/o asistencia respiratoria mecánica).
 - Se recomienda el uso de dexametasona (8 mg/d endovenosa o su equivalente) para el tratamiento de COVID-19 en pacientes con compromiso respiratorio severo (requerimiento de oxígeno suplementario y/o asistencia respiratoria mecánica). La duración del tratamiento es de 10 días o hasta el alta hospitalaria (lo que ocurra primero).
 - No se recomienda el uso rutinario de corticoides en pacientes con formas leves o asintomáticas de COVID dado que la evidencia ha demostrado aumento de la mortalidad en estos casos
- Se recomienda evaluar la evidencia disponible en cuanto al tratamiento de COVID 19 que está accesible en el Anexo 9 de la Guía Técnica

Consideraciones respecto al manejo de neumonía

- Estudios diagnósticos:
 - En casos de pacientes con cuadros neumónicos compatibles con COVID 19 (Imagen compatible y/ o laboratorio compatible y/ o antecedentes epidemiológicos compatibles) con estudios para COVID Negativos debido a la alta probabilidad pre test repetir la toma de muestras respiratorias para realizar el diagnóstico

- En época de circulación de Influenza solicitar en cuadros severos y críticos la identificación en muestras respiratorias del mismo debido a la posibilidad de coinfección
- Evaluar según los antecedentes del paciente, la presentación clínica y los resultados de laboratorio la solicitud de cultivos (HMC X 2, Urocultivo, cultivo de muestras respiratorias)
- Antimicrobianos:
 - Ha existido un incremento de su uso durante la pandemia de , con aumento significativo en la selección de patógenos bacterianos resistentes
 - Según las series, dependiendo la gravedad del cuadro, y las comorbilidades del paciente se pudo observar una tasa de coinfección bacteriana al ingreso de entre un 3,5- 5 %.
 - Durante la hospitalización ocurrieron infecciones bacterianas y fúngicas secundarias entre un 15- 20%, sobre todo en pacientes críticos y en huéspedes inmunocomprometidos.
 - Por lo que se recomienda:

ESCENARIO	ABORDAJE RECOMENDADO
FORMAS LEVES	Se desaconseja el tratamiento antibiótico.
FORMAS MODERADAS NEUMONÍAS SIN SIGNOS DE NEUMONÍA SEVERA Y SIN DESATURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hallazgos Rx compatibles con COVID19 + ▪ Linfopenia + ▪ Clínica y epidemiología compatibles <p>SE RECOMIENDA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ NO iniciar tratamiento antibiótico. ▪ De haber iniciado tratamiento suspender con la confirmación del COVID +. <p>EN CASOS DE:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neumonía lobar ▪ Leucocitosis con neutrofilia ▪ Considerar inicio de tratamiento antibiótico (amoxicilina por ej.)

**NEUMONÍA SEVERA
CUADROS CRÍTICOS:
NEUMONÍA CON DISTRESS
RESPIRATORIO Y SEPSIS O
SHOCK SÉPTICO**

Interconsulta a Infectología

Inicio de tratamiento antibiótico para NAC solo si hay evidencia de sobreinfección bacteriana

- Ajustar el tratamiento según rescates microbiológicos.
- Evaluar pasaje a vía oral de forma temprana y suspensión al 5 día del inicio del tratamiento según evolución clínica.



11

ALTA CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA

Hay que tener en cuenta los siguientes puntos para decidir las altas clínicas y epidemiológicas:

- A. Resolución clínica de los síntomas que incluye al menos 3 días sin fiebre. Pueden persistir con anosmia/ageusia, odinodisfagia y tos en tosedores crónicos, sin considerar persistencia sintomática.
- B. Tiempo transcurrido desde la fecha de inicio de síntomas.
- C. Severidad de la enfermedad.
- D. Estado inmunológico.

En casos leves o moderados: Se indicará alta si se cumple:

- A. 10 días desde el comienzo de los síntomas
- B. Resolución clínica de los síntomas que incluye al menos 3 días sin fiebre. Pueden persistir con anosmia/ageusia, odinodisfagia y tos en tosedores crónicos, sin considerar persistencia sintomática.
- C. Con inmunidad normal o sin inmunosupresión severa

En casos severos: Se indicará alta si se cumple:

- A. 15 días desde el comienzo de los síntomas
- B. Resolución clínica de los síntomas que incluye al menos 3 días sin fiebre. Pueden persistir con anosmia/ageusia, odinodisfagia y tos en tosedores crónicos, sin considerar persistencia sintomática.
- C. Con inmunidad normal o sin inmunosupresión severa

En casos críticos: Se indicará alta si se cumple:

- A. 20 días desde el comienzo de los síntomas
- B. Resolución clínica de los síntomas que incluye al menos 3 días sin fiebre. Pueden persistir con anosmia/ageusia, odinodisfagia y tos en tosedores crónicos, sin considerar persistencia sintomática.

C. Con inmunidad normal o sin inmunosupresión severa

En casos inmunocomprometidos severos: Se indicará alta en conjunto con área de control de infecciones, teniendo en cuenta:

A. Los inmunocomprometidos severos incluyen:

- a) pacientes con cáncer en tratamiento quimioterápico
- b) trasplante de células hematopoyéticas o de órgano sólido de menos de un año
- c) infección por VIH con recuento de linfocitos T CD4 menos de 200
- d) Inmunodeficiencia 1° combinada
- e) Recibir prednisona a una dosis \geq 20 mg/día por más de 14 días

B. Para el alta habría que considerar:

- Resolución clínica de los síntomas que incluye al menos 3 días sin fiebre.
- Aislamiento por al menos 20 días desde del inicio de síntomas
- Evaluar la implementación de una estrategia basada en rRT-PCR SARS-CoV-2 de control para discontinuar el aislamiento (evidencia de aclaramiento de RNA viral del tracto respiratorio superior). Evaluar junto con Control de infecciones.

12 | ANEXOS

ANEXO I: DECLARACIÓN JURADA DE PACIENTE CASO SOSPECHO O CONFIRMADA EN AISLAMIENTO DOMICILIARIO

DECLARACIÓN JURADA DE PACIENTE SOSPECHOSO O CONFIRMADO EN AISLAMIENTO DOMICILIARIO

Yo:.....DNI.....,
Domicilio.....,
Teléfono.....y correo electrónico.....

Doy fe que los datos consignados precedentemente son completos y correctos. Declaro haber comprendido lo que me ha expresado el Dr./la Dra.....,MP:....., habiendo sido evacuado mis dudas, por lo que expreso que:

SI tengo alguno de los siguientes factores de riesgo asociado a mayor mortalidad: mayor a 60 años, , cardiopatía crónica, EPOC, diabetes, insuficiencia renal crónica terminal, cáncer activo, trasplante o medicación inmunosupresora. Aclarar cual/es:

NO tengo ninguno de los siguientes factores de riesgo asociado a mayor mortalidad: mayor a 60 años, , cardiopatía crónica, EPOC, diabetes, insuficiencia renal crónica terminal, cáncer activo, trasplante o medicación inmunosupresora. Aclarar cual/es:

- Atenderé el teléfono y estaré pendiente a las directrices que me den las autoridades y/o personal del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de la Provincia de Mendoza.
- Me comprometo a repetir el test (hisopado o cualquier otro que se me indique) en caso de ser necesario.
- No convivo con personas con factores de riesgo asociado a mayor mortalidad: mayor a 60 años, cardiopatía crónica, EPOC, diabetes, insuficiencia renal crónica terminal, cáncer activo, trasplante o medicación inmunosupresora.
- Tengo disponibilidad en mi domicilio:
 - habitación de uso individual con puerta y que cuenta con ventilación al exterior.
 - conexión segura de agua potable en el interior de mi casa
 - tengo baño de uso exclusivo o con posibilidad de limpieza adecuada y desinfección con lavandina.

Me comprometo a cumplir estrictamente con el aislamiento en el domicilio indicado en el encabezado de esta declaración jurada, evitando contacto con mis convivientes y absoluta prohibición de ingreso de cualquier persona a mi domicilio. Asimismo, me comprometo a no salir de mi domicilio ni realizar y/o asistir a reuniones sociales hasta tanto la autoridad sanitaria me indique de forma expresa la finalización del aislamiento.

Por último, expreso que tengo conocimiento de las sanciones penales, civiles y administrativas que me pudieran corresponder ante el incumplimiento de las obligaciones e indicaciones impartidas por la autoridad sanitaria competente.

.....
Firma y Aclaración

...../...../.....
Fecha

13

HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	MOTIVO DE LOS CAMBIOS	CONFECCIONA	REVISY Y APRUEBA
0	21-03-20	Origen del Documento	Comité de Vigilancia Epidemiológica	Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes Aprobación: RS 926/2020
1	03-04-20	<ul style="list-style-type: none"> Se modifica definición de caso sospechoso y contacto estrecho. Se define alta del paciente. Se incluye Hospital Perrupato; a la Atención e internación de pacientes COVID-19 	Comité de Vigilancia Epidemiológica	Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes Aprobación: RS 926/2020
2	07-04-20	<ul style="list-style-type: none"> Se modifica definición de caso sospechoso en personal de salud, incorporando al mismo el contacto directo de muestras de laboratorio. Todos los casos sospechosos en personal de salud deberán cumplir la internación obligatoria hasta resultado de PCR. Se modifica recursos edilicios y recurso humano. Se incorpora listado de hospitales para internación en neonatología (hasta 30 días de nacido). Se redefine el alta del paciente desde el concepto microbiológico. 	Comité de Vigilancia Epidemiológica	Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes Aprobación: RS 926/2020

		<ul style="list-style-type: none"> • Se incluye Hospitales del Sur Mendocino y Hospital de Maipú; a la Atención e internación de pacientes COVID-19 		
3	30-04-20	<ul style="list-style-type: none"> • Se modifica definición de caso sospechoso para la Provincia de Mendoza. • Se define internación en neonatología en los Hospitales públicos según su severidad (Graves: Notti y leves: Carrillo). • Se define internación en las maternidades de los Hospitales Públicos: Lagomaggiore y Schestakow, con nota aclaratoria para aquellos embarazos en expulsivos en todo el territorio. • Se define rRT- PCR SARS-CoV-2 de alta y fin de aislamiento. • Se modifica periodo de la cuarentena. • Se define procedimiento de notificación obligatoria y carga de alta hospitalaria • (administrativa). 	Comité de Vigilancia Epidemiológica	Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes Aprobación: RS 926/2020
4	05-05-20	<ul style="list-style-type: none"> • Se define que si un paciente que presenta rRT- PCR SARS-CoV-2 diagnósticas con resultados diferentes, se tomará el criterio de máxima asumiendo como positivo, debiendo permanecer internado el paciente y escudado sus contactos estrechos hasta que el Ministerio de Salud como única autoridad, defina la interpretación del caso. • La toma de muestras en personal de salud y en pacientes deberá ser realizado por un tercero entrenado, prohibiéndose la autónoma. 	Comité de Vigilancia Epidemiológica	Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes Aprobación: RS 926/2020

5	08-06-20	<ul style="list-style-type: none"> • Se define internación pediátrica en el Hospital Diego Paroissien. • Se incorpora clasificación de escenarios de transmisión. • Se modifica definición de caso sospechoso, probable y confirmado, incorporando como nuevo criterio síndrome inflamatorio sistémico. • Se modifica definición de contacto estrecho. • Se incorpora serología como método diagnóstico complementario. • Se incorpora a las preguntas del triage, la categoría de transportista. • Se actualiza ficha de notificación de alta y sus respectivos mails de envío. • Se reclasifica los resultados de la rRT-PCR: • Se establece una ficha de solicitud de estudios de laboratorio de COVID-19 para situaciones de alto sospecha pretest y rRT- PCR SARS-CoV-2no detectable. 	Comité de Vigilancia Epidemiológica	Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes Aprobación: RS 926/2020
6	08-07-20	<ul style="list-style-type: none"> • Se modifica el periodo de contacto estrecho a 72 horas previo al inicio de los síntomas. • Se modifica definición de casos sospechoso, agregando síntomas atípicos al criterio 1 y otras poblaciones prioritarias de testeo al criterio 3. Se ajusta definición de Síndrome Inflamatorio Sistémico a Definición de Ministerio de Salud de la Nación y OMS. • Se redefine caso confirmado en pediatría. • Se modifican criterios de alta de 	Comité de Vigilancia Epidemiológica	Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes Aprobación: RS 926/2020

		aislamiento, eliminando la rRT-PCR SARS-CoV-2 para casos asintomáticos, leves y moderados. En casos graves y críticos		
		<ul style="list-style-type: none"> • se solicitará solo un resultado negativo para el alta. 		
7	06-08-20	<ul style="list-style-type: none"> • Se actualiza definición de caso. • Se incorporan nueva definiciones generales. • Se incorpora a la estrategia de aislamiento sanitario en centros extrahospitalarios. • Se autoriza según cumplimiento de criterios médicos y sociales, la permanencia de casos sospechosos y confirmados leves/asintomáticos al domicilio. • Se implementa caso confirmado por criterio clínico-epidemiológico. • Se elimina del documento los tópicos concernientes al Plan Estratégico Provincial el cual se elaborará en un documento separado. • Se modifican uno de los mail para e envío de fichas o cualquier notificación al área de epidemiología. 	Comité de Vigilancia Epidemiológica	Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes Aprobación: RS 926/2020
7.1	17-08-20	<ul style="list-style-type: none"> • Se corrige definición de caso del criterio 1, debiendo ser DOS o más síntomas. • Se corrige declaración jurada. 	Comité de Vigilancia Epidemiológica	Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes Aprobación: RS 926/2020 Reemplaza: Versión 7
8	10-09-20	<ul style="list-style-type: none"> • Se ajustan algoritmos de caso 	Comité de	Ministerio de

		<p>sospechoso, confirmado y confirmado por nexo clínico epidemiológico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se modifica en rastreo de contactos, contactos estrechos con caso positivo de 72 a 48 hs previas al comienzo de síntomas • Se establecen responsabilidades Institucionales y de financiadores • Se modifica alta en casos leves, pasando de 14 a 10 días (teniendo en cuenta evolución clínica) • Se establecen requerimientos y prioridades de laboratorios para procesamiento de muestras 	Vigilancia Epidemiológica	Salud, Desarrollo Social y Deportes Aprobación: RS 926/2020 Reemplaza: Versión 7.1
9	15-10-20	<ul style="list-style-type: none"> • Se actualiza laboratorios de la Red Provincial. • Se incorpora nueva metodología diagnóstica por laboratorio (Antígeno). • Se establece abordaje de la enfermedad basada en la severidad y su posibilidad de tratamiento ambulatorio o internado. • Se modifica criterios de alta epidemiológica basado en estrategia multiparamétrica sin test. 	Comité de Vigilancia Epidemiológica	Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes Aprobación: RS 926/2020 Reemplaza: Versión 8
10	5-8-2021	<ul style="list-style-type: none"> • Se incorporan conceptos de variables de interés y de preocupación de • Se actualiza definición de caso • Se actualiza definición de contacto estrecho. • Se incorpora concepto de cuarentena abreviada • Se describen consideraciones de caso confirmado por nexo 	Comité de Vigilancia Epidemiológica	Comité de Vigilancia Epidemiológica Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes Aprobación: RS 926/2020 Reemplaza: Versión 9

- Se incorporan productos que pueden ser utilizados para la limpieza de las Instituciones de Salud
- Se actualiza clasificación de caso sospechoso incorporando criterio clínico.
- Se incorpora vigilancia de nuevas variables y de mucormicosis asociada a COVID 19
- Se actualizan Algoritmos diagnósticos y de manejo clínico
- Se modifica criterio de alta

14

REFERENCIAS

- World Health Organization. "Contact tracing in the context of COVID-19: Interim Guidance". 1 de Febrero 2021.
Ministerio de Salud de la Presidencia de la Nación. "Definición de Casos". 11 de Septiembre 2020. <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/definicion-de-caso>
- Case Definition – Novel Coronavirus (COVID-19), May 11.
- COVID-19 Provincial testing guideline, Ontario, Canada. Update, May 3.
- http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_covid_testing_guidance.pdf
- A Composite Reference Standard for COVID-19 Diagnostic Accuracy Studies: a roadmap May 18, 2020. Oxford University.
- Physical distancing, facemasks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis.
- Derek K Chu, Elie A Akl, Stephanie Duda, Karla Solo, Sally Yaacoub, Holger J Schünemann, on behalf of the COVID-19 Systematic Urgent Review Group Effort (SURGE) study authors. The Lancet 2020
- <https://www.rnz.co.nz/news/national/413135/covid-19-numbers-expected-to-rise-as-new-case-definition-issued>
- Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency. NHS Scotland. Medical Device Alert MDA/2020/015 Issued: 08 June 2020 at 10:00
- Ontario, Canada. Case Definition – Novel Coronavirus (COVID-19). May 11
- Covid-19 case definition. Ministry of health, New Zealand government. June 2020.
- Li Huo. "Profiling Early Humoral Response to Diagnose Novel Coronavirus Disease (COVID-19)". Clin Infect Dis (online resource).
- Global surveillance for COVID-19 caused by human infection with COVID-19 virus Interim guidance 20 March 2020.
- WHO. "Criteria for releasing COVID-19 patients from isolation" Scientific Brief. 17 de junio 2020.
- Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, virology, clinical features, diagnosis, and prevention- UP TO DATE- 6-8-2020

- Guía para la Vigilancia Epidemiológica de COVID 19- Actualización 6/8/20- Ministerio de Salud- Argentina.
- Consenso sobre el uso de pruebas diagnósticas para SARS-CoV-2. Actualización 23-09-2020-Ministerio de Salud- Argentina.
- Notificación de casos de COVID estudiados con Test de Antígeno. 25-09-2020. Ministerio de Salud- Argentina.
- Recomendaciones para el Abordaje Terapueticos de COVID-19. septiembre 2020. Versión 3.0.
- Consideraciones para el uso responsable de antibióticos en COVID-19. Comisión de Adecuado de Recursos. 13 de octubre 2020. SADI.
- Guidance for discharge and ending of isolation of people with COVID-19. ECDC. 16 de octubre 2020.
- Evaluación diagnóstica preopertaoria para COVID-19. Documento de evaluación de Tecnologías Sanitarias – Informe De Respuesta Rápida nº 796. IECS. 04-09-2020.
- PROYECTO ARGENTINO INTERINSTITUCIONAL DE GENÓMICA DE SARS-COV-2 1 Reporte N°20-Parte A: Vigilancia de variantes de SARS-CoV-2 en el AMBA (CABA, Gran Buenos Aires y Gran La Plata). Actualización al 29/04/2021
- Integración de la vigilancia genómica de SARS-COV-2 a la vigilancia de COVID-19 a través del sistema nacional de vigilancia de la salud- Versión 1. 04/2021. Ministerio de Salud de la Nación.
- Informe de Actualización: Variantes del virus SARS-CoV-2. Conceptos básicos y su implicancia en la vigilancia epidemiológica. SAP Abril 2021
- Recomendaciones inter-institucional para la prevención de COVID-19 SADI/SATI/ADECI/INE 03-20 www.sadi.org.ar
- Estrategias multimodal de Intervención, consenso inter-institucional SADI, SADI, ADECI, INE, SADEBAC, SATI, FEFARA, CoNaCRA-MSAL)
- Consenso sobre el uso de pruebas diagnosticas para - Mayo 2021- Ministerio de Salud Nación- Argentina
- Clinicalmanagement of COVID-19: living guidance- WHO- WHO/2019-nCoV/clinical/2021.1
- PeoplewithCertain Medical Conditions- UpdatedMay 13, 2021- CDC- <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html>
- GUÍA PARA EL CUIDADO ADULTOS CRÍTICOS DE PACIENTES CON COVID-19 EN LAS AMÉRICAS Resumen, versión 3- Actualizada a Mayo del 2021.

<https://www.paho.org/en/topics/coronavirus-infections/coronavirus-disease-covid-19-pandemic>

- https://www.uptodate.com/contents/covid-19-outpatient-evaluation-and-management-of-acute-illness-in-adults?topicRef=126981&source=related_link
[file:///C:/Users/salud/Downloads/covid19-ampliacion-de-las-recomendaciones-sobre-el-uso-de-heparina%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/salud/Downloads/covid19-ampliacion-de-las-recomendaciones-sobre-el-uso-de-heparina%20(1).pdf)
- COVID-19 : Uso de antibióticos en Pacientes con Diagnóstico de SARS COV2 - Recomendaciones actualizadas a junio 2021- Ministerio de Salud de la Nación - Argentina
- https://www.uptodate.com/contents/covid-19-clinical-manifestations-and-diagnosis-in-children?topicRef=127429&source=related_link
- Documento técnico Manejo pediátrico en atención primaria del COVID-19 - 18 de junio 2020- Ministerio de la Sanidad España
Manejo clínico del COVID-19: atención hospitalaria- 18 de junio 2020- Ministerio de la Sanidad España
- COVID-19 : RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN DE EMBARAZADAS Y RECIÉN NACIDOS EN CONTEXTO DE PANDEMIA - 16 DE JUNIO DE 2021- Ministerio de Salud de la Nación - Argentina
- Suspensión de aislamientos en pacientes Covid positivos- SADI- Junio 2021