



Guía Técnica de la Provincia de Mendoza para el Manejo de COVID-19 y otros virus respiratorios

Versión 12 | Abril 2022



MENDOZA GOBIERNO

Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes



AUTORES

Dra. Carolina Aguirre

Dra. Lía Bosio

Dr. Carlos Espul

Dra. Andrea Falaschi

Bioq. Viviana Leiva

Dra. Erica Negri

Lic. Patricia Robledo

Lic. Mirta Videla



REVISA Y AUTORIZA: COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Presidenta:

Farm. Ana María Nadal

Ministra de Salud, Desarrollo Social y Deportes

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

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



» | ÍNDICE

AUTORES	1
REVISY Y AUTORIZA: COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	1
ÍNDICE	2
ALCANCE Y OBJETIVO	3
NOVEDADES DE ESTA VERSIÓN	3
INTRODUCCIÓN	4
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	6
VIGILANCIA DE CASOS SOSPECHOSOS Y CONFIRMADOS DE COVID-19 Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS (OVR) EN CONTEXTOS AMBULATORIOS (NO UMAs)	6
VIGILANCIA DE CASOS SOSPECHOSOS Y CONFIRMADOS DE COVID-19 Y OVR EN UMAs (Unidades de Monitoreo Ambulatorio de SARS- CoV-2 y OVR)	6
VIGILANCIA NOMINAL UNIVERSAL DE CASOS INTERNADOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (INTERNADOS, GRAVES Y FALLECIDOS)	7
VIGILANCIA EN HOSPITALES SELECCIONADAS CON UNIDADES CENTINELAS DE IRAG	7
VIGILANCIA DEL IMPACTO EN EL SISTEMA DE SALUD (Ocupación de camas)	8
VIGILANCIA DE BROTES	8
VIGILANCIA AGRUPADA SINDRÓMICA (O CLÍNICA) DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y VIGILANCIA AGRUPADA DE LABORATORIO DE VIRUS RESPIRATORIOS	8
VIGILANCIA GENÓMICA	9
DEFINICIÓN DE CASO SOSPECHOSO Y CONFIRMADO	13
NUEVOS CONCEPTOS DE AISLAMIENTO Y CUARENTENA	14
DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO	16
MANEJO DE CASOS SOSPECHOSOS DE COVID-19 Y OVR EN CENTROS AMBULATORIOS (NO UMAs)	20
MANEJO DE CASOS SOSPECHOSOS DE COVID-19 Y OVR INTERNADOS	28
HISTORIAL DE CAMBIOS	37
REFERENCIAS	41

1 | OBJETIVOS Y ALCANCE

OBJETIVO: Proveer una guía acorde a la evidencia científica disponible y a la situación epidemiológica existente, que permita el manejo integral de COVID-19 y otros virus respiratorios, abarcando aspectos relacionados a la prevención, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica en todo el territorio provincial.

ALCANCE: Todos los sistemas de salud de la provincia de Mendoza: público, privado y seguridad social

2 | NOVEDADES DE ESTA VERSIÓN

- Se integra el manejo de COVID 19 con el manejo de otros virus respiratorios en unidades de monitoreo ambulatorio (UMAs) y en pacientes internados
- Se elimina la confirmación por criterio clínico+ epidemiológico para COVID 19 y otros virus respiratorios
- Se establecen criterios de priorización para realizar estudios diagnósticos de COVID 19 en pacientes ambulatorios
- Se elimina la indicación de cuarentena para contactos estrechos de casos de COVID 19, realizándose recomendaciones para estos casos.
- Se elimina la indicación sistemática de aislamiento para casos ambulatorios confirmados de COVID 19, indicándose restricción de actividades según la presencia de síntomas y el riesgo de exponer a poblaciones vulnerables.
- Se modifican los algoritmos diagnósticos en pacientes internados y ambulatorios.
- Se modifica modalidad de vigilancia epidemiológica.

3 | INTRODUCCION

La pandemia de COVID-19 ha tenido un gran impacto sanitario, económico y psicosocial en el mundo. Al 12 de abril de 2022, se habían documentado más de 497 millones de casos confirmados y más de 6 millones de muertes por SARS-CoV-2 a nivel mundial.

En Argentina, se han registrado **tres grandes olas de COVID-19**.

En la **primera ola**, ocasionada por la variante original del SARS-CoV-2, en el segundo semestre de 2020, aún no se habían desarrollado vacunas ni tratamientos efectivos por lo que las medidas no farmacológicas orientadas a disminuir la transmisión viral (aislamiento y cuarentena) constituían la única herramienta para disminuir la mortalidad.

La **segunda ola** comenzó en el primer semestre de 2021, predominó la circulación de variante Gamma y en menor medida Lambda. Para ese momento, Argentina ya había comenzado (el 29 de diciembre de 2020) con la campaña de vacunación, priorizando la colocación de una dosis de vacuna al mayor número de personas posible.

La **tercera ola** se dio a comienzos de 2022, ocasionada por la variante Ómicron, que se volvió rápidamente predominante en todo el mundo. En el último mes representa el 99,8 % de las variantes identificadas a nivel mundial. Se caracteriza por una alta contagiosidad (con incidencias que han duplicado, triplicado o cuadruplicado olas previas), un tiempo de duplicación de 2-3 días y mayor tasa de ataque secundaria. Algunos estudios sugieren, que la mitad de los contagios de Ómicron se darían en el periodo presintomático, y casi ninguno luego del quinto día de inicio de síntomas (2%). Se estima que el contagio se produce en periodos asintomáticos o paucisintomáticos, antes de que la persona pueda sospechar estar enferma y entonces las medidas de control como aislamiento o rastreo de contactos tienen menos impacto. Por el momento, esta variante, ha tenido un menor impacto en enfermedad grave y mortalidad. Ha generado una presión grande en los sistemas de atención primaria pero menor impacto en el sistema hospitalario. Esto se atribuye, en gran parte, a la alta cobertura de vacunación en toda la población al comenzar a circular. Debido a esto, si bien se registraron tres veces más casos que en olas previas, el impacto en enfermedad grave y mortalidad fue mucho menor.

El **actual contexto epidemiológico** está caracterizado por: **menor gravedad y letalidad de los casos de COVID-19, circulación de otros virus respiratorios (influenza, VRS)** y necesidad de garantizar el diagnóstico oportuno y la adecuada atención de las poblaciones más vulnerables. Para afrontar el mismo es necesaria una estrategia que pueda caracterizar la circulación de múltiples agentes y contar con un **sistema capaz de detectar cambios en los patrones de tendencia, de gravedad y de las características de los agentes circulantes y el impacto en personas vulnerables**. No se puede suponer que Ómicron será la última variante de preocupación del SARSCoV-2. Podrían surgir variantes con diferentes características de transmisibilidad, escape inmunológico y gravedad. Las estrategias propuestas, por tanto, son dinámicas y reversibles: durante esta etapa, es necesario conservar las estructuras extraordinarias de vigilancia y control desarrolladas durante la pandemia y **garantizar que se podrían reactivar los planes de contingencia necesarios para una respuesta rápida ante posibles cambios**.

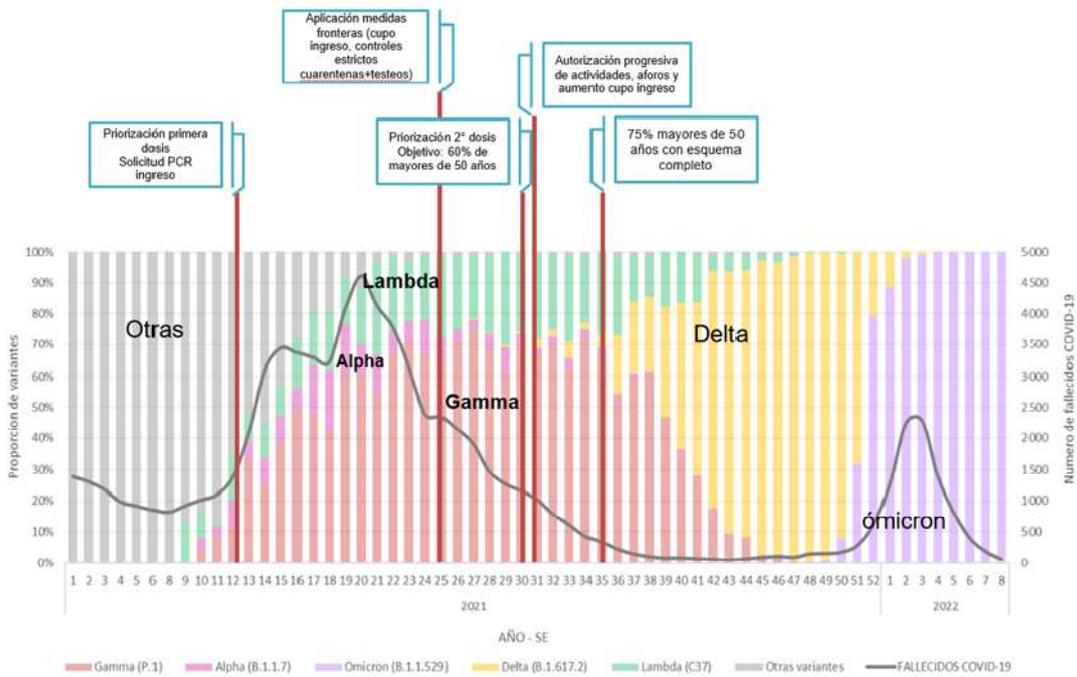


Gráfico 1: Caracterización de las tres olas de COVID-19 en la Argentina

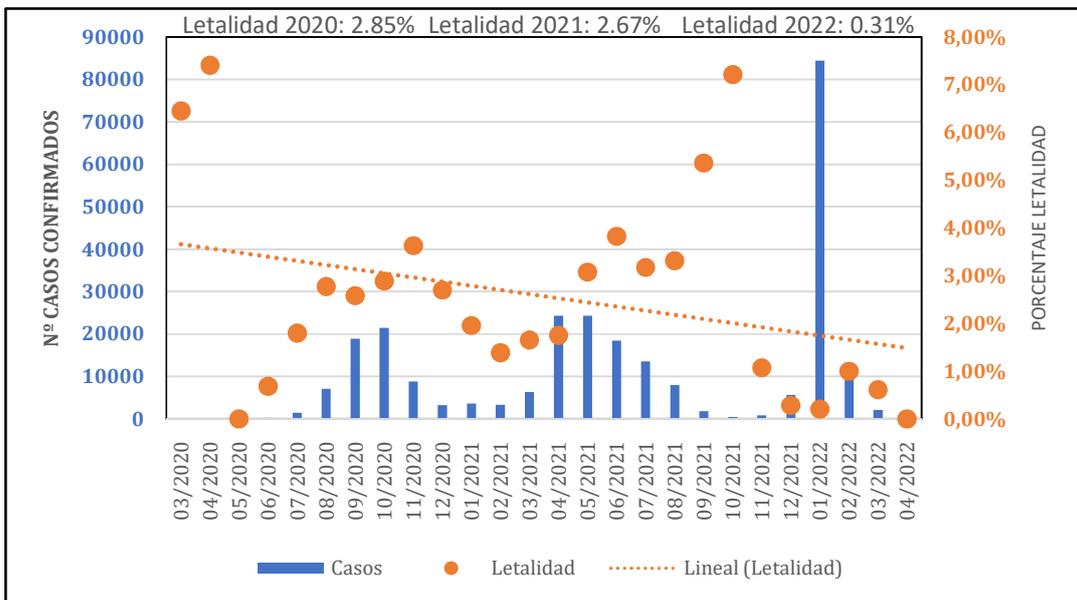


Gráfico 2: Casos, fallecidos, tasa de letalidad y tendencia de letalidad por mes de COVID-19 desde el inicio de la Pandemia en Mendoza

4 | VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Según la Estrategia de vigilancia y control integral de COVID-19 y otras infecciones respiratorias agudas, recientemente publicada por el Ministerio de Salud de Nación, se establecen nuevas modalidades de notificación de COVID-19 y otros virus respiratorios. En los siguientes apartados se procederá a resumir estas novedades.

4.1) VIGILANCIA DE CASOS SOSPECHOSOS Y CONFIRMADOS DE COVID-19 Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS (OVR) EN CONTEXTOS AMBULATORIOS (NO UMAs)

- No será obligatorio notificar los casos sospechosos de COVID-19 y OVR ambulatorios al SNVS
- **Sé notificarán de manera individual todos los casos confirmados de COVID-19 y OVR al SNVS**
 - Hasta el 8 de mayo de 2022 se seguirán cargando en el evento: Caso sospechoso de COVID-19 Influenza y otros virus respiratorios.
 - A partir del 8 de mayo se cargarán en el evento: COVID-19 e IRA ambulatorio (no UMAs).

4.2) VIGILANCIA DE CASOS SOSPECHOSOS Y CONFIRMADOS DE COVID-19 Y OVR EN UMAs (Unidades de Monitoreo Ambulatorio de SARS- CoV-2 y OVR)

Las Unidades de Monitoreo de SARS COV- 2 y Otros Virus Respiratorios (UMAs) son dispositivos de vigilancia ambulatoria que permiten, como su nombre lo indica, el monitoreo de la circulación de COVID - 19 y otros virus respiratorios estacionales. No son centros de atención y testeo sino que tienen como objetivo hacer vigilancia de infecciones respiratorias

El objetivo de las UMAs es reconocer en centros seleccionados la tendencia de las consultas ambulatorias y la magnitud (proporción) atribuible a SARs CoV-2, Influenza y VSR durante todas las semanas epidemiológicas del año, así como caracterizar los casos leves de infección por SARS COV 2 y otros virus respiratorios.

Esta estrategia de vigilancia no es universal, y está circunscrita a un número reducido de establecimientos de salud seleccionados y designados para tal fin.

Se establecerá en un documento aparte la modalidad de trabajo en las UMAs. Disponible en: <https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2022/04/Unidades-de-Monitoreo-de-SARS-CoV-2-y-Otros-Virus-Respiratorios.pdf>

4.3) VIGILANCIA NOMINAL UNIVERSAL DE CASOS INTERNADOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (INTERNADOS, GRAVES Y FALLECIDOS)

- **Todos los casos internados se notifican de manera individual (tantos sospechoso como confirmados de COVID-19 y OVR)**
 - Hasta el 8 de mayo de 2022 se seguirán cargando en el evento: Caso sospechoso de COVID-19, Influenza y OVR
 - A partir del 8 de mayo se cargarán en el evento: Internado y/ o fallecido por COVID-19 o IRA
- **CASOS CONFIRMADOS DE SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO**
 - Deben notificarse como Evento: Síndrome inflamatorio multisistémico (SIM): Se deben completar en todos los casos con los datos de : Internación, Comorbilidades, Evolución
- **VIGILANCIA DE MUCORMICOSIS ASOCIADA A COVID 19**
 - Grupo de eventos: Mucormicosis. Evento: Micosis sistémicas oportunistas. Se deben completar en todos los casos con los datos de: Internación, Comorbilidades, Evolución.

4.4) VIGILANCIA EN HOSPITALES SELECCIONADAS CON UNIDADES CENTINELAS DE IRAG

Definición de caso de IRAG: Paciente de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre o antecedente de fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, tos e inicio de síntomas dentro de los 10 días y requerimiento clínico de internación.

Se reforzará y se continuará la implementación de la estrategia de vigilancia centinela en hospitalización bajo la definición de caso estandarizado de IRAG en la que se monitorearán indicadores de mayor nivel de información en pacientes internados (proporción de personas internadas por IRA del total de internaciones; distribución de los distintos virus respiratorios en pacientes internados por IRA; características clínicas, antecedentes vacunales y gravedad de los casos internados y su asociación con diferentes agentes virales).

En las unidades centinela seleccionadas a todas las personas que cumplan con la definición de caso de IRAG se les realizará PCR para el estudio de SARS-CoV-2, influenza y VSR.

Al momento de redactar esta Guía, la única Unidad centinela de IRAG de la provincia de Mendoza existente es en el Hospital Schestakow. Se valorará la incorporación de otras Instituciones.

4.5) VIGILANCIA DEL IMPACTO EN EL SISTEMA DE SALUD (Ocupación de camas)

Objetivo: monitorear el impacto de la enfermedad en el sistema de salud a través de indicadores tales como el porcentaje de ocupación de camas por COVID-19 (internación general y UTI).

A la fecha **esta estrategia se encuentra implementada en hospitales** nacionales y establecimientos provinciales **seleccionados** en el marco del sistema nacional de vigilancia de la salud y a través de un formulario específico para monitorear la ocupación general de camas UTI a nivel jurisdiccional (totales, por IRA y por COVID-19). Se continuará con la misma estrategia durante el resto del año. Los Hospitales que realizan esa estrategia en nuestra Provincia son: Lagomaggiore, Central, Notti, Fleming y Schestakow.

4.6) VIGILANCIA DE BROTES

Objetivo: detectar de manera temprana e investigar brotes de infecciones respiratorias agudas con el fin de controlar las cadenas de transmisión y determinar las características de los agentes virales involucrados (fundamentalmente la de detección de nuevas variantes de SARS CoV-2 o nuevos subtipos de virus Influenza).

Ante la existencia de brotes en establecimientos escolares, laborales u otros se debe realizar la comunicación a referentes epidemiológicos de estrategia escuelas o del área o directamente a la Dirección de Epidemiología para establecer un abordaje adecuado de los mismos.

4.7) VIGILANCIA AGRUPADA SINDRÓMICA (O CLÍNICA) DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y VIGILANCIA AGRUPADA DE LABORATORIO DE VIRUS RESPIRATORIOS

Objetivo: identificar la frecuencia y distribución de infecciones respiratorias agudas en la comunidad (ETI, bronquiolitis y neumonías) y en muestras estudiadas por laboratorios para los distintos virus respiratorios bajo vigilancia.

Permite monitorear, detectar cambios en la frecuencia y comparar con otros períodos, identificando cambios en la distribución, picos estacionales y principales agentes identificados.

Los datos de la vigilancia agrupada clínica surgen del consolidado o planilla C2, que tiene como fuente de datos el diagnóstico médico de las consultas ambulatorias, de guardia e informe de hospitalización de los distintos establecimientos de salud. El agrupado de laboratorio surge de los registros de

pacientes estudiados para virus respiratorios en los servicios que realizan diagnóstico de los mismos. Los datos deben ser volcados al SNVS 2.0 por semana epidemiológica y grupo etario.

4.8) VIGILANCIA GENÓMICA DE SARSCoV2

VARIANTES DE SARSCoV2

Los virus cambian continuamente a través de **mutaciones**. Una variante tiene una o más mutaciones que la diferencian de otras variantes. Estas mutaciones pueden presentarse en sitios determinantes para la infectividad y la respuesta inmune de los hospedadores. En este contexto surgen algunas variantes que son consideradas de interés, debido a la posibilidad de presentar diferencias en la transmisibilidad, prevalencia, severidad y el reconocimiento de anticuerpos.

El análisis de variantes de SARS-CoV-2 se monitorea a nivel mundial y en nuestro país, a través de la secuenciación del genoma viral. Se recomienda el uso de las siguientes **categorias para hablar de variantes de SARS-CoV-2: Variante de interés ó Variant of Interest (VOI), Variante de preocupación ó Variant of Concern (VOC) y Variantes bajo Monitoreo ó Variant undermonitoring (VUM).**

- **Variantes de interés (VOIs):** fenotípicamente se comporta diferente a una referencia o su genoma presenta mutaciones que llevan a cambios de aminoácidos asociados a cambios fenotípicos establecidos.
- **Variantes de preocupación (VOCs):** una variante de interés (VOI) es también una variante de preocupación si a través de diferentes estrategias de análisis se demuestra que:
 - está asociada a con un aumento de transmisibilidad o empeoramiento de la situación epidemiológica en la región;
 - está asociada a un aumento de virulencia o cambio en la presentación clínica;
 - está asociada a una disminución en la efectividad de las medidas de control, los test diagnósticos, las vacunas o los tratamientos.
- **Variantes bajo Monitoreo (VUMs):** Es una variante con cambios genéticos que se sospecha que afectan las características del virus con algún indicio que puede suponer un riesgo futuro, pero la evidencia del impacto fenotípico o epidemiológico no está clara actualmente, lo que requiere fortalecer el seguimiento y una reevaluación continua a la espera de nueva evidencia.

El 9 de marzo de 2022, la OMS clasifica o subdivide las variantes: VOI/VOC/VUM (por sus siglas en inglés, variantes de variantes de interés, preocupación, variantes bajo monitoreo) **en “variantes que circulan actualmente” y “variantes circulantes previamente”.** Sin embargo, la baja circulación de VOC no altera su clasificación como tal. De acuerdo a esta nueva subdivisión en el momento actual se clasifican:

- **VOC en circulación actualmente:** Delta y Ómicron
El 26 de noviembre la OMS designo al linaje **B.1.1.529** como variante de preocupación (VOC) y la denomino **Ómicron**. La variante Ómicron se notificó por primera vez a la OMS el 24 de noviembre de 2021 desde Sudáfrica, mientras que el primer caso conocido confirmado por laboratorio se identificó a partir de una muestra recolectada el 9 de noviembre de 2021. La variante Ómicron (B.1.1.529) incluye los linajes Pangolín, BA.1, BA.1.1, BA.2, BA.3, BA.4 y BA.5. Si bien BA.2 comparte algunas mutaciones con BA.1, también presenta algunas diferencias, entre ellas no porta la delección 69-70 en la proteína Spike asociada con la falla en la detección del gen S. Adicionalmente, BA.1.1 presenta la mutación R346K la cual podría proveer un potencial de escape inmune adicional.
- **VOI en circulación actualmente:** no se reconoce en el momento actual ninguna VOI en circulación.
- **VUM en circulación actualmente:** B.1.640 y BA.1x AY.4 recombinante.
- **VOC circulantes previamente:** Alpha, Beta y Gamma. Durante los últimos seis meses se ha observado una disminución significativa en la circulación de los VOC Alpha, Beta y Gamma en las 6 regiones de OMS.
- **VOI en circulación previamente** Lambda (C.37) y Mu (B.1.621; B.1.621.1) han tenido baja prevalencia en el último año, sin circulación notificada durante los últimos 90 días en ninguna de las seis regiones de la OMS. Asimismo, los linajes B.1.525 (Eta), B.1.526 (Iota), B.1.617.1 (Kappa), B.1.427/ B.1.429 (Épsilon), B.1.1.28.3, alias P.3 (Theta) y B.1.1.28.2, alias P.2 (Zeta) también son asignados a esta clasificación, no habiendo VOI en circulación actualmente.

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA VARIANTE OMICRON

La evidencia reciente indica que la variante Ómicron tiene una ventaja de crecimiento sustancial sobre la variante Delta que lleva a una rápida propagación en la comunidad, con un tiempo de duplicación de 2-3 días. La rápida transmisión de la variante Ómicron podría relacionarse en parte con su capacidad de evasión de la respuesta inmune. Por otro lado, en comparación con la variante Delta, Ómicron infecta más rápidamente los tejidos del tracto respiratorio superior, lo cual podría contribuir a la expansión de esta variante.

VARIANTES RECOMBINANTES

En la medida que el virus SARS-CoV-2 continúa evolucionando y dado el nivel actual de transmisión en todo el mundo, surgen nuevas variantes incluidas las recombinantes. La recombinación es común entre los coronavirus y se considera como un evento mutacional esperado. La variante recombinante de Delta (AY.4) y Ómicron (BA.1) linaje Pangolín XD, incorpora el gen S dentro del genoma de Delta y se sugiere que podría ser biológicamente distinta. Esta recombinante está siendo monitoreada como variante bajo monitoreo (VUM), su dispersión parece haber sido limitada en la actualidad (26

secuencias en GISAID). XD ha sido identificada predominantemente en Francia, y en menor proporción en Dinamarca y Bélgica. Actualmente la evidencia disponible no sugiere que sea más transmisible que otras variantes circulantes.

La variante recombinante de los sublinajes BA.1 y BA.2 de Ómicron, linaje Pangolín XE, tiene como característica que la mayoría de su genoma, incluyendo el gen S, pertenece al linaje BA.2. Fue detectada por primera vez en el Reino Unido en el mes de enero y ha mostrado evidencia de transmisión comunitaria dentro del Reino Unido. Al 5 de abril de 2022 han sido reportados 1.125 casos de XE en ese país. Estudios preliminares sugieren que XE tiene una ventaja en la tasa de crecimiento que representa una transmisión 12,6% superior en comparación con BA.2; sin embargo, se requieren estudios adicionales para confirmar este hallazgo.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN LA ARGENTINA DE LAS VARIANTES DE SARSCoV-2

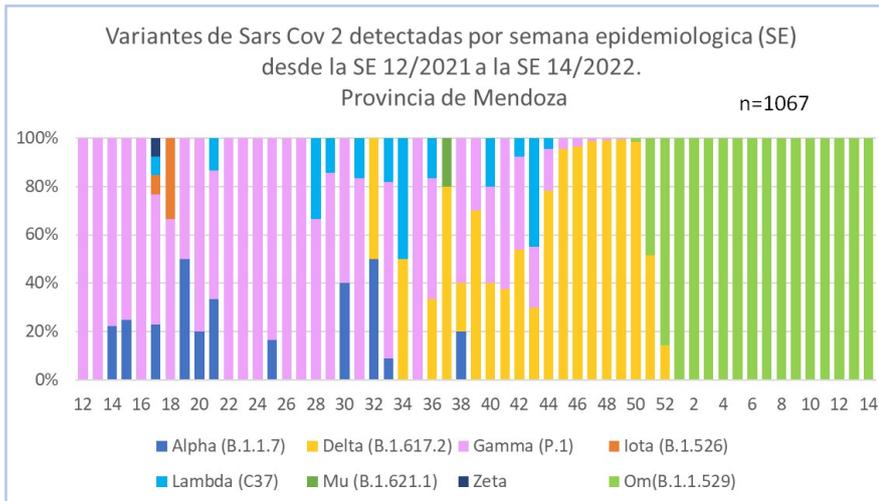
La situación de variantes de SARS-CoV-2 se caracteriza actualmente por una **circulación exclusiva de la variante Ómicron**. En las SE10 de 2022 la proporción de la variante Ómicron en casos sin antecedente de viaje internacional ni relacionados con la importación se sitúa en un 100%, implicando que la proporción de variante Delta continuó su descenso llegando al 0% para la SE10, según la información registrada a la fecha al SNVS.2.0 para el total país, entre las muestras analizadas por secuenciación genómica. En cuanto a los sublinajes de variante Ómicron se identifica fundamentalmente BA.1 y BA.1.1, mientras que BA.2 representa menos del 0.5% de las muestras secuenciadas.

VIGILANCIA DE NUEVAS VARIANTES EN MENDOZA

Al momento de redactar esta Guía en nuestra provincia existe una situación donde se presentan pocos casos confirmados de COVID 19, con detección exclusiva de la variante de preocupación Ómicron.

Hasta la fecha se han analizado para el estudio de variantes un total de 1.319 muestras de las cuales en 1067 se han detectado distintas variantes.

Las muestras analizadas corresponden tanto a viajeros internacionales, interprovinciales, de la comunidad, vacunados, embarazadas y re infectados.



En la SE 32/2021 se detecta el primer caso de variante Delta en Mendoza. Fue evolucionando rápidamente hasta alcanzar en la SE 50 un predominio completo con respecto a las demás variantes detectadas. En la semana epidemiológica 50/2021 se detectó el primer caso de variante Ómicron, comenzando a predominar sobre el resto, siendo actualmente la única variante detectada.

AVISO IMPORTANTE

A fin de continuar la vigilancia genómica de SARS-CoV-2 en la Provincia y dado el bajo número de casos positivos, **todos los casos detectados por los laboratorios públicos con valores de Ct ≤ 26, así como los casos positivos identificados por PCR isotérmica, serán estudiados en el Laboratorio de Salud Pública para identificar esta variante.** Se realizarán análisis de PCR en tiempo real y secuenciación genómica completa para la caracterización de dicha variante.

Es imprescindible para poder procesar las muestras **que las mismas se deriven junto con la Ficha de caso Sospechoso del caso en cuestión completa y se aclare el Ct de la muestra derivada**, indicando que son muestras para vigilancia genómica.

5

DEFINICIÓN DE CASO SOSPECHOSO Y CONFIRMADO

Se considera CASO SOSPECHOSO de COVID 19 toda persona que presente:	
<p>Dos o más de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fiebre (37.5°C o más) ▪ Tos ▪ Odinofagia ▪ Dificultad respiratoria ▪ Cefalea ▪ Mialgias ▪ Diarrea/vómitos* ▪ Rinitis/ congestión nasal* <p>(*los signos o síntomas separados por una barra (/) deben considerarse como uno solo)</p>	<p>Sólo anosmia o ageusia (o disgeusia)(repentinas)</p>
Sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica	
Este criterio incluye toda Infección Respiratoria Aguda Grave	

CASO SOSPECHOSO de Síndrome inflamatorio multisistémico post- COVID-19 en pediatría (≤18 años)			
Fiebre (temperatura ≥ 38 °C) más de 3 días +			
<p>Y dos de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erupción cutánea o conjuntivitis bilateral no purulenta o signos de inflamación mucocutánea (oral, manos o pies). ▪ Hipotensión o shock. ▪ Características de disfunción miocárdica, pericarditis, valvulitis o anomalías coronarias (incluidos los hallazgos ecográficos o elevación de Troponina / NT-proBNP). ▪ Evidencia de coagulopatía (elevación de PT, PTT, Dímero-D). ▪ Síntomas gastrointestinales agudos (diarrea, vómitos o dolor abdominal) 	<p>Y</p>	<p>Marcadores elevados de inflamación:</p> <p>VSG</p> <p>Proteína C reactiva</p> <p>Procalcitonina</p>	<p>Y</p> <p>Ninguna otra causa evidente de inflamación (incluida la sepsis bacteriana, síndromes de shock estafilocócicos o estreptocócicos)</p>

CASO CONFIRMADO DE COVID 19
<p>Toda persona sintomática o asintomática con prueba de laboratorio confirmatoria (positiva, detectable o reactiva) para SARS-CoV-2 mediante las siguientes técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Biología molecular por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa reversa (RT-PCR). ▪ Biología molecular por reacción amplificación isotérmica mediada por bucle (LAMP). ▪ Test Rápidos de Antígenos
En el SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO, se considera caso confirmado:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiene prueba de laboratorio confirmatoria (positiva, detectable o reactiva) para SARS-CoV-2: Biología molecular por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa reversa (RT-PCR), Biología molecular por reacción amplificación isotérmica mediada por bucle (LAMP), Test Rápidos de Antígenos <p style="text-align: center;">y/o</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiene serología positiva para SARS-CoV-2.

6 NUEVOS CONCEPTOS DE AISLAMIENTO Y CUARENTENA

Aislamiento

Es la separación social de personas enfermas o infectadas de otras para prevenir la propagación de la infección. Teniendo en cuenta la actual situación epidemiológica del país y la provincia no se indicará rutinariamente aislamiento de los casos positivos.

Las medidas de control como aislamiento o rastreo de contactos tienen menos impacto teniendo en cuenta la actual situación epidemiológica de la provincia y el país:

- baja circulación de SARSCoV2
- detección prácticamente de forma exclusiva de variante Ómicron, donde se estima que el contagio se produce en periodos asintomáticos o paucisintomáticos, antes de que la persona pueda sospechar estar enferma y que además se ha caracterizado por alta contagiosidad y menor morbimortalidad
- población altamente inmunizada (altas coberturas vacinales y protección por inmunidad natural)
- necesidad de sostener actividades sociales, económicas y culturales

NO se indicará rutinariamente AISLAMIENTO de los casos confirmados		
Recomendaciones para casos confirmados		
No concurrir a realizar tareas laborales, sociales o escolares hasta la mejoría clínica ("REPOSO") o durante 5 días desde la fecha del diagnóstico para los casos confirmados de COVID-19 asintomático	Por 10 días desde el comienzo de síntomas: <ul style="list-style-type: none"> • Intensificar medidas preventivas: uso de barbijo, higiene de manos, higiene respiratoria, ventilación de ambientes • Evitar el contacto con personas con condiciones de riesgo 	Control clínico estricto en personas con síntomas de gravedad En todos los casos control clínico si los síntomas empeoran

En caso de trabajadores y residentes de instituciones con Poblaciones especiales (instituciones carcelarias, instituciones de salud, geriátricos, hogares de niños, entre otros)
<p>TRABAJADORES: NO acudir a su ámbito laboral durante 5 días desde la fecha de inicio de síntomas o de diagnóstico en casos asintomáticos, pudiendo regresar con mejoría clínica de por lo menos 24 horas. Se recomienda, quedando a criterio del área de control de infecciones si existiese o del empleador, la realización de test un test de antígeno negativo al 5º día para retomar actividades laborales.</p> <p>RESIDENTES: En casos de residentes elaborar y/o actualizar protocolos para evitar la generación de brotes que incluyan: aislamiento de gotas y contacto por 10 días desde la fecha de inicio de síntomas.</p> <p>En ambos: realización precoz de test diagnósticos en casos sintomáticos tanto de otros residentes como de personal</p>

Cuarentena

Restricción de actividades (separación) de personas que no están enfermas pero que pueden haber estado expuestas a un agente infeccioso o enfermedad (contactos estrechos), con el objetivo de monitorear sus síntomas y asegurar la detección temprana de casos y así disminuir la posibilidad de transmisión

NO se indicará rutinariamente rastreo y aislamiento (cuarentena) de contactos estrechos de casos confirmados de COVID-19.	
Recomendaciones	
Extremar medidas de prevención y evitar contacto con personas vulnerables durante 10 días (uso adecuado de barbijo, ventilación adecuada de ambientes, lavado de manos e higiene respiratoria).	Los contactos estrechos que pertenezcan a poblaciones vulnerables deben realizar auto monitoreo de síntomas para realizar diagnóstico y control clínico oportuno.

CONTACTO ESTRECHO: Toda persona expuesta a un caso confirmado de COVID-19:	
<p>Y cumpla alguna de las siguientes: Contacto cara a cara a menos de 2 metros por al menos 15 minutos.</p> <p>Contacto físico directo.</p> <p>Cuidado directo de pacientes sin equipo de protección adecuado para el tipo de exposición.</p> <p>Compartir un espacio cerrado > 2 horas (sala de espera, sala de conferencias, aula)</p>	<p>Durante el periodo de periodo de transmisión o contagiosidad de la enfermedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 días en casos leves o moderados o en casos positivos asintomáticos • 15 días en casos severos • 20 días en casos críticos o en casos confirmados en pacientes inmunosuprimidos severos
<p>Contacto estrecho en Pasajeros de aerolíneas, bus, tren :</p> <p>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</p>	

7 | 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-2 es 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.
- 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.
- 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.

- 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:
 - RESULTADOS POSITIVOS
 - Un resultado positivo por antígeno se considerará confirmatorio
 - La sensibilidad en pacientes con alta carga viral ($Ct \leq 25$) 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

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%83%83_STICO-DE-LABORATORIO-v.NM-2.NM-2.NM-2.pdf

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

8

MANEJO DE CASOS SOSPECHOSOS DE COVID-19 Y OVR EN CENTROS AMBULATORIOS (NO UMAs)

Consideraciones previas respecto a la organización de entornos ambulatorios

Es importante separar los pacientes que consultan con síntomas respiratorios de aquellos que consultan por otros motivos, siendo esto imprescindible en épocas con gran circulación de virus respiratorios. El objetivo es evitar el contagio de pacientes dentro del entorno asistencial. Existen distintas estrategias que se podrían utilizar como: separación física (áreas diferenciadas), turnos en momentos diferenciados, por mencionar algunas.

Se deberá realizar la ventilación de los consultorios, idealmente de forma permanente y cruzada (al menos una ventana abierta 5 cm).

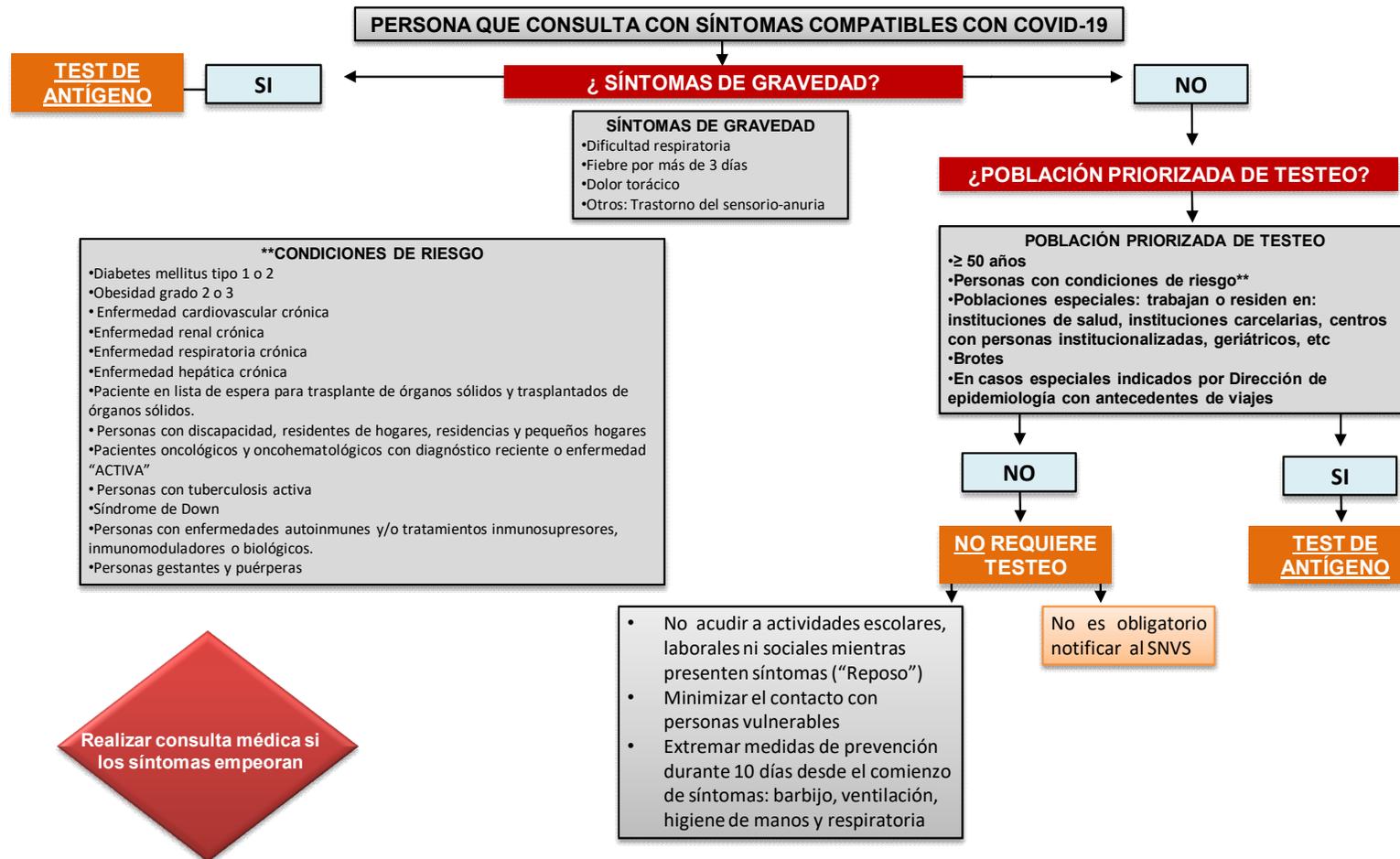
El personal de salud debe lavarse las manos utilizando agua y jabón o soluciones antisépticas con base alcohólica y cumplir con los cinco momentos propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El personal de salud debe utilizar barbijo siempre al tener contacto o realizar atención o asistencia con pacientes. Los pacientes deben usar barbijo al encontrarse dentro de cualquier entorno sanitario, siempre que sean mayores de 2 años y que la situación clínica lo permita.

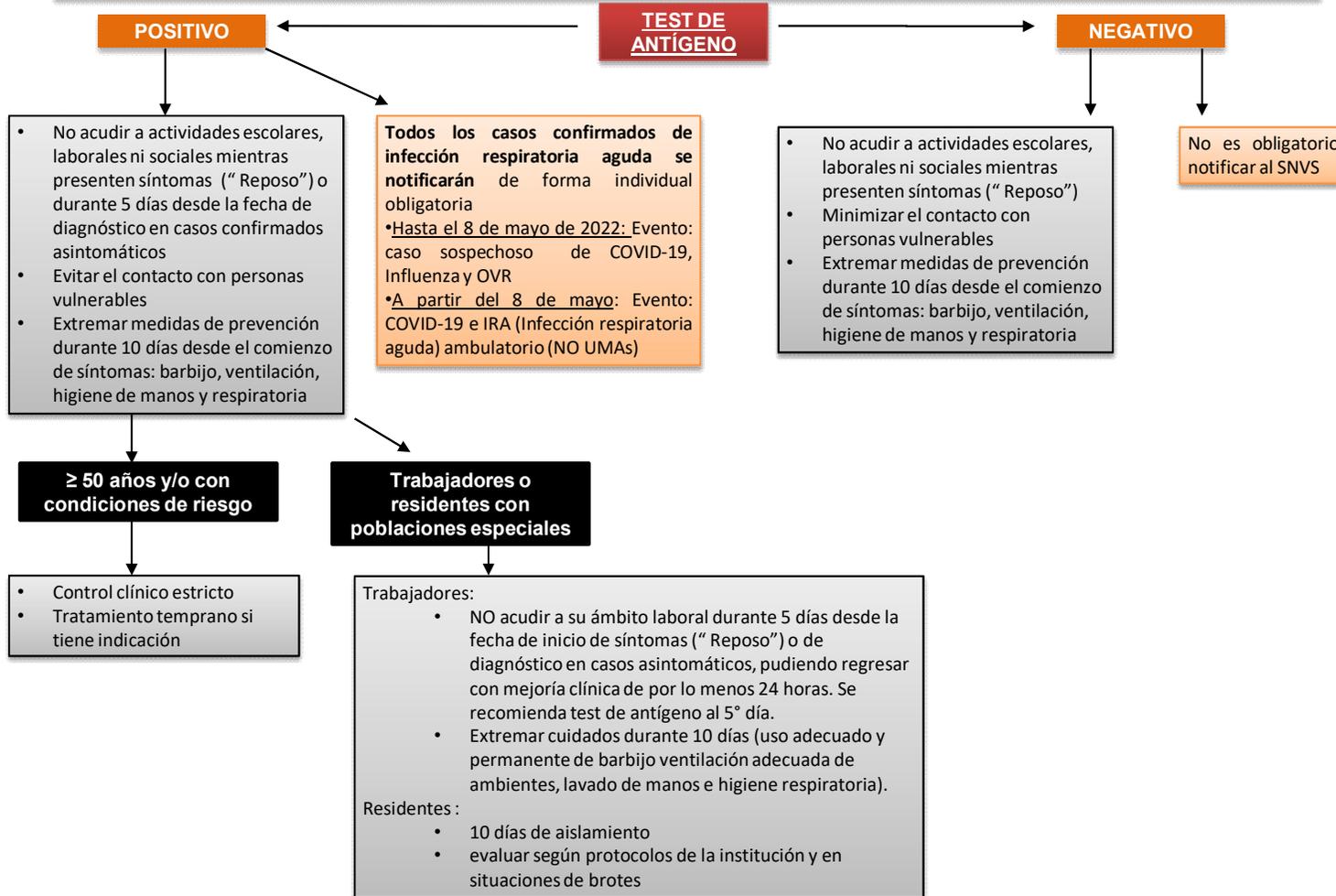
Si se maneja pacientes con síntomas respiratorios y los pacientes usan barbijo adecuadamente colocado durante la misma, no hay exposición a fluidos ni maniobras de aerosolización, asegurándose la ventilación adecuada del ambiente podría considerarse suficiente agregar protección ocular y/o facial al equipo, sin ser necesario el uso de blusón. Sin embargo, si se realiza la atención a menos de 1m de pacientes sin barbijo o exploración de la cavidad oral se considera una maniobra con riesgo de exposición a fluidos, por lo que también hay que utilizar protección ocular y/o facial, camisolín hidropelente y guantes.

Para maniobras que generan aerosoles (por ej toma de muestra respiratoria, intubación, RCP, ventilación manual) se debe utilizar un respirador de alta eficiencia N95. Puede utilizarse barbijo quirúrgico sobre el respirador para prolongar su vida útil.

ALGORITMO PARA MANEJO AMBULATORIO DE PACIENTES CON SÍNTOMAS COMPATIBLES CON COVID-19 NO UMAs 1º parte



**ALGORITMO PARA MANEJO AMBULATORIO DE PACIENTES CON SÍNTOMAS COMPATIBLES CON COVID-19
NO UMAs
2° parte**



Paso 1: Identificación de casos, síntomas de gravedad y condiciones de priorización de testeo

Se identificarán las personas que cumplan con definición de caso sospechoso de COVID 19.

Se evaluará si las personas tienen indicación de testeo según si presentan síntomas de gravedad o condiciones de priorización de testeo y se realizará el llenado de la **Ficha epidemiológica vigente**.

Síntomas de riesgo de complicación de la enfermedad (o gravedad)	<p>Dificultad respiratoria</p> <p>Fiebre por más de 3 días</p> <p>Dolor torácico</p> <p>Otros: Trastorno del sensorio- anuria</p>
---	---

Población priorizada de testeo
≥ 50 años
<p style="text-align: center;"><u>Personas con condiciones de riesgo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus tipo 1 o 2 • Obesidad grado 2 (IMC ≥ 35) y grado 3 (IMC ≥ 40) • Enfermedad cardiovascular crónica: Insuficiencia cardíaca, Enfermedad coronaria, Valvulopatías, Miocardiopatías, Hipertensión pulmonar. • Enfermedad renal crónica (incluidos pacientes en diálisis crónica). • Enfermedad respiratoria crónica: EPOC, fibrosis quística, enfermedad intersticial pulmonar, asma grave. • Enfermedad hepática crónica especialmente cirrosis. • Personas que viven con VIH • Pacientes en lista de espera para trasplante de órganos sólidos y trasplantados de órganos sólidos. • Personas residentes de hogares, residencias y pequeños hogares • Pacientes oncológicos y oncohematológicos con diagnóstico reciente o enfermedad "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). • Personas con tuberculosis activa (caso nuevo o recaída, diagnosticados en los últimos 12 meses). • Personas con discapacidad intelectual y del desarrollo que inhabilite las capacidades individuales de ejecutar, comprender o sostener en el tiempo las medidas de cuidado personal para evitar el contagio o transmisión de la COVID19; y/o se encuentren institucionalizados, en hogares o residencias de larga permanencia; y/o requieran asistencia profesional domiciliaria o internación domiciliaria. • Síndrome de Down • Personas con enfermedades autoinmunes y/o tratamientos inmunosupresores, inmunomoduladores o biológicos. • Personas gestantes y puérperas

Personas que residan o trabajen o asistan a **poblaciones en situaciones especiales**, que por las características propias presentan mayor riesgo de transmisión o generación de brotes: instituciones carcelarias, instituciones de salud, centros con personas institucionalizadas, personas que trabajen o presten cuidado a personas vulnerables (por ej geriátricos)

En casos de **brotes** para poder realizar un manejo adecuado de los mismos

La Dirección de Epidemiología indicará en otros **casos especiales** como por ejemplo en casos de viajeros provenientes de una región en la que esté circulando una variante de interés o de preocupación que no circule en el país

Paso 2: Realizar test de antígeno para el diagnóstico en los casos que corresponda

Indicaciones de testeo: caso sospechoso de COVID-19 y:

- Síntomas de riesgo de complicación (gravedad) ó
- Más de 50 años ó
- Con condiciones de riesgo ó
- Que residen, trabajan o asisten a instituciones con poblaciones especiales
- Sospecha de Brote
- Otras situaciones indicadas por Dirección de Epidemiología

Paso 3: Manejo clínico acorde de acuerdo a los síntomas encontrados

Se indicarán distintas medidas según la sospecha clínica del médico, independientemente del resultado del test de antígeno. Las mismas incluyen:

- **Antitérmicos**
- Eventual realización de **estudios complementarios** según evaluación clínica (laboratorio o imágenes de tórax, por ej.): Ver apartado de Exámenes complementarios en pacientes internados
- Indicación de internación según el estado clínico del paciente
- Se indicará al paciente que no concurra a realizar tareas laborales, sociales o escolares hasta la mejoría clínica ("**Reposo**"), independientemente de la realización de estudios diagnósticos y del resultado del mismo.
- Se indicará al paciente que **por 10 días desde el comienzo de síntomas intensifique las medidas preventivas** (uso de barbijo, higiene de manos, higiene respiratoria, ventilación de

ambientes) y evite el contacto con personas con condiciones de riesgo, independientemente de la realización de estudios diagnósticos y el resultado de los mismos.

- En caso de que el paciente testeado y con resultado negativo agrave sus síntomas deberá consultar nuevamente, donde se lo valorará clínicamente y se evaluará la realización de PCR SARS CoV2. Debe establecerse una conducta guiada por la presentación clínica del paciente y garantizar que el mismo reciba el resultado de su PCR.
- **En la situación epidemiológica actual, con circulación de Influenza:** En aquellos casos con Enfermedad tipo Influenza (Fiebre ≥ 38 C + tos o dificultad respiratoria y menos de 10 días de evolución), con condiciones de riesgo antes mencionadas y test de antígeno negativo para COVID-19 podría indicarse **oseltamivir** empírico. También se podrá considerar su uso en personas menores de 18 años que reciben tratamiento crónico con AAS, convivientes de prematuros menores de 1500g y convivientes de pacientes oncohematológicos. **Esta recomendación se modificará de acuerdo a los datos de vigilancia y a la circulación de virus Influenza.**

Dosis de oseltamivir (Influenza A y B)

Suspensión oral (frasco 75 ml; 12 mg/ml)		Equivalencia en ml suspensión reconstituida	
< 9 meses		3 mg/kg dos veces al día, por 5 días	
9 - 11 meses		3, 5 mg/kg dos veces al día, por 5 días	
1 a 12 años	≤ 15 kg	30 mg dos veces al día, por 5 días	= 2,5 ml dos veces al día, por 5 días
	15,1 - 23 kg	45 mg dos veces al día, por 5 días	= 3,75 ml dos veces al día, por 5 días
	23,1 - 40 kg	60 mg dos veces al día, por 5 días	= 5 ml dos veces al día, por 5 días
	> 40 kg	75 mg dos veces al día, por 5 días	= 6,25 ml dos veces al día, por 5 días
Cápsulas orales (75mg)			
> 13 años		75 mg dos veces al día, por 5 días	

Fuente: Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases of the American Academy of Pediatrics. 31st Ed.

Indicaciones a todas las personas que consultan con caso sospechoso de COVID-19		
No concurrir a realizar tareas laborales, sociales o escolares hasta la mejoría clínica ("reposo")	<p>Por 10 días desde el comienzo de síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensificar medidas preventivas: uso de barbijo, higiene de manos, higiene respiratoria, ventilación de ambientes • Minimizar el contacto con personas con condiciones de riesgo 	<p>Control clínico estricto en personas con síntomas de gravedad</p> <p>En todos los casos control clínico si los síntomas empeoran</p>

Protocolo de higiene respiratoria



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



Lavate las manos con jabón regularmente



No te lleses las manos a los ojos y la nariz

Paso 4: Indicaciones para casos confirmados de COVID-19

Indicaciones para casos confirmados de COVID-19	<p>No concurrir a realizar tareas laborales, sociales o escolares hasta la mejoría clínica (reposo) y en casos asintomáticos con test diagnóstico positivo por 5 días desde el momento de realización del test diagnóstico.</p> <p>NO SE REQUIERE CERTIFICADO DE ALTA en casos con evolución favorable.</p>
	<p>Instituciones con poblaciones especiales</p> <p>En casos de personal que trabaja en las mismas (personal de salud, penitenciarios, trabajadores de geriátricos, trabajadores de instituciones de discapacidad o de hogares de niños, entre otros): No concurrir a trabajar por 5 días desde la fecha de inicio de síntomas (y siempre que hayan mejorado sus síntomas y hayan estado 24 hs afebriles) o desde la fecha de realización del hisopado en asintomáticos. Se recomienda, quedando a criterio del área de control de infecciones si existiese o del empleador, la realización de un test de antígeno al 5° día, pudiendo reintegrarse si el resultado del mismo es negativo.</p> <p>En casos de residentes de las mismas: elaborar y/o actualizar protocolos para evitar la generación de brotes que incluya aislamiento de gotas y contacto por 10 días desde la fecha de inicio de síntomas</p> <p>En casos de residentes y personal: realización precoz de test diagnósticos en casos sintomáticos</p>
	<p>En personas con síntomas de gravedad o condiciones de riesgo: control clínico estricto</p>
	<p>Por 10 días desde el comienzo de síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Intensificar medidas preventivas: uso de barbijo, higiene de manos, higiene respiratoria, ventilación de ambientes• Evitar el contacto con personas con condiciones de riesgo

Paso 5: Carga de la información en el SNVS

No será obligatorio notificar los casos sospechosos de COVID-19 y OVR al SNVS. **Sé notificarán todos los casos confirmados de COVID-19 y OVR al SNVS.**

- Hasta el 8 de mayo de 2022 se seguirán cargando en el evento: Caso sospechoso de COVID-19
- A partir del 8 de mayo se cargarán en el evento: COVID-19 e IRA ambulatorio (no UMAS)

9 | MANEJO DE CASOS SOSPECHOSOS DE COVID- 19 Y OVR INTERNADOS

Consideraciones previas respecto a la organización de entornos de internación

Colocar al paciente en **habitación individual** (idealmente con baño privado) o **cohortizar** los pacientes, manteniendo una distancia de al menos 1 metro entre camas.

Las habitaciones deben contar con **ventilación adecuada** (permanente y cruzada).

Se deben dejar en la habitación **elementos de cuidado del paciente de uso exclusivo**: termómetro, tensiómetro, estetoscopio, descartador punzo-cortante. Si no son exclusivos hay que realizar limpieza y desinfección antes de usarlos con otro paciente.

Hay que realizar **higiene adecuada de manos**, utilizando soluciones hidro- alcohólicas o agua y jabón, teniendo en cuenta los 5 momentos de la higiene de manos de la OMS.

Cada vez que el personal de salud ingresa a la habitación, los pacientes deberán utilizar barbijo, teniendo en cuenta la condición clínica y edad (mayores de 2 años)

Los pacientes internados con sospecha de de IRAG / COVID-19 /Influenza y otros virus respiratorios inicialmente, y hasta tener confirmación etiológica, deben permanecer con aislamiento de gotitas y contacto. Este incluye:

- Uso de guantes (no usar doble par de guantes)
- Barbijo quirúrgico o triple de capa (se deben colocar y retirar fuera de la habitación del paciente).

- Usar barbijo N95: para procedimientos generadores de 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, fibrobroncoscopia.
- Protección para los ojos o máscara facial, dependiendo de la exposición anticipada a fluidos corporales, secreciones respiratorias, hemoderivados, entre otros.
- Camisolín, se debe usar como precaución estándar, en aislamiento de contacto.

Una vez identificado el agente causal se adaptarán las medidas de aislamiento al mismo.

Precauciones de Aislamiento	Elementos necesarios	Virus respiratorios	Duración
Contacto	Camisolín Guantes	Virus Sincial Respiratorio	Hasta resolución de síntomas
		Parainfluenza	Hasta resolución de síntomas
		SARS Cov-2	Ver abajo*
Gotitas	Barbijo quirúrgico (Camisolín, guantes y antiparras o máscara facial según exposición)	Influenza	Hasta los 7 días de inicio de síntomas o hasta 24 horas desde la resolución de los síntomas (elegir la opción más prolongada)
		Adenovirus	Hasta resolución de síntomas
		Rhinovirus	Hasta resolución de síntomas
		SARS Cov-2	Ver abajo*
*SARS CoV2			
AISLAMIENTO DE CONTACTO Y GOTITAS			
AISLAMIENTO RESPIRATORIO AEREO (Barbijo N95) en PGA (Procedimientos generadores de aerosoles)			
Gravedad de COVID	Condición del paciente	Duración de Aislamiento Hospitalario	
COVID 19 Leve o Moderado	Pacientes con Mejoría clínica No inmunocomprometidos Severos	10 días desde el comienzo de síntomas	
COVID-19 Severo	Pacientes con Mejoría clínica No inmunocomprometidos Severos	15 días desde el comienzo de síntomas	
COVID-19 Crítico	Pacientes con Mejoría clínica No inmunocomprometidos Severos	20 días desde el comienzo de síntomas	
Cualquier Gravedad Pacientes	Incluye: • pacientes con cáncer en	Pacientes con Mejoría	20 días desde el comienzo de síntomas Evaluar rRT-PCR SARS-

Inmunocomprometidos severos	tratamiento <ul style="list-style-type: none"> • trasplante de células hematopoyéticas o de órgano sólido de menos de un año • infección por VIH con recuento de linfocitos T CD4 menos de 200 • Inmunodeficiencia 1º combinada • recibir prednisona a una dosis \geq 20 mg/día por más de 14 días 	clínica		CoV-2 de control para discontinuar el aislamiento junto con Control de infecciones
------------------------------------	---	---------	--	--

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

Paso 1: Identificación de casos sospechosos y aislamiento hospitalario

Se identificarán las personas que cumplan con definición de caso sospechoso de COVID 19 y se realizará el llenado de la **Ficha epidemiológica correspondiente** (Ficha de caso sospechoso vigente).

Se realizará **PCR SARS CoV2 a todos los internados** con síntomas de IRA y, **en menores de 5 años**, se realizará también **panel por inmunofluorescencia de otros virus respiratorios**.

Paso 2: 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 \geq 90 %*		
SEVERA Y (NEUMONIA SEVERA) Alguno de los	Signos de dificultad respiratoria severa (uso de	TAQUIPNEA FR \geq 30 x	DESATURACIÓN Sat O2 AA < 90

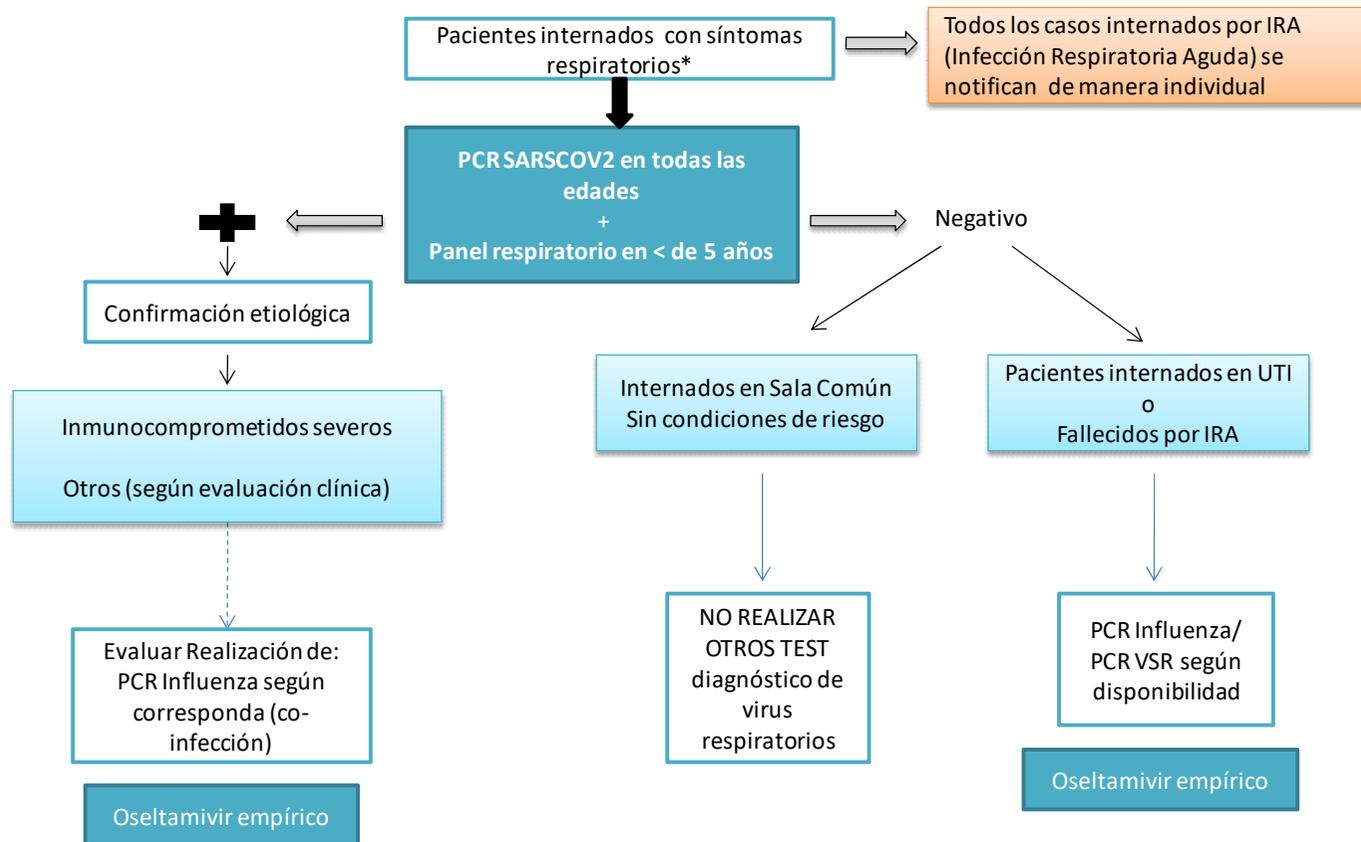
siguientes:	músculos accesorios, inhabilidad de completar oraciones completas, tiraje, quejido, cianosis, entre otros) o Signos de alerta (incapacidad para alimentarse o beber, letargo, inconsciencia, convulsiones)	min	%*
CRÍTICA	Síndrome de Distres respiratorio Sepsis Shock séptico Trombosis aguda: Tromboembolismo pulmonar, Síndrome coronario agudo, ACV		

**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.*

Se recomienda la internación de pacientes con:

- Cuadros severos y críticos
- Cuadros moderados, especialmente aquellos con factores de riesgo, según juicio clínico

Paso 3: Consideraciones diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento



*Recomendación acorde a situación epidemiológica Abril 2022

Para el control de los pacientes 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.

La OMS se recomienda oxígeno suplementario a los siguientes pacientes:

- 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)
- 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 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.

Para otras consideraciones terapéuticas 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 iniciales negativos, evaluar la conducta subsiguiente según la situación epidemiológica del momento. En la situación epidemiológica actual (de baja circulación de SARSCoV2 y circulación de influenza y otros virus respiratorios) se recomienda:
 - **Pacientes mayores de 5 años**
 - Internados en **sala común, sin condiciones de riesgo**: Si presenta mejoría clínica considerar no realizar más estudios diagnósticos.
 - Internados en **UTI y/o con condiciones de riesgo**: Realizar PCR Influenza y otros test diagnósticos según disponibilidad en el Centro (PCR VSR). Evaluar repetir PCR SARSCoV2 si la misma es negativa. Indicar oseltamivir empíricamente, evaluar su suspensión si se dispone de PCR Influenza negativo.
 - **Pacientes menores de 5 años**
 - Internados en **sala común, sin condiciones de riesgo**: Si presenta mejoría clínica considerar no realizar más estudios diagnósticos que PCR SARSCoV2 y Panel de Inmunofluorescencia de otros virus respiratorios.
 - Internados en **UTI y/o con condiciones de riesgo**: Realizar adicionalmente PCR Influenza (u otros test diagnósticos según disponibilidad en el Centro: test antigénicos para virus respiratorios, PCR Multiplex, etc.). Evaluar repetir

PCR SARSCoV2 si la misma es negativa. Indicar oseltamivir empíricamente, evaluar su suspensión si se dispone de PCR Influenza negativo.

- **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 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:	Interconsulta a Infectología Inicio de tratamiento antibiótico para NAC solo si hay evidencia

<p>NEUMONÍA CON DISTRESS RESPIRATORIO Y SEPSIS O SHOCK SÉPTICO</p>	<p>de sobreinfección bacteriana</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.
---	---

Paso 4: Carga de la información en el SNVS

Se cargarán casos sospechosos y confirmados de COVID-19 y OVR de pacientes internados.

- Hasta el 8 de mayo de 2022 se seguirán cargando en el evento: Caso sospechoso de COVID-19, Influenza y OVR
- A partir del 8 de mayo se cargarán en el evento: Internado y/ o fallecido por COVID-19 o IRA

10 | HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	Cambios principales
0	21-03-20	Origen del Documento
1	03-04-20	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
2	07-04-20	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. Se incluye Hospitales del Sur Mendocono y Hospital de Maipú; a la Atención e internación de pacientes COVID-19
3	30-04-20	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).
4	05-05-20	Se define que si un paciente que presenta rRT- PCR SARS-CoV-2 diagnosticas 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.
5	08-06-20	<p>Se define internación pediátrica en el Hospital Diego Paroissien.</p> <p>Se incorpora clasificación de escenarios de transmisión.</p> <p>Se modifica definición de caso sospechoso, probable y confirmado, incorporando como nuevo criterio síndrome inflamatorio sistémico.</p> <p>Se modifica definición de contacto estrecho.</p> <p>Se incorpora serología como método diagnóstico complementario.</p> <p>Se incorpora a las preguntas del triage, la categoría de transportista.</p> <p>Se actualiza ficha de notificación de alta y sus respectivos mails de envío.</p> <p>Se reclasifica los resultados de la rRT-PCR:</p> <p>Se establece una ficha de solicitud de estudios de laboratorio de COVID-19 para situaciones de alto sospecha pretest y rRT-PCR SARS-CoV-2 no detectable.</p>
6	08-07-20	<p>Se modifica el periodo de contacto estrecho a 72 horas previo al inicio de los síntomas.</p> <p>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.</p> <p>Se redefine caso confirmado en pediatría.</p> <p>Se modifican criterios de alta de aislamiento, eliminando la rRT-PCR SARS-CoV-2 para casos asintomáticos, leves y moderados. En casos graves y críticos se solicitará solo un resultado negativo para el alta.</p>
7	06-08-20	<p>Se actualiza definición de caso.</p> <p>Se incorporan nuevas definiciones generales.</p> <p>Se incorpora a la estrategia de aislamiento sanitario en centros extrahospitalarios.</p> <p>Se autoriza según cumplimiento de criterios médicos y sociales, la permanencia de casos sospechosos y confirmados leves/asintomáticos al domicilio.</p> <p>Se implementa caso confirmado por criterio clínico-epidemiológico.</p> <p>Se elimina del documento los tópicos concernientes al Plan Estratégico Provincial el cual se elaborará en un documento separado.</p> <p>Se modifican uno de los mail para e envío de fichas o cualquier notificación al área de epidemiología.</p>
7.1	17-08-20	<p>Se corrige definición de caso del criterio 1, debiendo ser DOS o más síntomas.</p> <p>Se corrige declaración jurada.</p>
8	10-09-20	Se ajustan algoritmos de caso sospechoso, confirmado y confirmado por nexo clínico

		<p>epidemiológico</p> <p>Se modifica en rastreo de contactos, contactos estrechos con caso positivo de 72 a 48 hs previas al comienzo de síntomas</p> <p>Se establecen responsabilidades Institucionales y de financiadores</p> <p>Se modifica alta en casos leves, pasando de 14 a 10 días (teniendo en cuenta evolución clínica)</p> <p>Se establecen requerimientos y prioridades de laboratorios para procesamiento de muestras</p>
9	15-10-20	<p>Se actualiza laboratorios de la Red Provincial.</p> <p>Se incorpora nueva metodología diagnóstica por laboratorio (Antígeno).</p> <p>Se establece abordaje de la enfermedad basada en la severidad y su posibilidad de tratamiento ambulatorio o internado.</p> <p>Se modifican criterios de alta epidemiológica basados en estrategia multiparamétrica sin test.</p>
10	5-8-2021	<p>Se incorporan conceptos de variables de interés y de preocupación de</p> <p>Se actualiza definición de caso</p> <p>Se actualiza definición de contacto estrecho.</p> <p>Se incorpora concepto de cuarentena abreviada</p> <p>Se describen consideraciones de caso confirmado por nexo</p> <p>Se incorporan productos que pueden ser utilizados para la limpieza de las Instituciones de Salud</p> <p>Se actualiza clasificación de caso sospechoso incorporando criterio clínico.</p> <p>Se incorpora vigilancia de nuevas variables y de mucormicosis asociada a COVID 19</p> <p>Se actualizan Algoritmos diagnósticos y de manejo clínico</p> <p>Se modifica criterio de alta</p>
11	Octubre 2021	<p>Se modifica concepto de confirmado por clínica</p> <p>Se promueve la realización de estudios diagnósticos a todos los convivientes de casos confirmados de COVID19 sintomáticos, quedando la confirmación por nexo o criterio clínico epidemiológico reservada para situaciones excepcionales</p> <p>Se elimina excepción de cuarentenas para contactos estrechos con cuadros confirmados por laboratorio en los últimos tres meses</p> <p>Se modifica algoritmo diagnóstico, enviándose a confirmar los test de antígenos positivos, de acuerdo a situación epidemiológica actual</p> <p>Se modifican indicaciones de vigilancia epidemiológica, según situación epidemiológica actual</p> <p>Se aclaran tiempos de cuarentenas abreviadas e indicaciones</p> <p>Se actualiza situación epidemiológica de la provincia respecto a nuevas variantes</p> <p>Se actualiza información respecto a viajeros, de acuerdo a decretos y decisiones</p>

		<p>administrativas nacionales.</p> <p>Se incorpora como Grupo Prioritario de testeo (Criterio 3), a personas vacunadas con dos dosis y en las cuales han transcurrido 14 días desde la última dosis.</p>
12	Abril 2022	<p>Se integra el manejo de COVID 19 con el manejo de otros virus respiratorios en unidades de monitoreo ambulatorio (UMAs) y en pacientes internados</p> <p>Se elimina la confirmación por criterio clínico+ epidemiológico para COVID 19 y otros virus respiratorios</p> <p>Se establecen criterios de priorización para realizar estudios diagnósticos de COVID 19 en pacientes ambulatorios</p> <p>Se elimina la indicación de cuarentena para contactos estrechos de casos de COVID 19, realizándose recomendaciones para estos casos.</p> <p>Se elimina la indicación sistemática de aislamiento para casos ambulatorios confirmados de COVID 19, indicándose restricción de actividades según la presencia de síntomas y el riesgo de exponer a poblaciones vulnerables.</p> <p>Se modifican los algoritmos diagnósticos en pacientes internados y ambulatorios.</p> <p>Se modifica modalidad de vigilancia epidemiológica.</p>

Todas las versiones y anexos se encuentran aprobadas por Resolución del Ministerio de Salud 926/2020.

11 | 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 Terapéuticos 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 preoperatoria 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
- Clinical management of COVID-19: living guidance- WHO- WHO/2019-nCoV/clinical/2021.1
- People with Certain Medical Conditions- Updated May 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
- Actualización de los lineamientos para la vigilancia y control epidemiológico de COVID-19 en escenarios de baja circulación de SARS CoV-2 <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/actualizacion-de-los-lineamientos-para-la-vigilancia-y-control-epidemiologico-de-covid-19>



- ESTRATEGIA DE VIGILANCIA Y CONTROL INTEGRAL DE COVID-19 Y OTRAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS .
Ministerio de Salud Nación. Argentina. Abril 2022. <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/vigilancia>
- Recomendaciones intersociedades para el uso de elementos de protección personal en la atención de pacientes durante la pandemia COVID19.SADI.ADECI. 4/1/2022
- DOCUMENTO FINAL DE CONSENSO INTERINSTITUCIONAL "Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud: Recomendaciones para el abordaje de los distintos escenarios epidemiológicos" (SADI, AAM, SATI, ADECI, ANLIS, INEI, Ministerio SAALUD Argentina)- 2017
- <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---15-march-2022>
- <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---8-february-2022>
- Enhancing response to Omicron SARS-CoV-2 variant (who.int)
- SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England.
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1067672/Technical-Briefing-40-8April2022.pdf
- Type and Duration of Precautions Recommended for Selected Infections and Conditions: Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. CDC. Update: September 2018

