

**PROTOCOLO DE
MANEJO DE
CASOS
SOSPECHOSOS Y
CONFIRMADOS DE
COVID-19**



**Buenos
Aires
Ciudad**

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

(Versión 53. 20/05/22)

1. OBJETIVO DEL PROTOCOLO

Actualizar los lineamientos para el manejo de casos sospechosos de COVID-19 en el marco del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires.

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

2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

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

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

Actualmente y luego de 2 años, la situación epidemiológica imperante representa un desafío dado el ingreso a la temporada invernal en nuestro país así como la co-circulación de varios virus respiratorios en forma conjunta con el SARS-CoV-2.

3. VIGILANCIA DE CASOS SOSPECHOSOS

El objetivo principal de la vigilancia epidemiológica en la actual situación es disminuir la morbimortalidad de las infecciones respiratorias agudas causadas por SARS CoV-2 y otros agentes etiológicos en el presente contexto epidemiológico de la pandemia de COVID-19.

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

Todo caso confirmado constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la Ley 15.465 y debe ser notificado en forma inmediata y completa al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) dentro del grupo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) como parte de la

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

“Estrategia de Vigilancia y Control Integral de COVID-19 y otras Infecciones Respiratorias” realizada por el Ministerio de Salud de la Nación. Dependiendo del tipo de estrategia de vigilancia, los casos se encuadran en un evento en particular. La información para notificar debe ser recopilada de acuerdo con la ficha de notificación y pedido de estudios de laboratorio <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/fichas>.

3.1 DEFINICIÓN DE CASO

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

3.1.1 CASO SOSPECHOSO de COVID -19

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/vómitos²
 - Rinitis/congestión nasal ²
- o
- Pérdida repentina del gusto o del olfato, en ausencia de cualquier otra causa identificada.
 - sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica. Este criterio incluye toda infección respiratoria aguda grave.

Criterio 2

Toda persona que:

- Haya recibido un esquema de vacunación completa³ contra COVID-19 y hayan pasado al menos 14 días de la última dosis.
- Sea trabajador de salud
- Resida o trabaje en instituciones cerradas o de internación prolongada*
- Sea personal esencial**
- Resida en barrios populares o pueblos originarios***
- Sea contacto estrecho de caso confirmado de COVID-19, que dentro de los 7 días posteriores al contacto:

² Los signos o síntomas separados por una barra (/) deben considerarse como uno solo.

³ Para los mayores de 50 años con esquemas que iniciaron con Sinopharm[®] o pacientes con antecedentes de inmunocompromiso, son 3+1 refuerzo. Accesible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-del-vacunador-segundo-refuerzo-covid-19>

Presente 1 o más de estos síntomas: fiebre (37.5°C o más), tos, odinofagia, dificultad respiratoria, pérdida repentina del gusto o del olfato, Cefalea, mialgias, diarrea/vómitos, rinitis/congestión nasal.⁴

Criterio 3

SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO POST- COVID19 EN PEDIATRÍA⁵

Niños y adolescentes de 0 a 18 años con fiebre mayor a 3 días:

Y dos de los siguientes:

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

Y

Marcadores elevados de inflamación, como eritrosedimentación, proteína C reactiva o procalcitonina.

Y

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

NOTA: En el contexto de la situación epidemiológica de nuestro país a la fecha de la elaboración del presente protocolo, el criterio de caso sospechoso no contempla particularidades en relación con las variantes virales en circulación.

Criterio 4

Toda persona fallecida que:

- No tenga diagnóstico etiológico definido
- Haya tenido cuadro clínico compatible con COVID-19 (conocido por el médico certificante o referido por terceros)
- Independientemente del estado de salud previo

Y

Que haya sido contacto estrecho de un caso confirmado o haya estado vinculada epidemiológicamente a un conglomerado de casos o a áreas de transmisión comunitaria sostenida.

3.1.2 CASO CONFIRMADO COVID-19:

⁴ *penitenciarias, residencias de adultos mayores, instituciones neuropsiquiátricas, hogares de niñas y niños

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

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

⁵ Definición adaptada de la Organización Mundial de la Salud

Caso confirmado por diagnóstico etiológico:

Todo caso sospechoso de COVID-19 o persona asintomática que presente resultado positivo o detectable por alguna de las siguientes técnicas de diagnóstico:

- **Detección de antígenos virales de SARS-CoV-2 por pruebas rápidas.**
- **Detección de SARS-CoV-2 mediante pruebas de biología molecular por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa reversa (RT-PCR).**
- **Detección de SARS-CoV-2 mediante pruebas de biología molecular por reacción amplificación isotérmica mediada por bucle (LAMP).**

NOTA: El resultado negativo (no reactivo) en las pruebas de detección de antígeno no permite descartar la enfermedad por SARS-CoV-2 en un paciente sintomático. Si persisten los síntomas, se deberá reevaluar.

4. MANEJO DE CASOS SOSPECHOSOS

4.1. TRIAGE:

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

Se debe proveer al paciente de un barbijo quirúrgico tan pronto como se identifique como sospechoso, explicándole su correcto uso.

4.3 EVALUACIÓN:

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

4.4 Manejo de casos

4.4.1 Caso sospechoso

Los casos sospechosos deberán cumplimentar aislamiento hasta conocer el resultado de su prueba diagnóstica.

Se deberá priorizar la evaluación clínica de los pacientes de riesgo entre los que se encuentran:

- Menores de 2 años
- Mayores de 50 años
- Factores de riesgo o comorbilidades⁶

⁶Mayores de 50 años, Diabetes tipo 1 o 2 (insulinodependiente y no insulinodependiente), Obesidad grado 2 (índice de masa corporal -IMC- mayor a 35) y grado 3 (IMC mayor a 40), Enfermedad cardiovascular crónica: insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, valvulopatías, miocardiopatías, hipertensión pulmonar, Enfermedad renal crónica (incluidos pacientes en diálisis crónica), Enfermedad respiratoria crónica: enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], fibrosis quística, enfermedad intersticial pulmonar, asma grave. Enfermedad hepática crónica especialmente cirrosis, Personas que viven con VIH independientemente del recuento de CD4 y niveles de carga viral, Pacientes en lista de espera para trasplante de órganos sólidos y trasplantados de órganos sólidos. Personas con discapacidad, residentes de hogares, residencias y pequeños hogares y 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 domiciliar o internación

La/s prueba/s diagnóstica/s deberá hacerse independientemente de los días transcurridos desde el inicio de los síntomas. En caso de presentar un cuadro clínico moderado o grave deberá evaluarse la necesidad de eventual internación en institución hospitalaria para su manejo apropiado.

El paciente menor de 16 años, en caso de requerir internación, deberá ser aislado desde el inicio de la sospecha hasta la confirmación o resultado negativo del test, siempre en compañía de un adulto menor de 65 años que no presente comorbilidades y procurando que tenga esquema de vacunación completo.

4.4.2 Caso confirmado

Los casos confirmados de COVID-19 podrán cursar el **aislamiento domiciliario**, siempre que la condición clínica lo permita, **por el término de 5 días**, y continuar con medidas de prevención durante **5 días** (uso adecuado de barbijo, ventilación adecuada de ambientes, lavado de manos e higiene respiratoria).

Podrán acudir a actividades laborales, educativas, sociales o lugares públicos **con mejoría clínica**, extremando los cuidados (uso adecuado de barbijo, ventilación adecuada de ambientes, lavado de manos e higiene respiratoria) y evitando el contacto con personas de riesgo. Esto comprende también al personal de salud.

Se considerará la necesidad de realizar la prueba de PCR de control a aquellos casos confirmados que ocurrieron en pacientes que por sus antecedentes clínicos (p.ej., inmunosupresión) pudiera sospecharse excreción viral de mayor duración. Esta se realizará a partir del 21º día del inicio de los síntomas -o del día de la detección de genoma viral, en caso de haber estado asintomáticos-. Frente a estos casos, se procederá a dar el alta epidemiológica sólo cuando la PCR de control sea negativa o el Ct de la muestra sea mayor que 35. Ante la progresión de síntomas, el paciente será reevaluado en forma presencial en unidad/consultorio de febriles o equivalente, o servicio de emergencias, en función de la gravedad de los mismos.

En aquellos casos con evolución clínica moderada o grave, el alta del paciente quedará a criterio del médico tratante. De igual manera, las personas con comorbilidades deberán ser evaluadas para determinar la pertinencia de su alta. Estas consideraciones incluyen al personal de salud.

4.4.3 Caso confirmado en menores de 16 años

En caso de confirmación de infección por COVID-19, el paciente deberá permanecer con aislamiento junto con el adulto responsable en la medida de lo posible sin comorbilidades, menor de 65 años según lo detallado en el apartado 4.4.2.

- Los niños, niñas y adolescentes serán internados de acuerdo al cuadro clínico y los antecedentes de riesgo.

Las condiciones para el alta son las mismas que las descritas en el apartado 4.4.2

5) MEDIDAS DE DESINFECCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

7) IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE CONTACTOS

Para los fines de la **definición de contacto estrecho** bajo las condiciones abajo descritas, **se incluirá el lapso de las 48 horas anteriores al inicio de los síntomas del caso índice.**

Se define **contacto estrecho** como:

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

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

Contacto estrecho en un avión/bus:

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

Contacto estrecho en un buque:

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

No se considerará CE de riesgo a quien cumpla alguna de las condiciones citadas habiendo cursado la infección por COVID-19 confirmada en el marco de los últimos 3 meses.

8) MANEJO DE CONTACTOS ESTRECHOS

No se indicará de rutina el rastreo ni aislamiento de contactos estrechos de casos confirmados de COVID-19.

- 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.
- Se definirán medidas específicas para control de brotes.

Ante la aparición de fiebre u otra sintomatología compatible con la definición de caso sospechoso durante ese periodo, se interpretará como caso sospechoso, debiéndose proceder con la realización de pruebas diagnósticas (test rápido de antígeno) para COVID-19 en forma adicional a las mencionadas.

9) CLAVES PARA TENER EN CUENTA EN LA COMUNICACIÓN

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

ANEXO 1 - Recomendaciones para aislamiento domiciliario de caso confirmado

- Evitar el contacto con otras personas dentro del ámbito domiciliario.
- La puerta de la habitación debe permanecer cerrada hasta la finalización del aislamiento. En caso que sea imprescindible que el paciente haga uso de las zonas comunes, deberá utilizar barbijo quirúrgico y realizar higiene de manos al salir de la habitación y antes de entrar en ella.
- La estancia o habitación deberá tener ventilación adecuada directa a la calle. La vivienda deberá mantenerse bien ventilada en forma permanente.
- Colocar en el interior de la habitación un cesto de residuos, con tapa de apertura a pedal, y en su interior una bolsa de plástico con cierre para depositar los residuos.
- Los utensilios de aseo deben ser de uso individual, al igual que los productos para la higiene de manos como el jabón o la solución hidroalcohólica.
- La ropa personal, ropa de cama, toallas, etc. deben ser de uso exclusivo del paciente y deberá ser reemplazada con frecuencia.
- En todo momento respetar las medidas de higiene respiratoria: cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar con el codo flexionado o pañuelos desechables, que se depositarán en el cesto de residuos dispuesto dentro de la habitación tras su uso.
- Lavado de manos con frecuencia con agua y jabón o utilizar alcohol en gel.

Medidas generales y manejo de residuos del paciente en domicilio

- Los residuos del paciente se eliminarán en una bolsa de plástico en un cesto de residuos dispuesto en la habitación, preferiblemente con tapa y pedal de apertura, sin realizar ninguna separación para el reciclaje. Luego de cerrar adecuadamente la bolsa, se introducirá dentro de una segunda bolsa y se dispondrá al lado de la puerta de ingreso para ser retirada. Allí además se depositarán los guantes y barbijos utilizados por aquella persona que ingrese a la habitación, si es necesario. Se cerrará adecuadamente antes de salir de la habitación y se incorporará a la bolsa con el resto de los residuos domésticos y se desechará en el contenedor de basura general.
- Inmediatamente después del procedimiento se realizará una completa higiene de manos, con agua y jabón, al menos durante 40-60 segundos.
- La ropa de cama, toallas, etc. de las personas enfermas debe ser lavada con los jabones o detergentes habituales a 60-90 °C y secada completamente para volver a utilizarla. Esta ropa debe colocarse en una bolsa bien cerrada hasta el momento de lavarla. No sacudir la ropa antes de lavarla, utilizar barbijo para este procedimiento.
- Los cubiertos, vasos, platos y demás utensilios deben lavarse con agua caliente y jabón.
- Las superficies que se tocan con frecuencia (mesitas de luz, muebles del dormitorio, etc.), las superficies del baño y el inodoro deben limpiarse y desinfectarse diariamente con un desinfectante doméstico que contenga lavandina diluida (1 parte de lavandina al 5% en 50 partes de agua) preparado el mismo día que se va a utilizar.
- En el caso de superficies que no sean aptas para la limpieza con soluciones de agua con detergentes o lavandina, como teléfonos celulares y teclados de computadoras, etc.; de ser aptos a limpieza con alcohol, utilizar solución alcohólica al 70%.
- De ser necesario que otra persona se ocupe de la limpieza debe protegerse con guantes y barbijo quirúrgico. Debe realizar higiene de manos antes y después de quitarse los guantes.
- Tras realizar la limpieza, la persona que la realizó cumplirá indefectiblemente con la técnica de retiro del equipo de protección personal y de higiene de manos recomendadas.