



ESTRATEGIA DE VIGILANCIA Y CONTROL INTEGRAL DE COVID-19 Y OTRAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

20 de abril de 2022

MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

Índice

[Resumen de actualizaciones](#)

[Introducción](#)

[Objetivo general de la estrategia](#)

[Objetivos específicos](#)

[Definiciones de caso de COVID-19](#)

[Estrategia integrada de vigilancia de las infecciones respiratorias agudas de posible origen viral](#)

[Difusión de la información](#)

[Medidas de prevención generales](#)

[Auto aislamiento y otras medidas de control para personas con síntomas respiratorios o compatibles con COVID-19](#)

[Manejo y medidas de control en casos de COVID-19 confirmado](#)

[Medidas de control en contactos estrechos](#)

[Medidas de prevención y control en ámbitos específicos y poblaciones especiales](#)

[Algoritmos de diagnóstico y notificación](#)

[Glosario](#)

Resumen de actualizaciones

Este documento sustituye a los documentos previos: a *“Protocolo de Preparación para la respuesta ante la contingencia de enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19)”* del 24 de enero de 2022 y a *“Manejo de casos de COVID-19 integrado a otras infecciones respiratorias agudas. Orientación para equipos de salud”* del 14 de marzo de 2022.

En la presente actualización de la estrategia se incorporan cambios en los eventos y el sistema de notificación, y la difusión de la información pasa de ser diaria a semanal para indicadores seleccionados. La vigilancia universal nominal de casos sospechosos de COVID-19 en población general se interrumpe y se inicia la implementación de la vigilancia de COVID-19 integrada a los eventos respiratorios constituida por 9 estrategias.

En la etapa de transición, el diagnóstico etiológico de casos con síntomas respiratorios o compatibles con COVID-19 con fines de vigilancia epidemiológica, se orienta a la población priorizada para el diagnóstico. Asimismo, se mantiene la notificación nominal universal para los casos confirmados. Se deja de aplicar la confirmación de COVID-19 por criterio clínico epidemiológico.

Los casos con síntomas respiratorios o compatibles con COVID-19 deben reducir todo lo posible las interacciones sociales (evitando acudir a actividades laborales, educativas o lugares públicos durante el periodo sintomático agudo, e impedir especialmente el contacto con personas vulnerables), extremar también las restantes medidas de cuidado (uso adecuado de barbijo adecuadamente colocado, ventilación constante de ambientes, lavado de manos e higiene respiratoria) durante los 10 (diez) días desde el inicio de los síntomas.

Los casos confirmados de COVID-19, además de adoptar las medidas anteriormente enunciadas, deberán informar a sus contactos estrechos en la comunidad de su diagnóstico positivo para que éstos consideren las pautas de prevención recomendadas.

Se deberá identificar entre los casos confirmados de COVID-19, a aquellos que resulten candidatos para el tratamiento específico.

Deja de ser obligatoria la cuarentena de los contactos estrechos de casos confirmados, independientemente de su estado de vacunación contra COVID-19.

En ámbitos vulnerables, como centros sanitarios asistenciales o sociosanitarios se implementarán medidas específicas de aislamiento y control.

Introducción

La situación epidemiológica y sanitaria de COVID-19 y otros virus respiratorios en la temporada invernal 2022 adquiere particularidades que ameritan la adecuación del sistema de vigilancia de las infecciones respiratorias agudas de presunto origen viral incluyendo COVID-19, así como de las acciones de control y refuerzo de las medidas preventivas que han resultado efectivas.

Actualmente se cuenta con un alto nivel de inmunidad alcanzado en la población, gracias al avance de la Campaña de vacunación contra COVID-19, especialmente en la población más vulnerable, constituyéndose en la principal herramienta para disminuir la mortalidad por esta enfermedad. Así también, se estima una alta protección contra la enfermedad grave por COVID-19 en la población por infección natural y por vacunas.

No obstante, SARS-CoV-2 es un virus que continúa bajo vigilancia, de comportamiento no estacionario, de reciente aparición. Su evolución clínica permanece en estudio (como el síndrome post-COVID-19), cuya variante Ómicron circula actualmente y se caracteriza por su elevada transmisibilidad respecto de la variante original.

A esto se suma, el inicio de la temporada de mayor incidencia de enfermedades respiratorias con población susceptible a otros virus respiratorios que no han circulado desde el inicio de la pandemia o tuvieron baja circulación (principalmente en niños y niñas) y que actualmente registran circulación.

El desarrollo a lo largo de la pandemia de un sistema de vigilancia de la salud sensible y de un Sistema de Gestión de Camas que permite el monitoreo del impacto en el sistema sanitario de las infecciones respiratorias, posibilita avanzar hacia una estrategia de vigilancia de COVID-19 integrada a la de las infecciones respiratorias agudas dirigida a la detección y manejo oportuno de poblaciones y ámbitos de mayor vulnerabilidad para la propagación y el desarrollo de formas graves y muertes, que incluya además sistemas de vigilancia centinela para el monitoreo en el resto de la población. En este sentido, en esta nueva etapa, la vigilancia universal de casos sospechosos de COVID-19 en población general deja de aplicarse en su modalidad nominal, focalizándose en poblaciones especiales, graves y fallecidos, complementada con la vigilancia de casos sospechosos en unidades centinela; manteniéndose la notificación nominal universal para los casos confirmados.

Este documento toma como base la [Estrategia de vigilancia y control integral de COVID-19 y otras infecciones respiratorias agudas](#), emitida el 14 de abril de 2022 por el Ministerio de Salud de la Nación con el objetivo de **disminuir la morbimortalidad asociada a las infecciones respiratorias agudas por SARS CoV-2 y otros virus respiratorios** .

Para alcanzar dicho objetivo, se acordó a nivel federal la integración de la estrategia de vigilancia de los eventos de vigilancia respiratorios en un período de transición, cuya implementación se ha planificado en diferentes etapas. El propósito de la estrategia consiste en constituir un sistema de vigilancia epidemiológica capaz de detectar cambios en los patrones de tendencia, de gravedad, de las características de los agentes circulantes (variantes de SARS CoV-2 y subtipos de Influenza fundamentalmente) sensible a la detección temprana de brotes y eventos inusitados, a fin de poder generar una respuesta oportuna y efectiva.

Estas nuevas estrategias de vigilancia conllevan cambios en el registro y notificación, así como en los indicadores a utilizar para el monitoreo de la pandemia.

Objetivo general de la estrategia

Disminuir la morbilidad asociada a las infecciones respiratorias agudas por SARS CoV-2 y otros virus respiratorios.

Objetivos específicos

- Fortalecer las medidas generales de prevención para infecciones respiratorias agudas (uso de barbijo, ventilación, lavado de manos e higiene respiratoria y evitar acudir a actividades laborales, educativas, sociales o lugares públicos ante la presencia de síntomas).
- Lograr y sostener altas coberturas de vacunación en población objetivo para el conjunto de las infecciones respiratorias agudas inmunoprevenibles (COVID-19, antigripal, antineumocócica).
- Fortalecer el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno y de calidad de personas vulnerables.
- Adecuar y fortalecer la vigilancia epidemiológica de la enfermedad respiratoria aguda por SARS CoV-2 y otros virus respiratorios.
- Identificar en forma temprana los cambios en los agentes etiológicos circulantes (principalmente SARS CoV-2 e Influenza).
- Registrar y caracterizar los casos graves y fatales, y todos los casos confirmados de COVID-19.
- Difundir periódicamente la situación epidemiológica y las medidas recomendadas de acuerdo con la misma.

Definiciones de caso de COVID-19

La definición de caso para la vigilancia de COVID-19 actualmente es más amplia que la aplicada para la vigilancia de otras enfermedades respiratorias agudas, ya que incluye síntomas gastrointestinales o generales como cefalea y mialgias.

La **confirmación etiológica por laboratorio con fines de vigilancia epidemiológica** se reserva para aquellas personas sintomáticas que constituyan un caso sospechoso de COVID-19 con [priorización para el diagnóstico](#), casos sospechosos internados o casos sospechosos que resulten seleccionados en el marco de la [Vigilancia de SARS-CoV-2, influenza y otros virus respiratorios \(OVR\) en unidades de monitoreo de ambulatorios](#).

En el actual escenario de baja incidencia y circulación de otros virus respiratorios, **no se aplicará la confirmación de caso de COVID-19 por criterio clínico epidemiológico**. Este criterio se reservará para poblaciones específicas en contextos de alta incidencia de casos de COVID-19 o evidencia de SARS-CoV-2 como virus predominante y se comunicará a nivel provincial.

Para esta etapa de transición, todos los casos de COVID-19 confirmados por laboratorio son de notificación obligatoria en forma nominal/individual.

Caso sospechoso

CRITERIO 1

- **Personas no incluidas en el CRITERIO 2**

- **Toda persona con 2 o más de los siguientes síntomas:**

- Fiebre (37,5°C o más)
- Tos
- Odinofagia
- Dificultad respiratoria
- Cefalea
- Mialgias
- Diarrea/vómitos*
- Rinitis/congestión nasal*

sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica

**los síntomas separados por una barra (/) deben considerarse como uno solo*

- También debe considerarse caso sospechoso a toda persona con **enfermedad respiratoria aguda grave** y toda **persona fallecida sin diagnóstico etiológico definido que haya tenido cuadro clínico compatible con COVID-19** (conocido por el médico certificante o referido por terceros).

O

- Toda persona con **pérdida repentina del gusto o del olfato**, en ausencia de cualquier otra causa identificada.

CRITERIO 2

- Persona que haya recibido un esquema de vacunación completo contra COVID-19, y hayan pasado al menos 14 días desde la última dosis
- Personal de salud
- Residentes y personal de instituciones semicerradas o de estancia prolongada*
- Personal esencial**
- Residentes de barrios populares y pueblos originarios***
- Contacto estrecho de un caso confirmado por laboratorio de COVID-19 dentro de los 14 días desde el último contacto

Con 1 o más de los siguientes síntomas:

- Fiebre (37.5°C o más)
- Tos
- Odinofagia
- Dificultad respiratoria
- Rinitis/congestión nasal

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

** Penitenciarias, residencias de adultos mayores, instituciones neuropsiquiátricas, hogares de niñas y niños y adolescentes, comunidades terapéuticas, residencias para personas con discapacidad.*

***Fuerzas de seguridad y Fuerzas Armadas, Personas que brinden asistencia a personas mayores o con discapacidad.*

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

CRITERIO 3

Síndrome Inflamatorio Multisistémico (SIM) post COVID-19 en pediatría

Niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años con fiebre mayor a 3 días y 2 o más de los siguientes criterios:

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

y

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

y

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

Caso confirmado por laboratorio

Toda persona que presente resultado positivo por **técnicas moleculares**: PCR (RT-qPCR/ amplificación isotérmica) para SARS-CoV-2.

Toda persona que presente resultado positivo por **prueba de antígenos** de SARS-CoV-2 en muestras obtenidas, preferentemente, dentro de los primeros 5 días del inicio de los síntomas.

Toda persona que cumple criterios de Síndrome Inflamatorio Multisistémico y que presente resultado positivo por **PCR y/o serología** positiva para SARS-CoV-2.

Caso descartado

Toda persona sintomática en la que no se detecte genoma viral SARS CoV-2 por PCR o presente prueba de antígenos negativa en una muestra adecuada.

Toda persona que cumple criterios de Síndrome Inflamatorio Multisistémico y en la que no se detecte genoma viral SARS CoV-2 por PCR en una muestra adecuada y/o presenta serología negativa para SARS CoV-2.

IMPORTANTE

En caso de alta sospecha clínica para la población destinataria de diagnóstico por laboratorio, de obtenerse una prueba de antígenos negativa, se indicarán las medidas de aislamiento y se dispondrá continuar el estudio por técnicas moleculares.

En caso de resultados negativos y de alta sospecha, persistencia o desmejoría de los síntomas del caso, se recomienda sostener el aislamiento, y realizar nueva toma de una muestra a las 48 horas, adecuando el tipo de muestra al cuadro clínico, para estudio por técnicas moleculares.

Estas definiciones son de carácter dinámico y sujetas a la evolución de la situación epidemiológica y sanitaria y del conocimiento de la enfermedad.

Estrategia integrada de vigilancia de las infecciones respiratorias agudas de posible origen viral

En esta etapa de transición se integra la vigilancia de COVID-19 a la de las enfermedades respiratorias agudas de presunto origen viral. Se enfatiza que COVID-19 se mantiene como evento de notificación obligatoria, dejando de ser el evento “Caso sospechoso de COVID-19” el eje vertebrador -como lo fue hasta ahora desde el inicio de la pandemia-, para pasar a un conjunto de eventos y estrategias diversas que abordan diferentes aspectos e indicadores relacionados con la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas.

Es por esto que se proponen cambios en los eventos bajo vigilancia y las estrategias a utilizar y se mantiene la vigilancia universal de casos sospechosos de COVID-19 en poblaciones vulnerables y en casos internados, e integración a la vigilancia universal de casos graves y fatales de estudios de Influenza y VSR, además de SARS CoV-2. Así también, se incorpora una estrategia de unidades centinela ampliada de COVID-19 y ETI en unidades de monitoreo ambulatorio en sitios seleccionados. Se propone el fortalecimiento de unidades centinela de IRAG, mantenimiento y fortalecimiento de la vigilancia genómica de SARS CoV-2 e Influenza, fortalecimiento de la vigilancia sindrómica de las infecciones respiratorias agudas a través del componente clínico (C2), fortalecimiento de la vigilancia por laboratorio de virus respiratorios (agrupado de infecciones respiratorias agudas virales, L2) y mantenimiento y fortalecimiento de la vigilancia del funcionamiento del sistema de salud (ocupación de camas). Por último se considera la incorporación de la vigilancia ambiental (estudios moleculares de SARS CoV-2 y otros agentes virales en aguas residuales).

La propuesta descrita a continuación se basa en 9 estrategias de vigilancia, las cuales se encuentran en diferentes etapas del proceso de implementación.

1. *Vigilancia de SARS-CoV-2, influenza y otros virus respiratorios (OVR) en unidades de monitoreo de ambulatorios (UC ETI ampliada).*
2. *Vigilancia universal de casos confirmados de COVID-19.*
3. *Vigilancia nominal universal de casos internados por infección respiratoria aguda internados, graves y fallecidos.*
4. *Vigilancia genómica.*
5. *Vigilancia agrupada sindrómica de infecciones respiratorias agudas y vigilancia agrupada de laboratorio de virus respiratorios.*
6. *Unidades Centinela de IRAG.*
7. *Detección y estudio de brotes.*
8. *Vigilancia del impacto en el sistema de salud (ocupación de camas).*
9. *Vigilancia de aguas residuales.*

1. Vigilancia de SARS-CoV-2, influenza y otros virus respiratorios (OVR) en unidades de monitoreo de ambulatorios

El objetivo de esta estrategia es mantener la vigilancia y monitoreo de COVID-19 en pacientes ambulatorios **en sitios seleccionados**, contribuyendo a una representatividad de la provincia a nivel nacional.

En la Unidad de Monitoreo de COVID-19 en casos ambulatorios (UMA) se incluirá en la vigilancia por laboratorio a **todas las personas que cumplan con la definición de caso sospechoso de COVID-19, a las que se les realizará test de antígeno para SARS-CoV-2.**

Adicionalmente, entre **los casos que cumplan con la definición de caso de ETI (enfermedad tipo influenza)** se realizará un muestreo sistemático para ser estudiados por técnicas moleculares para SARS COV 2, influenza y VSR.

Definición de caso de ETI (enfermedad tipo influenza)

Aparición súbita de fiebre mayor a 38°C y tos o dolor de garganta en ausencia de otras causas. Puede acompañarse de mialgias o postración.

En los casos seleccionados se completará **la ficha epidemiológica específica para UMA** y se derivarán las muestras a un laboratorio designado de la red de laboratorios de Influenza y otros virus respiratorios.

2. Vigilancia universal de casos confirmados de COVID-19

COVID-19 continúa siendo un evento de notificación obligatoria universal. Por lo tanto, todos los **casos confirmados** de COVID-19 por diagnóstico etiológico deben ser registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud en forma nominal, diferenciando casos ambulatorios de casos internados. Se priorizará el uso del laboratorio como herramienta para el diagnóstico etiológico en personas mayores de 50 años y en personas con factores de riesgo en los casos leves ambulatorios y en poblaciones especiales.

Priorización diagnóstica

Se priorizará el diagnóstico etiológico de COVID-19 en personas con enfermedad respiratoria que pertenezcan a los siguientes grupos:

- Personas mayores de 50 años y [personas con condiciones de riesgo](#).
- Poblaciones especiales: personas que residan, trabajen o asistan a ámbitos que por sus 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).
- Personas con antecedente de viaje en los últimos 14 días en una región en la que esté circulando una variante de interés o de preocupación no identificada en el país. Los países a considerar se comunicarán conforme la información surgida de la vigilancia genómica internacional.
- Personas con necesidad de internación por infección respiratoria aguda identificando casos moderados y graves -(UCI) y fallecidos.
- [Caso de infección respiratoria aguda grave inusitada \(IRAGI\)](#)
- En ocasión de investigación y control de brotes.

Los objetivos de esta estrategia son: detectar en forma temprana la infección por SARS CoV-2 en población con riesgo aumentado de desarrollar formas graves para permitir el seguimiento clínico adecuado de los casos; monitorear en estos grupos el curso de la pandemia en forma universal, permitiendo un seguimiento de los indicadores básicos de frecuencia, distribución y variantes en estas poblaciones.

Todos los casos confirmados de enfermedad respiratoria aguda que NO requieran internación se notificarán de manera individual obligatoria:

- *Hasta el 8 de mayo* se continuarán notificando en el evento ***Caso sospechoso de COVID-19, influenza y OVR.***
- *A partir del 8 de mayo* se notificarán en el evento: ***COVID-19 e IRA (infección respiratoria aguda) ambulatorios (No UMAs)***

Definición de caso de infección respiratoria aguda grave inusitada (IRAGI):

- En personas entre 5 y 64 años, sin factores de riesgo y sin respuesta al tratamiento, o que evolucionan con deterioro clínico y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
- En trabajadores de la salud que atienden pacientes con infecciones respiratorias y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
- En personas con contacto con población de aves o porcinos infectados (vivos o muertos).
- En conglomerados de IRAG o neumonía: dos o más casos en miembros de la misma familia, del ámbito laboral o ámbitos sociales, y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
- En contexto de un patrón inesperado de infección respiratoria aguda (aumento en la mortalidad, cambios en el grupo de edad asociado a un caso severo de influenza, o un cambio en el patrón clínico asociado a influenza u otro virus respiratorio).

- En contexto de un aumento de casos de IRAG con cambios abruptos, imprevistos en la tendencia de infección respiratoria observada en la vigilancia de rutina de nivel local y no asociados a las variantes virales que circulan habitualmente.
- Casos de infección por una variante o subtipo de virus influenza u otros virus respiratorios que no estén circulando en humanos.

3. Vigilancia nominal universal de casos internados por infección respiratoria aguda internados, graves y fallecidos

El objetivo de esta estrategia es monitorear los casos moderados¹ y graves² de infección respiratoria aguda y caracterizar la clínica, epidemiología y etiología de estos casos.

Esta estrategia permitirá obtener indicadores de frecuencia de casos por semana epidemiológica, positividad para SARS CoV-2 entre pacientes internados y principales agentes identificados entre los casos graves y fatales.

Definición de caso: Se estudiarán por técnicas moleculares de laboratorio para SARS CoV-2 todos los pacientes que se internen por infección respiratoria aguda u otra causa posiblemente relacionada con COVID-19 y se completarán las fichas epidemiológicas correspondientes.

- Los *pacientes internados menores de 5 años* se estudiarán para SARS-CoV-2 y para otros virus respiratorios por panel de inmunofluorescencia acorde al algoritmo de diagnóstico vigente.
- Todos los *casos graves (internados en unidades de terapia intensiva, agravamiento del cuadro clínico) y fatales* deberán estar notificados como tales en el SNVS y estudiados para Influenza y VSR, además de SARS CoV-2, acorde al algoritmo de diagnóstico vigente, y registrados todos los resultados en el sistema de vigilancia.

Adicionalmente, se continuará realizando la vigilancia universal nominal/individual de los casos que cumplen con la definición de infección respiratoria aguda grave inusitada (IRAGI) con el objetivo de detectar de manera precoz y oportuna los eventos inusuales e implementar medidas de prevención y control.

La totalidad de muestras estudiadas por laboratorio en personas internadas será notificada además en modalidad agrupada semanal según lo descrito para vigilancia

¹ **Casos internados moderados de enfermedad respiratoria aguda:** Toda persona que requiera internación hospitalaria en sala común, sin requerimiento de terapia intensiva o asistencia respiratoria mecánica.

² **Casos graves de enfermedad respiratoria aguda:** Toda persona que requiera internación hospitalaria en unidad de terapia intensiva o asistencia respiratoria mecánica.

agrupada sindrómica de infecciones respiratorias agudas y vigilancia agrupada de laboratorio de virus respiratorios.

Todos los casos confirmados de enfermedad respiratoria aguda que requieran internación se notificarán de manera individual obligatoria:

- *Hasta el 8 de mayo* se continuarán notificando en el evento **Caso sospechoso de COVID-19, Influenza y OVR.**
- *A partir del 8 de mayo* se notificarán en el evento: **Internado y/o fallecido por COVID o IRA**

4. Vigilancia genómica

El objetivo de esta estrategia, que ya se encuentra implementada, es monitorear las tendencias de las variantes circulantes en la comunidad, tanto en pacientes ambulatorios como internados y detectar nuevas variantes de SARS-CoV-2 en escenarios de alta transmisibilidad o virulencia y en viajeros provenientes del exterior. Para el virus Influenza, el objetivo de la vigilancia genómica consiste en evaluar las características de los virus circulantes y realizar el aislamiento viral para contribuir con la decisión de la fórmula vacunal que se define cada año.

Se realizará muestreo de los casos ambulatorios e internados detectados a través de las estrategias descriptas anteriormente para la vigilancia poblacional de variantes y se mantendrá la vigilancia de casos con antecedentes de viaje, brotes y eventos inusitados.

5. Vigilancia agrupada sindrómica de infecciones respiratorias agudas y vigilancia agrupada de laboratorio de virus respiratorios

Esta estrategia tiene por objetivo en su componente clínico identificar la frecuencia y distribución de infecciones respiratorias agudas en la comunidad (ETI, bronquiolitis y neumonías) y, en muestras estudiadas por laboratorio, establecer la frecuencia y distribución de los distintos virus que son agentes etiológicos para eventos respiratorios bajo vigilancia y que requieren internación.

Es una estrategia complementaria que permite el monitoreo a través de las curvas de frecuencia y su comparación con otros períodos (curvas epidémicas o canales endémicos) que permite detectar cambios en la distribución, picos estacionales y principales agentes identificados.

El agrupado de clínica debe notificarse en el grupo de eventos **Respiratorias.**

El agrupado de laboratorio debe notificarse en el grupo de eventos que corresponda según condición de internado o ambulatorio ***Infecciones Respiratorias Virales - Internados o Ambulatorios.***

6. Unidades Centinela de IRAG

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*).

Definición de caso de Infección Respiratoria Aguda Grave (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.

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 acorde al algoritmo diagnóstico vigente.

7. Detección y estudio de brotes

El objetivo de esta estrategia es 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 y características o nuevos subtipos de virus Influenza).

Se notificarán aquellos brotes con 3 o más casos vinculados a: ámbitos vulnerables (centros sanitarios asistenciales hospitalarios, centros sociosanitarios y centros de día, centros penitenciarios u otras instituciones semicerradas) y ámbitos escolares.

Definiciones de brote

- *Brote de COVID-19*: 3 o más casos de COVID-19 confirmados por laboratorio, con comienzo dentro de los 14 días, que pueden tener una exposición compartida (en un evento o institución) y que no fueron identificados como contactos estrechos de casos producidos en otro entorno durante la investigación de casos o el rastreo de contactos.

Finalización de brote: Cuando no haya nuevos casos confirmados o sospechosos de COVID-19, después de 28 días de la última exposición (2 períodos de incubación máximo).

La notificación de brotes se realiza mediante el Formulario de notificación de brotes de COVID-19 con los datos disponibles al momento de la comunicación, y en el SNVS se encuentra también incorporado un nuevo módulo denominado Go.Data, que consiste en una herramienta digital para el registro, análisis, gestión e investigación de brotes epidémicos y emergencias de salud pública, en especial, el rastreo de contactos. El mismo permite a los equipos de salud el manejo de datos de manera segura y eficiente tanto de casos y contactos como de eventos y otros factores a los cuales los casos pudieron estar expuestos.

Todos los casos confirmados de COVID-19 correspondientes al brote deben estar notificados nominalmente al SNVS en el evento correspondiente según su condición de internado o ambulatorio, especificado que se trata de un “Caso perteneciente a brote de COVID-19” en la sección Epidemiología del formulario de notificación.

Asimismo, se recomienda conformar equipos de respuesta rápida a brotes, para la realización de las medidas de control e investigación correspondientes de forma oportuna.

8. Vigilancia del impacto en el sistema de salud (ocupación de camas)

El objetivo de esta estrategia es 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).

En el ámbito de la provincia de Buenos Aires sigue vigente el registro obligatorio en el Sistema de Gestión de Camas para todos los establecimientos de salud públicos o privados que desarrollen sus actividades en el territorio de la provincia, independientemente de su fuente de financiamiento (Res. 2021-1297 del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires).

9. Vigilancia de aguas residuales

El objetivo de esta estrategia es detectar el ARN del SARS-CoV-2 de forma complementaria a las estrategias de vigilancia de casos, como monitoreo de cambios en la prevalencia de la COVID-19 en diferentes áreas geográficas.

Difusión de la información

En la etapa de transición se aplicará un cambio en la periodicidad de reportes a nivel nacional, los informes pasarán a ser semanales en lugar de diarios en una primera etapa, y pasarán en una segunda etapa a informar sobre número de casos totales a tendencias e integración de otras estrategias.

Medidas de prevención generales

En el actual período de transición y ante el aumento estacional de infecciones respiratorias se debe continuar y fortalecer la recomendación de medidas de prevención eficaces para disminuir el riesgo de transmisión de todos los virus respiratorios:

- Uso adecuado de barbijo en espacios interiores o cerrados. Su uso obligatorio para población general se sostiene en transporte público de pasajeros.
- Asegurar adecuada y constante ventilación de ambientes.
- Lavado de manos frecuente.
- No acudir a actividades laborales, educativas, sociales o lugares públicos ante la presencia de síntomas.

Auto aislamiento y otras medidas de control para personas con síntomas respiratorios o compatibles con COVID-19

Ante la presencia de síntomas respiratorios o compatibles con COVID-19 u otros virus respiratorios no se debe asistir a actividades laborales, educativas o lugares públicos durante el período sintomático, a fin de disminuir la transmisión de virus respiratorios. Esta recomendación se establece independientemente de contar o no con un diagnóstico etiológico.

Todas las personas sintomáticas deberán:

- Extremar las medidas de prevención durante 10 días (uso adecuado de barbijo, ventilación adecuada de ambientes, lavado de manos e higiene respiratoria).

- NO deberán acudir a actividades laborales, educativas, sociales o lugares públicos ante la presencia de síntomas (auto aislamiento de personas con enfermedad respiratoria aguda durante periodo sintomático agudo).
- Evitar el contacto con personas vulnerables.
- En los casos confirmados de COVID-19 con Neumonía grave³, se seguirá con el aislamiento respiratorio al menos hasta 10 días desde el inicio de los síntomas, **MÁS** al menos 72 horas después de la involución o estabilidad de los síntomas respiratorios (no considerar disgeusia/anosmia), **MÁS** RT-qPCR negativa en una muestra respiratoria de hisopado nasofaríngeo. En caso de obtener un RT-qPCR positiva, reevaluar luego de 21 días desde el inicio de los síntomas. En caso de persistir detectable por PCR luego de 21 días, se recomienda otorgar el alta en ausencia de síntomas y con una evolución del CT en aumento (estimador de la carga viral cuyo valor resulta creciente en la medida que esta disminuye).

Manejo y medidas de control en casos de COVID-19 confirmado

Los casos confirmados, además de aplicar las medidas de control indicadas a todas las personas sintomáticas, deberán informar a sus [contactos estrechos](#) en la comunidad, su diagnóstico positivo para que éstos observen las medidas de prevención recomendadas.

Actualmente en la provincia de Buenos Aires se cuenta con un protocolo que incluye la descripción de los Síndromes clínicos asociados con COVID-19 y las recomendaciones sobre tratamiento específico. Al momento de evaluar el inicio de un tratamiento específico para COVID-19, en especial aquellos que se recomiendan frente a las formas leves-moderadas, se debe considerar la severidad de la enfermedad, el estado de vacunación, la inmunidad previa, la presencia y número de comorbilidades con especial énfasis en aquellas que cursen con algún grado de inmunosupresión o requieran tratamientos que ocasionan una pobre respuesta de anticuerpos a la vacunación.

En función de lo señalado, se debe procurar la confirmación por laboratorio en personas que presentan mayor riesgo de complicaciones como personas mayores de 50 años, personas con factores de riesgo, y personas que presentan persistencia o empeoramiento de síntomas, dificultad respiratoria o criterios clínicos de internación.

³ **Casos confirmados de COVID-19 con Neumonía grave** definida como:

Neumonía, incluye diagnóstico clínico radiológico de neumonía más cualquiera de los siguientes criterios: *Frecuencia respiratoria > 30/minuto, Saturación de O₂ <93% (aire ambiente), Requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM), Incremento de los infiltrados >50% en 24 a 48 horas, Alteración de la conciencia - Deterioro del sensorio, Inestabilidad hemodinámica, CURB-65 \geq 2 puntos, o Requerimiento de UTI.*

Los tratamientos disponibles y sus indicaciones son:

Plasma de convaleciente

- Enfermedad por COVID-19 LEVE, mayores de 75 años o mayores de 65 años con comorbilidades. Enfermedad por COVID-19 LEVE en huéspedes con inmunodeficiencia primaria o secundaria.
- Enfermedad por COVID-19 MODERADA con comorbilidades
- Enfermedad por COVID-19 GRAVE sin requerimiento de oxígeno ($SaO_2 > 94\%$)

Tocilizumab (Actemra®) en combinación con dexametasona

- Enfermedad por COVID-19 CRÍTICA confirmada por laboratorio* que incluye:
 1. *Deterioro respiratorio progresivo con requerimiento de ventilación mecánica invasiva, ventilación no invasiva u oxígeno por cánula nasal de alto flujo (CAFO) ($> 0,4 FiO_2 / 30 l/min$ de flujo de oxígeno), o*
 2. *Disfunción cardiovascular con requerimiento de vasopresores o*
 3. *Requerimiento de ECMO*
- Enfermedad por COVID-19 GRAVE confirmada por laboratorio que incluye:
 1. *Requerimiento de oxígeno definida por $SaO_2 \leq 94\%$*
 2. *PCR $\geq 75 mg / l$ (Criterio no excluyente en caso de no disponibilidad)*

Medidas de control en contactos estrechos

- No se indicará de rutina el rastreo y aislamiento de contactos estrechos de casos confirmados de COVID-19.
- Los contactos estrechos deberán extremar medidas de prevención y evitar contacto con personas vulnerables durante 10 días desde el último contacto con el caso (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 efectuar diagnóstico y control clínico oportuno.

Medidas de prevención y control en ámbitos específicos y poblaciones especiales

Se consideran poblaciones especiales a las vinculadas con instituciones carcelarias, instituciones de salud, centros con personas institucionalizadas, personas que trabajen o presten cuidado a personas vulnerables.

- A los trabajadores de estas instituciones, se les indicará:
 - *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.*
 - *Extremar cuidados durante 10 días (uso adecuado y permanente de barbijo ventilación adecuada de ambientes, lavado de manos e higiene respiratoria).*

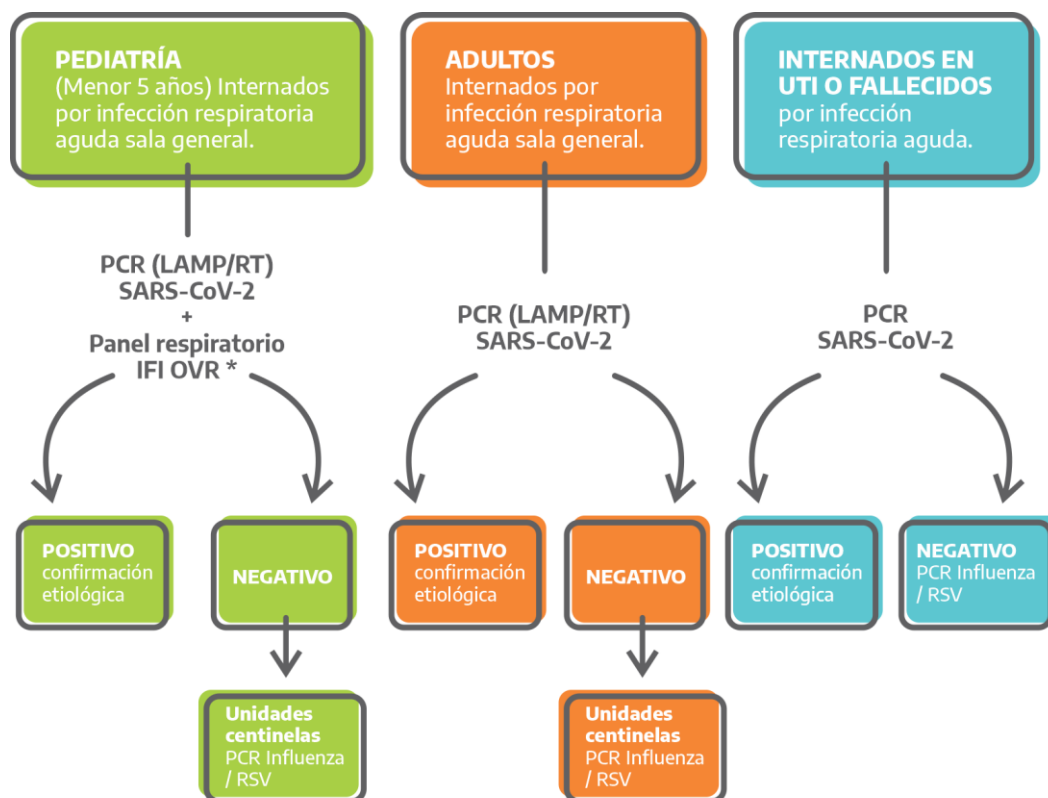
- Ante un caso sintomático agudo en residentes de estas instituciones, se deberá realizar diagnóstico etiológico e implementar medidas de aislamiento según agente etiológico. En caso de ser positivo para COVID-19, se indicará realizar seguimiento clínico estricto y seguimiento de contactos estrechos según protocolo específico.

En ámbitos educativos se seguirán los protocolos para población general y en ámbitos carcelarios e instituciones cerradas, se adoptarán los lineamientos de los protocolos específicos.

En caso de brotes, serán definidas medidas específicas para su control.

Algoritmos de diagnóstico y notificación

Personas con síntomas respiratorios agudos con criterios de internación



NOTIFICACIÓN

Todos los casos confirmados de enfermedad respiratoria aguda que requieran internación se notificarán de manera individual obligatoria:

- Hasta el 8 de mayo: se continuarán notificando en el evento Caso sospechoso de COVID-19, Influenza y OVR.
- A partir del 8 de mayo se notificarán en el evento: Internado y/o fallecido por COVID o IRA.

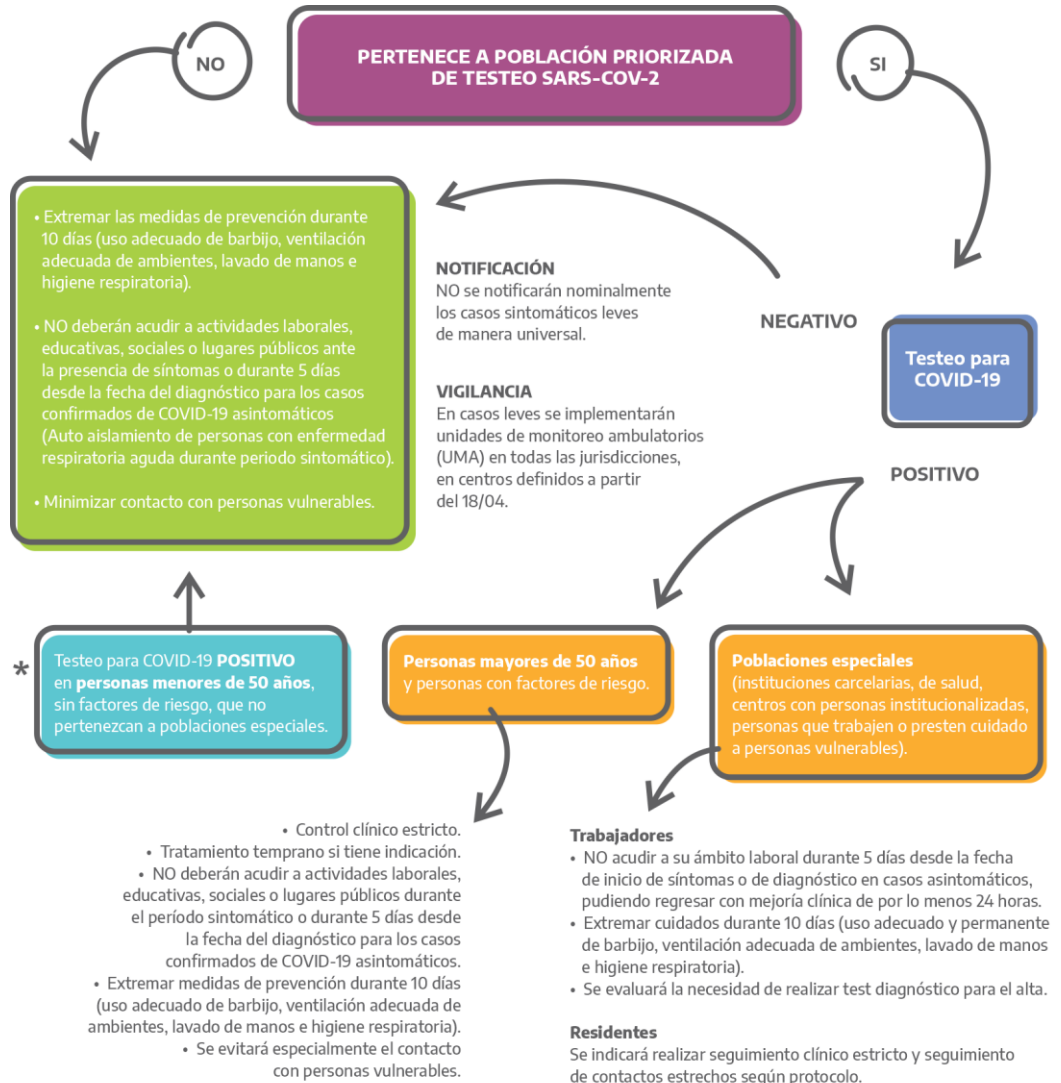
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)

Se implementarán unidades centinelas en centros definidos para el estudio de otros virus respiratorios y definición de las características clínico-epidemiológico de los casos internados.

* Todos los positivos para Influenza deben ser derivados al laboratorio nacional de referencia para de virus respiratorios (INEI-ANLIS) para la subtipificación.

Las indicaciones de diagnóstico etiológico presentes en este documento son para los fines de vigilancia epidemiológica y la protección de poblaciones vulnerables. El médico o médica tratante puede definir la necesidad de diagnóstico y/o tratamiento particular en casos no contemplados en este documento según criterio clínico.

Personas con síntomas respiratorios leves compatibles con covid-19



- NOTIFICACIÓN** Todos los casos confirmados de enfermedad respiratoria aguda se notificarán de manera individual obligatoria.
- Hasta el 8 de mayo se continuarán notificando en el evento Caso sospechoso de COVID-19
 - A partir del 8 de mayo se notificarán en el evento: COVID-19 e IRA (infección respiratoria aguda) ambulatorios (No UMAs)

REALIZAR CONSULTA MÉDICA SI LOS SÍNTOMAS EMPEORAN.

Las indicaciones de diagnóstico etiológico presentes en este documento son para los fines de vigilancia epidemiológica y la protección de poblaciones vulnerables. * El médico o médica tratante puede definir la necesidad de diagnóstico y/o tratamiento particular en casos no contemplados en este documento según criterio clínico.

Glosario

Población con condiciones de riesgo para COVID-19

- 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 domiciliaria o internación domiciliaria.
- Síndrome de Down, priorizando inicialmente a aquellos mayores de 40 años, en quienes se ha evidenciado un aumento sustancial de la mortalidad por COVID19 respecto de otros grupos etarios.
- Personas con enfermedades autoinmunes y/o tratamientos inmunosupresores, inmunomoduladores o biológicos.

Definiciones de contacto estrecho

Para todas las situaciones se considerarán los contactos del caso sospechoso o confirmado por laboratorio o criterio clínico-epidemiológico en un período que se extiende desde las 48 horas previas al inicio de síntomas o de la toma de muestra para el diagnóstico (si se trata de un caso asintomático). Se considerará contacto estrecho:

En la comunidad

Toda persona que haya proporcionado cuidados a un caso y que no haya utilizado las medidas de protección personal adecuadas

Cualquier persona que haya permanecido a una distancia menor a 2 metros con un caso durante al menos 15 minutos (ej. convivientes, visitas, compañeros de trabajo).

Adicionalmente debe considerarse

Contacto estrecho en barrios populares, pueblos originarios, instituciones cerradas o de estancia prolongada a toda persona que:

Comparta habitación, baño o cocina con casos confirmados de COVID-19

Concurra a centros comunitarios (comedor, club, parroquia, paradores para personas en situación de calle, etc.) y haya mantenido estrecha proximidad con un caso confirmado (menos de 2 metros, durante al menos 15 minutos)

En un avión/ómnibus

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

En un buque

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

Exclusivamente en los buques crucero, se podrán considerar contactos estrechos a aquellos que hayan compartido en las 48 horas previas al inicio de síntomas, espacios cerrados, en los que no se hayan podido implementar las medidas preventivas (utilización de barbijo, distancia entre personas, ventilación adecuada, etc.) por períodos prolongados.

**MINISTERIO DE
SALUD**



**GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
BUENOS
AIRES**

gba.gov.ar

**Dirección de Vigilancia
Epidemiológica y Control de Brotes**

Dirección Provincial de Epidemiología,
Prevención y Promoción de la Salud

Subsecretaría de Gestión de la Información,
Educación Permanente y Fiscalización