

COVID-19

Recomendaciones técnicas para el manejo de casos

Actualización al 26 de febrero de 2020

La familia *Coronaviridae* comprende dos géneros: *Torovirus* y *Coronavirus*. Este último comprende distintos coronavirus (CoV) que circulan en humanos y otros que circulan en animales. En algunos casos, CoV de origen animal, se introducen en el humano por transmisión zoonótica, tal como sucedió en el caso del SARS-CoV (Síndrome Respiratorio Agudo Severo) y MERS-CoV (Síndrome Respiratorio del Medio Este). Lo mismo parece haber ocurrido en el caso de este novel CoV. Antes de la epidemia del SARS, los CoV humanos estaban asociados a infecciones del tracto respiratorio superior y ocasionalmente causaban infecciones pulmonares severas en adultos mayores, recién nacidos o inmunocomprometidos. Esta situación cambió cuando surgió SARS-CoV en el año 2004, que presentó un comportamiento clínico diferente causando infección severa (1).

La COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Tanto el nuevo virus, (denominado formalmente como SARS-CoV-2) como la enfermedad eran desconocidos antes de que iniciara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019.

Los reportes técnicos sobre la evolución de la epidemia se encuentran disponibles en el siguiente link:
<https://www.who.int/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>

Manifestaciones clínicas

Los signos comunes de infección incluyen síntomas respiratorios, fiebre, tos y dificultad para respirar. En casos más graves, la infección puede causar neumonía, síndrome respiratorio agudo severo, insuficiencia renal e incluso la muerte (1).

Situación actual

El 31 de diciembre, la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue informada de la detección de casos de neumonía de etiología desconocida en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China. En los días siguientes, se logró aislar el microorganismo causante, identificando un nuevo tipo de coronavirus: COVID-19. Concomitantemente, se determinó que los casos estaban asociados a un mercado de productos marítimos ubicado en Wuhan (2).

Posteriormente se han identificado nuevos casos en diferentes ciudades y países.

Ante esta situación, es necesario que el equipo de salud esté atento a la detección de posibles casos sospechosos.

Estrategias de vigilancia

Ante esta situación, desde el MSP se están llevando a cabo diferentes estrategias a fin de identificar precozmente casos sospechosos y adoptar oportunamente las medidas de prevención y control.

1- Intensificación de vigilancia centinela

En Uruguay se lleva a cabo una vigilancia centinela de Infección respiratoria aguda grave (IRAG) y enfermedad tipo influenza (ETI).

En este contexto, se intensificó esta vigilancia centinela incorporando el estudio de coronavirus en las muestras.

La vigilancia de las infecciones respiratorias se inició en 2010 con el seguimiento de los episodios de IRAG, a través de una vigilancia de carácter universal que abarcaba a todos los prestadores del país. Desde el año 2015 se simplificó la vigilancia de IRAG, dando lugar a la implementación de un sistema de vigilancia centinela con la participación de seis centros de salud distribuidos en todo el territorio nacional. Estos centros centinelas, prestadores públicos y privados, recogen la información de los pacientes, notifican los casos a través del sistema informático de vigilancia de infecciones hospitalarias del MSP y envían muestras respiratorias al DLSP, en donde se realiza el

diagnóstico virológico. Actualmente, se trata de tres centros ubicados en Montevideo (dos públicos y uno privado) y tres en el interior del país (uno público y dos privados). Esta vigilancia se realiza durante todo el año.

En junio de 2017 se implementó el programa de vigilancia de ETI, que se lleva a cabo en los mismos centros centinela en donde se realiza la vigilancia de IRAG. La ETI es definida por la presencia de fiebre de 38° C o más, acompañada de tos u odinofagia. Puede o no asociarse a mialgias, cefalea, astenia u otros síntomas habitualmente relacionados con la infección por influenza (WHO, 2014). Cada centro colaborador debe enviar al DLSP un máximo de 10 muestras respiratorias (aspirados o hisopado según corresponda) por semana. Esta muestra debe ser obtenida de un usuario que cumpla con la definición de ETI y que tenga hasta 5 días de iniciado el cuadro clínico.

2- Monitoreo de consultas en unidades móviles

Esta modalidad de vigilancia tiene como objetivo monitorizar la carga de infección (el número de consultas) respiratoria y febriles que se realizan en unidades móviles con el fin de detectar un posible comportamiento inusual de un evento de importancia para la salud pública. Incluye móviles de Montevideo y del interior del país. Debe considerarse que estas consultas no se encuentran con un registro codificado, ni estandarizado, por lo que representan un dato aproximado de la situación de eventos.

3- Vigilancia universal

Definición de caso¹

Definición de caso

Caso sospechoso

1. Pacientes con infección respiratoria grave (IRAG) (fiebre, tos y necesidad de ingreso hospitalario) sin otra etiología que explique la presentación clínica y:
 - a. Antecedente de viaje o residencia en una zona con transmisión sostenida de SARS-CoV-2* en los 14 días previos al inicio de síntomas
o
 - b. trabajador sanitario en entornos de atención a pacientes con IRAG de etiología desconocida.

2. Pacientes con enfermedad respiratoria aguda de cualquier nivel de gravedad que dentro de los 14 días previos al inicio de la enfermedad:
 - a. tuvo contacto cercano con un caso confirmado de COVID-19
o
 - b. estuvo en un centro de salud en los que se han reportado casos de COVID-19
o
 - c. visitó o trabajó en un mercado de animales vivos en China

* Se actualizará en forma diaria según situación epidemiológica.

Notificación

La notificación ante todo caso sospechoso debe realizarse en forma inmediata, dentro de las primeras 24 hs de la sospecha del caso, al Departamento de Vigilancia en Salud del Ministerio de Salud, por alguna de las siguientes vías:

Teléfono: 1934 4010

Correo electrónico: vigilanciaepi@msp.gub.uy

Web: www.msp.gub.uy*

*se requiere registro con usuario. Si aún no tiene usuario puede solicitarlo al correo electrónico vigilanciaepi@msp.gub.uy aclarando su nombre, cédula de identidad, cargo e instituciones en las que trabaja)

¹ Definición desarrollada por el Departamento de Vigilancia en Salud de la División Epidemiología del Ministerio de Salud para la situación actual.

Muestras para confirmación diagnóstica

La toma y envío de muestras al DLSP para confirmación de COVID-2019, debe ser acordada previamente con el Departamento de Vigilancia en Salud del MSP, al momento de la notificación.

Se debe asegurar la toma adecuada y envío oportuno de muestras al DLSP. Las muestras deben ser recolectadas por personal capacitado teniendo en cuenta todas las instrucciones de bioseguridad y el equipo de protección personal apropiado para los virus respiratorios (4,5).

Por tratarse de un virus de muy reciente diagnóstico, el procedimiento técnico para detección específica de este agente se limita al DLSP, y se recomienda que ante cualquier caso sospechoso los laboratorios descarten en primer lugar influenza y otros virus respiratorios (5).

Teniendo en cuenta que la manipulación de estas muestras requiere niveles elevados de seguridad, todas las muestras recolectadas deben ser consideradas como potencialmente infecciosas, por lo que deben cumplirse las directrices de bioseguridad y la reglamentación nacional e internacional para el transporte de mercancías peligrosas y procesamiento en laboratorio (5).

Tipos de muestra

1. Adultos y niños mayores de 5 años: hisopado nasofaríngeo e hisopado faríngeo (de pared posterior de faringe): se deben incluir ambos hisopos juntos en tubo con medio de transporte viral. Podrán eventualmente enviarse otras muestras de acuerdo a la situación clínica del paciente (lavado bronquioloalveolar o aspirado traqueal).
2. Niños hasta 5 años: aspirado nasofaríngeo (ANF)

Las muestras deben colocarse en medio de transporte viral y conservarse refrigeradas (4°C, no congelar).

Medidas de prevención y control en los servicios de salud

1. Medidas generales.
 - a. Promover medidas de higiene respiratoria, como taparse boca y nariz al toser y estornudar con un pañuelo desechable y luego desecharlo o con el pliegue del codo.
 - b. Aplicar medidas de precaución estándar para todos los pacientes.
 - c. Prevención del hacinamiento, especialmente en los servicios de emergencia.
 - d. Suministro de zonas de espera específicas para los pacientes sintomáticos y disposición adecuada de pacientes hospitalizados que promuevan una relación adecuada paciente-personal de salud.
2. Identificación temprana.
 - a. Alentar a los trabajadores de la salud a tener un alto nivel de sospecha.
 - b. Divulgar información sobre la enfermedad en áreas públicas para promover que los pacientes alerten al personal de salud sobre síntomas sugestivos o antecedentes de viaje o contacto.

3. Medidas ante un caso sospechoso.

a. Con el paciente.

- i. Además de las precauciones estándar, todas las personas, incluidos miembros de la familia, visitantes y trabajadores sanitarios deben aplicar **precauciones de contacto y gotitas** de acuerdo a las plantillas de recomendaciones del Ministerio de Salud (disponibles en el siguiente enlace: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/implementacion-de-medidas-de-aislamiento>).
- ii. Ante la realización de procedimientos generadores de aerosoles tales como intubación traqueal, aspiración traqueal, ventilación no invasiva, traqueostomía, reanimación cardiopulmonar, ventilación manual antes de la intubación, broncoscopia, oxigenoterapia de alto flujo, o aerolización con nebulizador, implementar medidas de **precaución de contacto y aerosoles (aéreos)** (plantillas disponibles en el siguiente enlace disponibles en el siguiente enlace: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/implementacion-de-medidas-de-aislamiento>).
- iii. Colocar a los pacientes en habitaciones individuales con ventilación adecuada.
- iv. Cuando no hay habitaciones individuales disponibles realizar aislamiento de cohorte (todos los pacientes con sospecha de infección nCoV deberían estar juntos)
- v. Colocar las camas de los pacientes separadas al menos por 1 m de distancia.
- vi. Reducir el número de visitas y personal al mínimo necesario.
- vii. Mantener un registro de todas las personas que ingresan a la habitación del paciente, incluido todo el personal y los visitantes.
- viii. Evitar mover al paciente a otras áreas del centro asistencial a menos que sea médicamente necesario (utilizar equipos portátiles de radiografía). En caso de moverlo, utilizar rutas preestablecidas, colocar al

paciente máscara quirúrgica y mantener las precauciones de gotitas y de contacto durante el traslado.

- b. Con el personal de salud.
 - i. Promover un uso racional, correcto y constante del equipo de protección personal (EPP) disponible.
 - ii. Promover la adecuada higiene de manos.
 - iii. De ser posible, establecer cohortes de personal que asistan exclusivamente a esta población.

- c. Con el ambiente.
 - i. Asegurar que la limpieza y desinfección ambiental se realicen de manera consistente y correcta. La completa limpieza de superficies ambientales con agua y detergente aplicando desinfectantes de nivel hospitalario de uso común (como el hipoclorito de sodio) es una medida efectiva.
 - ii. Asegurar procedimientos de lavandería, limpieza de utensilios de servicio de alimentos y eliminación de desechos médicos de acuerdo con procedimientos de rutina seguros.
 - iii. Asegurar la ventilación ambiental adecuada en áreas dentro de los establecimientos de salud.

Las recomendaciones sobre prevención y control están basadas en el documento provisorio de la OMS (3).

Las definiciones de caso, así como las recomendaciones de este documento, pueden ser modificadas según la nueva evidencia, el avance en el conocimiento de la enfermedad y la evolución del brote.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. OMS | Infecciones por coronavirus [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan 22]. Available from: https://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/es/
2. World Health Organization (WHO). Novel Coronavirus (2019-nCoV). Situation Report - 1. 21 January 2020. 2020. p. 1–5.
3. World Health Organization. Infection prevention and control during health care for probable or confirmed cases of novel coronavirus (MERS-CoV) infection: Interim guidance. January 2020. World Health Organization; 2020.
4. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica. Nuevo coronavirus 2019n-CoV. 20 de enero de 2020. [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan 22]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=coronavirus-alertas-epidemiologicas&alias=51355-20-de-enero-de-2020-nuevo-coronavirus-ncov-actualizacion-epidemiologica-1&Itemid=270&lang=en
5. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica Nuevo coronavirus (nCoV). 16 de enero de 2020. 2020.