PROTOCOLO

de preparación para la respuesta ante la contingencia de Enfermedad por **coronavirus 2019 (COVID-19)**

Sector Público – Privado – Seguridad social

Actualizado el 18/09/2020

MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Tabla de contenido

Resumen de actualizaciones 4

Introducción 5

Situación epidemiológica 5

Vigilancia de casos sospechosos 7

Definiciones de caso 8

Caso sospechoso 8

Caso confirmado por laboratorio 10

Caso confirmado por criterio clínico-epidemiológico 10

Caso descartado 11

Definiciones de contacto estrecho con un caso confirmado por laboratorio 12

Preparación de los servicios de salud 15

Listado de requerimientos 16

Organización de los servicios de salud 17

Etapa prehospitalaria 17

Etapa hospitalaria 17

Manejo de casos sospechosos 19

Recepción del caso 19

Aislamiento en centros hospitalarios 20

Medidas de desinfección 21

Aislamiento extrahospitalario 22

Traslado del caso 23

Registro del lugar de aislamiento y del seguimiento 23

Diagnóstico de laboratorio 24

Red de diagnóstico para SARS-CoV-2 25

Condiciones para la toma de muestra 25

Condiciones para el transporte de la muestra 26

Causas de rechazo de la muestra 26

Optimización del diagnóstico en casos moderados y graves y de personas fallecidas 27

Alta del aislamiento de un caso de COVID-19 27

Identificación y seguimiento de contactos 29

Definición de contacto estrecho 29

Manejo de contactos estrechos 30

Fin del seguimiento de un contacto 31

Notificación y registro del seguimiento de contactos estrechos 32

Indicaciones de aislamiento preventivo en otros grupos 33

Personas que arriben provenientes de áreas con transmisión comunitaria 33

Convivientes de personas que arriben de áreas con transmisión comunitaria 33

Distanciamiento social 33

Pautas para la Comunicación de Riesgos 35

Claves para tener en cuenta 35

ANEXO 1– Referentes de epidemiología provincial y por región sanitaria 37

ANEXO 2 – Diagnóstico por laboratorio 38

Circuito de derivación de muestras según región sanitaria 38

Recepción de las muestras 38

Condiciones para la recepción 38

Procedimiento para la recepción 38

Consideraciones generales sobre bioseguridad y buenas prácticas en el laboratorio. Consideraciones específicas para casos sospechosos COVID-19 39

Soluciones para descontaminación de instrumental y superficies 40

ANEXO 3 – Aislamiento extra hospitalario (domiciliario y en centros extrahospitalarios) 41

Introducción 41

Aislamiento domiciliario 41

Manejo de residuos del paciente en domicilio 43

Limpieza del domicilio del paciente 44

Aislamiento en Centros extrahospitalarios 44

Respecto de la limpieza se recomienda que: 45

Respecto de los manejos de residuos se recomienda que: 46

Características del personal del establecimiento 46

Personal sanitario afectado al centro extrahospitalario 47

Características edilicias de los establecimientos seleccionados 47

Listado de requerimientos 48

Necesidad de recursos humanos (RRHH) básicos 48

Necesidad de recursos materiales 48

Medidas previas a la utilización de establecimientos no hospitalarios 48

Traslado de pacientes desde el domicilio o centros extrahospitalarios 49

Adaptación de la estrategia 50

ANEXO 4 – Tratamiento 51

Resumen de actualizaciones

El presente Protocolo es una actualización del emitido el 6 de agosto y contiene las siguientes modificaciones:

- **Definición de caso:** Se incorpora la clasificación de caso confirmado por criterio clínico-epidemiológico para aquellas personas con síntomas compatibles y que resulten contactos estrechos de casos confirmados por laboratorio; y para aquellos casos que presenten pérdida repentina del gusto y del olfato.
- **Zonas de transmisión local en Argentina:** se incorporan localidades de las provincias de Córdoba, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, La Rioja, Salta, Santa Cruz, Santiago del Estero, Tierra del Fuego y Tucumán.
- **Tratamiento:** Se incorporan las recomendaciones de uso de plasma de convaleciente en población pediátrica.

Introducción

La pandemia de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) requiere de la adopción de medidas de salud pública integrales con el objeto de reducir su transmisión, la mortalidad directa atribuible a la enfermedad y la indirecta por la postergación de los servicios de salud esenciales.

La Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de Brotes de la Provincia de Buenos Aires mantiene actualizado este protocolo para la prevención y control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) para sistematizar las acciones de respuesta correspondientes al sector salud.

Como documentos de referencia se han utilizado el Reglamento Sanitario Internacional 2005, las Normas, Guías y Protocolos establecidas en el país del Ministerio de Salud de la Nación, así como documentos técnicos de OPS/OMS.

Objetivo del Protocolo

Recomendar la implementación de las medidas de prevención, detección temprana y control para brindar una respuesta sanitaria integral necesaria para la atención y protección de la población susceptible de COVID-19, reduciendo las complicaciones y letalidad debidas al mismo y procurando además limitar la propagación de este nuevo virus, en el territorio provincial y nacional.

La definición de caso, contacto y medidas a seguir propuestas en este protocolo están basadas en las Recomendaciones para el equipo de salud del Ministerio de Salud de la Nación, **al 11 de septiembre de 2020**[1] que se encuentran en revisión permanente en función de la evolución y nueva información que se disponga del brote en curso.

Situación epidemiológica

La COVID-19 se ha propagado ampliamente en la Región de las Américas tras la rápida diseminación del virus en China y su introducción subsecuente en otros países. Según los datos de los primeros países afectados en la pandemia, cerca del 40 al 60% de los casos experimentará una infección asintomática o una enfermedad leve, el 40% experimentará una enfermedad moderada como la neumonía, el 15% de los casos experimentará una enfermedad grave y el 5% de los casos padecerá una enfermedad crítica.

[1] Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para equipos de salud. Nuevo Coronavirus COVID-19. [Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/equipos-salud]

El 3 de marzo se confirmó el primer caso de COVID-19 en Argentina, correspondiente a un viajero proveniente de Italia. **A la fecha, en Argentina se registraron casos de COVID-19 en todas las jurisdicciones y se definieron como zonas de circulación comunitaria la región del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y localidades de Córdoba, Chaco, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, La Rioja, Mendoza, Neuquén, Río Negro, Salta, Santa Cruz, Santa Fe, Santiago del Estero, Tierra del Fuego y Tucumán.**

En la provincia de Buenos Aires coexisten áreas con estrategias de contención y mitigación de letalidad y transmisión. Es por esto que se encuentra vigente un sistema de fases en virtud de la situación epidemiológica y sanitaria de cada municipio, en base al cual se encuentran habilitadas actividades y servicios determinados en el marco de las medidas de “aislamiento social preventivo y obligatorio” y de “distanciamiento social preventivo y obligatorio”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) continúa 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.

Vigilancia de casos sospechosos

El objetivo principal de la vigilancia epidemiológica en la actual situación es detectar de manera temprana casos, permitiendo la atención adecuada de los pacientes y la implementación de las medidas de investigación, prevención y control tendientes a reducir el riesgo de diseminación de la infección en la población, así como la adecuada atención de los casos graves.

La vigilancia de COVID-19 se inscribe en la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas (enfermedad tipo influenza-ETI, bronquiolitis, neumonía, infección respiratoria aguda grave-IRAG, infección respiratoria aguda grave inusitada-IRAGI y sospecha de Virus emergente) que incluye las servicios de atención de los distintos subsectores, las áreas de epidemiología municipales, regionales, provincial y nacional, la Red Nacional de Laboratorios de influenza y otros virus respiratorios, laboratorios privados con capacidad para el diagnóstico, los laboratorios nacionales dependientes de la ANLIS, los laboratorios de Universidades Nacionales incorporados a la Red, entre otros. Todos ellos participan de manera activa del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, que permite la comunicación en tiempo real entre los actores intervinientes con responsabilidad sanitaria de manera simultánea y desde cualquier lugar del territorio argentino, contando con un sistema de alertas inmediatas ante la notificación de casos y el reporte de resultados de laboratorio, todo bajo estrictas medidas de seguridad informática y protección de la confidencialidad de los datos

La COVID-19 en todas sus etapas, **desde la sospecha de caso hasta el seguimiento de su evolución**, se incorporó al Régimen Legal de Enfermedades de Notificación Obligatoria establecido por Ley 15465 (RESOL-2020-680-APN-MS) y debe ser notificada en forma inmediata (12 horas) y completa al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS$^{2.0}$) dentro del **Grupo de Eventos: Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), Eventos: Caso sospechoso de COVID-19, Influenza y OVR o Contacto de caso de COVID-19.**

El personal de salud del sector público, privado o de la seguridad social que atienda casos sospechosos, confirmados y sus contactos del COVID-19 están obligados a notificar al SNVS$^{2.0}$ sobre dichos casos, cumpliendo con esta normativa nacional.

Se encuentra disponible una Guía para la Notificación de un caso sospechoso de COVID-19 o un contacto de caso de COVID-19 al SNVS$^{2.0}$ (descargar).

Ante dudas acerca de cómo notificar al SNVS consulte al referente de epidemiología de su jurisdicción (ANEXO 1) o bien por mail a snvs.pba@gmail.com.

Los casos sospechosos de **(COVID-19)** se notifican utilizando la **Ficha de Notificación Individual de CASO SOSPECHOSO DE NUEVO CORONAVIRUS (COVID-19)** (descargar), la cual debe acompañar a la muestra enviada al laboratorio de virología de referencia.

Definiciones de caso

Para la detección de un caso de COVID-19 se considerará a todo paciente que consulte con un cuadro de presentación aguda compatible con estas definiciones de caso y cuyos síntomas hayan comenzado **dentro de los 7 días previos a la consulta**.

Caso sospechoso

CRITERIO 1

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

Toda persona con 2 o más de los siguientes síntomas:

- Temperatura de 37,5°C o más
- Tos
- Odinofagia
- Dificultad respiratoria
- Cefalea
- Mialgias
- Diarrea/vómitos*

sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica

También debe considerarse caso sospechoso: toda persona con enfermedad respiratoria aguda severa 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)

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

La **pérdida repentina del gusto o del olfato**, en ausencia de cualquier otra causa identificada, constituye un caso confirmado de COVID-19 por criterio clínico-epidemiológico (ver abajo).

CRITERIO 2

- **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:

- Temperatura igual o mayor a 37.5°C,
- Tos
- Odinofagia
- Dificultad respiratoria

La **pérdida repentina del gusto o del olfato**, en ausencia de cualquier otra causa identificada, constituye un caso confirmado de COVID-19 por criterio clínico epidemiológico (ver abajo).

** 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 a 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 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 cumpla con criterios de caso sospechoso (1 y 2) que presente resultados positivos por RT-PCR para SARS CoV-2.

Toda persona que cumple con criterio 3 (síndrome inflamatorio multisistémico) y que presenta resultado positivo por RT-PCR y/o serología positiva para SARS CoV-2.[2]

Caso confirmado por criterio clínico-epidemiológico

CRITERIO 1: Todo caso sospechoso que reúna **2 o más** de los siguientes síntomas: **fiebre, tos, odinofagia, dificultad respiratoria, vómitos/diarrea/cefalea/mialgias*** y que en los últimos 14 días previos al inicio de los síntomas haya sido contacto estrecho de un caso confirmado por laboratorio.

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

CRITERIO 2: Toda persona que en ausencia de cualquier otra causa identificada comience con **pérdida repentina del gusto o del olfato**.

[2] La serología positiva para SARS-CoV-2 debe ser incorporada como Diagnóstico referido en la Solapa Clínica del SNVS$^{2.0}$.

Los casos que formen parte de los siguientes grupos deberán ser estudiados para SARS-CoV-2 para su confirmación por laboratorio aunque cumplan los criterios clínicos y epidemiológicos para su confirmación:

- Pacientes que presenten criterios clínicos de internación
- Pacientes con factores de riesgo (edad ≥60 años, diabetes, enfermedad cardiovascular o respiratoria crónica, insuficiencia renal, cirrosis, inmunocompromiso, obesidad)
- Personas gestantes
- Trabajadores y trabajadoras de la salud
- Personal esencial
- Personas fallecidas, sin causa conocida

IMPORTANTE:

Todos los casos confirmados por criterios clínico-epidemiológicos, deben ser evaluados clínicamente para identificar signos de alarma y/o diagnósticos diferenciales, durante toda su evolución.

Las medidas de control a implementar ante un caso confirmado por criterio clínico-epidemiológico, deben ser las mismas que se llevan a cabo frente a casos confirmados por laboratorio (aislamiento y control clínico del caso para identificar signos de alarma y/o diagnósticos diferenciales , así como también, identificación y aislamiento de sus contactos estrechos).

Las personas convivientes identificadas como contactos estrechos se tratarán como una cohorte. En este sentido, si alguien entre los contactos comienza con síntomas y se confirma por criterio clínico-epidemiológico, todo el resto de la cohorte que no son casos (no presentan síntomas) deberá reiniciar el período de los 14 días de aislamiento.

El alta epidemiológica de los casos confirmados por criterio clínico epidemiológico se otorgará a los 10 días desde el comienzo de la fecha de inicio de los síntomas, más al menos 72 horas después de la involución o estabilidad de los síntomas respiratorios (no considerar disgeusia/anosmia), sin necesidad de internación.

Caso descartado

Caso sospechoso (criterios 1 y 2) **sin antecedente** de contacto estrecho con un caso confirmado por laboratorio en los últimos 14 días y en el que no se detecte genoma viral SARS CoV-2 por RT-PCR en una muestra adecuada.

Caso sospechoso que cumple con criterio 3 que no se detecte genoma viral SARS CoV-2 por RT-PCR en una muestra adecuada y/o presenta serología negativa para SARS CoV-2.

IMPORTANTE: En caso de persistencia de los síntomas o desmejoría clínica del caso se recomienda la toma de una nueva muestra en estos casos.

Definiciones de contacto estrecho con un caso confirmado por laboratorio

Para todos los casos, el periodo de contacto se considerará desde las 48 horas previas al inicio de síntomas del caso de COVID-19 o de la toma de muestra para el diagnóstico (si se trata de un caso asintomático) hasta que el caso es aislado.

Se considerará **contacto estrecho:**

En la comunidad

1. Toda persona que haya proporcionado cuidados a un caso confirmado y que no hayan utilizado las medidas de protección personal adecuadas
2. Cualquier persona que haya permanecido a una distancia menor a 2 metros con un caso confirmado durante al menos 15 minutos (ej. convivientes, visitas, compañeros de trabajo)

Adicionalmente debe considerarse:

3. 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

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

En un buque

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

Zonas definidas con transmisión comunitaria en Argentina

Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Buenos Aires: en los siguientes municipios correspondientes al Área Metropolitana:

- **RS V (completa)**: General San Martín, José C. Paz, Malvinas Argentinas, San Fernando, San Isidro, San Miguel, Tigre, Vicente López, Campana, Escobar, Exaltación de la Cruz, Pilar, Zárate
- **RS VI (completa)**: Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, Lanús, Lomas de Zamora, Quilmes
- **RS VII (completa)**: Hurlingham, Ituzaingó, Merlo, Moreno, Morón, Tres de Febrero, General Las Heras, General Rodríguez, Luján, Marcos Paz.
- **RS XI en los siguientes municipios**: Berisso, Brandsen, Cañuelas, Ensenada, La Plata, Presidente Perón, San Vicente
- **RS XII**: La Matanza
- **Municipios fuera del Área Metropolitana en Fase 1 a 3 de administración del aislamiento**

Córdoba: Capital
Chaco: Resistencia, Barranqueras, Fontana y Puerto Vilelas
Chubut: Comodoro Rivadavia
Entre Ríos: Gualeguaychú y Paraná.
Jujuy: Manuel Belgrano, Ledesma, El Carmen y San Pedro
La Rioja: Ciudad de La Rioja y Chamical
Mendoza: Área metropolitana (Guaymallén, Maipú, Godoy Cruz, Luján de Cuyo, Capital)
Neuquén: ciudad de Neuquén, Cutral Có, Plaza Huincul, Plottier y Centenario
Río Negro: Bariloche, Cipolletti y General Roca
Salta: Departamento General José de San Martín, Ciudad capital y Orán
Santa Cruz: Río Gallegos
Santa Fe: Rosario y gran Rosario, Casilda, Departamento capital, San Lorenzo, Venado Tuerto
Santiago del Estero: Santiago del Estero y La Banda
Tierra del Fuego: Río Grande
Tucumán: Ciudad de Tucumán

Esquema (criterios 1 y 2)

Estas definiciones de caso son dinámicas y pueden variar según la situación epidemiológica.

Preparación de los servicios de salud

IMPORTANTE:

Se deberá implementar la medición de la temperatura a toda persona que ingrese al establecimiento.

En caso de personas con una temperatura de 37,5°C o más se procederá a la atención correspondiente.

Ante el aumento previsible de consultas, internaciones y muertes por enfermedades respiratorias agudas, el comienzo esperado de la circulación habitual de virus respiratorios estacionales y de acuerdo con la experiencia de otros países y las recomendaciones emanadas de la OMS la preparación de los servicios debe centrarse en:

- Conformar un Comité de crisis en los establecimientos de salud para la gestión unificada.
- Reforzar la capacidad de los sistemas de atención médica para garantizar la detección y el diagnóstico rápidos de los casos.
- Implementar medidas para proteger al personal, los pacientes y otros contactos de la exposición.
- Limitar el número de visitas para los pacientes internados.
- Apoyar y mantener una atención de calidad.
- Reprogramar las actividades posibles de hacerlo y que comprometan la atención de casos graves o que requieran internación.
- Monitorear el resultado de las intervenciones terapéuticas y comunicar la efectividad de éstas.
- Evaluar la respuesta del sistema, revisar planes y procedimientos establecidos.
- Monitorear la disponibilidad de camas críticas.
- Asegurar vías y formas de traslado para pacientes graves que superen la capacidad o complejidad del establecimiento y del sistema de derivación de pacientes en estado crítico.
- Conformar un Comité de Control de Infecciones para asegurar las precauciones estándar y adicionales, así como el seguimiento de medidas adoptadas.
- Incorporar medidas adicionales.

Se encuentra disponible el documento “Acciones de preparación para la respuesta al COVID-19 en establecimientos de salud” del Ministerio de Salud de la Nación, que incluye un listado de verificación correspondiente a la adaptación local de la Lista de Verificación de Alistamiento para la Respuesta al COVID-19 en Hospitales de la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA

SALUD OPS/OMS, para ser aplicada en aquellos establecimientos con capacidad de internación de casos sospechosos o confirmados de COVID-19. (descargar)

Los establecimientos de salud públicos, privados y de la seguridad social podrán manejar estos pacientes siempre y cuando cumplan con los procedimientos establecidos en este protocolo en coordinación con el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

Listado de requerimientos

Los Hospitales definidos para la internación de casos de COVID-19, deberán contar con:

1. **Recurso físico/insumos**
   - Contar con Unidad de Cuidados Intensivos.
   - Contar con Comité de Control de Infecciones.
   - Stock de equipos de protección personal clase 3 para el personal de salud:
     - Barbijos N95, protección facial o gafas, guantes, camisolín para el personal de salud que realice procedimientos generadores de aerosoles, camisolín hidrorrepelente en el caso de maniobras que puedan generar salpicaduras.
     - Barbijos tipo quirúrgico, protección facial o gafas, camisolín y guantes para el personal de salud que atienda pacientes con síntomas respiratorios y otros cuadros agudos no respiratorios en zonas definidas con transmisión local.
     - Barbijos tipo quirúrgico para el aislamiento por gotas del paciente con síntomas respiratorios.
   - Hisopos de dacron nylon o poliéster, con palo de plástico en envases individuales y medio de transporte viral o solución fisiológica.
   - Triple envase para el transporte de muestras.

2. **Personal de salud preparado para el manejo de casos**
   - Personal entrenado en el manejo de IRAG.
   - Personal entrenado en el traslado de pacientes con IRAG.
   - Personal entrenado en el uso correcto de elementos de protección personal.
   - Personal entrenado en vigilancia y notificación de casos a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud – SNVS$^{2.0}$

Se encuentran disponibles las Recomendaciones para la utilización de los Equipos de Protección Personal en función de las actividades del personal de Salud COVID-19 (descargar)

Organización de los servicios de salud

Etapa prehospitalaria

Estimular la consulta telefónica previa de los pacientes sintomáticos para que se presenten en las instalaciones de atención médica con instrucciones previas. Para el cumplimiento de este objetivo se apela a diferentes estrategias:

- Disponibilidad de la línea 148 en todo el territorio de la provincia durante las 24 horas para consultas y orientación de la comunidad.
    - Los casos sospechosos detectados por esta vía serán comunicados a las autoridades correspondientes.
- Desarrollo de aplicativos móviles para la identificación de síntomas en la comunidad.
- Disponibilidad de otras líneas de atención gratuita para afiliados a obras sociales y prepagas para consultas y orientación de la atención.

Etapa hospitalaria

Se deberá adecuar un ingreso SECTORIZADO de pacientes con PROCESOS RESPIRATORIOS AGUDOS con el objetivo de proteger a las personas con mayor riesgo de resultados adversos de COVID-19 (por ejemplo, personas mayores con afecciones comórbidas) y al personal de salud.

Esta organización incluye:

- Educación del personal del centro de salud, pacientes y visitantes;
- Carteles con instrucciones para los pacientes y acompañantes.
- Señalización adecuada (circulación, distancia entre personas)

TRIAGE

Implementar el triage en las áreas de ingreso de pacientes (guardia/sala de espera/orientación) para la búsqueda y atención rápida de casos sospechosos. El agente de salud que realiza el triage deberá informar la presencia del caso al personal del hospital destinado al manejo de estos.

EVALUACIÓN DEL TRIAGE

1. Identificar pacientes con **temperatura igual o mayor a 37,5°C, tos**, **odinofagia**, **dificultad para respirar, o anosmia/disgeusia**, así como también cefalea, mielagias, diarrea o vómitos, con alguno de los siguientes criterios:

    a) Requiera internación hospitalaria por condición clínica

b) Tenga antecedente de **contacto estrecho** con alguna persona con confirmación de laboratorio de coronavirus y cualquiera de los síntomas referidos
c) Pertenezca a alguno de los siguientes **grupos priorizados**: personal de salud, residentes y personal que trabaja en instituciones semicerradas o de estancia prolongada, personal esencial, y habitantes de barrios populares y pueblos originarios

Ante la identificación de pacientes que cumplan con los criterios anteriores (caso sospechoso) se indicará:

- Colocación de barbijo quirúrgico explicando el uso de éste.
- Priorización para la atención en habitaciones o zonas aisladas destinadas a tal fin.

Las precauciones que se deben tener en cuenta para el aislamiento de casos sospechosos o confirmados de COVID-19, son las precauciones estándar, de contacto y para transmisión por gota.

Tener en cuenta

En ninguna circunstancia el triage podrá ser empleado como un mecanismo para la negación de la atención de urgencias.

En zonas definidas definidas CON transmisión local, las **personas con patologías agudas no respiratorias atendidas en servicios de emergencias y los internados** deberán ser atendidas con el Equipo de Protección Personal adecuado (Barbijos tipo quirúrgico, protección facial o gafas, camisolín y guantes).

Además, para la atención de personas sin síntomas compatibles de COVID-19 en zonas con transmisión local o provenientes de zonas con transmisión local en los últimos 14 días, ante procedimientos quirúrgicos no diferibles con riesgo de generación de aerosoles se deberá utilizar el equipo de protección personal para procedimientos generadores de aerosoles (PGA) que incluya Barbijo N95, KN95, FFP2 o equivalente. Debido al incremento del riesgo de complicaciones postoperatorias en los pacientes infectados por SARS-CoV-2 se recomienda enfatizar el cuidado posoperatorio y el monitoreo de los síntomas compatibles de COVID-19 en estos pacientes para el manejo oportuno de los mismos.

Manejo de casos sospechosos

Recepción del caso

Debido a que la dinámica de transmisión se debe proveer al paciente de un barbijo quirúrgico tan pronto como se identifique explicando el uso de éste. La evaluación se deberá realizar en una habitación privada con ventilación adecuada y con la puerta cerrada, idealmente destinada para estos casos. 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 **debe usar las medidas habituales de precaución estándar, de contacto y para transmisión por gota**:

- Higiene de manos; de acuerdo con las recomendaciones de la OMS. (descargar)
- Uso de guantes.
- Barbijo quirúrgico (se debe colocar y retirar fuera de la habitación del paciente y se descarta en el lugar apropiado).
- Protección facial o gafas.
- Camisolín.
- Prácticas seguras de inyección o extracción de sangre.
- Se debe realizar la higiene de manos después de retirarse los elementos de protección personal.

Para más información en control de infecciones consultar: PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (descargar)

Además, los equipos o elementos en el entorno del paciente que puedan haber sido contaminados con fluidos corporales infecciosos deben manipularse de manera que se evite la transmisión de agentes infecciosos (por ejemplo, use guantes para contacto directo, descarte equipos muy sucios en contenedores adecuados, limpie y desinfecte o esterilice adecuadamente equipo reutilizable antes de usar en otro paciente). La extensión de la aplicación de las precauciones estándar durante el cuidado del paciente está determinada por la naturaleza de la interacción entre el personal de salud, el paciente y el grado de exposición anticipada a la sangre o los fluidos corporales.

Resulta fundamental **para la mitigación de la transmisión comunitaria en el actual escenario sanitario garantizar el aislamiento de todos los casos sospechosos y confirmados.** En los casos sospechosos y confirmados leves se podrá indicar el aislamiento extrahospitalario pudiendo realizarse en domicilio si se encuentran garantizadas las condiciones para su cumplimiento, de lo contrario se seleccionará un centro extrahospitalario

local en coordinación con el Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES) de cada Región Sanitaria.

Aislamiento en centros hospitalarios

- Casos sospechosos y confirmados de COVID-19 con criterios clínico de internación hospitalaria:
    - Factores de riesgo: edad ≥60 años, diabetes, enfermedad cardiovascular o respiratoria crónica, insuficiencia renal, cirrosis, inmunocompromiso o embarazo
    - Neumonía
    - Hipoxemia
    - Otro criterio de internación

    El aislamiento recomendado es principalmente de contacto y transmisión por gota:

- Colocar al paciente en habitación individual (de ser posible con baño privado), con ventilación adecuada
    - Cuando no haya habitaciones individuales disponibles, los pacientes pueden ser agrupados según condición de sospechoso y confirmado;
        - Los casos sospechosos agrupados en habitaciones compartidas deben permanecer con barbijo durante la internación y extremar las medidas de contacto.
    - Todas las camas de los pacientes deben colocarse a más de 1 metro de distancia independientemente de si se sospecha de COVID-19
- Proporcionar barbijo quirúrgico al paciente para cualquier desplazamiento fuera de la habitación.
- Donde sea posible, los casos sospechosos o confirmados deberían ser asistidos por un equipo de trabajadores sanitarios designados para atenderlos de forma exclusiva, para reducir el riesgo de diseminación.

El personal de salud deberá adoptar las siguientes medidas:

- Higiene de manos; de acuerdo con las recomendaciones de la OMS
- Uso de guantes
- Uso de barbijo quirúrgico
- Camisolín
- Uso de protección facial o gafas
- Realización de prácticas seguras de inyección o extracción de sangre

La OMS recomienda el uso de barbijos N95 o de nivel superior para los procedimientos invasivos que pueden provocar aerosolización (tales como intubación, toma de muestras respiratorias o aspiración de secreciones). Se recomienda camisolín hidrorrepelente en el caso de maniobras que puedan generar salpicaduras. En el resto de las situaciones, sólo se indica precaución de transmisión por gotas y aislamiento de contacto.

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 normativa 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.

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: camisolín, barbijo, guantes, protección facial o gafas y botas.

Aislamiento extrahospitalario

- Casos sospechosos y confirmados COVID-19 con síntomas leves y sin criterios de internación hospitalaria

El aislamiento extrahospitalario debe garantizar el cumplimiento de las medidas de seguridad, higiene y limpieza, en el marco de una red de atención, dependiente de un establecimiento de salud de referencia con internación y adecuada complejidad y bajo el control de la jurisdicción. Los Centros extrahospitalarios deberán cumplir con las Condiciones para el funcionamiento de aislamiento extrahospitalario COVID-19 aprobadas por Resolución del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires 899/2020.

Se prevén dos modalidades de aislamiento extrahospitalario, en el domicilio del paciente o en centros extrahospitalarios disponibles para tal fin.

- Todas las personas podrán acceder a los **centros extrahospitalarios** si son casos sospechosos y confirmados sin criterio clínico de internación hospitalaria y cumplan con los requisitos establecidos en el ANEXO 3.
- El **aislamiento domiciliario** estará disponible para casos sospechosos y confirmados sin criterio clínico de internación, siempre que se cumplan con las condiciones del LISTADO DE CHEQUEO DE CONDICIONES DE AISLAMIENTO DOMICILIARIO (ver ANEXO 3)

Antes de irse del establecimiento de salud a su domicilio, deberá firmar la declaración jurada para aislamiento domiciliario. (ver ANEXO 3)

Las características edilicias generales, su preparación y la del personal no sanitario del dispositivo se detallan como ANEXO 3 de este protocolo.

Traslado del caso

Se recomienda que:

- El transporte del paciente se realice en una ambulancia con la cabina del conductor físicamente separada del área de transporte del paciente.
- El personal que intervenga en el transporte (salvo el conductor, si no sale de la cabina) sea informado previamente y utilice el equipo de protección personal adecuado para manejo de casos respiratorios.
- El paciente lleve colocado un barbijo quirúrgico.
- El paciente vaya sin acompañantes en la ambulancia. En el supuesto de que sea imprescindible que esté acompañado (dependiente, menor u otra circunstancia) el acompañante necesita colocarse un barbijo quirúrgico.
- Una vez finalizado el transporte se proceda a la desinfección del vehículo con los productos habituales y a la gestión de residuos de acuerdo con el procedimiento habitual (ver Recomendaciones para la limpieza de ambulancias en el marco de la contingencia por COVID 19 al final de este documento).

Registro del lugar de aislamiento y del seguimiento

Los casos sospechosos y confirmados deben realizar aislamiento estricto y se debe dejar registro del sitio donde se encuentran cumpliendo el mismo para su trazabilidad.

En el caso del aislamiento en centros hospitalarios se deberán incorporar los datos correspondientes a la internación en la **Solapa Clínica** del SNVS incluyendo la fecha de internación, si requirió cuidados intensivos y asistencia respiratoria mecánica. En el caso de que se haya otorgado el Alta se deberá especificar la condición al alta correspondiente.

En el caso de que continúe el aislamiento en dispositivos extrahospitalarios se deberá especificar el mismo en la **Solapa Epidemiología** consignando el sitio de aislamiento en el campo “Ámbitos de concurrencia, tránsito o estadía ocasional”.

El seguimiento diario de los casos confirmados se reportará en el **Sistema de seguimiento** para su monitoreo.

Este registro será financiado por el Programa SUMAR.

Diagnóstico de laboratorio

En la actual situación epidemiológica de circulación de SARS-CoV-2 **y la circulación habitual de virus respiratorios estacionales,** ante un caso sospechoso de COVID-19 se realizará el estudio de diagnóstico etiológico según las definiciones vigentes.

- **Casos sospechosos de COVID-19 SIN criterio clínico de internación hospitalaria:** se indicará la toma de muestra para rtPCR para SARS-CoV-2 en aquellos casos que se ajusten a las definición de caso vigente y que requieren confirmación por laboratorio. En estos casos no corresponde estudiar de manera simultánea con Inmunofluorescencia Indirecta (IFI) para diagnóstico de virus estacionales.

NOTA: Los pacientes ambulatorios seleccionados en el marco de la estrategia de Unidades Centinela de ETI se estudiarán mediante técnicas y para los agentes que se definan a partir de los protocolos de vigilancia vigentes (Guía de Vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas 2020).

- **Casos sospechosos de COVID-19 CON criterios clínico de internación hospitalaria**: se estudiarán de manera simultánea con Inmunofluorescencia Indirecta (IFI) de secreciones nasofaríngeas para diagnóstico de virus estacionales y rtPCR para diagnóstico de COVID-19.

Los laboratorios deben continuar utilizando el algoritmo de influenza recomendado por la OPS para la vigilancia de influenza de rutina y los casos de IRAG e IRAGI. Los estudios moleculares de influenza quedarán reservados para la caracterización de los virus influenza positivos y para casos que cumplan con la definición de IRAGI.

No está indicado el estudio por PCR en personas asintomáticas. Las siguientes situaciones identificadas en la práctica no constituyen indicaciones para diagnóstico por este método como parte de una evaluación:

- prequirúrgica,
- de personas que arriben de áreas de transmisión local del virus, dentro y fuera del país;
- personas que ingresen a residencias de adultos mayores, niñez o residencias juveniles, establecimientos de estancia prolongada y/o penitenciarías.
- de personas provenientes de áreas de transmisión comunitaria como requisito para la derivación o recepción en establecimientos de salud

Resulta imprescindible que dichas personas cumplan en su lugar de ingreso el debido aislamiento durante 14 días (correspondiente al período de incubación máximo de la enfermedad), evitando el contacto estrecho con otras personas (distancia mínima de 2

metros), a fin de evitar un brote institucional, familiar o en la comunidad. La sensibilidad de la técnica disminuye significativamente en personas asintomática y no exime del aislamiento preventivo ante resultados negativos.
Ante cirugías no diferibles en personas asintomáticas provenientes de áreas de transmisión comunitaria de COVID-19, debido al incremento del riesgo de complicaciones postoperatorias en los pacientes infectados por SARS-CoV-2 se recomienda enfatizar el cuidado posoperatorio y el monitoreo de los síntomas compatibles de COVID-19 en estos pacientes para el manejo oportuno de los mismos.

Red de diagnóstico para SARS-CoV-2

La Red Provincial que actualmente cuenta con capacidad de diagnóstico de SARS-CoV-2, así como la que tiene capacidad para la realización de Inmunofluorescencia Indirecta u otras pruebas para la detección de virus respiratorios y el circuito de derivación de muestras según Región Sanitaria se actualiza periódicamente y se publica en el sitio del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

Se considerarán válidos los resultado para COVID-19 obtenidos en laboratorios por fuera de esta Red que utilicen reactivos autorizados ante la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) para la detección de COVID-19 (descargar).

Los establecimientos de la provincia, pertenecientes al subsector privado o de la seguridad social, que no cuenten con laboratorios con capacidad de diagnóstico para SARS-CoV-2 por PCR podrán derivar las muestras a esta Red.

Los laboratorios de diagnóstico, tanto de la Red provincial de laboratorios de COVID-19 o laboratorios del subsector privado o la seguridad social, deben reunir condiciones de Nivel de Bioseguridad 2 (BSL2) y poseer una Cabina de Seguridad Biológica tipo 2 certificada. Las consideraciones generales sobre bioseguridad se encuentran en el ANEXO 2.

Es indispensable enviar la muestra con la ficha de notificación completa.

Condiciones para la toma de muestra

Las muestras deben ser recolectadas por personal capacitado y teniendo en cuenta todas las instrucciones de bioseguridad y el equipo de protección personal apropiado para virus respiratorios (medidas de precaución para transmisión respiratoria).

Las muestras recomendadas son aquellas del tracto respiratorio bajo, pudiendo ser las siguientes:

- **Esputo**

- **Lavado broncoalveolar** (realizar ante estricta necesidad por alto riesgo de aerosolización)
- **Aspirado traqueal**

De no ser posible la toma de estas muestras, podrán remitirse muestras del tracto respiratorio superior, como ser **hisopado orofaríngeo combinado con un hisopado nasofaríngeo**. Estas muestras pueden ser tomadas con el mismo hisopo respetando ese orden.

En caso de toma de muestra post mortem se recomienda realizarla preferentemente dentro de las primeras seis (6) horas para mayor probabilidad de hallazgo en el laboratorio.

La muestra de hisopado debe realizarse **con hisopos estériles de dacron, nylon o poliéster, con palo de plástico**.

Una vez tomadas las muestras, en caso de haber utilizado más de un hisopo para el hisopado nasofaríngeo y orofaríngeo, los mismos deben colocarse y transportarse **en el mismo tubo con medio de transporte viral o 2 cm³ de solución fisiológica**.

Condiciones para el transporte de la muestra

Las muestras deberán ser transportadas de la siguiente manera:

- Refrigeradas (no congelar) y en envase de bioseguridad apropiado para muestras biológicas (triple envase).
- En una caja exclusiva, identificada como muestras para detección de nuevo coronavirus, SARS-CoV-2 o COVID-19. No deberán venir acompañadas con muestras para otras patologías.
- Deberán estar acompañadas por una copia de la Ficha epidemiológica correspondiente a un caso sospechoso de nuevo coronavirus (2019-nCoV), completada en su totalidad.
- En muestras de control de un caso confirmado indicar la ficha con la leyenda "MUESTRA DE SEGUIMIENTO"

Causas de rechazo de la muestra

- No cumple con la definición de caso sospechoso
- Ficha epidemiológica incompleta
- Ausencia de notificación
- Deficiente conservación (por ejemplo, muestra a temperatura ambiente por el potencial de obtener resultados con falsos negativos)
- Muestras tomadas en hisopo con punta de alginato de calcio o palillo de madera (pueden contener sustancias que inactiven el virus)
- Muestras que lleguen con algún tipo de preservante

- Muestras derramadas o con cantidad insuficiente
- Medio de Transporte inadecuado

Optimización del diagnóstico en casos moderados y graves y de personas fallecidas

Con el objetivo de optimizar la obtención de resultados de laboratorio en casos moderados, graves o pacientes que puedan indicar transmisión en grupos específicos se solicita que:

- Las muestras de pacientes internados graves, moderados con posible indicación de tratamiento con plasma y de personas fallecidas sean remitidas con la leyenda PRIORITARIO 24 HORAS en la parte superior de la ficha con letra grande y clara.
- Las cajas o bolsas con los triples envases correspondientes a esas muestras prioritarias sean también identificadas como prioritarias 24 horas con fibrón indeleble o papel pegado con cinta (que no se pierda) de forma visible en el exterior
- El mismo tratamiento deberá realizarse ante muestras de casos sospechosos de personal de salud y personal esencial, en tratamiento en hemodiálisis, en residentes y en personal que trabaja en instituciones de estancia prolongada

Tratamiento

Las recomendaciones realizadas por el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires se encuentran contenidas en el **ANEXO 4** del presente documento

Estas recomendaciones se irán actualizando según la evolución de la pandemia a nivel local, la disponibilidad de insumos, la evidencia científica disponible y el desarrollo de nueva evidencia proveniente de estudios clínicos en curso.

Alta del aislamiento de un caso de COVID-19

En el actual contexto de pandemia de COVID-19 los criterios para el manejo de casos son dinámicos y se adecúan conforme con las actualizaciones de la evidencia disponible y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

En este marco, el Ministerio de Salud de la Nación ha modificado el criterio de alta del aislamiento para un caso confirmado de COVID-19 el 24 de junio.

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 O_2 <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 ≥2 puntos
    - Requerimiento de UTI

Continuar con el aislamiento 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-PCR negativa en una muestra respiratoria de hisopado nasofaríngeo. En caso de obtener un rt-PCR positiva reevaluar luego de 21 días desde el inicio de los síntomas.

Casos confirmados de COVID-19 (por laboratorio o por criterio clínico-epidemiológico) con formas leves o moderadas: Continuar con el aislamiento hasta 10 días después del inicio de los síntomas, **MÁS** al menos 72 horas después de la involución o estabilidad de los síntomas respiratorios (no considerar disgeusia/anosmia). **Otorgar el alta del aislamiento sin necesidad de rt-PCR.**

En los casos confirmados de COVID-19 leves y moderados en Personal de salud, Residentes y personal de instituciones semicerradas ó de estancia prolongada, Personal esencial, Residentes de barrios populares y pueblos originarios no se requiere una rt-PCR negativa para otorgar el alta del aislamiento.

Los cambios en este criterio de alta se comunicarán oportunamente.

Identificación y seguimiento de contactos

Estas recomendaciones son dinámicas, y pueden variar según nuevas evidencias.

Los equipos de salud jurisdiccionales a cargo de la investigación epidemiológica deberán identificar de forma sistemática a los contactos estrechos de casos de COVID-19 para seguimiento, según las definiciones precedentes.

Los contactos estrechos de un caso sospechoso o confirmado deberán ser informados dentro de las 24 horas de su condición e iniciar inmediatamente el aislamiento en el domicilio durante 14 días desde el último contacto con el caso. En caso de ser convivientes y no poder realizar un aislamiento del caso en las condiciones óptimas, la cuarentena se prolongará 14 días desde el final del aislamiento del caso. Si el caso sospechoso resultara descartado se interrumpirá el aislamiento de los contactos de este.

Si el contacto sigue asintomático al finalizar su periodo de cuarentena podrá reincorporarse a su rutina de forma habitual.

Definición 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) hasta que el caso es aislado:

En la comunidad

6. Toda persona que haya proporcionado cuidados a un caso confirmado y que no hayan utilizado las medidas de protección personal adecuadas
7. Cualquier persona que haya permanecido a una distancia menor a 2 metros con un caso confirmado durante al menos 15 minutos (ej. convivientes, visitas, compañeros de trabajo)

   Adicionalmente debe considerarse:
8. Contacto estrecho en **barrios populares**, **pueblos originarios**, **instituciones cerradas o de internación 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

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

En un buque

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

La definición de contacto en instituciones de salud se detalla en el documento específico.

Manejo de contactos estrechos

Teniendo en cuenta que la información actual disponible indica que:

11. El período de incubación estimado es de 1-14. Se recomiendan 14 días de seguimiento en contactos.
12. La transmisión sería por vía respiratoria de gota y contacto.

Principales acciones para control de contactos estrechos de un caso sospechoso o confirmado:

Se indicará aislamiento domiciliario estricto DURANTE 14 DÍAS DESDE EL ÚLTIMO CONTACTO con el caso.

Se realizará monitoreo diario por el equipo de salud o personal designado de los síntomas, incluida fiebre, tos, pérdida del gusto o del olfato, o dificultad para respirar.

El contacto deberá tener un correo electrónico y teléfono del referente jurisdiccional para la comunicación.

El equipo de salud debe indicar

- No salir del domicilio
- No recibir visitas
- No tener contacto estrecho con otras personas (distancia mínima de 2 metros)
- Lavarse las manos con agua y jabón o alcohol en gel periódicamente
- No compartir utensilios de cocina (plato, vaso, cubiertos, etc.), mate y utilizar elementos de aseo de forma exclusiva (jabón, toalla)
- Ventilar los ambientes

- Al toser o estornudar, cubrirse la nariz y la boca con el pliegue interno del codo o usar pañuelo descartable (desechar inmediatamente)
- Limpiar y desinfectar las superficies y objetos de uso frecuente (especialmente mesas, mesadas, sillas, escritorios de trabajo y otros utilizados diariamente como picaportes y teléfono celular) de la siguiente manera
  - Con una solución de agua y detergente
  - Enjuagar con agua limpia
  - Desinfectar con una solución de 100 ml de lavandina de uso comercial en 10 litros de agua
- No es necesario el uso de barbijo en ausencia de síntomas.
- Ante la presencia de síntomas (tos o temperatura de 37,5°C, dolor de garganta, falta de aire, anosmia/disgeusia), comunicarse, si es posible telefónicamente, inmediatamente con el servicio de salud.

Consideraciones especiales para contactos en buques

Cuando se detecte un caso confirmado dentro de un buque, idealmente se indica el aislamiento de todos los pasajeros y tripulación dentro del medio de transporte por 14 días. De no haber sido aplicada esta medida, se recomienda indicar el aislamiento domiciliario, descrito más arriba.

Fin del seguimiento de un contacto

El seguimiento de un contacto de un caso confirmado se considera finalizado si no presenta síntomas hasta el final del período de aislamiento de 14 días desde el último contacto. Una vez finalizado el período de aislamiento la persona debe seguir aplicando las medidas de salud pública recomendadas para la población general.

En caso de contactos estrechos de un caso sospechoso se finalizará el aislamiento en caso de descarte del caso.

No se indica el estudio por rt-PCR en contactos estrechos. Un resultado negativo en un contacto estrecho no descarta el diagnóstico, debiendo completar el período de aislamiento de 14 días desde el último contacto.

De acuerdo con el Consenso del Comité Asesor para Temas sobre COVID-19 del Ministerio de Salud de la PBA sobre diagnóstico y vigilancia, la bibliografía indica que el método de PCR presenta sensibilidad adecuada para la detección de SARS-Cov-2, a partir del inicio de los síntomas en los pacientes testeados. Los estudios actuales indican que antes de la presencia de los síntomas la sensibilidad de la técnica disminuye significativamente, mostrando una proporción de falsos negativos (personas que tienen la presencia del virus pero que dan resultado negativo frente a la prueba realizada) entre el 60 y el 100%. En este sentido, **no está indicada la realización del diagnóstico por esta técnica antes de la aparición de la sintomatología correspondiente**, ya que la misma tiende a producir un resultado no concluyente que pone en riesgo tanto a la persona diagnosticada como a la comunidad a la cual pertenece.

Ante una temperatura de 37,5ºC o más u otra sintomatología respiratoria, se considerará caso sospechoso y se procederá en consecuencia.

Notificación y registro del seguimiento de contactos estrechos

Los contactos estrechos y de buques, deberán permanecer bajo monitoreo activo durante 14 días a partir del último día de exposición y deberán ser notificados a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud por SNVS 2.0 al **Grupo de Eventos: Infecciones respiratorias agudas (IRAS)**, **Evento: Contacto de caso de COVID-19**. El estado clínico y el número de días desde el último contacto con el caso confirmado se registran en el campo CLASIFICACIÓN MANUAL de la Solapa Evento.

Ante dudas acerca de cómo notificar al SNVS consulte en www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia.

El seguimiento diario de los contactos estrechos se reportará en el **Sistema de seguimiento** para su monitoreo.

Indicaciones de aislamiento preventivo en otros grupos

Las presentes indicaciones no se aplicarán a aquellas personas que realicen las actividades exceptuadas del aislamiento social, preventivo y obligatorio de acuerdo con la normativa vigente.

Personas que arriben provenientes de áreas con transmisión comunitaria

Deben mantener aislamiento durante 14 días desde su arribo conforme las siguientes indicaciones:

13. Permanecer en forma estricta en su domicilio
14. No recibir visitas
15. No tener contacto estrecho con otras personas (distancia mínima de 2 metros)
16. No compartir utensilios de cocina (plato, vaso, cubiertos, etc.), mate y utilizar elementos de aseo de forma exclusiva (jabón, toalla).
17. Lavarse las manos con agua y jabón o alcohol en gel periódicamente
18. Al toser o estornudar, cubrirse la nariz y la boca con el pliegue interno del codo o usar pañuelo descartable (descachar inmediatamente)
19. Ventilar los ambientes

Convivientes de personas que arriben de áreas con transmisión comunitaria

20. No tienen indicación de aislamiento. No obstante, deberán cumplir las indicaciones que los alcancen, que puedan dictarse en el futuro.

Distanciamiento social

Todas las personas deberán cumplimentar las presentes medidas en ejercicio de su responsabilidad social y el interés público superior de salud pública comprometido en el marco de la Pandemia por coronavirus COVID-19.

Las indicaciones para el distanciamiento social son:

- Distancia interpersonal mínima de 2 metros
- No más de una persona cada 4 metros cuadrados
- No realizar eventos y/o reuniones
- Utilizar medios electrónicos para la realización de gestiones, trámites, etc.
- Trabajar a distancia, en la medida que sea posible
- No utilizar el transporte público, salvo extrema necesidad y evitar viajar en horas pico
- No exceder el 50 % de la capacidad de los espacios

- No compartir utensilios, incluido el mate
- Cancelar actividades que no sean esenciales (Ejemplo: turnos médicos programados, visitas sociales, etcétera)
- Uso de barbijos caseros o tapabocas-nariz (cubreboca, nariz y mentón) como medida adicional para reducir el contagio para todas las personas que permanezcan o circulen en transporte público de pasajeros, transporte privado cuando haya dos o más personas y en todos los espacios cerrados de acceso público (oficinas públicas, locales comerciales, etc.)

Las personas mayores de 60 años además deberán:

- Permanecer en el domicilio la mayor parte del tiempo y minimizar el contacto social
- Evitar contacto con personas con síntomas respiratorios o personas que volvieron de zonas afectadas en los últimos 14 días
- No asistir a actividades sociales, lugares de alto tránsito y aglomeración de personas

Estas medidas de distanciamiento social son obligatorias en los espacios públicos, semipúblicos y privados con acceso libre o restringido sea este pago o gratuito.

Pautas para la Comunicación de Riesgos

Los cambios epidemiológicos y medioambientales de las últimas décadas llevan a los sistemas de salud a enfrentar diversos episodios tales como enfermedades emergentes y reemergentes (cólera, influenza A H1N1, dengue, etc) que producen un alto impacto público.

En ese marco, la convicción acerca de la relevancia de la comunicación en circunstancias adversas se ha plasmado a través de la conformación de un enfoque específico, conocido como Comunicación de Riesgos, que ha adquirido creciente desarrollo en el campo de la salud pública principalmente gracias al impulso de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Los fundamentos que sustentan a 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.

Claves para tener en cuenta

- La comunicación constituye una dimensión a considerar en la respuesta del sistema de salud bonaerense frente a la aparición en los servicios sanitarios de pacientes con sospecha del Nuevo Coronavirus. Es probable que estas situaciones provoquen rumores y alarma social. Es preciso destacar que los primeros momentos suelen ser críticos, informativamente hablando.
- Los medios de comunicación masiva se convierten en este tipo de escenarios en la principal fuente de información para la ciudadanía sobre el estado de situación, su impacto sobre la salud y las acciones de respuesta. Si el tratamiento mediático es adecuado, la incertidumbre se reduce, lo que favorece la adherencia a las recomendaciones oficiales de cuidado de la salud en relación con la problemática en cuestión, además de contribuir a consolidar la confianza en general en el sistema de salud.
- En general los órganos que suelen ocuparse en hospitales y centros de salud públicos de liderar la respuesta frente a situaciones críticas son los Comités Operativos de Emergencias, Comités de Crisis o Salas de Situación. Más allá de la figura que adopte el órgano responsable de la respuesta en un efector determinado, **lo que se impone ante cada evento crítico por parte de sus autoridades es activar la inmediata coordinación con los actores responsables de la respuesta a nivel provincial.**

IMPORTANTE: En caso de brindar atención a una persona que cumpla con la definición de **"caso sospechoso"**, tanto las autoridades como los miembros del equipo de salud del efector deberán:

1- Poner en marcha el circuito de respuesta de emergencia, mediante la inmediata comunicación con la autoridad sanitaria (se adjunta lista de contactos de cada una de las Regiones Sanitarias a tal efecto en ANEXO 1.)

2- Evitar brindar información a terceros, ya sea población general, colegas u otros actores, a fin de no generar rumores y circulación de información errónea o inadecuada. En el caso de recibir consultas puntuales de parte de medios de comunicación, derivar las mismas a la Dirección Provincial de Comunicación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires: **Dirección Provincial de Comunicación y Prensa**: teléfono (0221) 429-2709 / dpcomunicacionesms@gmail.com .

ANEXO 1– Referentes de epidemiología provincial y por región sanitaria

Nombre	Apellido	Región sanitaria	Teléfono	Mail
Teresa	Varela	Nivel provincial	0221-429-2752/2774/2766	informabsas@yahoo.com.ar
Jorgelina	Scuffi	Región sanitaria I	0291-455 5110	saladesituacionregsan1@gmail.com
Cecilia	Tabares	Región sanitaria II	02396-47 2204	epidemiologiaregion2@yahoo.com.ar
Facundo	Fernandez Moll	Región sanitaria III	0236-444 3717 / 3626	epidemiologiars3@gmail.com
Carina	Bonacalza	Región sanitaria IV	02477-43 6629 / 44 1400 / 43 6631	epidr4@hotmail.com
Marcelo	Regner	Región sanitaria V	011-474 77 348	epidemio5@yahoo.com.ar
Adriana	Softa	Región sanitaria VI	011-4244 0898	epidemiologia6@yahoo.com.ar
María de los Ángeles	Díaz	Región sanitaria VII	011 2119 4652 / 011 7502 1220	epidemiologiaregionsanitaria7@gmail.com
Gastón	Rolando	Región sanitaria VIII	0223-4957017	epiregsan8@yahoo.com.ar
María Elena	Hidalgo Corrales	Región sanitaria IX	02281-42 3410 / 43 3656	inmunizacionesregion9@ms.gba.gov.ar
Eduardo	Abba	Región sanitaria X	02346-42 3967 / 42 6666	epidemiologia-regsanx@yahoo.com.ar
Eduardo	Fortunato	Región sanitaria XI	0221-425 7167 / 489 8560 / 489 8555	epidemioregion11@gmail.com
Eduardo	Otero	Región sanitaria XII	011-4486 3131 int. 33	epimatanza@hotmail.com

ANEXO 2 – Diagnóstico por laboratorio

Circuito de derivación de muestras según región sanitaria

La Red Provincial de Diagnóstico de COVID-19 estará conformada por laboratorios de hospitales públicos, universidades nacionales y otros laboratorios con incumbencia para el diagnóstico humano (descargar). El circuito de derivación de muestras se irá actualizando periódicamente en la medida que los laboratorios autorizados se incorporen a dicha red.

Las modificaciones serán comunicadas por las correspondientes vías oficiales.

Recepción de las muestras

1. Condiciones para la recepción

Se recibirán muestras que hayan sido remitidas desde otro establecimiento cuando se encuentren debidamente transportadas según los siguientes requerimientos

- Refrigeradas (no congelar) y en envase de bioseguridad apropiado para muestras biológicas (triple envase).
- En una caja exclusiva, identificada como muestras para detección de nuevo coronavirus, SARS-CoV-2 o COVID-19. No deberán venir acompañadas con muestras para otras patologías.
- Acompañadas por una copia de la Ficha epidemiológica correspondiente a: caso sospechoso de nuevo coronavirus (COVID-19), completada en su totalidad en la parte exterior del envase.

2. Procedimiento para la recepción

Al llegar las muestras en su triple envase (comercial o casero) se retirarán (dentro de su bolsa de seguridad individual) de su contenedor plástico externo. Luego serán depositadas en los contenedores plásticos del laboratorio receptor que pueden ser triples envases o bolsa con gradilla en su interior (según disponibilidad) en posición vertical para ser trasladadas **desde el área de recepción hasta la cabina de seguridad**. Dichos recipientes pueden contener adicionalmente un trapo humedecido con solución de etanol o agua lavandina para recibir eventuales derrames. Junto a dichos contenedores también serán depositadas las órdenes y fichas correspondientes a la muestra dentro de una bolsa que no entre en contacto con las muestras.

La persona que transportó las muestras deberá retirarse los guantes (en caso de tenerlos) y descartarlos en un tacho que se encontrará al lado del sitio de recepción de las muestras,

posteriormente deberá higienizar sus manos con alcohol en gel (en caso de no contar con agua y jabón en el lugar donde se deposita la muestra).

Adicionalmente, se puede descontaminar la superficie exterior del envase de transporte con las soluciones empleadas comúnmente.

Una vez que las muestras llegan al área de recepción del laboratorio, se trasladarán con guantes de ser posible dentro del contenedor plástico donde fueron depositadas al laboratorio asistencial. En el mismo se dará el ingreso a las muestras y serán retiradas de su envase de transporte dentro de las cabinas de bioseguridad.

El triple envase será descontaminado para su retiro del establecimiento y reutilización.

Consideraciones generales sobre bioseguridad y buenas prácticas en el laboratorio. Consideraciones específicas para casos sospechosos COVID-19

Basado en Directrices provisionales de bioseguridad de laboratorio para el manejo y transporte de muestras asociadas al nuevo coronavirus 2019 (2019-nCoV) OPS-OMS (28/1/20) y recomendaciones del CDC (Feb. 2020)

Los siguientes procedimientos pueden ser realizados en instalaciones de contención BSL-2[3], utilizando prácticas de trabajo estándar:

- Examen histopatológico y procesamiento de tejidos fijados con formalina o tejidos inactivados;
- Preparación de placas para análisis molecular con ácido nucleico viral ya extraído;
- Estudios de microscopía electrónica con láminas fijadas con glutaraldehído;
- Tinción de rutina y análisis microscópico de frotis fijos;
- Empaque final de muestras para su transporte a laboratorios de diagnóstico para pruebas adicionales;
- Muestras inactivadas (muestras en tampón de extracción para ácidos nucleicos).

Recomendaciones adicionales:

[3] Las prácticas de bioseguridad en el BSL2 se logran a través de prácticas operativas ("Buenas prácticas en el Laboratorio de Microbiología") y un conjunto de requisitos de contención física que son proporcionales a los riesgos asociados a los patógenos y toxinas que se manipulan.
Las prácticas operativas para el BSL2 incluyen controles administrativos (por ej, gestión de programas de bioseguridad, entrenamientos del personal, etc) y procedimientos (por ej prácticas de trabajo, uso de equipos de protección personal y descontaminación) que mitigan los riesgos asociados a las actividades que se desarrollan en ese lugar.
Las características de contención física incluyen el diseño de la instalación (por ej, ubicación del laboratorio, terminación de las superficies, control de acceso) y provisión de equipos de bioseguridad tales como dispositivos de contención primaria (por ej, CSB) para determinadas actividades.

- Usar camisolín, guantes y protección facial o gafas cuando se manipulan muestras
- La centrifugación de las muestras debe realizarse en centrífugas con cierre de seguridad
- **Usar cabinas de bioseguridad (CSB) únicamente para procedimientos que puedan producir aerosoles** (por ej. pipeteo, agregado de buffer de lisis, alicuotado de muestras, diluciones, vortexeo, etc)
- Usar protección respiratoria (N95) o equivalente
- Transportar las muestras en un contenedor cerrado (por ej. cuando se trasladen de una CSB a un termociclador)

Soluciones para descontaminación de instrumental y superficies

En base a la evidencia científica, los desinfectantes químicos que son efectivos contra virus envueltos son los recomendados para la descontaminación de SARS-CoV-2. Estos desinfectantes incluyen hipoclorito de sodio (1:100 para superficies y 1:10 para mayor carga, partiendo de una solución de al menos 55gCl/L) y etanol (62-71%).

ANEXO 3 – Aislamiento extra hospitalario (domiciliario y en centros extrahospitalarios)

Introducción

En el marco de la emergencia declarada por pandemia COVID-19 es necesario tomar medidas tendientes a minimizar la expansión del virus y evitar la mayor cantidad de casos y muertes que sean posibles.

La intersectorialidad deja de ser, en este caso, una simple postura retórica o una acción esporádica, sino que crea una forma de trabajo sanitario que debe redundar en ventajas para la provincia y el país.

Se prevén dos modalidades de aislamiento extrahospitalario, en el domicilio del paciente o en centros extrahospitalarios disponibles para tal fin. Todas las personas podrán acceder a los centros extrahospitalarios siempre que se trate de casos confirmados sin criterio clínico de internación hospitalaria y cumplan con los requisitos establecidos en este anexo. El aislamiento domiciliario estará disponible para casos sospechosos y confirmados sin criterio clínico de internación si el paciente dispone de un teléfono para estar permanentemente comunicado con el establecimiento de salud, es capaz de comprender y aplicar de forma correcta y consistente las medidas básicas de higiene, prevención y control de la infección y no convive con mayores de 60 años y/o con personas con factores de riesgo (hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia renal crónica terminal, obesidad, gestación o pacientes oncológicos en tratamiento). Además, se deben tener en cuenta las condiciones habitacionales para dar cumplimiento a las recomendaciones.

Aislamiento domiciliario

El aislamiento domiciliario estará disponible para casos sospechosos y confirmados sin criterio clínico de internación, siempre que se cumplan con las condiciones del LISTADO DE CHEQUEO DE CONDICIONES DE AISLAMIENTO DOMICILIARIO (descargar).

Antes de irse del establecimiento de salud a su domicilio, deberá firmar la declaración jurada para aislamiento domiciliario (descargar ADULTOS - descargar MENORES)

El Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires pondrá a disposición distintos dispositivos de seguimiento médico a distancia de personas con COVID-19 en aislamiento en domicilio hasta el cumplimiento del criterio de alta del aislamiento (fin del seguimiento).

Requisitos para el aislamiento domiciliario

- El paciente y sus convivientes deben ser capaces de comprender y aplicar de forma correcta y consistente las medidas básicas de higiene y prevención.
- Se recomienda que en el domicilio se reduzca al mínimo posible el número de convivientes. Evitando, si es posible, la convivencia con niños pequeños
- Asegurar la disponibilidad de un teléfono que garantice la comunicación permanente con el personal sanitario hasta el alta.
- Se informará a los miembros de la familia y convivientes que serán considerados contactos estrechos y deberán cumplir 14 días de aislamiento desde el final del aislamiento del caso
- Se ha de procurar que, de ser necesario, sea una única persona la que proporcione atención al paciente y deberá extremar las medidas básicas de cuidado.
- Se deberá instruir al paciente y convivientes la comunicación inmediata con el servicio de emergencia, ante la progresión del cuadro clínico.
- Se deberá contar con capacidad para realizar una atención y seguimiento domiciliario, idealmente mediante controles por vía telefónica o presencial cuando se considere necesario

Recomendaciones para el correcto aislamiento en domicilio

- El paciente debe permanecer en una estancia o habitación de uso individual
- La puerta de la habitación debe permanecer cerrada hasta la finalización del aislamiento. En caso de 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 tenga ventilación adecuada directa a la calle, patio, jardín interior. No deben existir corrientes forzadas de aire provenientes de sistemas de calor o de refrigeración. Las zonas comunes también deberán mantenerse bien ventiladas.
- De ser posible, se debe disponer de un baño para uso exclusivo del paciente, o en su defecto, limpiado con lejía doméstica (lavandina) tras cada uso que este haga.

- Se debe colocar en el interior de la estancia o habitación un tacho de basura, con tapa de apertura de 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. debe ser de uso exclusivo del paciente. Esta debe cambiarse frecuentemente.
- La persona enferma debe adoptar 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 tacho de basura dispuesto dentro de la habitación tras su uso. Lavado de manos con frecuencia con agua y jabón. También podrá utilizar soluciones hidroalcohólicas si están disponibles.
- La persona enferma no podrá recibir visitas durante el periodo de aislamiento, compartir las comidas en un espacio común, debe hacerlo en la habitación, ni compartir entretenimiento en un espacio común (Televisión, juegos).

Manejo de residuos del paciente en domicilio

- Los residuos del paciente, incluido el material desechable utilizado por la persona enferma (guantes, pañuelos, mascarillas), se eliminen en una bolsa de plástico (BOLSA 1) en un recipiente de basura dispuesto en la habitación, preferiblemente con tapa y pedal de apertura, sin realizar ninguna separación para el reciclaje.
- La bolsa de plástico (BOLSA 1) se cierre adecuadamente y sea introducida en una segunda bolsa de basura (BOLSA 2), al lado de la salida de la habitación, donde 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.
- La BOLSA 2, con los residuos anteriores, se deposita en la bolsa de basura (BOLSA 3) con el resto de los residuos domésticos. La BOLSA 3 también se cerrará adecuadamente.
- Inmediatamente después se realizará una completa higiene de manos, con agua y jabón, al menos 40-60 segundos.
- La BOLSA 3 se deposita exclusivamente en el contenedor de basura general, estando terminantemente prohibido depositar en los contenedores de reciclado (orgánico, envases, papel, vidrio o textil) o su abandono en el entorno.

Limpieza del domicilio del paciente

- 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 lavarla. No se debe sacudir la ropa antes de lavarla. Las personas que manipulen la ropa para su lavado deberán usar barbijo quirúrgico.
- Los cubiertos, vasos, platos y demás utensilios que no sean descartables (recomendable) se lavan 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 lo contrario utilizar productos aptos para ese fin.
- 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.

Aislamiento en Centros extrahospitalarios

Los centros extrahospitalarios estarán disponibles para casos sospechosos y confirmados sin criterio clínico de internación y deberán cumplir con las Condiciones para el funcionamiento de aislamiento extrahospitalario COVID-19 aprobadas por Resolución del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires 899/2020.

Al ingreso al centro extrahospitalario, el paciente deberá comprometerse al cumplimiento de las normas de higiene y funcionamiento del lugar.

Se recomienda que:

- El paciente permanezca preferiblemente en una estancia o habitación de uso individual o, en caso de que esto no sea posible, en un lugar en el que se pueda garantizar una distancia mínima de 2 metros con el resto de los convivientes.
- En el caso de hoteles, la puerta de la habitación permanezca cerrada hasta la finalización del aislamiento. En caso de 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. Se coloque en el interior de la estancia o habitación un tacho de basura, con tapa de apertura de pedal, y en su interior una bolsa de plástico con cierre para depositar los residuos.
- La estancia o habitación tenga ventilación adecuada directa a la calle. No deben existir corrientes forzadas de aire provenientes de sistemas de calor o de refrigeración. Las zonas comunes también deberán mantenerse bien ventiladas.
- La persona enferma siga en todo momento 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 tacho de basura dispuesto dentro de la habitación tras su uso.
- El paciente se lave las manos con frecuencia con agua y jabón. También podrá utilizar soluciones hidroalcohólicas si están disponibles.
- La persona enferma no reciba visitas durante el periodo de aislamiento.

Respecto de la limpieza se recomienda que:

- La ropa de cama, toallas, etc. de las personas enfermas sea lavada con los jabones o detergentes habituales a 60-90 °C y sea secada completamente para volver a utilizarla.

Esta ropa sea colocada en una bolsa con cierre hermético hasta lavarla. No se sacuda la ropa antes de lavarla.

- Los cubiertos, vasos, platos y demás utensilios sean descartables. En caso de que no sea posible la persona en aislamiento los lavará con agua caliente y jabón para su reutilización.

Respecto de los manejos de residuos se recomienda que:

- Los residuos de la persona aislada, incluido el material desechable utilizado por esta (guantes, pañuelos, mascarillas, descartables), sea depositada exclusivamente en el contenedor de basura general, estando terminantemente prohibido depositarla en los contenedores de reciclado (orgánico, envases, papel, vidrio o textil) o su abandono en el entorno.

Características del personal del establecimiento

- Se deberá evaluar de forma individual que las personas no tengan factores de riesgo de complicaciones por COVID-19. (60 años o más, enfermedad cardiovascular, enfermedad respiratoria crónica, diabetes, inmunosupresión, o convivientes con alguien con estos factores)

- Se deberá realizar un control diario del estado de salud de los trabajadores como medida de control sanitario obligatorio. Este relevamiento debe ser documentado y convalidado por el personal sanitario.

- Se deberá informar y capacitar al personal del establecimiento sobre los síntomas y las medidas de prevención del COVID-19 de acuerdo con la información oficial. El personal sanitario debe verificar y documentar el conocimiento sobre protección del personal incluida la correcta utilización de equipo de protección.

- El personal del establecimiento deberá minimizar el contacto con las personas en condición de aislamiento. En caso de tener que hacerlo, deberá además de cumplir las normas de prevención, utilizar equipo de protección personal (barbijo y guantes) para asegurar condiciones de higiene y seguridad laboral. Indefectiblemente serán supervisados por el equipo médico y de enfermería.

- Se recomienda que el personal se lave las manos frecuentemente con agua y jabón o solución hidroalcohólica, reforzando estas medidas antes y después de cualquier contacto con las personas en aislamiento o su entorno inmediato.

- El personal de limpieza deberá seguir las recomendaciones que se describen en este documento para la limpieza de las superficies y de los espacios utilizados por las personas que fueran alojadas en el marco de este dispositivo, así como para el manejo de sus residuos y de los del personal sanitario.
- El personal del establecimiento empleará guantes desechables si va a entrar en contacto con secreciones de las personas en aislamiento, tras su uso se desecharán según las recomendaciones de gestión de residuos y se lavarán las manos inmediatamente después.

Personal sanitario afectado al centro extrahospitalario

Los establecimientos deberán sumar un componente de personal de enfermería con supervisión médica. Este personal deberá estar debidamente capacitado y cumplir con las recomendaciones en el manejo de pacientes y de Equipos de Protección Personal (EPP) que determinen el Ministerio de Salud de la Nación y de la provincia de Buenos Aires.

Es obligación del personal del establecimiento conocer y aplicar las medidas generales de higiene y los responsables del establecimiento deben vigilar que se conozcan y apliquen. También capacitar si fuese necesario a sus trabajadores.

Características edilicias de los establecimientos seleccionados

- Pisos resistentes al desgaste, lisos, antideslizantes, lavables, continuos e impermeables. Incombustibles y sin emanación de gases (en caso de siniestro).
- Paredes lavables lisas sin molduras. Incombustibles y sin emanación de gases (en caso de siniestro).
- Cielorrasos con superficies lavables, lisas y continuas. Incombustibles y sin emanación de gases (en caso de siniestro).
- Ventanas de abrir (aún si cuentan con acondicionamiento de aire). Con protección de visuales.
- Puertas, el ancho libre de las puertas a las habitaciones deberá permitir el normal acceso de una silla de ruedas (0,80 m como mínimo), según Ley de Accesibilidad vigente.
- Ascensores con medidas necesarias para que se pueda accederse con silla de ruedas (Ley de Accesibilidad vigente).
- Resultar accesible y estar señalizado para el ingreso y egreso de ambulancias

Listado de requerimientos

Necesidad de recursos humanos (RRHH) básicos

- Seguridad 24 horas
- Servicio de emergencia médica 24 horas
- Personal médico municipal responsables del seguimiento de las personas bajo aislamiento
- Personal de maestranza
- Personal de cocina o para la distribución de viandas

Necesidad de recursos materiales

- Línea telefónica / Wifi
- Vajilla descartable de ser posible
- Insumos para para la prevención y el control de las infecciones, por ejemplo:
    - Dispositivos para la higiene de las manos (jabón y agua corriente, desinfectante con base de alcohol para las manos y toallas de papel o de uso único)
    - Equipos de protección personal para atender al paciente (barbijos, camisolín, guantes y protección facial o gafas)
    - Equipos de protección personal para la limpieza y recolección de residuos (calzado cerrado e impermeable, delantales impermeables, barbijo, protección facial o gafas y guantes resistentes)
- Habitaciones individuales con ventilación adecuada. Si la ocupación individual es imposible, los casos confirmados podrán compartir habitación con separación espacial (distancia mínima de 1 metro) entre cada paciente.
- Botiquín, a los habituales del botiquín, es decir al kit básico de primeros auxilios, hay que añadir analgésicos, termómetros, antitérmicos, antiinflamatorios y todo aquello que se considere apropiado.

La eficacia del control de infecciones depende de la existencia de insumos suficientes y continuos, calidad de los insumos, capacitación del personal, higiene apropiada de las manos, y el control de la adherencia a las recomendaciones.

Se deberá contar con capacidad para realizar una atención y seguimiento diario mediante controles por vía telefónica

Se deberá contar con capacidad de recurrir a personal cuando se requiera la atención presencial del paciente

Medidas previas a la utilización de establecimientos no hospitalarios

El reacondicionamiento deberá incluir

- Desinfección previa del establecimiento según normativas vigentes.
- Habitaciones equipadas con el mobiliario y los insumos necesarios similares a las de hospitales y sanatorios.
- Se deberá acondicionar una sala para el personal sanitario que esté separada de las habitaciones.
- Se debe contar con espacio para el desecho de materiales patógenos y el cumplimiento del circuito operativo establecido de estos materiales acorde a recomendaciones vigentes sobre establecimientos de salud.
- Se deberá garantizar la desinfección de materiales como colchones, almohadas que deben estar protegidos con funda plástica y cortinas.

Alta del aislamiento de pacientes en aislamiento domiciliario o en centros extrahospitalarios

Los casos sospechosos y confirmados que permanezcan en aislamiento extrahospitalario obtendrán el alta del aislamiento de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Salud:

Los criterios para el alta son:

Casos leves confirmados en aislamiento en domicilio o en Centros extrahospitalarios: Aislamiento adecuado durante 10 días desde el inicio de los síntomas, más mejoría clínica y permaneciendo 72 horas afebril.

Casos leves sospechosos en aislamiento en domicilio o en Centros extrahospitalarios: Finaliza el aislamiento ante descarte de la infección.

Traslado de pacientes desde el domicilio o centros extrahospitalarios

Se recomienda que

- Si las condiciones clínicas de la persona empeoran o si las situaciones en el domicilio/centro extrahospitalario hicieran insostenible el correcto manejo de caso, se valore su derivación a un establecimiento asistencial.

- El transporte del paciente se realice por personal capacitado en un móvil con la cabina del conductor físicamente separada del área de transporte del paciente.
- El personal que intervenga en el transporte (salvo el conductor, si no sale de la cabina) sea informado previamente y utilice el equipo de protección personal adecuado para manejo de casos respiratorios.
- El paciente lleve colocado un barbijo quirúrgico.
- El paciente vaya sin acompañantes en el móvil. En el supuesto de que sea imprescindible que esté acompañado (dependiente, menor u otra circunstancia) el acompañante necesita colocarse un barbijo quirúrgico.
- Una vez finalizado el transporte se proceda a la desinfección del vehículo con los productos habituales y a la gestión de residuos de acuerdo con el procedimiento habitual (ver Recomendaciones para la limpieza de ambulancias en el marco de la contingencia por COVID 19).

Adaptación de la estrategia

La estrategia ha sido concebida en forma genérica y debe adaptarse en función de las diferentes realidades epidemiológicas de los distintos municipios, así como a las condiciones operativas de la implementación de acciones que existen en cada uno de ellos.

La implementación de la estrategia requiere una planificación local, que tome en cuenta el desarrollo armónico de tres componentes: optimizar la atención de urgencias en las instituciones hospitalarias, brindar atención de seguimiento a las personas en aislamiento, mejoramiento de las prácticas familiares y comunitarias en beneficio de la salud de todos; el compromiso político, como la coordinación interinstitucional, la movilización de recursos así como la planificación, ejecución, seguimiento, supervisión, monitoreo y evaluación.

ANEXO 4 – Tratamiento

Síndromes clínicos asociados con COVID-19 y recomendaciones sobre tratamiento específico

El presente documento técnico tiene la finalidad de actualizar el manejo clínico de los pacientes con COVID-19 en el ámbito de la provincia de Buenos Aires.

Estas recomendaciones se irán actualizando según la evolución de la pandemia a nivel local, la disponibilidad de insumos, la evidencia científica disponible y el desarrollo de nueva evidencia proveniente de estudios clínicos en curso.

Si bien actualmente no existe un tratamiento farmacológico aprobado, las personas con infección por SARS-CoV-2 deben recibir tratamiento de las complicaciones y el sostén adecuado por cuanto está demostrada que dicha intervención tiene impacto en la mejora de la sobrevida de los pacientes. [1]

La eficacia de los tratamientos farmacológicos recomendados en protocolos previos continuó siendo objeto de análisis con el desarrollo de la pandemia. Se han publicados diversos ensayos clínicos que evidencian escaso impacto clínico de los tratamientos antivirales incluidos [2][3][4] .Actualmente la OMS suspendió las ramas de hidroxicloroquina (HDQ) y Lopinavir/ritonavir del ensayo clínico Solidaridad porque no se ha observado beneficio en términos de mortalidad, internación ó mejoría clínica[5][6]

Diversas guías coinciden que debido a la incertidumbre respecto a sus riesgos y beneficios, el uso de fármacos antivirales para pacientes COVID-19 debe ser en el contexto de ensayos clínicos. [3] [7][8] En virtud de ello, en el ámbito de la provincia de Buenos Aires, se recomienda que el uso de los tratamientos antivirales, inmunomoduladores, plasma de convaleciente u otros tratamientos antivirales sea únicamente en el marco de estudios de investigación debidamente registrados, aprobados y éticamente aceptados.[9] [10]

Están siendo investigadas más de 200 opciones terapéuticas o combinaciones en más de 1.700 ensayos clínicos, y solo remdesivir ha demostrado algún beneficio, limitado a pacientes hospitalizados con ciertas características[9]. Actualmente tres hospitales de la provincia de Buenos Aires (Htal. Nacional Posadas, Htal. Houssay de Vicente López y Htal. Mariano y Luciano de la Vega de Moreno) participan en el ensayo clínico controlado aleatorizado patrocinado por la OMS, Solidaridad, que incluye 3 ramas de tratamiento: remdesivir, interferón y tratamiento estándar. Dicho antiviral no es comercializado en nuestro país.

Respecto a la utilización de la inmunización pasiva, ha sido descrita en enfermedades tales como poliomielitis, sarampión, paperas e influenza. Más recientemente, el plasma de convaleciente se ha utilizado en los brotes virales de la gripe H1N1 (2009-2010), otras gripes (H5N1 y H7N9) y Ébola (África, 2013)[11][12]. En enfermedades graves producidas por coronavirus, se ha utilizado para los brotes de SARS-CoV-1 (2003) y MERS (2012) por la falta de efectividad de tratamientos alternativos [13] [14]. En nuestro país, el uso de la inmunización pasiva ha demostrado eficacia en el tratamiento de la Fiebre Hemorrágica Argentina (en los primeros 7 días desde el inicio de los síntomas), que posee una tasa de letalidad sin tratamiento de hasta un 30%. La administración temprana de plasma inmune en dosis estandarizadas de anticuerpos neutralizantes reduce la letalidad a menos del 1% [15].

En la actualidad, existe un solo estudio randomizado controlado que evaluó la eficacia del uso de plasma de convaleciente versus placebo, en pacientes graves y críticos COVID-19 que no ha demostrado beneficios. Sin embargo debe destacarse que en este estudio más del 90% de los pacientes recibieron la infusión después de los 14 días de iniciados los síntomas, a la vez que no logró completarse pues el brote se controló en China, debiendo suspender el enrolamiento. Por ende, los resultados no son concluyentes [16]. Se dispone de estudios no randomizados que sugieren que plasma de convalecientes podría ser de utilidad tanto para el tratamiento de formas graves [17] [18] de COVID-19, como para evitar la progresión a ellas en pacientes de alto riesgo [19] [20]. Una publicación reciente que incluye 20.000 pacientes aporta evidencia sobre la seguridad de la utilización de plasma de convalecientes en COVID-19 [21].

Uso de plasma de convalecientes

En la búsqueda de encontrar un tratamiento eficaz y seguro de la enfermedad, y atendiendo a la rápida propagación de esta y la necesidad apremiante de brindar una respuesta se propuso la utilización de plasma convaleciente en pacientes infectados con COVID-19 en la Provincia de Buenos Aires como método de inmunización pasiva. En vista de este conocimiento, y en el marco de la mencionada emergencia sanitaria, se ha creado el Registro Único de Donantes de Plasma Convaleciente (RUDPC) de la Provincia de Buenos Aires para la obtención, procesamiento, distribución y recomendaciones terapéuticas sobre su uso en el tratamiento de pacientes con COVID-19. Se trata de un programa de acceso extendido del plasma como opción de tratamiento, que no reemplaza otros tratamientos concomitantes que el médico tratante considere pertinentes. Al respecto y en consonancia con los lineamientos nacionales y provinciales, el Comité de Ética Central (CEC) recomienda, a fin de poder obtener datos generalizables, la realización de un estudio en base a los resultados de los pacientes transfundidos (Expte 2919/2123/2020).

En consecuencia, se ha desarrollado un proyecto de investigación observacional prospectivo multicéntrico y con una rama de análisis retrospectivo; que se enmarca dentro de las

recomendaciones terapéuticas del citado RUDPC y se ajustará a la evolución de las mismas, diseñado con el fin de ordenar la obtención de datos y normatizar la medición de resultados (2020-14965594. Recientemente se aprobó el "Estudio Observacional Multicéntrico para registro de uso extendido de Plasma de Convaleciente en pacientes pediátricos con enfermedad por SARS-CoV 2" (Expte 2020-18321306).

En el análisis preliminar de los datos obtenidos del RUDCP de pacientes transfundidos, no se observa beneficio en el grupo de pacientes que presentan falla múltiple de órganos y/o shock séptico al recibir el plasma. Este hallazgo, aunque aún debe confirmarse, desalienta el uso en este grupo de pacientes.

INDICACIÓN TRANSFUSIONAL

Los criterios de **indicación transfusional** serán para pacientes con confirmación de infección mediante prueba de RT-PCR para SARS-CoV-2, y que se encuentre hospitalizado, clasificado en alguno de los siguientes grupos. Se considerará como excepción, aquel paciente que posea antecedente de contacto estrecho con caso confirmado por laboratorio. En tal caso se deberá proceder a realizar la toma de muestra de RT-PCR para SARS-CoV-2 y podrá autorizarse la entrega de plasma de convaleciente mientras se aguarda el resultado.

- Se recomienda la administración temprana de plasma, dentro de los 10 días desde la fecha de inicio de síntomas e idealmente dentro de las 72 horas desde el ingreso hospitalario.[22]

Los pacientes serán considerados según los siguientes grupos[23] [24]

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS EN PACIENTES ADULTOS

Grupo 1 **COVID-19 CONFIRMADA GRAVE**	Cualquiera de los siguientes: •Disnea con frecuencia respiratoria ≥ 30/min •Saturación < 93% •Relación PaO2/FIO2 PAFI < 300 Infiltrados pulmonares > 50% dentro de las 24 a 48 horas •Deterioro de la conciencia	**Grupo 1A**: sin ventilación mecánica (VM), con aporte de oxígeno por cánula, máscara, cánulas de alto flujo o ventilación no invasiva (VNI) o necesidad de prono vigil **Grupo 1B:** en VM por menos de 48 hs **Grupo 1C:** en VM por más de 48 hs

Grupo 2 **COVID-19 CONFIRMADA MODERADA** **y alto riesgo de progresión**	Síntomas leves-moderados sin soporte de oxígeno **MÁS** Infiltrados pulmonares o disnea **MÁS** Alto riesgo de evolución desfavorable, definido por cualquiera de los siguientes:	**Uno o más de las siguientes comorbilidades** • Diabetes • Hipertensión arterial • Enfermedad cardiovascular • Obesidad • Enfermedad pulmonar crónica • Inmunodeficiencia primaria o secundaria • Antecedentes de cáncer/quimioterapia • Insuficiencia renal crónica • Enfermedad hepática crónica **Uno o más de los siguientes marcadores:** • Elevación de Dímero-D • Elevación de troponina • Ferritina mayor a 1000 ng/mL • LDH aumentada al doble del basal • Linfopenia **Edad** > 65 años

Criterios de exclusión

1. Contraindicación a transfusión (sobrecarga de volumen grave, antecedentes de anafilaxia a productos sanguíneos).
2. Otra infección concomitante documentada no controlada.
3. Sangrado intracraneal activo.
4. Isquemia miocárdica clínicamente significativa
5. No haber recibido plasma de acuerdo a las normas del RUDPC
6. Estar incluido en un ensayo clínico controlado de utilización de plasma

Dosis sugerida

Cada unidad de plasma convaleciente distribuida a los Servicios de Hemoterapia tendrá un volumen de entre 200-250 mL. La dosificación de las unidades de plasma convaleciente dependerá del peso del paciente.

- Puede repetirse la dosis dentro de las 48 horas si la clínica del paciente lo requiere.
- El médico tratante podrá decidir si se debe administrar sólo una unidad si el paciente tiene un alto riesgo de sobrecarga circulatoria.

El proceso de transfusión de plasma de convaleciente deberá seguir los lineamientos establecidos en la normativa vigente como cualquier transfusión dentro de la práctica clínica, bajo la estricta supervisión de un médico especialista en hemoterapia.

Peso	Unidades
Hasta 70 kg	1
Mayor 70 kg	2

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Grupo 1 COVID-19 CONFIRMADA MODERADA y alto riesgo de progresión	Neumonía **SIN** signos de gravedad en pacientes de 0-18 años **con factores de riesgo** que el médico considere que tienen un alto riesgo de progresión a enfermedad grave o potencialmente mortal .	Tos o dificultad para respirar + taquipnea FR Respiraciones por minuto (rpm) evaluados sin llanto ni fiebre: < 2 meses ≥ 60; 2–11 meses ≥ 50; 1–5 años ≥ 40; ≥5-10 años ≥30; 10-15 años ≥ 25

Grupo 2 COVID-19 CONFIRMADA GRAVE	Neumonía **CON** signos de gravedad en pacientes de 0-18 años **con factores de riesgo** que el médico considere que tienen un alto riesgo de progresión a enfermedad grave o potencialmente mortal .	Niño con tos o dificultad para respirar, más uno de los siguientes: -Cianosis central o Saturación de O2 ≤93% -Dificultad respiratoria grave: quejido, aleteo nasal, tiraje supraesternal, retracción torácica grave o disociación tóraco - abdominal. -Neumonía con compromiso sistémico: rechazo de la alimentación (amamantamiento o beber), depresión del sensorio: letargia, obnubilación, estupor o convulsiones -Taquipnea ≥70 en menores de 1 año; ≥50 en mayores de 1 año. -PaO2 < 60 mmHg, PaCO2 > 50 mmHg. <u>Adolescente</u>: Fiebre o sospecha de infección respiratoria, más 1 de: - FR > 30 respiraciones / min - Dificultad respiratoria severa - Saturación de oxígeno ≤ 93%
	Progresión de los infiltrados pulmonares > 50% dentro de las 24 a 48 horas **independiente** de la presencia de comorbilidades.	

GRUPO 2 **COVID-19 CONFIRMADA** **CRÍTICA**		1. Pacientes con requerimientos de soporte ventilatorio independientemente de la presencia de comorbilidad de riesgo 2. Shock séptico 3. Fallo o Disfunción multiorgánica.

FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS [25]

- Edad menor 3 meses
- Cardiopatías
- Enfermedades respiratorias preexistentes (displasia broncopulmonar, asma grave, fibrosis quística, traqueostomía con oxigenoterapia domiciliaria),
- Inmunocomprometidos (VIH/SIDA sin control de la enfermedad, inmunodeficiencias primarias, trasplantados, en tratamiento con quimioterapia en inducción, inmunosupresores o anticuerpos monoclonales)
- Enfermedades neuromusculares
- Diabetes insulinodependiente
- Obesidad (Índice Masa corporal >30)
- Menor de 6 meses, RNPT <1500 g al nacer

DOSIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

En caso de que la indicación de Plasma Convaleciente de COVID-19 sea para niños de menos de 20 kg. de peso, la unidad de Plasma a administrar deberá ser pediátrica.

En relación a la dosis, se sugiere la transfusión de 10 ml. de plasma convaleciente de COVID-19 por kilo, hasta 20 kg. de peso. A partir de los 20 kg. de peso, la dosis a administrar será la de adultos (unidad de plasma convaleciente de COVID-19 de 200 ml.).

Detalles de administración

La velocidad de infusión será de 100 a 200 mL/hora, adaptado a las condiciones hemodinámicas del paciente según criterio del médico o del equipo de atención clínica.

El pretratamiento para minimizar las reacciones a la transfusión (por ejemplo, paracetamol, difenhidramina) se puede administrar según criterio del médico.

Si se desarrolla un evento adverso durante la infusión, la misma puede enlentecerse o detenerse según criterio médico, aunque la mayoría de las reacciones al plasma son relativamente menores y la infusión generalmente puede continuarse. La irritación intensa del sitio de infusión y los efectos sistémicos no alérgicos, generalmente se puede controlar con la disminución de la infusión. Asimismo, la infusión generalmente puede continuarse en casos de picazón o urticaria después de haberse pausado la transfusión, administración de antihistamínicos y observación de falta de progresión en los síntomas. Las reacciones alérgicas graves como broncoespasmos o hipotensión, pueden requerir la interrupción de la infusión.

Efectos adversos de la infusión de plasma de convalecientes

Se deben registrar en todos los pacientes los siguientes efectos adversos:

- Reacciones alérgicas a la transfusión
- Reacción anafiláctica
- Fiebre
- Hemólisis
- Lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión (TRALI)
- Sobrecarga cardíaca asociada a transfusión (TACO)
- Aumento de la infección mediada por anticuerpos (ADE)

Detención de la infusión de plasma convaleciente

La infusión de plasma convaleciente se deberá detener si se comprobara alguna de las siguientes manifestaciones de anafilaxia, no pudiendo reiniciarse:

- Manifestaciones cutáneas o de las mucosas: urticaria, prurito, enrojecimiento, hinchazón de labios, lengua o úvula.
- Compromiso respiratorio: disnea, sibilancias, estridor, hipoxemia.
- Disminución de la presión arterial sistólica menor a 90 mmHg o mayor a 30% de disminución desde el inicio, o bien una caída diastólica mayor al 30% desde el inicio.

- Taquicardia con aumento de la frecuencia cardíaca en reposo mayor 130 lpm; o bradicardia menor a 40 lpm que se asocie con mareos, náuseas o sensación de desmayo.
- La aparición rápida de síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos, diarrea y calambres pueden ser manifestaciones de anafilaxia y pueden justificar una interrupción inmediata antes de cumplir con los criterios de eventos adversos completos.
- Cualquier otro síntoma o signo que en el buen juicio clínico del médico justifique detener la infusión.

Terapias concomitantes

Los receptores de Plasma Convaleciente podrán recibir terapias tales como: tocilizumab, azitromicina, remdesivir, Lopinavir/ritonavir, interferones, corticoides, etc. ya que no se encuentran documentadas contraindicaciones.

Toda medicación aplicada concomitantemente al plasma convaleciente deberá ser debidamente registrada e informada.

Procedimiento para la solicitud

Deberá solicitarse la provisión de plasma convaleciente a los profesionales designados por la Dirección Provincial de Hospitales. La aceptación de la indicación transfusional y posterior envío del hemocomponente dependerá fundamentalmente del stock disponible en el Instituto de Hemoterapia de la Pcia. de Buenos Aires y/o en los hospitales por este autorizados al momento del requerimiento, no sólo por cantidad sino por compatibilidad del hemocomponente (respecto del Grupo Rh y Factor del receptor).

El pedido deberá ser realizado mediante el envío del **Formulario de solicitud** debidamente suscripto por el médico prescriptor, con intervención previa del Servicio de Hemoterapia. Se deberá adjuntar la Constancia del Formulario de notificación individual del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS$^{2.0}$), descargado en formato PDF.

PRIMER PEDIDO	PEDIDO FORMAL
Dra. Lorena Regairaz 221-534-1788 Dr. Leandro Ragnor 11-5461-6376 Dr. Leonardo Cubler 11-5505-1169 Dr. Luis Cantaluppi 11-5866-2386	Formulario de solicitud Consentimiento Informado Instituto de Hemoterapia La Plata 221-451-0097 direccionasistencialcrh@gmail.com

La SOLICITUD DE PLASMA CONVALECIENTE deberá ser enviada por mail o vía telefónica al momento del pedido, y la ORIGINAL IMPRESA deberá ser entregada al momento de retiro del hemocomponente. Asimismo, se solicitará por mail o teléfono el CONSENTIMIENTO INFORMADO debidamente firmado por el paciente para verificar que se haya cumplido con dicho requisito.

Uso de corticoides

El uso de corticoides en pacientes con diagnóstico de COVID-19 ha sido objeto de controversias. Inicialmente se desaconsejó, basado en estudios previos de neumonías por SARS, MERS, MERS-CoV en los que se asoció a prolongación del tiempo del aclaramiento viral ; sin un claro beneficio clínico y en algunos casos mayor incidencia de eventos adversos. [26] [27]

A principios de junio, el consorcio del estudio Recovery informó resultados de un estudio multicéntrico adaptativo, randomizado, controlado con doble ciego, que comparó dexametasona 6 mg/día durante un máximo de 10 días versus tratamiento de sostén. Se evidenció una disminución significativa de la letalidad a los 28 días 21,6% vs 24,6%; tasa ajustada por edad; Risk Ratio 0,83 [95% IC, 0,74-0,92]; P < ,001). En el análisis de grupos se evidenció un beneficio mayor en pacientes en ARM (29,0% vs. 40,7%; RR 0,65 [95% CI 0,51 a 0,82]; p<0,001). También fue eficaz para reducir la mortalidad en los pacientes que recibían oxigenoterapia por medio de cualquier otro tipo de dispositivo (21,5% vs. 25,0%; RR 0.80 [95% CI 0,70 a 0,92]; p=0,002; NNT 25). Llamativamente, la dexametasona no causó ningún efecto,

e incluso podría causar daño en los casos más leves, grupo constituido por pacientes internados que no recibían oxigenoterapia. (17.0% vs.13.2%, RR 1.22 [95% CI 0.93 a 1.61]; p=0.14). [28]

En base a estos resultados se modifican las recomendaciones respecto del uso de corticoides en pacientes COVID-19. Actualmente la OMS

> Se recomienda el uso de dexametasona 6 mg vía oral o endovenosa por día por 10 días, en pacientes con COVID-19 que requieren ventilación mecánica invasiva o requerimiento de oxígeno.
>
> No se recomienda su uso en etapas tempranas de la infección y en pacientes SIN requerimiento de oxigenoterapia, podría asociarse a un mayor riesgo de complicaciones

- Frente a situaciones que pudieran requerir uso de corticoides (por ejemplo, reagudización de EPOC, insuficiencia suprarrenal, shock refractario) se prefiere utilizar dosis bajas por periodos cortos.
- La terapia oral con corticosteroides utilizada antes del diagnóstico de COVID-19 para otra patología subyacente (por ejemplo, insuficiencia suprarrenal primaria o secundaria, enfermedades reumatológicas) no debería suspenderse excepto que exista otra indicación puntual.

Bibliografía

[1]Clinical management of COVID-19 https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-covid-19

[2] Magagnoli J, Narendran S, Pereira F, et al. Outcomes of hydroxychloroquine usage in United States veterans hospitalized with Covid-19. *medRxiv*. 2020. [Preprint]. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.16.20065920v2.

[3] Cao B, Wang Y, Wen D, Liu W et al. (2020) A trial of lopinavir-ritonavir in adults hospitalized with severe Covid-19. N Engl J Med. https:// doi.org/10.1056/nejmoa2001282

[4]Tang W, Cao Z, Han M, et al. Hydroxychloroquine in patients with COVID-19: an open-label, randomized, controlled trial. *medRxiv*. 2020. [Preprint]. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.10.20060558v1.

[5]https://www.who.int/es/news-room/detail/04-07-2020-who-discontinues-hydroxychloroquine-and-lopinavir-ritonavir-treatment-arms-for-covid-19

[6] Statement from the Chief Investigators of the Randomised Evaluation of COVid-19 thERapY (RECOVERY) Trial on hydroxychloroquine. Disponible online. https://www.recoverytrial.net/news/statement-from-the-chief-investigators-of-the-randomised-evaluation-of-covid-19-therapy-recovery-trial-on-hydroxychloroquine-5-june-2020-no-clinical-benefit-from-use-of-hydroxychloroquine-in-hospitalised-patients-with-covid-19

[7] Infectious Diseases Society of America Guidelines on the Treatment and Management of Patients with COVID-19. Disponible online:https://www.idsociety.org/practice-guideline/covid-19- guideline-treatment-and-management

[8]Therapeutic Options for COVID-19 Patients. Disponible online: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/therapeutic-options.html

[9] Seguridad de los pacientes con COVID-19 en relación con el uso de medicamentos sin evidencia científica sobre su beneficio. 23 de mayo 2020. Disponible online https://www.paho.org/es/documentos/seguridad-pacientes-con-covid-19-relacion-con-uso-medicamentos-sin-evidencia-cientifica

[10] Recomendaciones condicionales para el abordaje terapéutico de COVID-19 (29 de mayo 2020). Disponible online en https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/abordaje-terapeutico

[11] Casadevall A, Scharff MD. Return to the past: the case for antibody-based therapies in infectious diseases. Clinical infectious diseases. 1995; 21(1):150–161.

[12] Casadevall A, Scharff MD. Serum therapy revisited: animal models of infection and development of passive antibody therapy. Antimicrobial agents and chemotherapy. 1994;38(8):1695.

[13] Cheng Y, Wong R, Soo Y, Wong W, Lee C, Ng M, et al. Use of convalescent plasma therapy in SARS patients in Hong Kong. European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. 2005;24(1):44–46.

[14] Arabi YM, Hajeer AH, Luke T, Raviprakash K, Balkhy H, Johani S, et al. Feasibility of using convalescent plasma immunotherapy for MERS-CoV infection, Saudi Arabia. Emerging infectious diseases. 2016;22(9):1554.

[15] Fiebre Hemorrágica argentina. Instituto ANLIS Malbran. Disponible en http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001324cnt-fha-tutorial-notificacion-sivila-2012.pdf)

[16] Li L, Zhang W, Hu Y, et al. Effect of Convalescent Plasma Therapy on Time to Clinical Improvement in Patients With Severe and Life-threatening COVID-19: A Randomized Clinical Trial [published online ahead of print, 2020 Jun 3]. JAMA. 2020;e2010044. doi:10.1001/jama.2020.10044

[17] Xia X, Li K, Wu L et al. Improved Clinical Symptoms and Mortality on Severe/Critical COVID-19 Patients Utilizing Convalescent Plasma Transfusion. Blood blood.2020007079. doi: [publicado online 23 Junio 2020] https://doi.org/10.1182/blood.2020007079

[18] Liu S., Lin H, Baine I, Wajnberg Aet al. Convalescent plasma treatment of severe COVID-19: A matched control study. medRxiv 2020.05.20.20102236; doi:https://doi.org/10.1101/2020.05.20.20102236

[19] Duan K, Liu B, Li C, et al. Effectiveness of convalescent plasma therapy in severe COVID-19 patients. Proc Natl Acad Sci U S A 2020; 117: 9490-6.

[20] Shen C, Wang Z, Zhao F, et al. Treatment of 5 critically ill patients with COVID-19 with convalescent plasma. JAMA 2020; 323: 1582-9.

[21] Joyner MJ, Bruno KA, Klassen SA et al. Safety Update: COVID-19 Convalescent Plasma in 20,000 Hospitalized Patients. Mayo Clin Proc. 2020;95. DIsponible online https://els-jbs-prod-cdn.jbs.elsevierhealth.com/pb/assets/raw/Health%20Advance/journals/jmcp/jmcp_ft95_6_8.pdf

[22] Salazar E, Christensen PA, Graviss EA et al. Treatment of COVID-19 Patients with Convalescent Plasma Reveals a Signal of Significantly Decreased Mortality, The American Journal of Pathology (2020), doi: https://doi.org/10.1016/j.ajpath.2020.08.001.

[23] Berlin DA, Gulick RM, Martinez FJ. Severe Covid-19 [published online ahead of print, 2020 May 15]. N Engl J Med. 2020;10.1056/NEJMcp2009575. doi:10.1056/NEJMcp2009575

[24] Gandhi RT, Lynch JB, Del Rio C. Mild or Moderate Covid-19 [published online ahead of print, 2020 Apr 24]. N Engl J Med. 2020;10.1056/NEJMcp2009249. doi:10.1056/NEJMcp2009249

[25] Archivos Argentinos de Pediatría 2020;*Suplemento COVID*:c33-c41 / c33. Recomendaciones para el abordaje terapéutico de COVID-19.

[26] Sanders J, Monogue ML, Jodlowsk TZ. Pharmacologic Treatments for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). A Review. JAMA.Published online April 13, 2020.

[27] Arabi YM, Mandourah Y, Al-Hameed F, et al. Corticosteroid therapy for critically ill patients with Middle East Respiratory Syndrome. Am J Respir Crit Care Med 2018; 197: 757–67.

[28] The RECOVERY Collaborative Group. Dexamethasone in hospitalized patients with Covid-19 — preliminary report. N Engl J Med. DOI: 10.1056/NEJMoa2021436.

MINISTERIO DE
SALUD

GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
BUENOS
AIRES

gba.gob.ar