

PROPUESTAS PARA IMPLEMENTAR LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN LA ETAPA DE LA NUEVA NORMALIDAD.

I.- CONCEPTOS:

Caso confirmado de COVID-19: Paciente con o sin sintomatología que resulte positivo al estudio virológico para la COVID-19.

Sospechoso: Paciente que presenta manifestaciones clínicas sugestivas de la enfermedad COVID-19 (fiebre, tos seca, disnea gradual u otra manifestación respiratoria, decaimiento, malestar general, cefaleas, diarreas, pérdida del olfato y/o gusto) teniendo en cuenta la situación epidemiológica.

Se considera la persona que cumple los siguientes criterios clínicos y epidemiológicos:

Criterios Clínicos:

- Fiebre y tos (seca o productiva) de inicio agudo, o
- Tres o más de los siguientes síntomas y signos de inicio agudo: debilidad general, fatiga, cefalea, mialgia, artralgias, odinofagia, coriza, rinorrea, disnea, alteraciones del gusto, anosmia, anorexia, vómitos, diarreas, alteraciones del estado mental.

Criterios Epidemiológicos:

- Residir o trabajar en un área con alto riesgo de transmisión del virus dentro de los 14 días antes del inicio de los síntomas.
- Residir o viajar a un área de transmisión comunitaria en cualquier momento dentro de los 14 días anteriores al inicio de los síntomas.
- Trabajar en un entorno de salud o institución de salud, en cualquier momento dentro de los 14 días anteriores al inicio de los síntomas.
- Paciente con infección respiratoria aguda grave (con fiebre y tos; con inicio dentro de los últimos 14 días y que requiere hospitalización).

Contacto: Personas que han tenido contacto con un paciente confirmado o sospechoso de COVID-19, en los últimos 14 días de forma que se considere que ha tenido una exposición con riesgo de infección. Se considera de primer orden cuando el contacto es directo con el caso y de segundo orden cuando el contacto ha sido indirecto.

Caso activo: Caso confirmado de COVID-19 que no ha negativizado.

Caso índice: Primer caso notificado a la autoridad sanitaria y conduce hacia un foco localizado.

Foco de infección: Sitio o lugar donde se localizan los casos de COVID-19 o fuentes de infección de una enfermedad transmisible cualquiera y el territorio geográfico circundante. En esta epidemia la aparición de un caso confirmado de COVID-19 se considera foco.

Brote: Es el episodio en el cual ocurre dos o más casos que tienen relación entre sí temporo-espacial.

Evento: Episodio donde ocurren 10 ó más casos que tienen alguna relación entre sí, atendiendo a las características de personas y lugar; donde se aplican un conjunto de medidas de restricción incrementadas.

Las medidas de restricción adoptadas en el control de foco y eventos se mantendrán hasta 14 días después del último caso confirmado.

Equipo de respuesta rápida (ERR)

Equipo conformado a nivel de policlínico para el desarrollo inmediato de las acciones iniciales orientadas en los controles de foco.

Composición y acciones del ERR:

Está conformado por un Especialista en Higiene y Epidemiología ó MGI en funciones y el Operario de Saneamiento. Asumirá conjuntamente con el Equipo Básico de Salud las acciones de Control de Foco.

Ingreso o seguimiento domiciliario modificado de los contactos de casos confirmados y sospechosos.

Se realizará visita diaria de cualquiera de los integrantes del EBS a los contactos de casos confirmados y a los contactos de casos sospechosos para vigilar la aparición de algún síntoma sugestivo de la COVID-19, así como, para controlar e insistir en la permanencia en el hogar de estos casos y no recibir visitas.

En el caso que apareciera algún síntoma, se convierte inmediatamente en sospechoso y se determina su ingreso.

No se ingresarán en su domicilio y se procederá al aislamiento en institución seleccionada previa evaluación por la Comisión evaluadora a:

- Pacientes de más de 65 años, con enfermedad crónica descompensada, que sea menor de 2 años, gestantes.
- Persona con un comportamiento social y/o con condiciones en el hogar (hacinamiento u otro) que no permitan el ingreso domiciliario modificado.

Pesquisa activa:

Se realiza a grupos vulnerables dos veces a la semana nominal y con termometría digital.

En controles de foco o eventos: diaria, nominal y con termometría digital durante 14 días.

Acciones a seguir con casos confirmados, sospechosos y contactos:

➤ Casos confirmados:

- Encuesta Epidemiológica y notificación.
- Ingreso hospitalario y tratamiento
- Se le realiza PCR-TR evolutivo al 9no. día.
- Alta clínica con PCR negativo al 10mo. día.
- Ingreso domiciliario durante los 14 días posteriores al alta clínica y realización del PCR al 13vo. día.
- Si el resultado es positivo y no tiene síntomas de la enfermedad se mantiene en aislamiento domiciliario y se le repite cada 5 días hasta que negativice.
- Una vez negativizado, se da el alta epidemiológica.

➤ Casos sospechosos:

- Encuesta Epidemiológica y notificación
- Ingreso en Centro de Aislamiento
- Se realiza PCR-TR al día siguiente de su ingreso.
 - Si es negativo se da el alta.
 - Si es positivo (es caso confirmado) y se aplica el protocolo establecido.

➤ **Contactos de caso confirmado:**

- Ingreso domiciliario
- PCR-TR al 5to. día de su ingreso a los contactos, si es negativo, se da el alta. Si es positivo se convierte en caso confirmado y sigue el protocolo establecido.

➤ **Contacto de caso sospechoso.**

- Ingreso domiciliario
- Si el caso sospechoso, del cual es contacto es negativo, se le da el alta. Si es positivo se convierte en caso confirmado y sigue el protocolo establecido.

II. MEDIDAS DE CONTROL DE FOCO DE CASO DE LA COVID-19.

Las acciones del control de foco pueden ser en el mismo lugar o en varios lugares según el análisis epidemiológico del caso e incluye:

2.1 Notificación del caso

2.2 Delimitación del foco (Universo de personas o viviendas)

2.3 Limitación de entrada y salida al foco

2.4 Realización de historia epidemiológica (ver anexo)

2.5.- Evaluación clínica del caso.

2.6- Aislamiento del caso (especificar día y lugar).

2.7- Desinfección de las paredes, pisos, superficies de la vivienda, áreas comunes y sistemas de climatización con hipoclorito al 0,5%

2.8- Informe de la Inspección sanitaria estatal (Caracterización de la manzana, diligencias de inspección a centros y cierre de TCP colindantes. Exigencia del cumplimiento de las medidas de protección y contención.

2.9.- Pesquisa diaria, nominal con termometría dirigida a la búsqueda de pacientes con sintomatología sugestiva de la enfermedad con prioridad en el foco, en contactos de primer y segundo orden, personas con comorbilidades descompensadas, grupos vulnerables y áreas de riesgo colindantes.

2.10- Acciones de promoción de la salud: Promoción del código de vida.

2.11- Cuarentena domiciliaria a los contactos de casos confirmados (vigilancia personal, con realización del PCR 5to y 9no día del último contacto con el caso.

2.12- Se exceptúan de la cuarentena domiciliaria los adultos mayores con enfermedades asociadas así como aquellos que no tengan condiciones en el hogar y que su comportamiento social no permita el aislamiento, los cuales serán ingresados.

2.12- Alta clínica

2.13- Alta epidemiológica.

Expediente de control, Incluye:

- Informe de la Comisión Médica Evaluadora. (Valoración clínica de los contactos y sospechosos)
- Historia Epidemiológica
- Historia de la enfermedad actual

- Cronopatograma
- Araña epidemiológica
- Informe de la Equipo de Respuesta Rápida (Desinfección y acciones educativas)
- Informe de la Inspección Sanitaria Estatal (Caracterización de la manzana y Certificación de la inspección y aplicación de Decretos Leyes)
- Croquis de la manzana
- Resumen de la Pesquisa
- Certificación de foco

Estudios poblacionales:

Durante la COVID-19 se realizarán estudios en la población mediante una guía general que se adaptará a las condiciones y circunstancias del territorio, mediante un análisis epidemiológico y cualitativo flexible en el cual debe participar la comunidad (organizaciones de masas, criterios de mediadores, tales como dirigentes políticos o líderes religiosos u otras autoridades que gravitan en ese entorno). Esto, finalmente, articula con la concepción de que se necesita incorporar a la población en la toma de decisiones, aprovechando una sabiduría que no cabe en las fórmulas.

Consultas a Expertos:

Sobre los estudios poblacionales: Consulta al DrCs Luis Carlos Silva

En cuanto a quiénes elegir una vez que se ha decidido estudiar el entorno del evento, se abren dos posibilidades:

- 1) estudiar la totalidad de los individuos residentes en un perímetro fijado alrededor del sitio del evento
- 2) realizar una muestra de la población residente en el entorno o enclave de que se trate.

En principio, pensamos que NO ES ÓPTIMO emplear técnicas de muestreo sino que debe estudiarse a la totalidad de quienes queden dentro del perímetro determinado. Obviamente, esto último obliga a concentrar el esfuerzo en un territorio más bien estrecho o reducido, mientras que el muestreo pudiera abarcar a personas ubicadas en un radio mayor en torno al evento (esto en el supuesto de que se maneje un número de pruebas fijo destinado a este pesquisaje, ya sea haciendo un muestreo o un “censo”).

La base de esta opinión reside en que el muestreo permitiría “pescar” a algunos enfermos, sin duda; pero bien puede ocurrir que una persona en este caso dé negativo, mientras que su esposa o hijo pudiera estar enfermo sin que nos enteremos (pese a tener un riesgo igual de grande por razones de cercanía con el evento). A modo de ejemplo, supongamos que se decide estudiar 500 personas en la muestra (procedente de una población de 4000), y que hayamos 5 enfermos. Podremos estimar que el 1% de los residentes en esa población (es decir, 40 personas) estarían

enfermas, aunque de 35 de ellas no nos enteraríamos (salvo que algunas de ellas fueran posteriormente señaladas como contactos por los 5 enfermos que se hallaron). En síntesis, no resolveríamos el asunto de hallar a todos los enfermos con vistas a neutralizar su capacidad de contagiar.

Antes de considerar la posibilidad de hacer un “censo” en un perímetro más estrecho, quiero subrayar que no se está discutiendo si el muestreo (en caso de llevarse adelante) ha de ser probabilístico o por cuotas o de cualquier otro tipo. De hecho, hacer uso de cuotas y no emplear el azar, no necesariamente estaría mal, debido a que es un procedimiento operativo que hace factible y rápido el trabajo. Pero la objeción es conceptual y no concierne al tipo de muestreo que se haga sino al hecho mismo de apelar al muestreo como tal.

La otra alternativa es elegir a TODAS las personas de un perímetro especificado. Podrían elegirse cuadras o manzanas contiguas al sitio donde esté ubicado el evento. Mi recomendación sería la siguiente: tomar un perímetro de magnitud tal que abarque entre 50 y 60 personas por cada sujeto identificado como enfermo en el evento de que se trate. Es decir, si en la fiesta se infectaron 7, pongamos por caso, yo estudiaría quizás un perímetro que contenga 350 o 400 personas (quizás serían todos lo de una cuadra o todos los de las 100 viviendas más cercanas entre los cuales

estarían, obviamente, los que ya fueron identificados como contactos, pero también los que no estuvieron en ese caso). Es una cifra variable (que también demanda una decisión subjetiva, acaso basada en criterios, como antes, relacionada con los rasgos culturales del sitio en cuestión: allí donde el nivel cultural es más bajo y la madeja de relaciones vecinales sea más intrincada, elegir un número más cercano a 50, y en caso contrario, más cercano a 60 o 70).

Es implausible exponer una metodología algorítmica y rígida: con una guía general de este tipo bastaría. Sí considero que, a la hora de tomar una decisión, lejos de guiarse por una fórmula o algo así, habría que hacer un análisis cualitativo flexible en el cual sería aconsejable incorporar a la propia comunidad (criterios de mediadores, tales como dirigentes políticos o líderes religiosos u otras autoridades que gravitan en ese entorno).

Esto, finalmente, articula con la concepción de que necesitamos incorporar a la población en la toma de decisiones, aprovechando una sabiduría que no cabe en las fórmulas.

ANEXO

I. Historia Epidemiológica.

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA, COVID-19

Nombres			Apellidos		
Edad	Sexo __M __F	Color de la piel __ Blanca __ Mestiza __ Negra	Carné de identidad o pasaporte		Teléfono
DIRECCIÓN PARTICULAR					
Calle		Número	Entre calles		
Provincia		Municipio	Área de Salud	CMF	
Nacionalidad		País de procedencia	Ocupación: Centro de trabajo: Dirección:		
Centro que remite el caso: __ CMF __ Policlínico __ Hospital __ Otro			Hospital de ingreso:		
DATOS EPIDEMIOLÓGICOS					
Fecha de 1ros síntomas: Día____ Mes____ Año____		Fecha de 1ra consulta: Día____ Mes____ Año____		Fecha de ingreso: Día____ Mes____ Año____	
Fecha de egreso: Día____ Mes____ Año____					
Sitios visitados en últimos 15 días: _____ _____					

<p>¿Ha arribado al país procedente del extranjero en los últimos 15 días?</p> <p style="text-align: center;">__Si __No</p> <p>Fecha de arribo al país: Día____ Mes____ Año____</p> <p>País de procedencia: _____</p>	<p>¿Ha estado en contacto con alguna persona con síntomas respiratorios, sospecha o diagnóstico de COVID 19?</p> <p style="text-align: center;">__Si __No</p> <p>Lugar: _____</p> <p>Tipo de contacto: __Directo __Indirecto</p> <p>Fecha de contacto:Día____ Mes____ Año____</p>
---	---

DATOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO

<p>Antecedentes personales:</p> <p>__Hipertensión arterial</p> <p>__Diabetes</p> <p>__Obesidad</p> <p>__Enfermedades del corazón</p> <p>__EPOC</p> <p>__Asma</p> <p>__Inmunodeficiencias</p> <p>__Enfermedad e renal crónica</p> <p>__Tabaquismo</p> <p>__Otros: _____</p>	<p>Síntomas y signo:</p> <p>__Fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$</p> <p>__Rinorrea</p> <p>__Congestión nasal</p> <p>__Tos</p> <p>__Expectoración</p> <p>__Dolor de garganta</p> <p>__Cefalea</p> <p>__Falta de aire</p> <p>__Pérdida de olfato</p> <p>__Perdida del gusto</p> <p>__Decaimiento</p> <p>__Diarreas</p> <p>__Dolor abdominal</p> <p>__Anorexia</p> <p>__Ronquera</p> <p>__Dolor de pecho</p> <p>__Dolor muscular</p> <p>__Confusión mental</p>	
---	---	--

		__Otros	
Complementarios:			
Origen de la muestra: __Nasal __Orofaríngea __Sangre __Suero	Tipo de muestra	Fecha de realización	Resultado
	__Test de antígeno:	Día__ Mes__ Año__	__Positivo __Negativo
	__Serología :	Día__ Mes__ Año__	__Positivo __Negativo
	1ra muestra	Día__ Mes__ Año__	__Positivo __Negativo
	2da muestra	Día__ Mes__ Año__	__Positivo __Negativo
__PCR-TR: Al arribo al país:	Día__ Mes__ Año__	__Positivo __Negativo	
En población:	Día__ Mes__ Año__	__Positivo __Negativo	
5to día:	Día__ Mes__ Año__	__Positivo __Negativo	
10mo día:	Día__ Mes__ Año__	__Positivo __Negativo	
RELACIÓN DE CONTACTOS EN LOS ULTIMOS 14 DÍAS			
Nombre y apellidos	Edad	Centro de trabajo o estudio	Dirección de residencia Relación o parentesco
Nombre y apellidos	Edad	Centro de trabajo o estudio	Dirección de residencia

Observaciones:

Instrucciones generales para la confección de la Encuesta Epidemiológica COVID-19.

Datos generales (Nombre y apellidos, edad, sexo, color de la piel, ocupación, dirección)

Datos específicos de la enfermedad: Antecedentes patológicos personales APP, Antecedentes de contacto con personas confirmadas o sospechosas de COVID-19 19 en su comunidad, trabajo, estudio, u otro lugar. Antecedentes de viajes o contacto con personas del exterior 14 días antes de los síntomas (especificar país), fecha de primeros síntomas FPS, fecha y lugar del aislamiento, fecha de diagnóstico, presencia o no de síntomas, resultados de pruebas diagnósticas)

Cronopatograma: para identificar probable fecha de infección y fuente 14 días antes de la FPS.

Araña epidemiológica: A partir del caso sospechoso nos permite identificar los contactos de primer y segundo orden

Listado de los contactos (nombre y apellidos, edad, ocupación dirección, centro de trabajo o estudios, relación o parentesco).