

COMPONENTE: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA POR COVID-19

CIE 10 U07.1

Fecha de actualización: 20 de abril 2020

I. ANTECEDENTES

Información divulgada por las autoridades chinas, indican que los primeros casos de COVID-19 fueron reportados el 31 de diciembre de 2019, en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, fecha a partir de la cual se inicia una rápida diseminación en continente Asiático y paulatinamente hasta la fecha los 5 continentes han reportado un acumulado mayor a **2,000,000 casos confirmados, y más de 130,000 defunciones**. Alrededor del 80% de los casos se han identificado como leves y moderados, los casos graves y críticos (20%) se relacionan con adultos mayores o personas que presentan alguna comorbilidad (hipertensión, diabetes, insuficiencia renal, cáncer o inmunocomprometidos). Según los datos reportados por la OMS, se estima una letalidad de 6.4%.

Entre el 13 de febrero y el 20 de abril de 2020, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala ha procesado un total de 3057 muestras de los cuales 289 eran casos confirmados, 7 fallecidos y 22 recuperados. De los 22 departamentos en el país, 15 han reportado casos concentrando el 60% en Guatemala, Sacatepéquez, Chimaltenango

II. OBJETIVOS

1. Detectar oportunamente casos/grupos de infección por COVID-19 y cualquier evidencia de transmisión amplificada o sostenida de humano a humano
2. Determinar las características clínicas clave de la enfermedad, como período de incubación, espectro y curso clínico de la enfermedad.

3. Determinar las características epidemiológicas claves de la infección por el COVID-19, como exposiciones que resultan en infección, factores de riesgo, tasas de ataque secundario y modos de transmisión.

III. ALCANCE

Aplicación a nivel nacional

IV. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

► Definiciones de caso

4.1 Caso Sospechoso de COVID-19:

4.1.1 Persona con:

- Infección respiratoria aguda de **cualquier nivel de gravedad** que incluya al menos uno de los siguientes signos/síntomas: fiebre, tos, dolor de garganta, dificultad respiratoria.

O síntomas gastrointestinales (diarrea y/o vómitos).

Y que cumpla al menos uno de los siguientes:

Antecedente de viaje o residencia (cualquier parte del extranjero o área nacional con transmisión local o comunitaria* determinado por el MSPAS) en los 14 días previos al inicio de síntomas

- Trabajador de salud que atienda a pacientes en cualquier establecimiento de salud del país.

-
- Contacto** con casos confirmados por el COVID-19 en los 14 días previos al inicio de síntomas

-
- Contacto** en los 14 días previos al inicio de síntomas con cualquier persona que haya viajado recientemente fuera del país (menos de 14 días antes del contacto con el paciente).

-
- Contacto** en los 14 días previos al inicio de síntomas con cualquier persona que se encuentra en cuarentena por cualquier causa en el contexto de COVID-19

4.1.2 Persona con infección respiratoria aguda moderada o grave que incluya al menos uno de los siguientes signos/síntomas: fiebre, tos, dificultad respiratoria acompañado o no de sintomatología gastrointestinal (diarrea, vómitos) y que requiere hospitalización y sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica.

4.1.3 Persona con infección respiratoria aguda (de cualquier nivel de gravedad) que incluya al menos uno de los siguientes signos/síntomas: fiebre, tos, dificultad respiratoria acompañado o no de sintomatología gastrointestinal (diarrea, vómitos) **y que presente alguna enfermedad o condición crónica de base.**

4.2 Caso Probable:

Un caso sospechoso para quien la prueba de SARS-CoV2 es indeterminada.

Un contacto** de caso confirmado que falleció con síntomas respiratorios o gastro-intestinales sin muestra adecuada para prueba de SARS-CoV2.

4.3 Caso Confirmado:

Una persona con confirmación de laboratorio de infección por SARS-CoV2, independientemente de los signos y síntomas clínicos.

4.4 Caso Recuperado:

Un caso confirmado se define como recuperado: Para casos sintomáticos, al:

- Tener dos pruebas de control negativas consecutivas después de 48 horas de resolución

clínica en un intervalo de mínimo 24 horas entre cada prueba control

- Haber tenido 14 días de ser asintomático si no se puede hacer pruebas.

Para casos asintomáticos, al:

- Tener dos pruebas de control negativas consecutivas después de 14 días de resultado positivo sin síntomas.

► *Definición de tipo de transmisión:

*** Transmisión local:** Indica áreas donde la fuente de infección se encuentra en la localidad de notificación

*** Transmisión comunitaria:** Se evidencia por la falta de vínculo de casos confirmados a cadenas de transmisión para un número relevante de casos, o a través del incremento de resultados positivos de muestras.

► **Definiciones de contacto:

Contacto con caso confirmado: Un contacto es una persona que experimentó cualquiera de las siguientes exposiciones entre 2 días anteriores al inicio de los síntomas (o a la toma de muestra para un caso asintomático) y la recuperación de un caso confirmado:

Alto riesgo:

- Vivir en el mismo hogar que, ser un compañero íntimo de, o brindar atención en un entorno no médico (como un hogar) a un caso confirmado/viajero.
- Brindar atención sin EPP adecuado a un caso confirmado/viajero en un entorno médico.
- Contacto cercano (dentro de 2 metros durante 10 minutos o más) con un caso confirmado/viajero.
- En un avión, estar sentado a menos de 2 metros de un caso confirmado/viajero (esta distancia se correlaciona con aproximadamente 2 asientos en cada dirección).

Bajo riesgo:

- Estar en el mismo ambiente interior (por ejemplo, un aula, sala de espera del hospital) con

un caso confirmado/viajero durante un período prolongado, sin cumplir con la definición de un contacto cercano (es decir, no dentro de 2 metros durante 10 minutos o más).

- Estar sentado en un avión dentro de dos filas de un caso confirmado/viajero sintomático de COVID-19 pero a más de 2 metros de distancia.

No riesgo identificado (no se lista como contacto):

- Las interacciones con una persona con un caso confirmado/viajero que no cumple con ninguna de las condiciones de alto o bajo riesgo mencionadas anteriormente, como caminar cerca de la persona.

V. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTOS

5.1 Toma y envío de muestra:

Hisopado nasofaríngeo y orofaríngeo el cual debe ser colocado en medio de transporte viral, manejando cadena de frío (+ 4° C + 8° C) y normas de bioseguridad según normativa vigente del Laboratorio Nacional de Salud (ver anexo LNS). Si la muestra fue tomada en las primeras 72 horas de inicio de síntomas, y el resultado es negativo, evaluar, en consenso con depto. de Epidemiología de nivel central, la toma de 2da muestra al 7° día de iniciado los síntomas.

5.2 Notificación:

Todo caso sospechoso debe ser notificado inmediatamente al Departamento de Epidemiología (teléfono, epiduario o cualquier medio disponible), teléfono 2445-4040 o a los correos electrónicos y epidemiologiamspas@mspas.gob.gt. Y se deberá registrar en el SIGSA 3 con el código CIE-10 U07.1

Para servicios privados notificar en Epi Diario (solicitar usuario a edonis@mspas.gob.gt).

Llenar clara y correctamente la ficha epidemiológica de virus respiratorios-COVID 19 disponible en <http://epidemiologia.mspas.gob.gt>. Sección de coronavirus.

Todo servicio de salud deberá identificar y notificar inmediatamente al nivel superior todo evento sea este hospitalario, ambulatorio o por defunción.

Las áreas de salud continuarán con la activación de

los equipos para la vigilancia y respuesta rápida (ERI) a nivel de las Direcciones de Área y Distritos que incluye clínicos, técnicos de laboratorio, personal de promoción y comunicación, autoridades de salud animal del MAGA y locales como COCODES, COMUDES, CODEDES.

Los ERI deben estar capacitados para responder inmediatamente e implica la coordinación con otros niveles, contando con equipos de protección personal, comunicación, transporte y envío de muestras al Laboratorio Nacional de Salud (LNS).

De acuerdo al Reglamento Sanitario Internacional, el LNS enviará los resultados de laboratorio de las muestras en las 48 horas que siguen a la detección de casos.

5.3 Notificación internacional

El Departamento de Epidemiología (DE) se constituye en el Centro Nacional de Enlace (CNE) por lo cual deberá cumplir con lo estipulado en el RSI en su anexo No. 4.

5.4 Investigación de brote

Todo rumor debe ser investigado (casos reportados en la prensa hablada o escrita, provenientes de la comunidad, personal de salud, ONG o cualquiera otra fuente) de manera inmediata y se deberá notificar su confirmación o descarte a la unidad de salud correspondiente.

El DE difundirá la confirmación de los casos diariamente a las DAS; las cuales a su vez deberán informar a sus servicios de salud respectivos.

La alerta de un brote (un caso) deberá notificarse en el formulario correspondiente (**ver protocolo de investigación de brotes**) e inmediatamente en un periodo máximo de 24 horas de identificado el brote al Departamento de Epidemiología (DE) utilizando las vías de epiduario, correo electrónico oficial de departamento de vigilancia o telefónicamente.

Mantener coordinación con Laboratorio Nacional para garantizar el transporte y el envío de muestras de inmediato. Finalizado el brote deberá enviar el Informe Final en el término 15 días hábiles, siguiendo el formato de protocolo. Los casos de defunción en caso de brote se notificarán inmediatamente.

Toda alerta de brote, deberá notificarse inmediatamente al nivel superior y a la coordinación de vigilancia epidemiológica del Departamento de

Epidemiología, a los teléfonos: 24710338-24454040.
Correos electrónicos epidemiologiamspas@
mmpas.gob.gt.

muestra en consenso con epidemiología de nivel central y debe continuar la cuarentena hasta completar el período.

5.5 Periodicidad y flujo de los datos

El reporte de las Unidades Notificadoras al Departamento de Epidemiología se hará de manera inmediata e individual.

5.6 Acciones de prevención y control:

5.6.1 Con el caso sospechoso:

- Realizar listado preliminar de contactos (alto y bajo riesgo) inmediatamente identificado
- Instalación de aislamiento (domiciliar u hospitalario según gravedad de la enfermedad) hasta que se tenga resultado de laboratorio; si este es negativo se levanta el aislamiento con plan educacional para prevención de infecciones respiratorias agudas.
- Cuando el caso es positivo continuar aislamiento hasta que se clasifique como recuperado (ver definición en numeral 4.4)
- Investigación de contactos si el caso es positivo (ver numerales 4 y 5.6.2)

5.6.2 Con los contactos:

Acciones dirigidas a contactos de alto riesgo:

- A todo contacto de alto riesgo identificado se le deberá tomar muestra de hisopado nasofaríngeo y orofaríngeo al primer contacto, y debe ser sometido a cuarentena estricta de 14 días; si el resultado es negativo y la persona es sintomática evaluar 2da muestra en consenso con epidemiología de nivel central y continuar la cuarentena hasta completar el período.
- Los contactos de alto riesgo asintomáticos que durante la cuarentena desarrollen síntomas se les deberá tomar 2da muestra de hisopado nasofaríngeo y orofaríngeo.

Acciones dirigidas a contactos de bajo riesgo:

- A todo contacto de bajo riesgo identificado debe ser sometido a cuarentena estricta de 14 días. Si desarrolla síntomas se deberá tomar muestra de hisopado nasofaríngeo y orofaríngeo; si el resultado es negativo evaluar tomar segunda

Lineamientos para efectuar pruebas de Control COVID-19

Las pruebas de Control para casos positivos de COVID-19 deberán sujetarse a los siguientes criterios:

• Primer control

- a. Casos asintomáticos: 24 horas después de finalizar los 14 días de aislamiento.
 - b. Casos sintomáticos: 48 horas después de finalizados todos los síntomas.
 - c. En ningún momento deberá solicitarse controles adicionales en días intermedios
- Si el primer control es NEGATIVO, realizar un control adicional con 24 horas de diferencia para hacer un total de dos controles.
 - Si el primer control es POSITIVO repetir la muestra 5 días después.
 - Continuar con el proceso de control de muestra cada 5 días hasta que exista 2 resultados NEGATIVOS sucesivos (intervalo mínimo de 24 horas).

5.6.3 Con los viajeros

- Investigar información sobre signos, síntomas y posibles medios de infección (ver lineamientos de monitoreo de contactos de casos confirmados a COVID-19. Anexo).
- Cuarentena por 14 días (ver Anexo y circular VIGEPi No.11-2020, Lineamientos de Instauración, seguimiento y duración de cuarentena para COVID-19).

5.6.4 Migrantes Retornados:

Las acciones de vigilancia y toma de muestra con este grupo de población, serán las establecidas por el despacho Ministerial.

5.6.3 Brotes:

Al identificar un brote, activar el equipo de respuesta inmediata de los servicios de salud para realizar la investigación respectiva en la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Cerpa, M., Naravane, A., Davar, K., & Palekar, R. (2015). Unusual Respiratory Event Surveillance Assessment: 2014. Washington, D.C. Retrieved from www.paho.org/publications/copyright-
- International Air Transport Association (IATA). (2015). Dangerous Goods Regulations 3.6.2.2 Classification of Infectious 3.6.2 Division 6.2-Infectious Substances.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Reglamento Sanitario Internacional 2005.
- Pan American Health Organization. (2018). Variant influenza A viruses and other novel influenza A viruses with pandemic potential.
- Sullivan, S. G., Feng, S., & Cowling, B. J. (2014). Potential of the test-negative design for measuring influenza vaccine effectiveness: a systematic review. *Expert Review of Vaccines*, 13(12), 1571-1591. <https://doi.org/10.1586/14760584.2014.966695>
- World Health Organization. (2009). International Health Regulations Annex 2 Stability testing of active pharmaceutical ingredients and finished pharmaceutical products. Retrieved from <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19133en/s19133en.pdf>
- World Health Organization. (2015). OMS | Detección temprana, evaluación y respuesta ante eventos agudos de salud pública (No. WHO/HSE/GCR/LYO/2014.4). World Health Organization. Geneva: World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_LYO_2014.4/es/
- World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. (2008). A Guide to Establishing Event-based Surveillance.
- World Health Organization. (2004). Laboratory biosafety manual Third edition. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (2011). Manual for the laboratory diagnosis and virological surveillance of influenza. World Health Organization.
- World Health Organization. (2012). Rapid risk assessment of acute public health events. WHO/HSE/GAR/ARO/2012.1. WHO. World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). Global Epidemiological Surveillance Standards for Influenza (ISBN 978 92 4 150660 1). Geneva, Switzerland. <https://doi.org/978 92 4 150660 1>
- World Health Organization. (2014). Early detection, assessment and response to acute public health events: Implementation of Early Warning and Response with a focus on Event-Based Surveillance Interim Version (WHO/HSE/GCR/LYO/2014.4). Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (2018). WHO Protocol to investigate non-seasonal influenza and other emerging acute respiratory diseases (WHO/WHE/IHM/GIP/2018.2). WHO. Geneva: World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/influenza>