

## Pregunta 4.

### ¿Cuál es el algoritmo de manejo de un caso sospechoso?

*Objetivo: explicación sencilla de cómo manejarnos ante un caso sospechoso (incluso desde la consulta telefónica o en consultorio de un paciente); citar protocolos de manejo de entidad específica.*

*Dr. Sebastián Ferreiro.*

De la lectura de la guías de OMS, Ministerios de Salud (nacional y provincial) y sociedades científicas, surge el siguiente orden de conductas ante un caso “probable”:

#### → Punto 1. CONOCER LA DEFINICIÓN DE CASO SOSPECHOSO.

Se desarrolló en la pregunta 2. Como repaso, a la fecha, se define caso sospechoso en las siguientes situaciones [1,2]:

- PIEBRE + UNO O MÁS SÍNTOMAS RESPIRATORIOS (TOS, ODINOFAGIA O DIFICULTAD RESPIRATORIA) + EXPOSICIÓN EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS (contacto con caso confirmado o probable, o historia de viaje a los países con transmisión local del agente causal).
- ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA + CONTACTO CON CASO CONFIRMADO O PROBABLE DE INFECCION POR COVID-19.
- ENFERMEDAD RESPIRATORIA SEVERA + AUSENCIA DE DIAGNÓSTICO ALTERNATIVO.

La definición de caso es dinámica y puede variar con la situación epidemiológica.

#### → Punto 2. ESCENARIOS EN LOS CUALES PODEMOS TOMAR CONTACTO CON CASO SOSPECHOSO.

Los escenarios por los cuales el paciente afectado puede llegar al sistema de atención son:

1) consulta en domicilio (llamado a servicio de emergencias de cobertura médica o a números del sector público). En este caso, se activan los protocolos específicos del sistema de emergencias convocados, indicándose, a la fecha la asistencia en una institución de salud para confirmación diagnóstica, control y aislamiento; traslado a cargo del sistema mencionado. Se contempla el posterior aislamiento en domicilio de una caso confirmado leve con estrecho contacto y control.

2) consulta a integrante del equipo de salud fuera del ámbito institucional. En este caso, se debe invitar al individuo a acercarse a una institución de salud para continuar con el protocolo mencionado. En caso de ser en una visita presencial, se

aconseja proveer un barbijo quirúrgico y proceder al traslado (espontáneo o mediante sistema de emergencias) a institución de salud. Posterior limpieza del sitio de atención luego del evento.

3) Llegada a espontánea a institución de salud. Léase luego.

4) hallazgo de casos por fuera del sistema de salud (en general por actitudes negligentes de particulares, poniéndose en funcionamiento el sistema de emergencias local).

### → Punto 3. LLEGADA DEL PACIENTE A LA INSTITUCIÓN DE SALUD.

1) Si la llegada del paciente es espontánea, triage epidemiológico [3].

Mediante 3 preguntas: 1) historial de viaje; 2) síntomas de infección respiratoria sin otra etiología que justifique el cuadro clínico; 3) contacto estrecho con alguna persona con confirmación de laboratorio.

Según protocolo de Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, la respuesta Sí a alguna de las preguntas implica la separación de la persona sospechosa.

El triage no es un mecanismo para negar atención a las urgencias.

Debe ser realizada a la **llegada** del paciente a la institución sanitaria.

2) Proveer al paciente un barbijo quirúrgico apenas se detecte un caso sospechoso.

3) En caso de derivación atendiendo los ítems del punto anterior, proseguir algoritmo (barbijo quirúrgico, si no lo tenía, y separación de la persona sospechosa).

### → Punto 4. ATENCIÓN INICIAL DEL PACIENTE CONSTITUÍDO UN CASO SOSPECHOSO.

1) Evaluación del paciente en habitación privada, con puerta cerrada y ventilación adecuada. En caso de no ser posible, se puede utilizar una sala compartida; sendos ministerios indican que se pueden agrupar los pacientes con los siguientes requisitos: distancia entre camas de 1 metro, ventilación natural de 60 L/s por paciente y personal exclusivo [2,3].

2) Personal que atiende al paciente: medidas habituales de precaución estándar, de contacto y transmisión por gota [1,2,3].

### → Punto 5. PREPARACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD QUE ATENDERA AL PACIENTE. COMO ME VISTO (y posteriormente, ME DESVISTO).

Se recomiendan las medidas de aislamiento arriba citadas. Es recomendable tener los equipos de insumos ya preparados. La importancia de cómo me visto para asistir al paciente se relaciona con la facilidad para posteriormente desvestirme.

Materiales a utilizar y pasos a cumplir: 1) Higiene de manos [4]; 2) Orden para vestirse: primer par de guantes – camisolín – barbijo – antiparras – cofia – segundo par de guantes; 3) Orden para desvestirse: segundo par de guantes (1° desde parte externa; 2° desde parte interna) - lavado con alcohol en gel sobre primer par de guantes –

camisolín (desde parte interna) – nuevo lavado con alcohol en gel sobre primer par de guantes – cofia (desde parte interna) - antiparras (desde sus patillas) – barbijo – primer par de guantes – higiene de manos.

Notas: barbijo N95 / alta eficacia en caso de procedimientos sobre la vía aérea (toma de muestras, intubación, procedimientos invasivos).

Se sugiere consultar normativas e instrucciones de cada institución.

## → Punto 6. ASISTENCIA INICIAL DEL PACIENTE PROPIAMENTE DICHO EN AMBITO DE INTERNACIÓN.

Una vez preparado, ingreso al recinto en donde se encuentra el paciente. Si el paciente no presenta un estado crítico, se recomienda cumplir los pasos descriptos. El orden de las actuaciones recomendadas es el siguiente:

- 1) Realizar las fichas epidemiológicas (antes de tener contacto con el paciente para su examen o para realizar procedimientos). Una vez redactadas entregar a compañera o compañero que esté por fuera de la habitación. De esta manera, las fichas podrán ser adjuntadas con las muestras sin haber tenido contacto con el paciente. La birome utilizada debería acompañar siempre a las fichas epidemiológicas.
- 2) Completar interrogatorio y examen del paciente. Este punto merece dos aclaraciones: 1) se aconseja no revisar las fauces, a menos que se considere estrictamente necesario; 2) se recomienda evaluar escribir la historia clínica fuera de la habitación (una vez terminadas las actuaciones con el paciente).
- 3) Obtención de muestras de ser necesario. En este punto, el orden de jerarquía es el siguiente: esputo, hisopados, muestras invasivas (para ampliar este tema, aconsejamos la lectura de la pregunta 5).
- 4) Otros: a) obtención de muestras de sangre para su análisis o hemocultivos en caso de sospecha de neumonía; b) obtención de Rx de tórax (o tomografía); c) obtención de ECG (no recomendado a menos que exista una alteración puntual desde el punto de vista clínico que lo requiera).

Nota: los laboratorios de Influenza y otros Virus Respiratorios de la provincia de Buenos Aires que forman parte de la Red Nacional que cuentan con capacidad de diagnóstico de virus influenza por PCR son los siguientes: Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas (Morón), Hospital Interzonal de Agudos Rodolfo Rossi (La Plata), Hospital San Juan de Dios (La Plata), Instituto nacional de Epidemiología Juan Jara (General Pueyrredón), Hospital Materno Infantil Argentina Diego (Azul). Los establecimientos de la provincia, pertenecientes al subsector privado o de la seguridad social, que no cuenten con laboratorios con capacidad de diagnóstico de Influenza por PCR podrán derivar las muestras a esta Red. Ante un resultado negativo para Influenza (por PCR) se derivarán, a través del componente laboratorio del SNVS 2.0 al Laboratorio Nacional de Referencia y Centro Nacional de Influenza de OMS: Servicio Virosis Respiratorias, INEI- ANLIS “Carlos G. Malbrán”, para que se realice la caracterización viral correspondiente.

## → Punto 7. CONTINUIDAD DE LA ASISTENCIA DEL PACIENTE INTERNADO.

En este punto, se diferencia al paciente “estable” del “crítico” (ver punto 8).

El caso sospechoso “estable” permanece internado hasta: 1) negatividad de las pruebas diagnósticas; 2) ausencia por completo de síntomas en caso de positividad de las pruebas diagnósticas. Se realizan los controles básicos habituales para determinar su evolución (con particular atención a la evolución de los pacientes que constituyen grupos de riesgo, ver pregunta 3). Reciente incorporación de la posibilidad del manejo domiciliario de casos confirmados [3].

### → Punto 8. MANEJO DEL PACIENTE CRÍTICO.

La mayor parte de los casos son leves. Un porcentaje desarrollará cuadro severo con neumonía, distress respiratorio y complicaciones relacionadas. Un estudio de cohorte de 1099 enfermos de COVID-19 en China evidenció que un 15% desarrolló neumonía grave (173 de 1099) [5]. De ellos, el 19% ingresó a Unidad de Cuidados Intensivos, requiriendo algún soporte ventilatorio el 46% de los mismos. La mortalidad en este grupo fue del 8% (14 de 173).

Para el manejo de estos pacientes, caben las medidas “generales” arriba mencionadas. Adicionalmente se evalúa el uso de los siguientes recursos:

- 1) Oxigenoterapia. Indicar oxígeno suplementario a pacientes con insuficiencia respiratoria por COVID-19 para lograr una  $spO_2 > 94\%$ . En adultos con signos de emergencia (ausencia de ventilación o severo compromiso de la misma, severo distress respiratorio, cianosis central, shock, coma o convulsiones) debe abordarse la vía aérea; mantener una  $spO_2 \geq 94\%$  en esa primera etapa. Una vez que el paciente se encuentre estable, el objetivo es una  $spO_2 > 90\%$ , ascendiendo a  $\geq 92-95\%$  en pacientes embarazadas.
- 2) Terapias no invasivas. CAFO (cánula nasal de alto flujo de oxígeno) y VNI (ventilación no invasiva; opciones c-PAP, bi-PAP, VNI con ventilador microprocesado). Tanto la OMS [6] como grupos individuales como el español [7], citan que estos recursos se deben utilizar en pacientes seleccionados con insuficiencia respiratoria hipoxémica y deben monitorizarse en forma cercana ante el eventual deterioro (como en otras etiologías). El grupo español (país con elevado número de casos) cita la importancia de incluir todas las técnicas de soporte ventilatorio disponibles en la actualidad, ante las dificultades logísticas para disponer de respiradores y camas en unidades de cuidados intensivos. Asimismo, implementar esta medida en un ambiente de máxima seguridad.

Recomendaciones especiales para instaurar VNI son:

- cPAP / peep / ePAP altas: entre 10-14 cmH<sub>2</sub>O.
- $fiO_2$  necesaria para  $spO_2 \geq 92\%$ .
- Si se necesita usar PS, valorar el VT para evitar la sobredistensión pulmonar.
- No emplear valores superiores a 5 cmH<sub>2</sub>O de PS como norma general.
- Objetivo de VT 6 ml/kg peso teórico.
- Se puede usar VNI en prono en fases iniciales y casos seleccionados.
- Objetivos de manejo farmacológico (opiáceos): 1) disminución de la disnea; 2) disminución de la frecuencia respiratoria.
- Medidas de seguridad: 1) todas las interfases tienen que llevar conectado un filtro o en su defecto un HME en el codo; 2) minimizar al máximo las desconexiones de los circuitos; 3) dos operadores para cambios de interfases (entre otros cuidados)

- 3) Ventilación mecánica invasiva: rápida instrumentación en las situaciones mencionadas arriba y en caso de fracaso de la terapéutica no invasiva. Técnicas de ventilación habituales para distress respiratorio severo.  
Como apartados especiales se mencionan:
  - Recomendaciones especiales para la intubación orotraqueal (en particular personal experimentado, personal mínimo durante el procedimiento y secuencia de intubación rápida si es posible) [8].
  - Recomendaciones especiales para el manejo inicial (uso de HME con filtro previo a la Y del ventilador, evitar desconexión innecesaria, aspiración cerrada, fármacos inhalatorios sólo de ser indispensable y siempre equipo de protección personal) [8].
- 4) Otras medidas terapéuticas (no específicas): manejo conservador de fluidos; en caso de NAC grave, agentes antimicrobianos empírico hasta resultados de estudios microbiológicos; no uso sistemático de corticoides; contemplar comorbilidades [9].
- 5) Otras medidas terapéuticas (específicas): hay líneas de investigación en curso. Hay protocolos que admiten uso de algunas drogas con consentimiento informado (léase pregunta 6).

#### Referencias bibliográficas.

- [1] Global Surveillance for COVID-19 caused by human infection with COVID-19 virus. WHO. 20 mar20. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1272502/retrieve>
- [2] Definición de caso. Recomendaciones para el Equipos de Salud. MSAL Nación. <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/Definicion-de-caso>
- [3] Protocolo de manejo frente a casos sospechoso de enfermedad por COVID-19. MSAL Pcia Bs As. <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/coronavirus/files/2020/03/Actualizaci%C3%B3n-Protocolo-COVID-16-Marzo-2020-1-1.pdf>
- [4] Higiene de manos. OMS. [https://www.who.int/gpsc/5may/Hand\\_Hygiene\\_When\\_How\\_Leaflet\\_OPC\\_Sp\\_web\\_2012.pdf?ua=1](https://www.who.int/gpsc/5may/Hand_Hygiene_When_How_Leaflet_OPC_Sp_web_2012.pdf?ua=1)
- [5] Guan W, Ni z, Hu Y et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Eng J Med 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2002032.
- [6] Clinical Manegement of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. WHO. 13mar20. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1272156/retrieve>
- [7] Alonso Íñigo José Miguel, Carratalá Perales José Manuel, Díaz Lobato Salvador. Recomendaciones para el uso de Ventilación Mecánica No Invasiva, Sistemas de c-PAP y Terapia de Alto Flujo en Pacientes con Infección Respiratoria por Covid-19. Marzo 2020. Grupo Multidisciplinario Español de Expertos en Terapias Respiratorias No Invasivas. Apéndice: <http://m.areavmni.es/images/Apendice%20VMNI-CR%20Covid%2019%20Marzo%202020.pdf>
- [8] Intubación orotraqueal en COVID-19 y Manejo Inicial. Manejo de pacientes ventilados. Bioseguridad. Recomendaciones para el Equipos de Salud. MSAL Nación. <https://www.argentina.gob.ar/recomendaciones-para-equipos-de-salud/manejo-de-pacientes-ventilados-bioseguridad>.
- [9] Tratamiento de sostén. Recomendaciones para Equipos de Salud. MSAL Nación. <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/tratamiento-sosten>.