



Lineamientos Nacionales para la Vigilancia de la enfermedad COVID-19

Costa Rica

24 de Abril 2020

Versión N°12

Vigencia a partir del 24 de abril del 2020

(Próxima revisión 11 de mayo del 2020)

Este documento fue realizado por el grupo técnico conformado por:

Ministerio de Salud

Dr. Roberto Arroba Tijerino

Dra. Adriana Torres Moreno

Dr. Carlos Salguero Mendoza

Dra. Sandra Delgado Jiménez

Dr. Aarón Agüero Zumbado.

Dr. José Mora Carvajal

Dr. Rodrigo Marín Rodríguez

Caja Costarricense del Seguro Social

Dra. Marcela Hernández de Mezerville

Dra. Olga Arguedas Arguedas

Dra. Guiselle Guzmán Saborío

Dra. Xiomara Badilla

Inciensa

Dr. Hebleen Brenes Porras

Dra. Elizabeth Saenz

Dra. Liseth Navas

Dr. Jorge Sequeira

Universidad de Costa Rica

Dra. Eugenia Corrales Aguilar

Asesoría Organización Panamericana de la Salud

Dr. Wilmer Marquiño

Contenido

Alcance	4
Características generales	4
Definiciones operativas:	4
Caso sospechoso:	4
Caso Probable:	5
Caso Confirmado:	5
Confirmación y descarte de casos	6
Procedimientos de vigilancia epidemiológica	6
Detección:.....	6
Notificación y vigilancia de los casos sospechosos, probables y confirmados	7
Investigación:.....	7
Atención de brotes:	8
Toma y transporte de muestras de casos sospechosos a los laboratorios.....	9
Control y prevención	10
Estudio de Contactos.....	11
Indicaciones para determinar la recuperación de los pacientes positivos por COVID-19	15
Vigilancia Centinela	16
Comunicación Social de Riesgo	16
Bibliografía	17
Anexos	19

Alcance

La aplicación de estos lineamientos es obligatoria, donde se brinden funciones de atención directa e indirecta de personas, en los servicios de salud públicos y privados, así como en los tres niveles de gestión del Ministerio de Salud.

Debido a que los conocimientos generales y la situación epidemiológica de este nuevo coronavirus se encuentran en una condición evolutiva y dinámica, tanto en el contexto local como internacional, estos lineamientos se revisarán de forma periódica y se publicará la versión vigente en la página web del Ministerio de Salud (<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/741-noticias-2020/1532-lineamientos-nacionales-para-la-vigilancia-de-la-infeccion-por-coronavirus-2019-ncov>).

Características generales

Los coronavirus (CoV) son una amplia familia de virus, algunos de ellos causan enfermedad que se manifiesta desde un resfriado común hasta enfermedades mucho más severas como el MERS-CoV y SARS-CoV. El coronavirus nuevo (COVID-19) es un virus que no había sido identificado previamente en humanos.

Es importante tener en cuenta que existen cuatro coronavirus humanos (HCoV) endémicos a nivel global: HCoV-229E, HCoV-NL63, HCoV-HKU1 y HCoV-OC43, además de otros dos coronavirus que causan infección zoonótica en humanos: MERS-CoV y SARS-CoV. Estos coronavirus son diferentes al COVID-19 circulante en la actualidad, por lo que su detección no excluye en absoluto la infección por este nuevo coronavirus.

Definiciones operativas:

Caso sospechoso:

1. Persona con infección respiratoria aguda (fiebre y al menos un signo o síntoma de enfermedad respiratoria como por ejemplo, tos, dificultad respiratoria, dolor de garganta, congestión nasal) y que cumpla al menos **uno** de los siguientes criterios: *
 - a. No tener otra etiología que explique completamente la presentación clínica del evento.
 - b. Un historial de viaje fuera del país en los 14 días previos al inicio de los síntomas
 - c. Antecedente de haber iniciado el cuadro clínico ya descrito en los 14 días posteriores de haber estado en contacto cercano:
 - i. Con alguna persona con historial de viaje fuera del país en los últimos 14 días de haber ocurrido ese contacto.
 - ii. Con alguna persona que haya sido contacto directo (en el posible período de cuarentena de esta última) de un caso confirmado

2. Persona mayor de 15 años con infección respiratoria aguda grave (IRAG). En el caso de los menores de 15 años será la IRAG sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica.
3. Una persona con anosmia (pérdida del sentido del olfato) o disgeusia reciente (cambio en la percepción del gusto), sin otra etiología que explique la presentación clínica.
4. Paciente con enfermedad respiratoria aguda de cualquier grado de severidad, que dentro de los 14 días anteriores al inicio de la enfermedad tuvo contacto físico cercano con un caso confirmado, probable o sospechoso por COVID-19.

*** El panel respiratorio no será requisito para hacer la prueba por COVID-19.**

Independientemente de los criterios de clasificación de caso, si el médico tratante considera que existen suficientes sospechas clínicas y/o epidemiológicas, podrá definir la necesidad de tomar la prueba por COVID-19

Caso Probable:

1. Un caso sospechoso para quien la prueba para el virus COVID-19 no es concluyente; o
2. Un caso sospechoso para quien la prueba no pudo realizarse por algún motivo.

Caso Confirmado:

Corresponde a una persona a quien se la ha confirmado, la infección por el virus que causa la enfermedad COVID-19, indistintamente de los síntomas y signos clínicos.

La confirmación la harán los laboratorios públicos y privados que cuenten con una prueba de PCR-RT capaz de identificar genes de SARS-CoV-2, que cuenten con autorización de una entidad regulatoria externa tal como FDA o su equivalente, debidamente autorizada por el Ministerio de Salud, así como el Centro Nacional de Referencia de Virología de Inciensa.

***Definición de IRAG**

La persona se clasifica como IRAG si presenta:

- Historia de fiebre o fiebre de 38°C o más y,
- Dolor de garganta o tos y,
- Disnea o dificultad respiratoria y,
- Con aparición dentro de los últimos 10 días, y
- Necesidad de hospitalización (según criterios establecidos en el Protocolo Nacional de Vigilancia de la persona con Influenza y otras virosis)

Confirmación y descarte de casos

La confirmación y descarte de los casos será determinado por la Comisión Interinstitucional Regional de Vigilancia de la Salud (CIREVIS).

Procedimientos de vigilancia epidemiológica

Detección:

La detección de casos sospechosos se puede dar en los servicios de salud públicos y privados. El médico del establecimiento de salud que atiende el caso al primer contacto con el paciente debe elaborar la historia clínica, realizar el examen físico, considerando los diagnósticos diferenciales e indicar la recolección de las muestras respiratorias, que deben ser referidas al laboratorio de referencia establecido por el centro de salud de atención según lo indica el apartado de **toma y transporte de muestras de casos sospechosos y probables**.

En el caso de **servicios privados** en los que el paciente opte por hacerse la prueba por COVID-19, se deberá revisar estrictamente para todo caso la condición de asintomático o sintomático, de la cual desprenden las siguientes situaciones:

- Todo paciente sintomático respiratorio **sin excepción** deberá ser valorado por un médico para determinar su condición clínica:
 - Si tiene nexos epidemiológicos para COVID-19 (caso sospechoso) se le deberá inmediatamente emitir y notificar la boleta VE01 al Ministerio de Salud.
 - Si no tiene nexos epidemiológicos u otra condición que lo catalogue como caso sospechoso, se le deberá indicar aislamiento preventivo en su lugar de residencia hasta que se reporte el resultado, y solo se emitirá orden sanitaria de aislamiento en caso de que el resultado sea positivo por COVID-19. De ser este el caso, el laboratorio será el responsable de enviar inmediatamente la boleta VE01 al Ministerio de Salud para tomar las acciones respectivas.
- Todo paciente sin síntomas:
 - Si tiene nexos epidemiológicos se le tomará la muestra y se le indicará que debe aislarse en su domicilio hasta que el resultado se reporte. El laboratorio deberá notificar al Ministerio de Salud inmediatamente al correo notificacion.covid19@misalud.go.cr para verificar su condición de contacto directo con un caso confirmado. En caso que el reporte sea positivo por COVID-19, el laboratorio deberá reportar inmediatamente al Ministerio de Salud llenando la boleta VE01 y notificando al paciente el resultado e indicándole que debe continuar el aislamiento y que el Ministerio de Salud se pondrá en contacto en las siguientes 24 horas.
 - Si no tiene nexos epidemiológicos no se deben tomar acciones de notificación o similares hasta que, solo en el caso que el resultado sea positivo por COVID-19, el laboratorio deberá reportar inmediatamente al Ministerio de Salud llenando la boleta VE01 y notificando al paciente el resultado e indicándole que debe aislarse en su domicilio siendo que el Ministerio de Salud le deberá emitir la orden sanitaria respectiva en un plazo no mayor a las 24 horas y completará las acciones respectivas para el cerco epidemiológico.

Ante el incumplimiento en los procedimientos anteriores se le prohibirá al laboratorio respectivo realizar la prueba COVID-19 y en caso de no cumplir lo anterior se le cancelará el certificado de habilitación.

Notificación y vigilancia de los casos sospechosos, probables y confirmados

Los casos sospechosos y probables se notificarán inmediatamente por medio de la boleta VE01, utilizando cualquier medio disponible, se registrará bajo el **código de CIE-10: U07.2 (COVID-19, virus no identificado)** únicamente para morbilidad, luego debe clasificarse según el diagnóstico final para el cierre de caso.

Los pacientes con sintomatología respiratoria deben ser abordados desde el punto de vista clínico y epidemiológico, realizando los exámenes de laboratorio y gabinete que considere el médico tratante, de esta forma el panel respiratorio no será requisito para hacer la prueba por COVID-19,

El panel respiratorio se utilizará según lo establecido en el Protocolo Nacional para la Vigilancia de Influenza y otras virosis respiratorias.

Los casos confirmados se deben registrar con el código CIE-10: U07.1, COVID-19, virus identificado.

Se debe garantizar la información oportuna al responsable de vigilancia epidemiológica local del Ministerio de Salud, siguiendo el flujo de información establecido por el Decreto de Vigilancia de la Salud No. 40556-S del 23 agosto del 2017, que indica que los entes notificadores deben enviar las boletas de notificación (VE-01), fichas de investigación y resultados de laboratorio al Área Rectora de Salud correspondiente según la adscripción geográfica.

También la CCSS y los servicios privados deben utilizar el flujo de información para la notificación interna.

Además del flujo de información establecido en el Decreto 40556-S se debe hacer la notificación de cualquier caso sospechoso, probable, confirmado por COVID-19, así como las fichas de investigación y los resultados de laboratorio al siguiente correo electrónico: notificacion.covid19@misalud.go.cr

Investigación:

La investigación de caso sospechoso y probable debe iniciarse inmediatamente y no sobrepasar las 24 horas posteriores a la detección; el médico tratante llenará la Ficha de Investigación de Caso sospechoso o Probable de Enfermedad Respiratoria por COVID-19 (Anexo 1),

El equipo de vigilancia epidemiológica del establecimiento debe de revisar el expediente médico y verificar la completitud de la Ficha de Investigación de Caso sospechoso o Probable de Enfermedad Respiratoria por COVID-19 (Anexo 1), así mismo hacer la notificación inmediata del caso al Ministerio de Salud (hospitales públicos periféricos y privados al Área Rectora de Salud respectiva, Hospitales Públicos Regionales y Nacionales a la Dirección Regional de Rectoría de Salud respectiva). Además, verificar que se hayan recolectado la muestra respiratoria.

Si el paciente se hospitaliza, debe llenarse el “Apartado de evolución del paciente en el hospital” (Anexo 1) y hacer una caracterización clínica de la evolución de este durante su estancia hospitalaria, para lo cual debe enviarse la información a las 24 horas del internamiento y posteriormente cada 48 horas, al Ministerio de Salud.

Las muertes sospechosas por el COVID-19 deben notificarse de forma inmediata al Ministerio de Salud y llenar la boleta de notificación de fallecidos correspondiente (Anexo 3).

Además, el equipo debe verificar que se hayan recolectado la muestra respiratoria, así como la búsqueda de contactos. Al final de cada día se debe presentar un informe preliminar de las acciones realizadas que incluya el listado de los casos y contactos con seguimiento diario y al cierre del brote, realizar un informe final, siguiendo el flujo correspondiente al Ministerio de Salud por parte de los servicios de salud públicos y privados.

A su vez toda investigación de caso debe establecerse en apego a la prevención y control de infecciones, que abarca el reconocimiento temprano y control de la fuente, el aislamiento del caso domiciliar o en el centro de salud, la aplicación de precauciones estándar de bioseguridad (tales como higiene de manos, de la tos y el estornudo, uso de equipo de protección personal, limpieza y desinfección, entre otras), la implementación de las precauciones adicionales por gota, contacto y precauciones de vía aérea cuando la atención del caso lo amerite, la capacitación al personal de salud y la educación a la población.

Atención de brotes y búsqueda de contactos:

Ante la detección de un caso de COVID-19, en un establecimiento de salud de atención a las personas, se debe investigar la procedencia del mismo (nexo epidemiológico).

El equipo de vigilancia epidemiológica del establecimiento debe elaborar la lista de los contactos, y comunicarla de inmediato al Ministerio de Salud para la coordinación desde la CILOVIS de la investigación de estos (nexos epidemiológicos) sin sobrepasar las 24 horas posteriores a la detección; para el seguimiento y aislamiento por parte del nivel de gestión correspondiente del Ministerio de Salud y CCSS.

El seguimiento diario de los casos (paciente con VE-01, CIE-10: U07.2 y CIE-10: U07.1) de los servicios de salud públicos lo realiza el centro de salud correspondiente de la CCSS; en el caso de servicios de salud privados lo realiza el Ministerio de Salud en conjunto con el centro que realiza la notificación. El seguimiento diario de los contactos de casos (sospechoso, probable o confirmado) lo realizará el Ministerio de Salud. Al final de cada día se debe presentar un informe preliminar de las acciones realizadas que incluya el listado de los casos y contactos con seguimiento diario por parte de la CILOVIS a la CIREVIS.

Ante la alerta de un caso, el director (a) del establecimiento de salud que atiende al paciente es el responsable de garantizar la notificación de los casos y el envío de las fichas de investigación epidemiológica, así como la información relacionada a esta investigación al Área Rectora de Salud.

Los directores de Área Rectora del Ministerio de Salud o quien ocupe su cargo serán los responsables de garantizar el envío de la información al nivel regional y este al nivel central de forma inmediata después de haberse detectado el caso.

Toma y transporte de muestras de casos sospechosos a los laboratorios

Todas las muestras recolectadas para detección por laboratorio de virus respiratorios deben ser manejadas como potencialmente infecciosas, y el personal que recolecte o transporte muestras clínicas debe cumplir con las medidas de bioseguridad establecidas en las Guías Nacionales del Protocolo Nacional de Vigilancia de Influenza y otras virosis respiratorias (Anexo 2). La evidencia actual sugiere que las muestras para la detección de COVID-19 pueden ser manejadas como se procede para muestras para ETI o IRAG.

Para los pacientes que cumplan con la definición caso sospechoso de COVID-19 se debe tomar una muestra para análisis por laboratorio (debe incluir ambas fosas nasales), esta muestra debe ser tomadas por personal capacitado y teniendo en cuenta todas las medidas de bioseguridad, incluido el uso de equipos de protección personal adecuado para procedimientos que generan aerosoles.

Según la capacidad operativa de los servicios del país la muestra a recolectar será de hisopados nasofaríngeo y orofaríngeo combinados (utilizando el mismo hisopo para todas las muestras que debe colocarse y transportarse en un tubo con medio de transporte viral). Los hisopos utilizados deben tener mango de plástico o aluminio y punta de poliéster o dacrón (ver Anexo 2). En los casos en que esté disponible, el aspirado nasofaríngeo o una muestra de tracto respiratorio inferior se recomienda tomar esas muestras.

La muestra debe mantenerse refrigerada (4 °C a 8 °C) se procesará en el centro de salud designado por la red de servicios públicos y privados que realizará las pruebas por COVID-19 cuando se haya determinado el caso como sospechoso, cumpliendo los requerimientos establecidos para el transporte de muestras para detección de virus respiratorios.

El Centro Nacional de Referencia de Virología de Inciensa coordinará con el Centro Nacional de Enlace y la oficina local de Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) para el envío de la muestra para confirmación a un laboratorio de referencia internacional, según la decisión del Grupo Técnico Nacional de Influenza de acuerdo con la situación epidemiológica y a las guías publicadas por la OMS/OPS, cumpliendo con lo establecido en las guías internacionales de transporte de sustancias infecciosas.

Todo laboratorio que realice análisis específico para COVID-19 debe cumplir los siguientes requisitos:

1. Tener autorización del Ministerio de Salud para realizar la prueba de PCR-RT capaz de identificar genes de SARS-CoV-2, que cuenten con autorización de una entidad regulatoria externa tal como FDA o su equivalente. *
2. Reportar la información sobre las muestras confirmados, descartados, indeterminados y no procesados en su totalidad al Ministerio de Salud, esta información debe ser consolidada con el total de las muestras procesadas, incluyendo las del día de reporte.
3. Emitir los reportes a las 15 horas diariamente al correo:
notificación.covid19@misalud.go.cr.
4. Los reportes se harán en el formato que el Ministerio de Salud disponga para este fin.

***El procedimiento para la autorización se encuentra disponible en la Dirección de Atención al Cliente del Ministerio de Salud**

Debido al momento epidemiológico actual, Inciensa estará trabajando de manera conjunta con los laboratorios en los casos que se considere necesario previa coordinación, por ejemplo, en el caso de desabastecimiento de las pruebas en un hospital público o en el caso de resultados de muestras que persisten indeterminadas a pesar de la toma de una segunda muestra para mejorar su calidad (no se limita a estos dos escenarios por lo que dependerá de las necesidades que se identifiquen).

Todas las muestras necesarias para dar de alta a los pacientes confirmados por COVID-19, una vez que haya transcurrido el tiempo detallado en el apartado “indicaciones para dar de alta a los pacientes positivos por COVID-19” serán realizadas en Inciensa.

Para este trámite se deberá indicar en la boleta de diagnóstico “Inciensa R-85” que la muestra corresponde al **Seguimiento de recuperados**, e indicar el **número de control**.

Control y prevención

Aislamiento respiratorio de casos sospechosos y contactos sintomáticos

El *aislamiento respiratorio* es una de las principales medidas de control, y debe ser aplicado a todos los casos sospechosos y los casos confirmados de enfermedad respiratoria por COVID-19.

Únicamente aquellos casos sospechosos que presentan complicaciones o que el equipo técnico nacional y el RSI consideren pertinente, deben ser referidos a un hospital que tenga organizado un área de aislamiento hospitalario que cuente con las medidas establecidas.

La organización de la red de servicios de salud públicos y privados debe ofrecer alternativas de aislamiento a casos complicados, de acuerdo con su nivel de complejidad.

Los cuidados generales de higiene, como el lavado de manos frecuente en el hogar y el lavado y desinfección de los utensilios utilizados por el paciente, son medidas necesarias para evitar la propagación del virus.

Aislamiento de casos

- Los casos sospechosos se aislarán por 14 días a partir del inicio de síntomas
- Los casos confirmados y probables se aislarán por 18 días a partir del inicio de los síntomas.
- Los casos sospechosos (que no hayan tenido contacto con una persona positiva por COVID-19, ni tengan antecedente de viaje en los 14 días previos al inicio de síntomas) si obtienen una prueba negativa por COVID-19 se levantará el aislamiento.
- Siempre que existan personas dentro del núcleo familiar que sean positivas por COVID-19 se aislará todo ese grupo familiar aun cuando uno de los contactos se haya determinado como recuperado, de forma que se evite la transmisión del virus desde ese núcleo familiar a otras personas.

Estudio de Contactos

Definición de Contacto Cercano con COVID 19:

Se define como contacto cercano con un caso sospechoso, probable o confirmado por COVID-19 a aquella persona que, sin haber utilizado las medidas de protección adecuadas tenga alguna de las siguientes condiciones:

- Haya proporcionado cuidados a un caso sospechoso, probable o confirmado **sintomático**, ya sea en el entorno doméstico o de atención de salud.
- Haya tenido exposición en forma directa a moco o saliva de una persona sospechosa, probable o confirmada positiva **sintomática**, ya sea producida por un estornudo o tosido, o por beso, o alimentos o utensilios de alimentación compartidos.
- Haya estado cara a cara con un caso sospechoso, probable o confirmado de COVID-19 a menos de 1.8 metros de distancia y por más de 15 minutos.
- Haya estado en un lugar cerrado (aula, oficina, sala de sesiones, área de espera o habitación) con un caso sospechoso, probable o confirmado sintomático a una distancia menor de 1.8 metros, por un período mayor o igual a 15 minutos
- En el entorno de un avión, pasajeros situados en un radio de dos asientos alrededor de un caso sintomático o la tripulación que brindó atención directa durante el vuelo a dicha persona.

En el caso de los establecimientos de salud, se consideran contactos de bajo riesgo de exposición con un confirmado por COVID-19 los siguientes:

- Persona que haya estado cara a cara con un caso sospechoso, probable o confirmado de COVID-19 por menos de 15 minutos a una distancia menor de 1.8 metros
- Persona que haya estado en un lugar cerrado (salón, aula, oficina, sala de sesiones, área de espera o habitación, entre otras) con un caso sospechoso, probable o confirmado sintomático por un período menor a 15 minutos

Estos contactos se les dará manejo según el lineamiento técnico para la prevención y contención de brotes de COVID-19 en los funcionarios de salud y pacientes de los centros hospitalarios

Seguimiento de contactos

Contactos cercanos de caso confirmado por COVID-19

Aislamiento

1. Los contactos cercanos de un caso confirmado que no presenten síntomas se aislarán en el domicilio actual por un espacio total de 14 días, los cuales se contarán a partir de la fecha de en qué se dio el último contacto con el caso confirmado.

2. Se dará seguimiento telefónico de los mismos para asegurar si desarrollan o no síntomas, durante todo el tiempo de aislamiento.
3. **Se considerará (según las capacidades institucionales de recursos humanos y materiales) la toma de muestra a los contactos asintomáticos de un caso confirmado y que pertenezcan a población de riesgo como se indica a continuación:**
 - **Personas trabajadoras de la salud de establecimientos públicos y privados, incluyendo el personal de centros penitenciarios.**
 - **Personal que labora en instituciones de estancia prolongada (centros de cuidado de ancianos, centros penitenciarios)**
 - **Personas que son cuidadoras domiciliarias de población vulnerable (Grupos de riesgo*)**
 - **Personas que pertenecen a los grupos de riesgo (Cuadro 1)**
4. Los contactos que desarrollen síntomas respiratorios en el tiempo de seguimiento (14 días) se atenderán en el servicio de salud y se considerarán sospechosos por lo que el seguimiento y atención será según esta definición.
5. Los contactos cercanos de casos confirmados por COVID-19 y quienes tiene aislamiento por antecedente de viaje que desarrollan síntomas seguirán su aislamiento hasta completar los 14 días, aún cuando hayan dado negativo a la prueba, de forma que el servicio de salud pueda darle seguimiento e identificar la necesidad de ser atendido en los servicios de salud si presenta signos de alarma o complicaciones de su enfermedad.
6. Una vez transcurridos los 14 días del contacto para los contactos establecidos en el punto 5 de este apartado (que tienen un primer resultado negativo), se procederá a realizar una nueva toma de muestra para asegurar que el primer análisis no correspondió a un falso negativo.
7. En aquellos casos que se toma una muestra de control en el día 14 para determinar la posibilidad de un falso negativo, si la prueba es negativa se levanta el aislamiento, si es positiva se procede a notificar al paciente como un caso confirmado realizando la investigación y boleta VE-01. (Ver diagrama de flujo 1)
8. Las personas que tengan un resultado positivo por COVID-19 se indicará aislamiento por 18 días a partir del inicio de síntomas siguiendo lo indicado en el apartado de indicaciones para dar de alta una vez que hayan desaparecido los síntomas.
9. Las personas que son contactos asintomáticos y se realizó una prueba por ser grupo de riesgo, que resulten positivas, se aislarán por 18 días a partir de la fecha de toma de muestra, en este caso se cumplirá con lo establecido en el apartado de indicaciones para considerar pacientes recuperados

Contactos cercanos de caso sospechoso por COVID-19

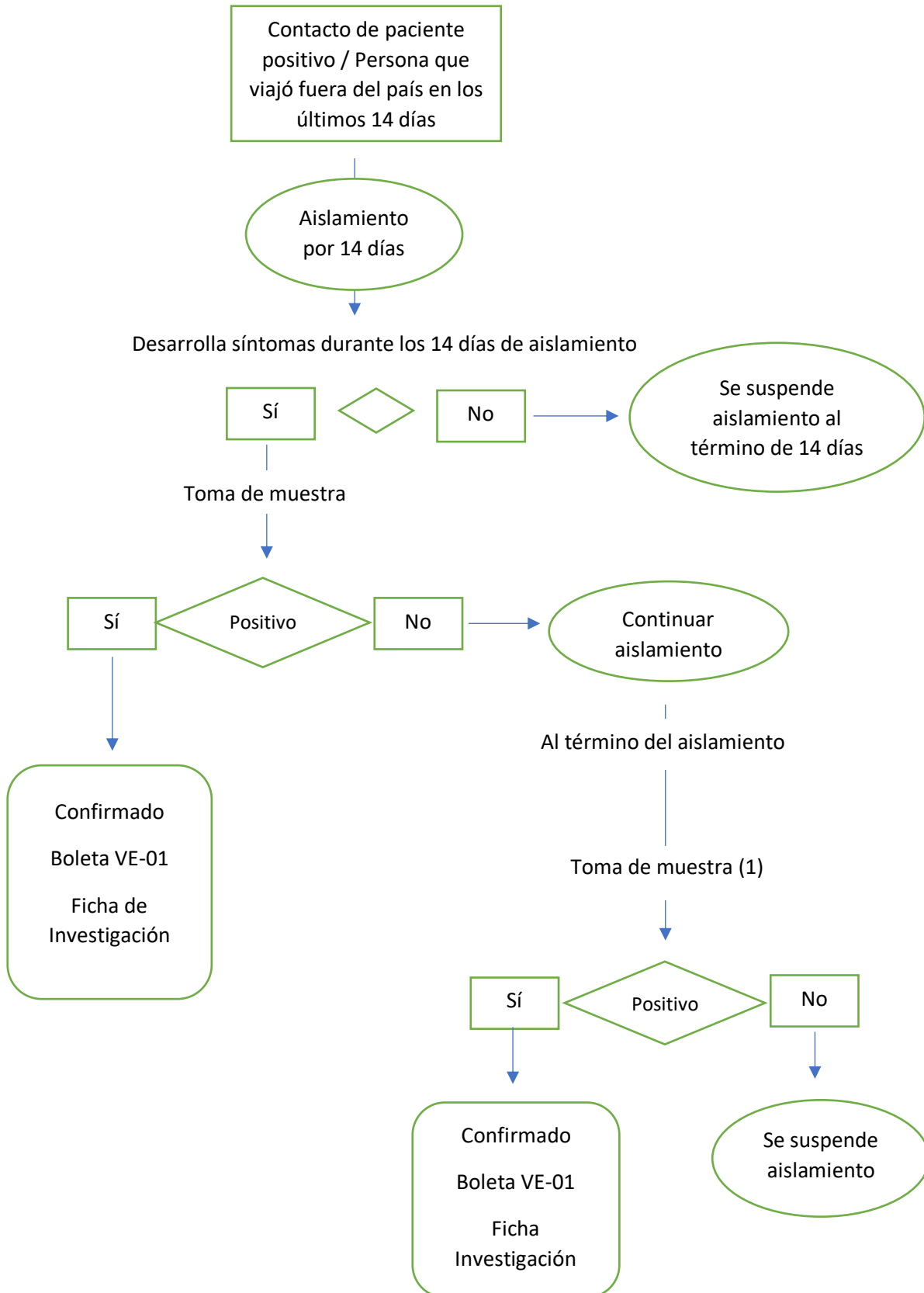
- **Los contactos de casos sospechosos que no presenten síntomas no se aislarán**
- A estos contactos les dará seguimiento telefónico por un espacio de 14 días, para asegurar si desarrollan o no síntomas y dar educación en salud.
- Los contactos de casos sospechosos que desarrollen síntomas durante el período de seguimiento se considerarán casos sospechosos y se les dará el seguimiento y atención correspondiente.

El seguimiento telefónico a los contactos asintomáticos de casos confirmados y sospechosos se dará por el Área Rectora de Salud del Ministerio de Salud correspondiente.

Cuadro 1. Grupos de riesgo para enfermedad Severa por COVID-19

Personas con riesgo de enfermedad severa	Inmunocomprometidos
<ul style="list-style-type: none">• Personas de 65 y más años• EPOC o asma moderada/severa• Enfermedad cardíaca severa• Obesidad Mórbida• Diabetes• Personas que viven en establecimientos para larga estancia• Enfermedad Renal Crónica que requiere diálisis• Enfermedad hepática	<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento para el cáncer• Fumadores• Receptores de trasplantes• Deficiencias autoinmunes• HIV mal controlada o SIDA • Uso prolongado de esteroides • Uso de medicamentos que afecten el sistema inmune

Diagrama de flujo Número 1. Decisión en el abordaje y seguimiento de contactos de casos positivos por COVID-19 o viajeros con aislamiento posterior a su llegada al país



Indicaciones para determinar la recuperación de los pacientes positivos por COVID-19

1. Los pacientes sin factores de riesgo y que hayan desarrollado síntomas leves se evaluará darles de alta a los 16 días del inicio de síntomas, siempre que para esa fecha se encuentren asintomáticos (se tomará muestra al día 17) para lo cual deben tener dos pruebas negativas para COVID-19 consecutivas en un intervalo de 24 horas.
2. Se tomará una prueba al día 17 después del inicio de síntomas, si esta es positiva se tomará una segunda prueba al día 21, si esta es positiva la próxima será al día 28 de inicio de síntomas, como se indica el siguiente cuadro 2.¹
3. Los pacientes con inmunosupresión y/o hospitalización se considerarán recuperados dependiendo de la evaluación clínica del paciente, para lo cual deben estar asintomáticos y tener dos pruebas de COVID-19 consecutivas negativas (se debe evaluar la respuesta del paciente y considerar si la prueba se repite en 24 o 48 horas)

Cuadro 2. Clasificación de pacientes recuperados

Toma de muestra al día 17 de FIS			
Primera prueba	Segunda prueba 24 h de diferencia	Clasificación	Condición
Positiva		Toma de muestra a 21 días de acuerdo con FIS	Aislamiento
Negativa	Positiva	Toma de muestra a 21 días de acuerdo con FIS	Aislamiento
Negativa	Negativa	Recuperado	Levantar aislamiento

Toma de muestra luego de 20 días de FIS			
Primera prueba	Segunda prueba 24 h de diferencia	Clasificación	Condición
Positiva		Toma de muestra a 28 días de acuerdo con FIS	Aislamiento
Negativa	Positiva	Toma de muestra a 28 días de acuerdo con FIS	Aislamiento
Negativa	Negativa	Recuperado	Levantar aislamiento

Nota: Los pacientes no deben tener síntomas cuando se tome esta muestra, si persisten los síntomas se debe esperar hasta que hayan desaparecido

Todas las pruebas para dar de alta a los pacientes confirmados por COVID-19 una vez que haya pasado el tiempo establecido en este apartado serán realizadas por el Centro Nacional de Referencia

¹ Revisar Lineamientos generales para el seguimiento y levantamiento de actos administrativos (orden sanitaria) de aislamiento domiciliar por COVID-19.

de Virología de Inciensa, la toma de la muestra corresponderá al servicio de salud en el que se esté atendiendo el paciente.

Para este trámite se deberá indicar en la boleta de diagnóstico “Inciensa R-85” que la muestra corresponde al **Seguimiento de recuperados**, e indicar el **número de control**

Vigilancia Centinela

Se hará vigilancia centinela en los sitios del país que ya están establecidos según el Protocolo Nacional de Vigilancia de Influenza y otras Virosis Respiratorias.

Se aumentará la toma de muestras en todos los sitios a 15 por semana (10 pruebas de ETI y 5 de IRAS) que se enviarán a Inciensa.

Las muestras se analizarán por COVID-19 y por otras virosis respiratorias.

Para dar cumplimiento a este apartado los sitios centinela seguirán la instrucción realizada por la CCSS, la cual se encuentra en el Anexo 5

A partir del 01 de mayo se reactiva la vigilancia de influenza y otros virus respiratorios, para ello se debe aplicar las definiciones de caso establecidas en el protocolo mencionado anteriormente, para la definición de ETI e IRAG y de los casos inusitados así como de brotes.

Aunado a esto se expande la red de laboratorio con capacidad de diagnóstico para el panel respiratorio en los servicios de la CCSS. Todo caso positivo por influenza A o B debe remitirse a Inciensa para identificar el linaje.

Comunicación Social de Riesgo

El Ministerio de Salud como rector del sector informará a la población (a través de sus mecanismos de divulgación y medios de comunicación), cualquier información que se deba actualizar sobre el coronavirus.

Bibliografía

1. CDC. People Who Are at Higher Risk for Severe Illness, disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-at-higher-risk.html>
2. ECDC. Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union – second update 8 April 2020, disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Contact-tracing-Public-health-management-persons-including-healthcare-workers-having-had-contact-with-COVID-19-cases-in-the-European-Union%E2%80%93second-update_0.pdf
3. Ministerio de Salud. Reglamento de Vigilancia de la Salud. DECRETO EJECUTIVO N° 40556-S, Alcance digital No. 206 a la Gaceta del 23 de agosto de 2017
4. Ministerio de Salud. Protocolo nacional para la vigilancia de personas con influenza y otras virosis respiratorias. -3 ed.-San José, Costa Rica: Grupo Técnico Nacional de Influenza, junio, 2018.
5. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España (6 febrero 2020). Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (2019-nCoV), disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Procedimiento_2019-nCoV.pdf
6. Organización Mundial de la Salud (Enero 2020) Technical interim guidance for novel coronavirus, disponible en : <https://www.who.int/health-topics/coronavirus>
7. Organización Mundial de la Salud (Enero 2020) Travel advice for international travel and health in relation to the outbreak of pneumonia caused by a new coronavirus in China, disponible en https://www.who.int/ith/2020-0901_outbreak_of_Pneumonia_caused_by_a_new_coronavirus_in_C/en/
8. Organización Mundial de la Salud (Enero 2020) Novel Coronavirus (nCoV) v1, disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15676:20-january-2020-novel-coronavirus-ncov-epidemiological-update&Itemid=42346&lang=en
9. Organización Mundial de la Salud, Enero 2020, Laboratory testing for 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in suspected human cases Interim guidance, disponible en: <https://www.who.int/health-topics/coronavirus/laboratory-diagnostics-for-novel-coronavirus>
10. Organización Mundial de la Salud (21 enero 2020) Global Surveillance for human infection with novel coronavirus (2019-nCoV) Interim guidance disponible en: [https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov))
11. Organización Mundial de la Salud (31 enero 2020) Global Surveillance for human infection with novel coronavirus (2019-nCoV) Interim guidance v 3 disponible en: [https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov))

Anexos

Anexo 1

Ficha de Investigación de Caso sospechoso y Probable de Enfermedad Respiratoria por COVID-19						
Fecha de ingreso (en caso de hospitalización): / /			Fecha de captación: / /			
Establecimiento de Salud que notifica						
DATOS DEL PACIENTE				NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		
Nombres y apellidos:					Nacionalidad:	
Sexo:	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento: / /	Edad:	Años:	Meses:
Residencia:	País:	Estado/Provincia:	Ciudad/Cantón:	Distrito:		
Dirección exacta			Teléfono	Nombre de madre/padre/encargado		
Ocupación:			Lugar de trabajo:			
ANTECEDENTES						
ANTECEDENTE DE VIAJES						
Ha realizado algún viaje en los últimos 14 días?			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Lugares visitados durante el viaje						
Fecha de salida del país	Fecha de ingreso a Costa Rica	Lugar visitado (Ciudad)				
Ha tenido contacto con un caso confirmado por COVID-19 en los últimos 14 días dentro o fuera del país					Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Explique el tipo de contacto:						
Nombre del contacto						
Fecha de contacto: / /						

ANTECEDENTES DEL CUADRO INFECCIOSO					
Fecha de inicio de síntomas: / /			Fecha de diagnóstico: / /		
Síntomas que presenta:					
<input type="checkbox"/> Antecedente de Fiebre	<input type="checkbox"/> Disnea/dificultad respiratoria				
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Dolor (marque las que apliquen)			
<input type="checkbox"/> Secreción/congestión nasal	<input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos	Muscular ()	Pecho ()		
<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	Abdominal ()	Articulaciones ()		
<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Irritabilidad/confusión	<input type="checkbox"/> Anosmia	<input type="checkbox"/> Disgeusia		
Signos que presenta					
Temperatura:					
<input type="checkbox"/> Exudado faríngeo	<input type="checkbox"/> Auscultación pulmonar anormal				
<input type="checkbox"/> Inyección conjuntival	<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en los Rayos X				
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Otros, especifique:				
<input type="checkbox"/> Coma					
<input type="checkbox"/> Disnea/taquipnea					
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS					
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Cardiopatía	<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> Embarazo
<input type="checkbox"/> Obesidad mórbida	<input type="checkbox"/> Inmunosupresión	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> VIH	Trimestre	
<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Puerperio		
<input type="checkbox"/> Otra, especifique:					
MUESTRAS Y ANÁLISIS DE LABORATORIO					
Muestras recolectadas				Análisis solicitado	
<input type="checkbox"/> Aspirado nasofaríngeo	Fecha de toma de muestra: / /			<input type="checkbox"/> Panel Respiratorio	
<input type="checkbox"/> Hisopado nasofaríngeo				<input type="checkbox"/> COVID-19*	
Resultados: Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otros			
*Indique la fecha en que se obtiene el resultado positivo					
EVOLUCIÓN DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL (DEBE LLENARSE SIEMPRE SI EL PACIENTE SE HOSPITALIZA)					
¿Está/Estuvo internado?			En caso afirmativo indique		
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		Internado en:	<input type="checkbox"/> Observación	
Fecha de internamiento: / /				<input type="checkbox"/> Salón General	
¿Recibió ventilación mecánica? Sí <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aislamiento	
¿Recibió oxigenación por membrana extracorpórea? Sí <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> UCI	
En caso de aislamiento:		Fecha de aislamiento: / /			
¿Hay medidas de prevención y control al aislar? Sí <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>		
Diagnóstico de egreso:					
¿Se tomó una última muestra de laboratorio para dar de alta?			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fecha toma: / /
Condición de egreso					
<input type="checkbox"/> Vivo	<input type="checkbox"/> Fallecido con autopsia	<input type="checkbox"/> Fallecido sin autopsia			
<input type="checkbox"/> Traslado, donde y razón:					
Fecha de egreso: / /					

Anexo 2

Toma y conservación de muestras para la detección de Influenza y otros virus respiratorios

El personal de salud debe tener presente que la transmisión puede darse por contacto con las secreciones del paciente, tanto durante la toma de la muestra como durante el transporte y procesamiento de la misma, por lo que se deben cumplir en forma estricta las medidas de bioseguridad al ejecutar estas dos acciones.

La muestra debe ser tomada en los primeros días de evolución de la enfermedad. En todo momento la muestra debe conservarse en frío (aproximadamente a 4 °C, nunca congelar) y ser trasladada de inmediato o dentro de las primeras 24-72 horas de su recolección al laboratorio establecido según la red de servicios públicos y privados, cumpliendo con los procedimientos de bioseguridad establecidos.

La muestra debe ser tomada por personal médico o de enfermería. Las personas que participen en la recolección deben llevar en todo momento el equipo de protección personal, incluyendo gabacha, guantes, lentes de protección y respirador N95. Durante la toma de las muestras se deben evitar los aerosoles al máximo.

Toma de muestra por aspirado nasofaríngeo

El aspirado nasofaríngeo se debe recolectar a pacientes menores de 5 años y pacientes con IRAG

Materiales:

1. Bolsas plásticas transparentes
2. Equipo de aspiración traqueal (trampa de Luke)
3. Equipo de protección personal (gabacha, guantes, protector de cabello, lentes de protección y respirador N95)
4. Hielera
5. Medio de transporte viral, solución salina estéril o suero fisiológico estéril
6. Paquetes de gel congelado o recipiente con hielo
7. Sonda de alimentación de prematuros N° 8
8. Toallas de papel absorbente

Procedimiento:

1. Identificar debidamente el recipiente colector de la muestra con el nombre completo del paciente y número de cédula.
2. Llenar completamente la Solicitud de Diagnóstico (Inciensa-R85) del Inciensa.
3. Romper el sobre que contiene el kit de aspiración y conectar el final del tubo con diámetro menor a una sonda de alimentación estéril.
4. Conectar el otro extremo de diámetro mayor a la bomba de vacío.
5. Insertar la sonda de alimentación en la fosa nasal del paciente.
6. Retirar la sonda, girando suavemente, repetir el procedimiento en la otra fosa nasal.
7. Una vez que se retira la sonda del paciente, aspirar un volumen aproximado de 2 ml de medio de transporte viral o solución salina estéril para arrastrar toda la secreción al recipiente colector. Tapar inmediatamente.
8. Envolver el recipiente que contiene la muestra con papel toalla absorbente y colocarlo dentro de una bolsa plástica transparente. Identificar la bolsa con el nombre completo del paciente y número de cédula. Introducir el recipiente de inmediato en una hielera que contenga geles congelados.
9. Trasladar inmediatamente al laboratorio del establecimiento de salud, el cual realizará los trámites para su envío inmediato al Centro Nacional de Virología del Inciensa.
10. Mantener y transportar la muestra en triple embalaje y a 4° C en todo momento.

Toma de muestra por hisopado faríngeo

El hisopado faríngeo se debe tomar a pacientes de 5 años o más con ETI. El hisopado traqueal se debe tomar a pacientes fallecidos.

Materiales:

1. Bolsas plásticas transparentes.
2. Equipo protección personal (gabacha, guantes, protector de cabello, lentes de protección y respirador N95).
3. Gradilla para tubos.
4. Hielera.
5. Medio de transporte viral.

6. Paquetes de gel congelado o recipiente con hielo.
7. Toallas de papel absorbentes.
8. Torundas de plástico y punta de poliéster o dacrón estéril.

Procedimiento:

1. Identificar debidamente el tubo con medio de transporte viral con el nombre completo del paciente y número de cédula.
2. Llenar completamente la Solicitud de Diagnóstico (Inciensa-R85) del Inciensa.
3. Frotar con una torunda la faringe con cuidado de no tocar la lengua ni la mucosa oral o la tráquea, en el caso de pacientes fallecidos. Sumergir la torunda de inmediato en el tubo con medio de transporte viral. Repetir el procedimiento y cortar parte de las torundas para poder cerrar la tapa del tubo. Ambas torundas deben colocarse en el mismo tubo.
4. Envolver el tubo que contiene la muestra con papel toalla absorbente y colocarlo dentro de una bolsa plástica transparente. Identificar la bolsa con el nombre completo del paciente y número de cédula. Introducir el tubo en una gradilla para mantenerlo en posición vertical.
5. Trasladar inmediatamente al laboratorio del establecimiento de salud, el cual realizará los trámites para su envío inmediato al Centro Nacional de Virlogía en Inciensa.
6. Mantener y transportar la muestra en triple embalaje y a 4 °C en todo momento.

Anexo 3

Formulario de recolección de datos de expediente clínico de pacientes fallecidos por IRAG, o patología asociada, en Hospitales Centinela de Vigilancia de Virus Respiratorios Costa Rica CCSS. (Actualización año 2015)

0	0	1
---	---	---

Nombre del digitador del formulario: _____

1. Información general del caso hospitalizado:

Número de ID: _____ Número Expediente: _____

Nombre completo de persona fallecida: _____

Fecha Nacimiento

dd	mm	aaaa
----	----	------

Edad

días	meses	años
------	-------	------

Sexo Masculino Femenino Nacionalidad: _____

Domicilio:

Provincia:

Cantón

Distrito

2. Cuadro clínico inicial:

Fecha Inicio Síntomas

dd	mm	aaaa
----	----	------

Fecha de Internamiento

dd	mm	aaaa
----	----	------

Síntomas al ingreso

Síntoma / signo	Sí	No	N/S
Fiebre $\geq 38^{\circ}$ C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historia de fiebre (no cuantificada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos productiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astenia/Adinamia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Síntoma / signo	Sí	No	N/S
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malestar general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor Abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especificar:			

¿Se le administraba algún tratamiento antiviral o antibiótico al momento del ingreso? No

Si

Diagnósticos de ingreso:

Diagnóstico

Fecha del

dd	mm	aaaa

D1 _____

D2 _____

D3 _____

D4 _____

D5 _____

D6 _____

3. Antecedentes personales

¿Recibió la paciente alguna de las siguientes vacunas previo al inicio de la enfermedad?

Vacuna	Sí	No	N/S
Vacuna de influenza estacional en el último año? Fecha(mes/año): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacuna anti neumocócica? Fecha(mes/año): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Al momento de enfermar el (la) paciente presentaba alguna de las siguientes condiciones?

Condición	Sí	No	N/S
Tabaquismo: ____ cigarrillos/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH u otra inmunodeficiencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> Bronquiectasias			
<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (EPID)			
<input type="checkbox"/> Historia de Tuberculosis (reciente o antigua)			

Condición	Sí	No	N/S
Desnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad mórbida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma inmunosupresores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra condición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especificar:			

Si la paciente estaba embarazada al momento del ingreso, especifique:

Edad Gestacional _____ semanas

Fecha Probable de Parto (día/mes/año): ____/____/____

Gestas ____ Partos ____ Abortos ____ Cesáreas ____

Control prenatal: Si No

Presentaba al ingreso alguna patología relacionada al embarazo?

Si No

Cual?

HTA DM ITU Amenaza de aborto Amenaza de Parto Prematuro

Otra? Especificar _____

Resultado del embarazo al egreso:

- Continúa embarazada
- Trabajo de parto y parto sin complicaciones
- Trabajo de parto y parto complicados

Especifique _____

Pérdida fetal fecha: ____/____/____
dd / mm / año

Especifique _____

Resultado neonatal: Fecha de Nacimiento: ____/____/____
dd / mm / año

Neonato saludable

Neonato enfermo Especifique:

Fallecido Fecha de fallecimiento: ____/____/____
dd / mm / año

4. Cuadro Clínico

Signos vitales en el momento de hospitalización			
	Día de ingreso salón _____	Día de Traslado <input type="checkbox"/> Cuidados intermedios	Día de Traslado <input type="checkbox"/> Cuidados Intensivos
Fecha de toma (día/mes/año)	___/___/___	___/___/___	___/___/___
1. Temperatura máxima	___ °C	___ °C	___ °C
2. Tensión arterial más baja	___/___	___/___	___/___
3. Frecuencia respiratoria más alta*	___ por min	___ por min	___ por min
4. Frecuencia cardíaca más alta*	___ latidos/min	___ latidos/min	___ latidos/min
Soporte Ventilatorio	<input type="checkbox"/> O ₂ mascarilla <input type="checkbox"/> Ventilador	<input type="checkbox"/> O ₂ mascarilla <input type="checkbox"/> Ventilador	<input type="checkbox"/> O ₂ mascarilla <input type="checkbox"/> Ventilador
5. Sat O ₂ más baja	_____ %	_____ %	_____ %
6. Fi O ₂ [†]	_____	_____	_____
7. Talla	_____m	Se anota Obesidad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Grado I <input type="checkbox"/> Grado II <input type="checkbox"/> Grado III <input type="checkbox"/> N/D	
8. Peso	_____Kg		
* Más alto o más bajo de los valores tomados ese día †fracción de oxígeno inspirado			

Radiografías de tórax	¿Se le tomó al paciente al menos una radiografía de tórax? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D		
	/ /	/ /	/ /
Neumotórax	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D
Cardiomegalia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D
Edema Pulmonar no cardiogénico (Congestión Pulmonar?)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D
Neumomediastino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D
Derrame pleural	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D
Opacificación completa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D
Cavidad o bula pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D
Granuloma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D
Neumonía Necrotizante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D
Infiltrado intersticial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D
Adenopatía hiliar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D

En algún momento de la presente enfermedad el paciente requirió o tuvo:

Condición	Presente	Salón	Fecha (día/mes/año)
Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos	Si No		___/___/___
Suplementación de oxígeno	Si No		___/___/___
Soporte ventilatorio	Si No		___/___/___
Medicación vasopresora (ej. dopamina, epinefrina)	Si No		___/___/___
Diálisis	Si No		___/___/___
Resucitación cardiopulmonar	Si No		___/___/___
Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA)	Si No		___/___/___
Coagulación intravascular diseminada (CID)	Si No		___/___/___
Sepsis	Si No		___/___/___
Shock	Si No		___/___/___
Falla miocárdica	Si No		___/___/___
Infarto del miocardio	Si No		___/___/___
Hepatitis	Si No		___/___/___
Insuficiencia renal Aguda	Si No		___/___/___

Pruebas diagnósticas

Si IF o PCR fueron realizados, por favor anote los resultados:

Tipo de muestra*	Fecha de colección (día/mes/año)	Test realizado	Resultados (anotar los virus para los que resultó positivo)	Interpretación	Tipo de prueba	Nombre de laboratorio
	___/___/___	Inmunofluorescencia		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado	<input type="checkbox"/> Premortem <input type="checkbox"/> Postmortem	Inciensa
	___/___/___	Inmunofluorescencia		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado	<input type="checkbox"/> Premortem <input type="checkbox"/> Postmortem	Inciensa
	___/___/___	PCR		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado	<input type="checkbox"/> Premortem <input type="checkbox"/> Postmortem	Inciensa
	___/___/___	PCR		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado	<input type="checkbox"/> Premortem <input type="checkbox"/> Postmortem	Inciensa

5. Datos del Egreso:

Fecha de Egreso

dd	mm	aaaa
----	----	------

Diagnósticos de egreso:

D1 _____

D2 _____

D3 _____

D4 _____

D5 _____

D6 _____

Condición de egreso:

- Salida
- Traslado a otro centro médico
- Fallecido.

Fecha de Defunción

dd	mm	aaaa
----	----	------

Causas de defunción:

- C1 _____
- C2 _____
- C3 _____
- C4 _____
- C5 _____
- C6 _____


Anexo 4

Solicitud de Diagnóstico (Inciensa R-85)

La boleta de solicitud de diagnóstico del Inciensa se puede encontrar en este Link.


<https://www.inciensa.sa.cr/servicios/boletas/Inciensa-R85%20Diagnostico%20v2.pdf>

Anexo 5


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Fecha Abril 2020
	SUBÁREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	Intensificación de la Vigilancia de Influenza y otros virus respiratorios (COVID19)	CÓDIGO: IT.GM.DOSS.06042020

Descripción de Instrucción:

Descripción de las actividades	<p>Según lo definido en los documentos de referencia vigentes para la vigilancia de la enfermedad COVID-19 y en el marco del cumplimiento de la vigilancia de la influenza y otros virus respiratorios se ha definido que:</p> <p>1. Áreas de Salud Centinela:</p> <p>Las Áreas de Salud que conforman la red de unidades centinela de la Caja Costarricense del Seguro Social según el Protocolo de influenza vigente definen a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Región Central Sur As. Los Santos Coopesalud Pavas A.S. Grano de Oro b. Región Central Norte A.S. Alajuela Central A.S. Alajuela Norte c. Región Pacífico Central A.S. Barranca d. Región Huetar Atlántica A.S. Talamanca e. Región Huetar Norte A.S. La Fortuna f. Región Chorotega A.S. La Cruz <p>2. Estas áreas iniciarán un proceso de vigilancia intensificada de las infecciones respiratorias agudas (IRAS) del 9 al 30 de abril 2020, según las siguientes definiciones operativas:</p> <p>2.1. Definición operativa de caso de IRA (CIE 10 J00 a J06)</p> <p>Se define infección Respiratoria Aguda Superior, como rinofaringitis aguda, sinusitis aguda, amigdalitis aguda, faringitis aguda, laringitis y traqueítis aguda, laringitis obstructiva aguda (crup) y epiglotis.</p>
---------------------------------------	--

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Fecha Abril 2020
	<small>INSTRUCCIÓN DE TRABAJO</small> Intensificación de la Vigilancia de Influenza y otros virus respiratorios (COVID19)	<small>Oficina:</small> IT.GM.DDSS.06042020	<small>Versiones:</small> 09 al 30 DE ABRIL, 2020

	<p style="text-align: center;">2.2 Definición operativa de ETI (Código SISVE: CIE 10: J10)</p> <p>Toda persona que presente o refiera haber tenido fiebre mayor o igual a 38°C y, adicionalmente, al menos uno de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor de garganta o tos • Secreción o congestión nasal • Ausencia de foco infeccioso bacteriano • Con aparición dentro de los últimos 10 días Recordar que se trata de una definición sindrómica. <p style="text-align: center;">2.2 Caso sospechoso COVID19 (Código SISVE: CIE 10: U07.2)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persona con infección respiratoria aguda (fiebre y al menos un signo o síntoma de enfermedad respiratoria (por ejemplo, tos, dificultad respiratoria, dolor de garganta, congestión nasal) y que cumpla al menos uno de los siguientes criterios: <ol style="list-style-type: none"> a. No tener otra etiología que explique completamente la presentación clínica del evento. b. Un historial de viaje fuera del país en los 14 días previos al inicio de los síntomas. c. Antecedente de haber iniciado el cuadro clínico ya descrito en los 14 días posteriores de haber estado en contacto cercano con alguna persona con historial de viaje fuera del país en los últimos 14 días de haber ocurrido ese contacto. d. Paciente con enfermedad respiratoria aguda de cualquier grado de severidad, que dentro de los 14 días anteriores al inicio de la enfermedad tuvo contacto físico cercano con un caso confirmado, probable o sospechoso por COVID-19. 2. Toda persona con infección respiratoria aguda grave (IRAG). En menores de 15 años sin otra etiología que explique su cuadro clínico 3. Una persona con anosmia (pérdida del sentido del olfato) o disgeusia (cambio en la percepción del gusto), sin otra etiología que explique la presentación clínica. <p style="text-align: center;">3. La unidad centinela deberá recolectar 5 muestras semanales de IRAS y 10 muestras de ETI, y serán enviadas al Inciensa (para tamizar por COVID 19 e Influenza), para lo cual debe garantizarse el llenado correspondiente de los sistemas de información e instrumentos.</p>
--	---

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Fecha Abril 2020
	SUBÁREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	INSTRUCCIÓN DE TRABAJO Intensificación de la Vigilancia de Influenza y otros virus respiratorios (COVID19)	CÓDIGO: <i>IT.GM.DOSS.06042020</i>

4. Notificación de caso en Boleta VE01

Al ser esta una notificación intensificada y autolimitada de las IRAS, se pasará de una notificación colectiva a una individual, en boleta VE01. Todas las IRAS serán notificadas con el diagnóstico CIE 10, J00: Rinofaringitis agudas (Resfriado común-IRAS) con su diagnóstico específico respectivo de la J01 a la J06, estos códigos serán activados en el SISVE, sistema oficial de notificación obligatoria de la CCSS tal como se muestra en la figura 1

Diagnóstico	RINFARINGITIS AGUDAS [RESFRIADO COMUN-IRAS]	
Diagnóstico específico		CIE-10
Fecha de Diagn	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, DE SITIOS MÚLTIPLES O NO ESPECIFICADOS LARINGITIS OBSTRUCTIVA AGUDA [CRUP] Y EPIGLOTTITIS LARINGITIS Y TRAQUEITIS AGUDAS AMIGDALITIS AGUDA FARINGITIS AGUDA SINUSITIS AGUDA	
Nombre del Infecc		

Figura 1. Clasificación de la IRAS en el SISVE, Actualizador 07-04-2020, CCSS 2020


El médico tratante que identifique estos pacientes deberá de hacer la notación correspondientes en el expediente electrónico, indicando la fecha de inicio de síntomas, detallando los síntomas del paciente, historial de viaje, si tiene historia de contacto en los últimos 14 días con un paciente confirmado, probable o sospechoso, anotando la fecha y nombre del contacto, anotando el nombre de las personas con quien convive, el lugar de trabajo y demás factores que las diversas boletas tienen, debidamente detallado y que se requieren.

Cada Área Centinela garantizará el llenado correcto de la boleta VE01 en forma manual, con letra legible, ya que en EDUS no se activará los códigos y no emitirá automáticamente la VE01, por tanto, la COLOVE debe facilitar la papelería correspondiente.

En el caso de trabajadores de salud de la CCSS, llenará el lugar de trabajo, profesión, el tipo de nexos epidemiológico (si es contacto de un paciente positivo, de un trabajador de salud positivo, o si tiene historia de viaje fuera del país o un lugar con transmisión documentada).

Las ETIS e IRAGs seguirán lo establecido para su notificación según Protocolos nacionales vigentes:

Figura 2. Clasificación de la ETIS en el SISVE

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Fecha Abril 2020
	<small>INSTRUCCIÓN DE TRABAJO</small> Intensificación de la Vigilancia de Influenza y otros virus respiratorios (COVID19)	<small>Código:</small> IT.GM.DD.SS.06042020
<small>SUBÁREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</small>		<small>VIGENCIA: 09 AL 30 DE ABRIL, 2020</small>

Diagnóstico	NEUMONIA VIRAL, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	
Diagnóstico específico	INFLUENZA DEBIDA A VIRUS DE LA INFLUENZA IDENTIFICADO (ETI)	CIE-10 J10

Figura 3. Clasificación de la IRAGs en el SISVE, 2020

CIE 10, J12: Neumonía viral, no clasificada en otra parte


Diagnóstico	NEUMONIA VIRAL, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	
Diagnóstico específico	NEUMONIA VIRAL, NO ESPECIFICADA	CIE-10
Fecha de Diag	INFLUENZA CON NEUMONIA, DEBIDA A VIRUS DE LA INFLUENZA IDENTIFICADO	
Nombre del Infor	NEUMONIA, DEBIDA A OTRAS BACTERIAS AERÓBICAS GRAMNEGATIVAS	
Lugar de ocurrencia	NEUMONIA, DEBIDA A ESCHERICHIA COLI	
Provincia	NEUMONIA, DEBIDA A OTROS ESTREPTOCOCCOS	
Localidad	NEUMONIA, DEBIDA A ESTREPTOCOCCOS DEL GRUPO B	
Registros Prev	NEUMONIA, DEBIDA A ESTREPTOCOCCOS	
TF	OTRAS NEUMONÍAS BACTERIANAS	
	NEUMONIA, DEBIDA A KLEBSIELLA PNEUMONIAE	
	NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	
	NEUMONIA DEBIDA A OTROS VIRUS	
	NEUMONIA DEBIDA A VIRUS PARAMINFLUENZA	
	NEUMONIA DEBIDA A VIRUS SINCIATIAL RESPIRATORIO	
	NEUMONIA DEBIDA A ADENOVIRUS	
	INFLUENZA CON O MANIFESTACIONES, DEBIDA A VIRUS DE LA INFLUENZA IDENTIFICADO	
	INFLUENZA CON O MANIFESTAC RESPIR, DEBIDA A VIRUS INFLUENZA IDENTIFICADO	

CIE 10, J22X: Infección aguda no especificada vías respiratorias inferiores

Diagnóstico	INFECCIÓN AGUDA NO ESPECIFICADA VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES	
Diagnóstico específico	BRONQUITIS AGUDA	CIE-10
Fecha de Diag	NEUMONIA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO	
Nombre del Infor	NEUMONIA BACTERIANA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	
Lugar de ocurrencia	NEUMONIA DEBIDA HAEMOPHILUS INFLUENZAE	
Provincia	NEUMONIA DEBIDA A STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE	
Localidad	NEUMONIA VIRAL, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	
	INFLUENZA DEBIDA A VIRUS NO IDENTIFICADO	
	INFECCIÓN AGUDA NO ESPECIFICADA VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES	
	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	
	BRONQUITIS AGUDA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS ESPECIFICADOS	
	BRONQUITIS AGUDA DEBIDA A VIRUS SINCIATIAL RESPIRATORIO	

5. Investigación de Campo

Para la investigación de campo utilizará la ficha de investigación diseñada para la investigación de casos de COVID19, boleta que deberá ser llenada y completada en TODAS SUS VARIABLES, según corresponda por el personal que la COLOVE defina y será remitida en conjunto con la VED1 a nivel regional y central, utilizando los medios electrónicos disponibles.

 SUBÁREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Fecha Abril 2020
	<small>INSTRUCCIÓN DE TRABAJO</small> Intensificación de la Vigilancia de Influenza y otros virus respiratorios (COVID19)	<small>CÓDIGO:</small> <small>IT.GM.DOSS.06042020</small>

	<p style="text-align: center;">6. Toma de muestras respiratorias</p> <p>Por semana, cada área centinela tomará un total de 15 muestras: 10 muestras para Enfermedad tipo Influenza (ETI) y 5 muestras para IRAS. El personal que tome la muestra respiratoria debe tener experiencia en la toma de esta y garantizar la aplicación de las precauciones estándares.</p> <p>Utilizará la boleta oficial contenida en el protocolo de COVID19, la boleta de USEC R85: Boleta de Solicitud diagnóstica perteneciente a INCIENSA. Igualmente se advierte. el correcto llenado de la misma. Esta ficha se envía con el material respiratorio respectivo al Laboratorio Nacional de Referencia INCIENSA, anotando claramente que esta muestra de ETI o IRA corresponde a la vigilancia intensificada instruida en el lineamiento 11 de COVID ("ETI o IRA Vigilancia intensificada por COVID19"). El personal que tome la muestra coordinará con el laboratorio respectivo para el embalaje y transporte de muestra definida en la regulación de laboratorio.</p> <p>El laboratorio garantizará el suministro adecuado de los insumos para la toma de muestra, así como el transporte oportuno de la misma y el llenado adecuado de la boleta de laboratorio.</p> <p>Esta información de laboratorio y la de la Boleta VE01, así como la de la Ficha de investigación serán los insumos necesarios para el registro del sistema de Información PAHO-FLU</p> <p>7. Acciones de la COLOVE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener SISVE actualizado • Mantener sistema de PAHO Flu al día • Llenar adecuadamente matrices de seguimiento de casos • Elabora informe de campo que remite a nivel regional y central con boleta VE01 y ficha de investigación de caso • Hacer cierre de casos en SISVE diariamente • Mantener el perfil epidemiológico de ambos eventos al día • Notificar al Ministerio de Salud
--	---

Consultas o Contacto			
Dra. Xiomara Badilla Vargas xbadilla@ccss.sa.cr	Dra. Catalina Ramírez Hernández cramireh@ccss.sa.cr	Dra. Leandra Abarca Gómez labargom@ccss.sa.cr	Ing. Andrés Vargas Contreras avargasco@ccss.sa.cr