|  |  |
| --- | --- |
|  | 2020 |
|  | EMACC-WG |



|  |
| --- |
| CRIBADO Y TRIAJE PARA LA COVID-19 |
| *DOCUMENTO DE ORIENTACIÓN PROVISORIO*DOCUMENTO CONJUNTO |

|  |  |
| --- | --- |
| PLATAFORMA DE VALIDACIÓN Y FECHA  | Med, 8-4-2020 |
| EESTADO DE LA PUBLICACIÓN  | Interno |
| VERSIONES  | *1ra Versión*  |
| IDIOMAS  | Español, |
| CONTACTO PARA OPINIONES  | EMACC-Emergency Medicine Anaesthesia Critical Care Working Group |
| edward.chu@berlin.msf.org |
| EN CASO DE ARCHIVO ELECTRÓNICO  | Click aquí |



# ANTECEDENTES

Este documento se basa en el documento de la OMS, [Consideraciones operativas para el manejo de la COVID-19 en centros](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331492/WHO-2019-nCoV-HCF_operations-2020.1-eng.pdf) [de salud y en comunidades,](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331492/WHO-2019-nCoV-HCF_operations-2020.1-eng.pdf)  19 de marzo del 2020. También se debe consultar las directrices del MSF sobre el IPC, los mensajes de promoción sanitaria, y la gestión de infraestructuras mientras se producen.

# FINALIDAD

El objetivo de este documento es proporcionar directrices técnicas para la implementación del cribado y triaje en proyectos existentes afectados por la COVID-19. Los proyectos que planean establecer un centro específico para la COVID-19 deben consultar con sus células sobre cómo diseñar de la mejor manera una intervención específica. Se ha tomado enfoque situacional para asistir a los proyectos a adaptar las intervenciones a su contexto específico. Está más allá del alcance de esta guía proveer capacitación para realizar triajes médicos o evaluaciones clínicas.

Conceptos claves relevantes a esta guía incluyen:

* Vigilancia: Seguimiento de los niveles de población con COVID-19 para planificación sanitaria en salud pública.
* Vigilancia centinela: actividades para identificar cuándo ha aparecido la COVID-19 en un asentamiento específico.
* Cribado: actividades enfocadas en individuos, tales como la identificación de pacientes en riesgo para aislarlos y realizar triaje específico o prevención y medidas de control de infecciones (PCI).

# OBJETIVOS DEL CRIBADO

El objetivo del cribado es:

* prevenir brotes, retrasar la expansión, desacelerar y detener la transmisión de COVID-19;
* identificar casos sospechosos de COVID-19 para intervenciones específicas;
* proteger los pacientes y el personal de la infección y conservar los recursos del proyecto.

Como con otra información sobre la salud, los resultados del cribado podrían utilizarse para informar actividades de vigilancia.

# OBJETIVOS DELT RIAJE

El objetivo del triaje es clasificar rápidamente a los pacientes según su gravedad para:

* destinar ***recursos*** para el óptimo beneficio de los pacientes, especialmente aquellos gravemente enfermos;
* dirigir a los pacientes al ***sitio*** donde puedan ser mejor atendidos;
* Realizar ***procedimientos críticos dependientes del tiempo*** a los pacientes menos estables

El triaje puede arrojar información para los procedimientos en la facilidad pero es una actividad en sí misma. El triaje no debe ser confundido con el diagnóstico o los procesos de flujo de pacientes. La clasificación de triaje de un paciente puede informar su admisión o criterio de referencia, pero no es suficiente por sí misma para tomar estas decisiones. El término triaje (del francés “trier” – clasificar), se está usando exponencialmente durante esta pandemia para referirse a la clasificación de pacientes para varios fines: acceso a ventilación, camas en terapia intensiva y procesos anteriores al cribado. Triaje en este documento se refiere al proceso de clasificación de pacientes por nivel de gravedad que se presentan en un centro de salud para una consulta.

# ADMISIÓN

La decisión de hospitalizar a un paciente debe ser tomada por el médico tratante tras evaluar al paciente, y determinar su condición clínica.

# MANEJO DE CASOS SOSPECHOSOS

Durante una epidemia, las medidas de aislamiento pretenden contener la expansión entre la población. Ya sea que cumplan el aislamiento en sus casas o en ámbitos comunitarios como estadios o escuelas, los pacientes con COVID-19 (confirmado o sospechoso) que no necesitan hospitalización

deberán ser coordinados por las autoridades locales de salud pública. De todos modos, para lograr un impacto significativo, estas medidas deberán ser aplicadas a una población completa y por ende en colaboración con funcionarios locales.

Todos los pacientes deben recibir, al menos, información sobre:

* signos y síntomas de COVID-19;
* instrucciones sobre cómo lavarse las manos correctamente, higiene respiratoria, limpieza del hogar;
* qué hacer en caso de síntomas o contacto con alguien con síntomas (consulte los lineamientos de promoción de la salud).

# EsCENARIOS DE CRIBADO Y TRIAJE

Diversas variables influencian la forma en la que un proyecto gestiona el riesgo que supone la COVID-19 mientras optimiza el cuidado y la satisfacción de los pacientes, el personal y la comunidad:

* La presencia y prevalencia de la COVID-19 en la comunidad.
* Los recursos disponibles para gestionar pacientes sospechosos.
* El enfoque regional respecto a la COVID-19, como políticas oficiales del gobierno local.
* La capacidad para brindar protección a nuestro personal.

Esta orientación se categoriza en escenarios de acuerdo a dichas variables y es transparente respecto a sus suposiciones, para que cada proyecto pueda adaptar su respuesta a sus circunstancias específicas. La intención es que estos escenarios complementen aquellos ya definidos por la OMS. Tu Centro Operacional individual (OC, por sus siglas en inglés) o Coordinación puede tener lineamientos adicionales definidos para otros escenarios en tu contexto específico. Respecto a escenarios donde podrías necesitar negociar tu respuesta con autoridades locales, discute con tu director de línea sobre qué adaptaciones necesitarías realizar por razones operacionales.

Se espera que las siguientes condiciones sean las más comunes en los proyectos:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Consideraciones especiales** |
| **Optimización de la atención médica**: Casos esporádicos Recursos suficientes | Medidas de aislamiento |
| **Conservación de recursos**: Grupos de casos Recursos limitados | Recursos limitados EPI, Insumos, Personal |
| **Reducción de riesgo**: Contagios locales Recursos insuficientes | Recursos severamente limitados. Incluso los estándares de cuidado específicos al contextoson difíciles de mantener |

# SPOSICIONES

Las suposiciones en la versión actual de este documento son:

* La vigilancia centinela ha detectado casos en la comunidad o la Oficina Central/Coordinación Responsable Sanitaria estima que hay un riesgo suficiente para implementar medidas específicas para la COVID-19.
* No hay muchas pruebas disponibles. Las estimaciones actuales preveen que no habrá pruebas confiables disponibles antes de junio (las directrices de la OMS existen para contextos donde hay un amplio acceso a pruebas).
* La escasez de EPI hará que el estándar de la OMS sea cada vez más difícil de cumplir.
* Una estrategia de contención de grupos1 no se está aplicando en la ubicación del proyecto. Esto requiere la capacidad de hacer pruebas extensivas, aplicar cuarentenas en lugar de aislamientos y rastrear todos los contactos que hubieron en todos los casos. En contraste, las medidas de mitigación están diseñadas para reducir el impacto de una epidemia (ejm. aplanar la curva). Las directrices de la OMS y China existen para los escenarios donde el objetivo es la contención.
* Las directrices de los ministerios locales sobre el manejo de los casos sospechosos y confirmados donde sean aplicadas sobrepasarán estos lineamientos de MSF

# FACTORES DE RIESGO PARA CASOS GRAVES Y SU CLASIFICACIÓN

A esta altura, ya se sabe que las personas ancianas y las personas con morbilidades asociadas significativas tienen un mayor riesgo de presentar un caso severo de COVID-19. Los niños y niñas saludables tienen un riesgo muy bajo de enfermar severamente por COVID-19.

Factores de riesgo conocidos para la COVID-19 incluyen: Ser mayor de 60 años, hipertensión, diábetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y padecen enfermedades que causan inmunodeficiencia.

|  |
| --- |
| Clasificación de los grados de gravedad de los casos de COVID-19 (OMS) |
| **Leve** | Infección sin complicaciones del tracto respiratorio superior |
| **Moderada** | Neumonía sin necesidad de oxígeno suplementario (SaO2>93 % en el aire)  |
| **Grave** | Fiebre o sospecha de infección respiratoria, más alguno de los siguientes:frecuencia respiratoria > 30 ppm; dificultad respiratoria severa; SaO2 ≤93% de oxígeno  |
| **Crítico** | Paro respiratorio agudo o estado de shock |

# LECCIONESDELAMUERTE MASIVA

En base a la experiencia de Europa, es probable que la COVID-19 represente un evento de muertes masivas que evolucione de días a semanas en lugar que de horas a días. Mientas que la escala de este evento no tiene precedentes, muchos principios de la gestión de muertes masivas siguen siendo pertinentes.

* Mientras más sencillos sean los procesos, más fácil será para el personal implementarlos bajo presión.
* Se deben minimizar actividades nuevas y basarse en las habilidades que el personal está acostumbrado a desempeñar.
* Agrupar nuevos procesos minimiza las necesidades de capacitación y permite al personal continuar con las actividades a las que acostumbra. Por ejemplo: agrupar nuevos lineamientos en las evaluaciones, a la vez permitiendo al personal continuar usando herramientas de triaje con las que están familiarizados.
* Si su centro no tiene un plan para eventos de gran número de víctimas, manténgalo simple. Ahora no es el momento para introducir muchos procesos con los que el personal no esté familiarizado.
* Practique tanto como sea posible. Incluso una simulación teórica con el personal puede revelar dificultades antes de que aparezcan.

# PRESERVAR FUNCIONES BÁSICAS BAJO ESTRÉS

* Enfóquese en asegurar que los procesos rutinarios están optimizados. El personal debería estar tan familiarizado con la herramienta de triaje establecida como sea posible.
* Comunicarse dentro y entre departamentos es fundamental. El relevo de pacientes debería ser informativo y conciso (por ejemplo, SBAR).
* En la mayoría de los casos, las prácticas existentes y conceptos generales deberían permitir a los proyectos adaptarse. Prácticas específicas de COVID-19 no deberían crear confusión adicional. Ejemplo: Siempre considere las necesidades de aislamiento en cada admisión, sea un paciente con COVID-19, tuberculosis, meningitis o cólera.
* El nivel de cuidado proporcionado en un proyecto debería preservarse tanto como sea posible. Es poco probable que situaciones emergentes ofrezcan la posibilidad de crear capacidad de UCI de cero, a menos que esté claramente planificada, por ejemplo, si intubación - ventilación mecánica invasiva no se practican en el proyecto, será más seguro no cambiar la práctica.
* Actividades distintas a salvar vidas y actividades no esenciales pueden tener que ser suspendidas en cierto casos.

# ESCASEZ DE RECURSOS

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (PPE por sus siglas en inglés)

Ya estamos en medio de una escasez global de PPE. [Los lineamientos IPC Interseccionales de MSF](https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/IPCIntersectional/Resources/Forms/AllItems.aspx?viewid=96014182%2D2e5f%2D4243%2Db891%2Defd15842f714) se encuentran actualmente disponibles [aquí.](https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/IPCIntersectional/Resources/Forms/AllItems.aspx?viewid=96014182%2D2e5f%2D4243%2Db891%2Defd15842f714)

PPE es una de muchas estrategias disponibles para reducir el riesgo para el personal y pacientes. Aislar casos sospechosos a través de evaluaciones, segmentar pacientes, usar medidas ambientales como limpiar superficies de alto contacto para reducir el riesgo de infección tienen un impacto en la probabilidad de infección

Los equipos deberían estar al tanto de las indicaciones para uso de PPE. Entrene al personal sobre cómo ponerse y quitarse PPE. Enfatice la importancia de la higiene de manos para proteger al personal, sus pacientes y el ambiente. El uso apropiado de PPE debería ser monitoreado, se deberían calcular y reportar las proyecciones y gestión de suministros (incluyendo quiebres anticipados), y riesgos de reusar PPE.

## *TERAPÉUTICA*

Actualmente, no hay medicamentos específicos para COVID-19. Los tratamientos se enfocan en cuidados paliativos. Los principios de medicina de emergencia de reanimación siguen siendo relevantes. Incorporar IPC para COVID-19. Muchas de las terapias específicas para la enfermedad se encuentran fuera del alcance de nuestras capacidades en campo.
 Remítase a los lineamientos clínicos y documentos de cuidado básico de MSF, ya que se han desarrollado nuevos protocolos e intervenciones.

## *R ECURSOS HUMANOS*

Cuando los recursos humanos se vuelven escasos, anticipe la necesidad de cambio de tareas en el entorno hospitalario. Enfóquese en preservar actividades básicas. Anticipe impacts a aspectos administrativos del funcionamiento del hospital. La comunicación con la administración y asesores financieros será importante para mitigar el impacto en el personal hospitalario.

## *RACIONAR LA ATENCIÓN*

También es probable que el racionamiento de atención (escoger qué pacientes más probablemente se beneficiarían de terapia limitada) se tornará en una realidad dolorosa. Es desafortunado que tanto nosotros como nuestros pacientes estamos mucho más familiarizados con estas terribles opciones que muchos otros en el resto del mundo. A medida que aprendemos sobre qué pacientes tienen mayores probabilidades de sobrevivir, debemos proporcionar orientación para tomar estas decisiones difíciles.



|  |  |
| --- | --- |
|  | **Consideraciones Especiales** |
| **Optimización de la Atención**Casos Esporádicos, Recursos Suficientes1. **Evaluación**: Caso Sospechoso (CS)

¿Cumple la Definición de Casos de la OMS para Caso Sospechoso?2* + **Positivo**: al área de espera de casos sospechocos para triaje c/mascarilla, el paciente debe mantener

≥1m de distancia de otros durante el resto de la visita* + ***Negativo***: al área de espera regular para triaje rutinario c/mascarilla si está tosiendo *Evaluador: ≥1m o barrera física (por ejemplo, vidrio), no se requiere PPE (vea lineamientos IPC)*
1. **Triaje de CS**: Triaje rutinario (por ejemplo, Herramienta de Triaje Integrada Interagencia)

**Verde** Siga la norma del establecimiento. Si se realizan evaluaciones adicionales, asegúrese de que el paciente use mascarilla y mantenga 1m de distancia con otros pacientes.**Amarillo** Transfiera al paciente a ED para evaluación adicional ***Rojo*** Transfiera al paciente al área de reanimación de ED para evaluación adicional *Personal de Triaje: higiene de manos, mascarilla, bata, guantes, protección de ojos (vea lineamientos IPC)* 1. **Consulta**:

Prepare área específica para casos sospechosos para consultas yestabilización/reanimación, si es posible. Mantenga ≥ 1m de otros pacientes. Use PPE para la sala de consulta. Vea el documento IPC para más detalles (por ejemplo, procedimientos de nebulización). Considere las herramientas de evaluación clínica de COVID-19 a medida que evolucionan los lineamientos. | * **Aislamiento de Casos Sospechosos**:

*Materiales de promoción de la salud para todos los pacientes, incluyendo cuándo buscar atención** **Aislamiento en Casa o Comunitario** según la práctica local, Casos sospechosos leves, sin importar los factores de riesgo. Casos sospechosos moderados sin criterios de riesgo alto si es capaz de regresar por síntomas peores
* **Aislamiento en Centro de Salud**:

Los pacientes que se considere que necesitan ser admitidos, serán hospitalizados respetando los lineamientos IPC para aislamiento y segmentación.Caso sospechoso moderado con criterios de riesgo alto o incapaz de volver por síntomas peores, considerar admitir para observación, dependiendo de recursos disponibles y capacidad para asegurar IPC. |

2 Definiciones de Casos OMS actualizadas diariamente en reportes de situación. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Consideraciones Especiales** |
| **Conservación de Recursos**Grupos de Casos, Recursos Limitados1. **Evaluación**: Caso Sospechoso (CS)

¿Cumple la Definición de Casos de la OMS para Caso Sospechoso?\** + **Positivo**: al área de espera de casos sospechocos para triaje *idealmente*  c/mascarilla, el paciente debe mantener ≥1m de distancia con otros durante el resto de la visita
	+ Negativo: al área de espera regular para triaje c/PPE, según la práctica normal (paciente es de bajo riesgo en un entorno de prevalencia bajo)

*Evaluador: ≥ 1m o barrera física (por ejemplo, vidrio), no se requiere PPE (ver lineamientos IPC)*1. **Triaje de CS**: Triaje rutinario (por ejemplo, Herramienta de Triaje Integrada Interagencia)

**Verde** Siga la norma del establecimiento. Si se realizan evaluaciones adicionales, *idealmente*  que el paciente use mascarilla y mantenga 1m de distancia con otros pacientes.**Amarillo** Transfiera al paciente a ED para evaluación adicional **Rojo** Transfiera al paciente a ED para evaluación adicional *Personal de Triaje: higiene de manos, mascarilla, bata, protección de ojos (vea lineamientos IPC)*1. **Consulta**:

Prepare área específica para casos sospechosos para consultas yestabilización/reanimación. Mantenga ≥ 1m de otros pacientes. Use PPE para la sala de consulta. Vea el documento IPC para más detalles (por ejemplo, procedimientos de nebulización). Intente evitar todos los procedimientos de nebulización. Considere las herramientas de evaluación clínica de COVID-19 a medida que evolucionan los lineamientos. | **Limitación de los Recursos*** **Escasez de PPE**: Para evaluación, considere reevaluar el beneficio para los pacientes de ser formalmente triado. Preguntas de *evaluación*  y evaluación visual podrían identificar pacientes que pueden aislarse fuera del establecimiento y darles orientación sobre qué síntomas ameritan volver al hospital. Para *triaje* y *consulta*, considere precauciones estrictas por gotitas. Evalúe el beneficio de los procedimientos de nebulización para pacientes con una baja probabilidad de sobrevivencia. Para aislamiento en el establecimiento o comunitario, considere el riesgo de transmisión por la cercanía si no hay suficiente PPE para proteger a los pacientes de infección.
* **Escasez de medicamentos y personal**: A medida que los recursos médicos se vuelven escasos, el beneficio de admitir a un paciente al hospital disminuye. Igualmente, ver a los pacientes en aislamiento grupal ofrece un beneficio decreciente, especialmente si hay menos personal para proporcionar atención. Incluso pacientes con enfermedad moderada y con factores de riesgo podrían estar más seguros aislándose en un entorno ambulatorio con lineamientos estrictos sobre cuándo buscar atención.
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Consideraciones Especiales** |
| **Reducción de Riesgo, Lo mejor para la mayoría**Transmisión Comunitaria, Recursos Insuficientes\*1. **Evaluación**: Caso Sospechoso (CS) *revise si hay lineamientos actualizados a media que evoluciona la epidemia* Cualquier persona con ARI (tos, disnea) sin importar si tiene fiebre o historial de contacto, Preguntas de evaluación para establecer agudeza por historial y examinación visual. De ser posible, la ausencia de síntomas de IRA alienta a postergar la atención médica. Dirigirlo a una sala de espera común a menos que se especifique lo contrario.
	* **Positivo**: dirigirlo a la sala de espera para casos respiratorios sospechosos, *idealmente* con mascarilla. El paciente debe mantener una distancia ≥ 1 m con respecto a los demás y durante el resto de la visita.
	* **Negativo**: en estas circunstancias, puede que pacientes estables con IRA de cualquier etiología estén más seguros con información sobre el cuidado de la salud y aislamiento domiciliario (alto riesgo de COVID-19, bajo riesgo de requerir terapia de recursos limitados).

*Personal: ≥ 1 m de distancia o con una barrera física (p. ej., vidrio), el EPI no es necesario (véase las indicaciones de PCI).*1. **Triaje para CS**: Triaje de rutina (p. ej., Herramienta Interinstitucional Integral deTriaje)

**Verde** Se le instruye al paciente cumplir las medidas de aislamiento social y se le informa cuándo buscar atención médica. **Amarillo*** Con ausencia de factores de riesgo para enfermedades graves, aislamiento social e información sobre cuándo buscar asistencia médica.
* Si el paciente presenta factores de riesgo propensos a enfermedades graves, derivarlo a urgencias para realizar más estudios.

**Rojo** Derivar el paciente a urgencias para realizar más estudios. *Personal de triaje: higiene de manos, mascarilla, bata, guantes, protección ocular (véase las indicaciones para PCI).***3. Consultas**: Designe un lugar diferente para la atención no respiratoria. Forme una cohorte de pacientes y personal respiratorio. Utilice el mejor EPI disponible para el personal no infectado. Consulte el documento PCI actual para obtener más detalles (elección de EPI de 1.ª, 2.ª y 3.ª Iinea, evitar los procedimientos que generan aerosoles excepto en áreas de cohorte de pacientes y personal). Evalúe las herramientas para la toma de decisiones clínicas para la COVID-19 a medida que la orientación se actualiza. Considere las herramientas de evaluación clínica para la COVID-19 a medida que la orientación se actualiza (vea las directrices para el cuidado sintomático). | **Reducción de riesgos*** **Detección:** Tenga en cuenta que el ingreso de pacientes al centro de salud representa grandes riesgos y beneficios, dependiendo de la severidad del impacto en el proyecto. Hacer hincapié en descongestionar la institución, el aislamiento en la comunidad o domiciliario y en educar a los pacientes sobre cuándo buscar atención médica.

Reevaluar las preguntas de detección. Una vez que se produce el contagio comunitario, probablemente sea adecuado tratar como posibles infectados a todos los pacientes con síntomas de infección respiratoria aguda. *Compruebe si hay directrices actualizadas.* * **Triaje**: Determine cuándo implementar medidas de triaje para victimas múltiples.
* **Estrés prolongado**: Anticipe las consecuencias de la fatiga y el estrés, tanto en pacientes como en el personal, *busque asesoramiento sobre la salud mental*.
* **Consultas**: El grupo de trabajo de EMACC actualmente evalúa las herramientas de valoración para la gravedad clínica y los cuidados sintomáticos. Intentaremos brindar orientación e información a medida que aprendemos más sobre el COVID-19. Puede que se imponga la rotación de tareas.

\**Busque asesoramiento ante esta situación. Los ejemplos están para ayudar a los proyectos a prever situaciones realistas.**Las recomendaciones se actualizarán a medida que aumenta nuestra experiencia en centros sanitarios desbordados.* |

ANEXO 01 - DETECCIÓN

La detección debe realizarse rápidamente para separar a los pacientes sospechosos de COVID-19 del resto. Si el proceso es muy lento, es posible que los pacientes no esperen o que se acumule gente, lo que genera un mayor riesgo de propagación.

1. Prevea que quién realice el proceso de detección puede necesitar apoyo del personal de seguridad para controlar a la multitud.
2. Controlar el ingreso a las salas de espera comunes: considere usar un sello para indicarle al personal de la sala de espera que los pacientes pasaron por el proceso de detección.
3. Tenga mascarillas a mano para entregar a pacientes que cumplen los requisitos para la sala de espera para casos presuntos de COVID-19.
4. En principio, la detección consiste en realizar una serie de preguntas rápidas a los pacientes para evaluar si deben dirigirse a una sala de espera específica.
5. Considere dividir el proceso en dos etapas, dependiendo de la multitud.
6. Los pacientes que parezcan inestables deben dirigirse inmediatamente al departamento de emergencias para realizar más estudios (siga las directrices PCI para proteger al personal y a los pacientes).

## *EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA*

A medida que el número de pacientes con la COVID-19 aumenta en la comunidad, las preguntas para detectar los casos presuntos cambian. La orientación de la OMS se actualiza constantemente. Consulte a una autoridad médica sobre la adaptación del cribado durante el transcurso de la pandemia. Los asesores en epidemiología mantienen comunicación constante con los referentes técnicos y los asesores de salud de la sede para proporcionar orientación continua.

Definición de los casos por la OMS (28 de marzo de 2020)3:

**Caso sospechoso**

* Paciente con una enfermedad respiratoria grave (fiebre y al menos un signo/síntoma de infección respiratoria, p. ej., tos o dificultad para respirar), MÁS un historial de viaje o residencia en lugares que informaron propagación comunitaria del COVID-19 durante los 14 días previos a la aparición del síntoma,

O BIEN

* Un paciente con cualquier enfermedad respiratoria grave Y que haya estado en contacto con un caso presunto o confirmado de COVID-19 durante los 14 días previos a la aparición del síntoma,

O BIEN

* Un paciente con una enfermedad respiratoria aguda grave (fiebre y al menos un signo/síntoma de una enfermedad respiratoria, p. ej., tos, dificultad para respirar Y que requiera hospitalización), Y sin un diagnóstico alternativo que explique por completo el cuadro clínico.

**Caso probable**

* Un caso sospechoso cuyas pruebas de detección de COVID-19 no son concluyentes. Se refiere al resultado de una prueba de laboratorio.

O BIEN

* Un caso sospechoso sin pruebas de laboratorio que confirmen la infección de COVID-19.

**Caso confirmado**

* Una persona con infección de COVID-19 confirmada por laboratorio, independientemente de si presenta signos y síntomas.

## *PREGUNTAS PARA LA DETECCIÓN*

Las preguntas cambian según el contexto. Dada la definición actual de la OMS para casos sospechosos, si los pacientes no presentan tos, dificultad para respirar o fiebre, no cumplen los requisitos de ninguno de los criterios de la OMS para casos sospechosos. Estas preguntas pueden ser útiles en el paso previo al cribado, separadas de las preguntas sobre los contactos potenciales o viajes a lugares con transmisión comunitaria.

## *DÓNDE REALIZAR LA DETECCIÓN*

Puede que descubra que realizar las tres preguntas en un mismo lugar genera una multitud o problemas con pacientes que no esperan a ser evaluados. Evalúe alternativas, tales como realizar las preguntas previas al proceso de detección en el punto de entrada al hospital, o hacer anuncios, a medida que entran los pacientes, que indiquen dirigirse al área de detección si tienen fiebre, tos, dificultad para respirar, entre otras.

3Las definiciones de la OMS para los casos se actualizan diariamente en informes situacionales. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>



Los procesos en azul muestran desvíos de la práctica normal.

Los proyectos que tienen una herramienta de triaje establecida deberían mantener su uso.

Para los proyectos que no la tengan, este anexo brinda una herramienta de triaje desarrollada en colaboración conjunta entre MSF, la OMS y el CICR.

Descárguela aquí: Interagency Integrated Triage Tool (IITT) – Routine - 2020

