

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL  
SUBDIRECCIÓN DE SALUD  
DIVISIÓN DE REGULACIÓN, NORMALIZACIÓN Y VIGILANCIA  
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN.



INSTITUTO  
SALVADOREÑO  
DEL SEGURO  
SOCIAL

**LINEAMIENTO PARA EL PROCESO DE  
ATENCIÓN DE PACIENTES COVID EN EL  
ISSS.**

OCTUBRE 2021

# PRESENTACIÓN:



El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) en su Política de "Adoptar el sistema de calidad que garantice la atención en salud y prestaciones económicas integrales a los derechohabientes", ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, el Consejo Directivo aprobó la creación del Departamento de Normalización, según acuerdo Según Acuerdo CD#2019-2232.OCT.- Contendida en acta N° 3874 dependencia responsable de la elaboración y actualización de los documentos técnico-normativos de salud del ISSS.

En este sentido el **LINEAMIENTO PARA EL PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES COVID EN EL ISSS –OCTUBRE 2021**, es el documento normativo que establece el mecanismo general para la atención de los pacientes con COVID-19 en el ISSS.

El lineamiento será una herramienta valiosa con que contarán los profesionales de la salud del instituto para la atención de los pacientes COVID en los diferentes centros de atención, quienes deberán proceder a su divulgación, implantación y cumplimiento obligatorio.



Dra. Mónica Guadalupe Ayala Guerrero.

Directora General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.



## EQUIPO REGULATORIO:

<b>Nombre:</b>	<b>Procedencia:</b>
<b>Dr. José Adán Martínez Alvarenga.</b>	Jefe División Regulación, Normalización y Vigilancia.
<b>Dra. Silvia G. Mendoza de Ayala</b>	Jefa Departamento de Normalización
<b>Dr. David Jonathan Hernández Somoza.</b>	Colaborador Técnico en Salud II Departamento de Normalización

## EQUIPO QUE ACTUALIZÓ DOCUMENTO:

<b>Nombre:</b>	<b>Procedencia:</b>
<b>Dra. Adriana Guadalupe Urbina Pineda.</b>	Coordinadora Institucional de Medicina Interna.
<b>Dra. Nancy Lizeth Gochez.</b>	Jefa Sección Atención Hospitalaria.
<b>Dr. Manuel Ávalos Somoza.</b>	Jefe Sección Redes.
<b>Dr. Francisco Lémus García.</b>	Jefe Departamento Vigilancia Sanitaria.
<b>Dr. Oscar Flores Gutierrez.</b>	Colaborador Técnico de Salud II. Sección Atención Hospitalaria.
<b>Dra. Silvia Mendoza de Ayala.</b>	Jefe Departamento Normalización.
<b>Dr. Jonathan Hernández Somoza.</b>	Colaborador Técnico de Salud II. Departamento de Normalización

## CONTENIDO:

---

I. OBJETIVOS.....	4
II. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	4
III. DEFINICIONES*.....	5
IV. DISPOSICIONES GENERALES.....	6
V. ABORDAJE INICIAL DE LA PERSONA CON SOSPECHA DE COVID-19: .....	7
VI. GESTIÓN DE DATOS: .....	14
VII. ANEXO 1: Definición de Casos (según OPS/OMS): .....	15
VIII. ANEXO 2: CENSO DE PACIENTES COVID.....	18
IX. OBSERVANCIA .....	19
X. VIGENCIA.....	19
XI. DISPOSICIONES ADICIONALES:.....	19
XII. INFRACCIONES Y SANCIONES .....	19
XIII. OFICIALIZACIÓN.....	20

## I. OBJETIVOS:

### Objetivo General:

Actualizar los lineamientos técnicos para el proceso de atención de pacientes con sospecha o confirmación diagnóstica de infección por COVID-19 en los centros de atención del ISSS.

### Objetivos Específicos:

- I.) Estandarizar la valoración inicial a realizar a los pacientes con sospecha diagnóstica de COVID-19.
- II.) Establecer en base a la valoración realizada el flujo de atención de los pacientes ambulatorios y de los que ameriten ingreso hospitalario.
- III.) Determinar el proceso de seguimiento a los pacientes que se les brinda manejo ambulatorio.

## II. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Están sujetos a la aplicación de los presentes lineamientos todo el personal médico, paramédico, técnico, de servicios de apoyo clínico – diagnóstico y administrativo de los diferentes centros de atención del ISSS.

## DISPOSICIONES TÉCNICAS:

---

### III. DEFINICIONES\*:

#### CASO SOSPECHOSO COVID-19:

- Toda persona que presente fiebre, y uno o más de los siguientes síntomas: tos, rinorrea, congestión nasal, odinofagia, dificultad respiratoria, diarrea sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica.

También debe considerarse caso sospechoso de COVID-19:

- Todo paciente con diagnóstico clínico y radiológico de neumonía, sin otra etiología que explique el cuadro clínico.
- Todo personal de salud que haya estado en atención directa de casos de COVID-19, que presente fiebre y uno o más síntomas respiratorios (tos, odinofagia, dificultad respiratoria).

#### CASO CONFIRMADO COVID-19:

- Caso sospechoso con prueba de PCR COVID-19 con resultado positivo.
- Persona con tamizaje respiratorio con prueba de PCR para COVID-19 con resultado positivo.

#### CONTACTO COVID-19:

- Persona sin síntomas con el antecedente de haber tenido contacto físico, o estar a menos de un metro de distancia de un caso confirmado, sin las medidas adecuadas de bioseguridad, dentro de un periodo de 2 días antes de la fecha de inicio de síntomas y 14 días después, del caso que lo originó.

#### CONTACTO EN PERSONAL DE SALUD:

- Personal de salud que durante su rol directo haya entrado en contacto con un caso confirmado y haya hecho uso inapropiado del equipo de protección personal.

---

\*Definición de Casos oficial y vigente a la fecha de formulación de este documento, de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud. En Anexo 1 se presenta Definición de Casos según OPS/OMS (para fines didácticos).

## IV. DISPOSICIONES GENERALES

- 1.) El Director Médico del centro de atención, las diferentes Jefaturas y el personal de salud en general, en el ámbito de sus competencias, son responsables de la divulgación, del cumplimiento y del control de las disposiciones descritas en la presente actualización técnica normativa.
- 2.) Las autoridades locales antes mencionadas, una vez que hayan divulgado los presentes lineamientos deberán ponerlos a disposición del personal de salud de su centro de atención, por los medios que les sea apropiado y posible, para consulta y análisis del trabajo a desarrollar.
- 3.) En todos los establecimientos del ISSS, las personas con sospecha o confirmación de infección por COVID-19, deben ser atendidos en el área que cada uno de los mismos establecimientos debe designar exclusivamente para tal fin, de acuerdo a ***Lineamiento de prevención y control en la atención sanitaria por COVID-19 en la red de servicios del ISSS. Octubre 2021.***
- 4.) La Subdirección de Salud, la División de Evaluación y Monitoreo de los Servicios de Salud y el Departamento de Monitoreo y Gestión de Redes del ISSS conforme al comportamiento epidemiológico de los casos de COVID-19 informarán acerca de los establecimientos que brindarán atención hospitalaria a pacientes con diagnóstico confirmado y/o sospechoso de COVID-19.
- 5.) La atención que cada establecimiento le brinde a los pacientes con enfermedades respiratorias debe ser de acuerdo al estado de salud de dichos pacientes, el Portafolio de Servicios del establecimiento, y conforme a lo señalado en el numeral 4 de este Lineamiento.
- 6.) El médico tratante, el Coordinador de Turno o quien éste delegue, es responsable de gestionar el proceso de referencia y traslado ante los centros de atención designados para brindar atención hospitalaria a pacientes con diagnóstico confirmado o sospecha de COVID-19, conforme a las indicaciones de las autoridades mencionadas en el numeral 4) y en el numeral 5) de este Lineamiento.
- 7.) Todo el personal de salud que brinda atención a pacientes con síntomas respiratorios deberá utilizar los equipos de protección personal, de acuerdo a lo normado en:
  - ***Lineamientos para el uso del equipo de protección personal (EPP) para los trabajadores de la salud y administrativos ante la exposición por covid-19 en los diferentes escenarios del ISSS. Marzo 2021.***
  - ***Lineamiento de prevención y control en la atención sanitaria por COVID-19 en la red de servicios del ISSS. Octubre 2021.***

## V. ABORDAJE INICIAL DE LA PERSONA CON SOSPECHA DE COVID-19:

- 8.) El personal médico que brinda atención a pacientes con sospecha de infección por COVID-19 deberá evaluar en dicho paciente los siguientes signos y síntomas, para determinar enfermedad por COVID-19\*:
- a) Fiebre. (83 -99%).
  - b) Tos, con esputo o sin él. (59 – 82%).
  - c) Fatiga. (44 – 70%).
  - d) Disminución del apetito (40 – 84%).
  - e) Disnea (31 – 40%).
  - f) Mialgias. (11 – 35%).
  - g) Cefalea.
  - h) Debilidad generalizada.
  - i) Odinofagia.
  - j) Anosmia.
  - k) Ageusia.
  - l) Congestión nasal
  - m) Náuseas y/o vómitos.
  - n) Diarrea.
  - o) En particular los adultos mayores y los individuos con inmunodepresión pueden presentar inicialmente síntomas atípicos como fatiga, reducción del grado de alerta, reducción de la movilidad, diarrea pérdida del apetito o estado confusional, sin que haya fiebre.
  - p) Puede haber un traslape de síntomas de la COVID-19 con otras manifestaciones como disnea, síntomas gastro intestinales, o fatiga, debidos a las adaptaciones fisiológicas o a eventos adversos en embarazadas.
- 9.) Si conforme a la evaluación, el paciente es considerado “no sospechoso infección por COVID”, se deberá investigar las otras posibles causas de enfermedad\* y brindar manejo de acuerdo a los hallazgos.

---

\*Para ampliar información sobre el tema véase el Documento Técnico: *Cuadro clínico del COVID 19 en adultos, embarazadas y niños. Octubre 2021.* Departamento de Normalización. ISSS.



10.) Si el paciente es considerado "sospechoso de COVID", conforme a la valoración médica previa, se debe evaluar la severidad del cuadro clínico presente, usando los criterios específicos, señalados a continuación, y determinar en base a ellos la clasificación respectiva:

**Clasificación clínica de casos y estratificación del riesgo de infección por SARS-CoV-2/COVID-19**

Tabla. Clasificación de gravedad infección por SARS CoV-2/COVID-19

Enfermedad Leve		Pacientes sintomáticos con base en criterio de definición de caso de infección por SARS-CoV-2/COVID-19 sin evidencia de neumonía viral o hipóxica.
Enfermedad Moderada	Neumonía:	Adulto con signos clínicos de neumonía (fiebre, tos, disnea, taquipnea) sin signos de neumonía grave, con SpO2 $\geq$ 90% en aire ambiente. Las imágenes de tórax (Radiografías, tomografía computarizada, ultrasonido) pueden ayudar en el diagnóstico e identificar o excluir otras complicaciones pulmonares.
Enfermedad Grave	Neumonía Grave:	Adulto con signos clínicos de neumonía (fiebre, tos, disnea, taquipnea) más uno de los siguientes: frecuencia respiratoria $>$ 30 respiraciones/min, dificultad respiratoria grave, o SpO2 $<$ 90% en aire ambiente. Las imágenes de tórax (radiografía, tomografía computarizada, ultrasonido) pueden ayudar en el diagnóstico e identificar o excluir otras complicaciones pulmonares.
Enfermedad Crítica	Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA).	Inicio: dentro de 1 semana de lesión clínica conocida (neumonía) o síntomas respiratorios nuevos o deterioro de estos. Imagen de tórax: (radiografía, tomografía computarizada o ultrasonido pulmonar): opacidades bilaterales, no explicadas por sobrecarga de volumen, colapso lobar o pulmonar, o nódulos. Origen de las opacidades pulmonares: insuficiencia respiratoria no explicada por insuficiencia cardíaca o sobrecarga de líquidos. Necesita evaluación objetiva (ecografía) para excluir etiología hidrostática de opacidades/ edema, si no hay un factor de riesgo presente.
	Sepsis.	Definida como disfunción orgánica y que puede ser identificada como un cambio agudo en 2 de las siguientes 3 variables clínicas: Glasgow 13 o inferior, presión sistólica de 100 mm Hg o inferior y frecuencia respiratoria de 22/min o superior. La disfunción orgánica puede manifestarse con las siguientes alteraciones: estado confusional agudo, insuficiencia respiratoria, reducción de diuresis, taquicardia, coagulopatía, acidosis metabólica, elevación de lactato.
	Choque séptico.	Hipotensión arterial que persiste tras volumen de resucitación y que requiere vasopresores para mantener PAM $>$ 65 mmHg y Lactato $>$ 2 mmol/l (18mg/dl) en ausencia de hipovolemia.
	Trombosis aguda.	Paciente con enfermedad crítica que presenta: Anomalías en marcadores de hipercoagulabilidad: aumento significativo del Dímero D ( $>$ 2 veces el límite superior normal), prolongación del Tiempo de Tromboplastina activado, tiempo de protrombina; además de alteración en factores de severidad como la elevación de la Ferritina sérica, y de la Proteína C Reactiva. La edad mayor a 65 años, antecedentes de enfermedad tromboembólica y/o de eventos isquémicos agregan valor a la sospecha diagnóstica.

- 11.) Si el cuadro clínico es compatible con infección COVID-19 asintomático o enfermedad leve, se brindará manejo ambulatorio<sup>β</sup>, asegurando que ha recibido consejería acerca de los signos de alarma, las posibles complicaciones de la enfermedad, en qué casos debe buscar ayuda en los servicios de emergencia, además se le debe referir a consulta médica de control de la evolución clínica, para lo cual se instruirá al paciente que podrá realizarlo bajo cualquiera de las siguientes modalidades:
- a) Presentarse con dicha referencia al centro de atención ambulatoria más cercano a su domicilio.
  - b) Gestionar cita para Consulta Médica a través de: "consultaenlínea.issv.gov.sv".
  - c) Realizarla a través de "Dr. ISSS en Línea". Informándole al paciente que debe comunicarse al teléfono 127 opción 2, ó a través de Whatsapp al número telefónico 22 44 47 77.
- 12.) Para el manejo de los pacientes con COVID-19 Leve y Moderada se debe considerar la posibilidad de que la severidad del cuadro clínico progrese, utilizando los Factores de Riesgo de Enfermedad Grave señalados a continuación (CDC. 20 de agosto del año 2021):
- a) Cáncer: puede aumentar la probabilidad de enfermedad grave a causa del COVID-19. Los tratamientos de muchos tipos de cáncer pueden debilitar la capacidad del organismo de combatir la enfermedad. En este momento, con base en los estudios disponibles, tener antecedentes de cáncer puede aumentar el nivel de riesgo.
  - b) Enfermedad renal crónica.
  - c) Enfermedades pulmonares crónicas, entre ellas EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), asma (moderada a grave), enfermedad pulmonar intersticial, fibrosis quística e hipertensión pulmonar.
  - d) Demencia u otras afecciones neurológicas.
  - e) Diabetes Mellitus (tipo 1 o tipo 2).
  - f) Afecciones cardíacas.
  - g) VIH y SIDA u otra Inmunodepresión.
  - h) Enfermedad Hepática.
  - i) Sobrepeso y obesidad (IMC mayor o igual a 30 Kg/ m<sup>2</sup>
  - j) Embarazo.
  - k) Enfermedad de células falciformes o Talasemia.
  - l) Tabaquismo actual o pasado.
  - m) Trasplante de órganos sólidos o células madres sanguíneas.
  - n) ACV o enfermedades cerebrovasculares.
  - o) Adicción a sustancias.
  - p) Persona mayor de 60 años de edad.

---

<sup>β</sup>Incluido Incapacidad Médica (si aplica) conforme a lo establecido en el *Lineamiento para trámite de incapacidades para todo paciente sospechoso o positivo COVID.*

13.) En pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19 que presentan síntomas leves, con factores de riesgo y signos o síntomas de progresión de la enfermedad, así como los que no se encuentren hospitalizados y presenten síntomas moderados, para decidir su referencia a un centro de atención de mayor complejidad, para continuar su manejo, se sugiere realizar, según disponibilidad, los siguientes exámenes de laboratorio clínico:

Resultados de exámenes de laboratorio que acompañan la sospecha diagnóstica:	Resultados de exámenes que ayudan a estimar el pronóstico:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leucopenia &lt;4,000 /L</li> <li>• Neutropenia &lt;3,500 /L</li> <li>• Trombocitopenia &lt; 100,000 /L</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Linfopenia &lt; 800 /L</li> <li>• Lactato deshidrogenasa &gt;245 U/L</li> <li>• Proteína C-reactiva &gt;10 mg/L</li> <li>• Dímero D &gt;1500 ng/mL</li> <li>• Ferritina &gt;1000 mcg/L</li> <li>• Fibrinógeno &lt; 100 mg/dl</li> <li>• Procalcitonina elevada</li> <li>• Tiempo de protrombina prolongado</li> </ul>

14.) En pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19 que presentan síntomas leves, con factores de riesgo y signos o síntomas de progresión de la enfermedad, así como los que no se encuentren hospitalizados y presenten síntomas moderados, se sugiere realizar estudios de imagen de tórax, según disponibilidad, para decidir su referencia a un centro de atención de mayor complejidad, basándose en la Clasificación diagnóstica del SARS-CoV2 en la Radiografía de Tórax presentada a continuación:

### CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA DEL SARS-COV-2 EN LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX:

Clasificación SARS-COV-2 Radiografía tórax:	Hallazgos:	Recomendaciones:
Hallazgo radiográficos con alta sospecha ("Típicos") para neumonía atípica por SARSCOV-2	Opacidades tenues multifocales de ubicación periférica uni/bilateral a predominio de los lóbulos inferiores Opacidades mixtas intersticioalveolar multifocales/ difusas de ubicación periférica uni/bilateral a predominio de los lóbulos inferiores	Solicitar confirmación con pruebas de laboratorio y posibilidad de TC
Hallazgo radiográficos con sospecha intermedia ("Atípicos") para neumonía atípica por SARS-COV-2	Opacidades tenues difusas perihiliares o unilaterales, sin distribución específica Opacidades alveolointersticiales difusas, perihiliares o unilaterales, sin distribución específica	Solicitar confirmación con pruebas de laboratorio y posibilidad de TC
Hallazgo radiográficos baja sospecha/no concluyente para neumonía atípica por SARSCOV-2	Opacidad alveolar unilobar Opacidad tenue difusa central con patrón en alas de mariposa Presencia de masa Cavitaciones Efusión pleural	Solicitar confirmación con pruebas de laboratorio y considerar otro diagnóstico alternativo según cuadro clínico y antecedentes
Radiografía normal (pacientes asintomáticos o con síntomas menos de 5 días)	Ausencia de lesiones	No se descarta infección por SARS-COV-2. Solicitar pruebas de laboratorio y/o TC

15.) Si conforme a los factores de riesgo, las manifestaciones clínicas, de Laboratorio y de Gabinete, y los Criterios de severidad, el paciente amerita ser ingresado/trasladado a Hospitalización, el médico tratante, previa notificación al Coordinador de Turno o Coordinación de Emergencia, debe gestionar dicho ingreso o traslado, conforme a lo señalado en los numerales 4), 5) y 6) de este mismo Lineamiento. (Ver: Algoritmo del Proceso de Abordaje de la Infección por COVID-19).

# ALGORITMO DEL PROCESO DE ABORDAJE DE LA INFECCIÓN POR COVID-19

Paciente con sospecha de infección por COVID-19:  
 Fiebre mayor a 38°C con tos seca y/o dificultad respiratoria.  
 Disnea, artralgia, mialgia, anosmia, disgeusia, astenia, diarrea, dolor abdominal, diarrea persistente, dolor de cabeza, escalofríos, fatiga y/o dolor de garganta.  
 Enfermedad respiratoria aguda (fiebre y dificultad respiratoria y ausencia de diagnóstico alternativo que explique la presentación clínica).

NO

SI

Evaluación clínica usual de acuerdo a los lineamientos nacionales, incluyendo evaluación de otras infecciones respiratorias.

SPO<sub>2</sub> < 94% o FR alta para la edad (>20 en adultos) o presencia de signos de emergencia (dificultad respiratoria, dolor o presión persistente en el pecho, confusión, incapacidad de despertarse o permanecer despierto, labios o rostro cianótico).

NO

SI

Sin factores de riesgo\* (Sospecha COVID-19 leve)

Uno o más factores de riesgo\*

Todos los pacientes sin importar factores de riesgo\*

Reposo y aislamiento. Tratamiento sintomático, recomendaciones de hidratación y alimentación adecuada, y acerca de los signos de emergencia.

Monitoreo de signos vitales, signos de alarma, considerar aporte de oxígeno. Considerar exámenes de laboratorio e imágenes disponibles.

Mantener en observación, monitoreo de signos vitales y de signos de alarma. Brindar aporte de oxígeno, considerar administración de fluidos, exámenes de laboratorio e imágenes disponibles.

Evaluar riesgo de tromboembolismo (FR < 24, aumento de la Proteína C reactiva, niveles de Dímero D y Fibrinógeno).

Bajo y Moderado

Alto

Si progresa el cuadro clínico y presenta signos de emergencia

Si hay signos de emergencia (SpO<sub>2</sub> ≤ 90%, FR ≥ 24), Neumonía (Fiebre, tos, disnea, taquipnea). Remitir a Hospitalización.

Administrar Heparina de bajo peso molecular.

Referencia a "Hospital COVID".

Administrar Oxígeno suplementario por cánula nasal (5lts/min), limpieza de vías aéreas en pacientes que produzcan secreción, ubicarlo en decúbito prono (si no hay contraindicación). Administrar fluidos IV de forma conservadora. Evaluar la respuesta y signos de emergencia.

Administrar Corticoesteroide de acuerdo a criterio clínico. Si paciente se estabiliza (SpO<sub>2</sub> > 90% continuar manejo).

Si aumenta el distress respiratorio o SoO<sub>2</sub> continúa < 90% incrementar el aporte de Oxígeno con máscara de Oxígeno: 6 a 10 Lts/min. Evaluar respuesta y signos de deterioro\*\* cada hora durante 4 horas.

Si el paciente se estabiliza (SpO<sub>2</sub> < 90% y signos vitales estables) continuar manejo, evaluar respuesta y estar alerta a señales de deterioro.\*\*

Si aumenta el distress respiratorio o SoO<sub>2</sub> continúa < 90% o se presentan señales de alarma incrementar el aporte de Oxígeno con máscara con reservorio: 10 a 15 Lts/min

Si continúa el distress respiratorio o SpO<sub>2</sub> < 90% referencia a Hospital COVID.

**\* Factores de riesgo:**

- Arteroesclerosis.
- Cáncer.
- Diábetes.
- Género masculino.
- Enfermedad cardiovascular.
- Enfermedad hepática.
- Enfermedad neurológica.
- Enfermedad pulmonar.
- Enfermedad renal.
- Hipertensión.
- Inmunodeficiencia por cualquier causa.
- Obesidad
- Personas mayores a 60 años.

**\*\* Señales de deterioro:**

- Aumento en la dificultad respiratoria.
- Caída en la presión arterial.
- Cianosis labial o facial.
- Confusión o inhabilidad de levantarse.
- Debilidad aumentada.
- Disminución de la saturación de oxígeno menor a 90%.
- Dolor persistente en el pecho.
- Enrojecimiento o inflamación de las extremidades.
- Mareo.
- Pérdida del conocimiento.
- Frecuencia respiratoria mayor a 20.

## VI. GESTIÓN DE DATOS:

- 16.) El personal médico encargado deberá registrar en una hoja Excel, que se denomina "*Censo de pacientes COVID-19*" (Anexo 2), los pacientes ingresados, las altas y los traslados, generando así el reporte diario.
- 17.) En el "Censo de pacientes sospechosos o confirmados COVID-19", deberá completarse los siguientes datos:
- a) Numero correlativo (dependerá de los espacios asignados para cada centro).
  - b) Afiliación
  - c) Nombres y apellido
  - d) Sexo
  - e) Edad
  - f) Diagnóstico y severidad según estrategia.
  - g) Comórbidos\*
  - h) Fecha de ingreso al centro
  - i) Días de estancia intrahospitalaria.
  - j) Presencia de disnea, (respuesta en sí o no)
  - k) Condición Clínica, definida por los médicos tratantes, sujeta a llamada para solicitar información y definida en hoja de reporte como Estable o No Estable.
  - l) Ventilación mecánica sí o no
  - m) Uso de oxígeno, reportar en sí o no.
  - n) Saturación de oxígeno mayor de 94%, reportar en sí o no.
  - o) Afebril por 48 horas, reportar los días sin presencia de fiebre (sí o no).
- 18.) El director del centro de atención o su delegado deberá enviar el Censo de pacientes COVID diariamente al Jefe del Departamento de Monitoreo y Gestión de Redes, o con la frecuencia que éste establezca.

## VII. ANEXO 1: Definición de Casos (según OPS/OMS)

### Definiciones de casos:

Las definiciones de caso y contacto se basan en la información actual disponible y están sujetas a revisión periódica a medida que se acumula nueva información. Es posible que los países necesiten adaptar las definiciones de casos según su situación epidemiológica local y otros factores. Se alienta a todos los países a que publiquen las definiciones que utilizan, tanto en línea como en informes epidemiológicos, y que documenten las actualizaciones periódicas de las definiciones de caso que puedan afectar la interpretación de los datos de vigilancia.

#### **Caso sospechoso por el SARS-CoV-2 (tres opciones: A, B o C):**

A.) Persona que cumple los criterios clínicos y epidemiológicos:

• Criterios clínicos:

- 1.) Aparición súbita de fiebre Y tos; o
- 2.) Aparición súbita de TRES O MÁS signos o síntomas de la lista siguiente: fiebre, tos, debilidad general/fatiga<sup>1</sup>, cefalea, mialgia, dolor de garganta, resfriado nasal, disnea, anorexia/náuseas/vómitos, diarrea, estado mental alterado.

Y

• Criterios epidemiológicos:

- 1.) Haber residido o trabajado en un entorno de alto riesgo de transmisión del virus (por ejemplo, en entornos residenciales cerrados o entornos humanitarios tales como campamentos o estructuras similares para personas desplazadas) en algún momento del periodo de 14 días anterior a la aparición de los síntomas; o
- 2.) Haber residido en una zona en la que haya transmisión comunitaria o haber viajado a ella en algún momento del periodo de 14 días anterior a la aparición de los síntomas; o
- 3.) Haber trabajado en un entorno de atención de salud (lo que incluye establecimientos de salud y hogares) en algún momento del periodo de 14 días anterior a la aparición de los síntomas.

B.) Paciente con enfermedad respiratoria aguda grave (ERAG: infección respiratoria aguda con antecedentes de fiebre o fiebre medida igual o superior a 38 °C; y tos; con inicio en los últimos 10 días; y que precisa hospitalización).

C.) Individuo asintomático que no cumple los criterios epidemiológicos y ha dado positivo en una prueba rápida de detección de antígenos del SARS-CoV-2.2.

\*La Definición de Casos oficial y vigente a la fecha de formulación de este documento, de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud presentada en el Numeral III) Definiciones. El anexo 1 se presenta como complemento y ampliación del criterio clínico a aplicar.



**Caso probable de infección por el SARS-CoV-2 (cuatro opciones: A, B, C o D):**

- A.) Paciente que cumple los criterios clínicos mencionados anteriormente Y es contacto de un caso probable o confirmado, o está vinculado a un conglomerado de casos de COVID-19.<sup>3</sup>
- B.) Caso sospechoso (descrito anteriormente) con signos indicativos de COVID-19 en las imágenes diagnósticas del tórax.<sup>4</sup>
- C.) Persona con anosmia (pérdida del olfato) o ageusia (pérdida del gusto) de aparición reciente en ausencia de otra causa identificada.
- D.) Muerte, sin otra causa conocida, en un adulto que haya presentado dificultad respiratoria antes de fallecer Y haya estado en contacto con un caso probable o confirmado o guarde relación con un conglomerado de casos de COVID-19.

**Caso confirmado de infección por el SARS-CoV-2 (tres opciones: A, B o C):**

- A.) Individuo que ha dado positivo en una prueba de amplificación de ácidos nucleicos del SARS-CoV-2.
- B.) Individuo que ha dado positivo en una prueba rápida de detección de antígenos del SARS-CoV-2 Y que cumple con la opción A o la opción B de la definición de caso probable o de la definición de caso sospechoso.
- C.) Individuo asintomático que ha dado positivo en una prueba rápida de detección de antígenos del SARS-CoV-2 Y que es contacto de un caso probable o confirmado.

Nota: En el caso de los pacientes que no cumplan estrictamente los criterios clínicos o epidemiológicos, la decisión de realizar o no más exploraciones deberá basarse en un razonamiento clínico y de salud pública. Las definiciones de caso de la vigilancia no deben utilizarse como única referencia para orientar la atención clínica.

## Definición de caso:

Persona que entre dos días antes y 14 días después del inicio de los síntomas en un caso probable o confirmado ha estado expuesta a alguna de las situaciones siguientes:

- 1.) Contacto personal con un caso probable o confirmado a menos de un metro de distancia y durante más de 15 minutos.
- 2.) Contacto físico directo con un caso probable o confirmado.
- 3.) Atención directa a un paciente con COVID-19 probable o confirmada sin utilizar el equipo de protección personal recomendado; o
- 4.) Situaciones de otro tipo en función de la evaluación local del riesgo, tal y como se indica en el cuadro 1 del documento Rastreo de contactos en el contexto de la COVID-19.

Nota: En los casos confirmados asintomáticos, el periodo de contacto se contabiliza desde dos días antes hasta 14 días después de la fecha de obtención de la muestra en la que se basó la confirmación.



## **IX. OBSERVANCIA**

La vigilancia de la aplicación del presente lineamiento corresponde a los Directores, Administradores, Jefes y Médicos de Especialidad y Subespecialidad de la institución y a la Subdirección de Salud y sus dependencias.

## **X. VIGENCIA**

El presente Lineamiento entrará en vigencia a partir de la fecha de su aprobación.

## **XI. DISPOSICIONES ADICIONALES:**

Las disposiciones no contempladas en este Lineamiento, serán consideradas y aprobadas por la Subdirección de Salud del ISSS.

## **XII. INFRACCIONES Y SANCIONES**

El incumplimiento del presente lineamiento, en ámbito de su competencia, será sancionado según la normativa legal correspondiente.

# XIII. OFICIALIZACIÓN



**Dra. Silvia Guadalupe Mendoza de Ayala**  
Jefa Departamento de Normalización



**Dr. José Adán Martínez Alvarenga**  
Jefe División Regulación, Normalización y Vigilancia



**Dr. Carlos Mauricio Rubio Barraza**  
Subdirector de Salud





SUBDIRECCIÓN DE SALUD  
DIVISIÓN DE REGULACIÓN, NORMALIZACIÓN Y VIGILANCIA  
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN  
SEPTIEMBRE – 2021