

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



INSTITUTO
SALVADOREÑO
DEL SEGURO
SOCIAL

**LINEAMIENTO PARA EL ABORDAJE
INICIAL DE PERSONAS ADULTAS
MAYORES CON COVID-19**

NOVIEMBRE 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 CD#2019-2232.OCT.- contenido 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 ABORDAJE INICIAL DE PERSONAS ADULTAS MAYORES CON COVID-19 es el Documento Técnico Normativo (DTN) que proporciona las directrices para complementar la atención integral, de calidad y con calidez a pacientes y sus familiares, disminuyendo en lo posible, el impacto de la Pandemia de COVID-19 en esta población que experimenta mayor vulnerabilidad.



A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Mónica Guadalupe Ayala Guerrero".

Dra. Mónica Guadalupe Ayala Guerrero.
Directora General del ISSS.

EQUIPO NORMATIVO:

Nombre:	Procedencia:
Dr. José Adán Martínez Alvarenga.	Jefe de División Regulación, Normalización y Vigilancia.
Dra. Silvia Guadalupe Mendoza de Ayala	Jefe Departamento de Normalización
Dr. Jonathan Hernández Somoza	Colaborador Técnico de Salud II Departamento de Normalización

EQUIPO QUE ACTUALIZÓ EL DOCUMENTO:

Nombre:	Procedencia:
Dra. Margarita Pineda Colorado	Médico Geriatra. Unidad Médica Atlacatl.
Dr. Jonathan Hernández Somoza	Colaborador Técnico de Salud II Departamento de Normalización.

PROFESIONALES QUE REVISARON Y VALIDARON EL DOCUMENTO:

Nombre:	Procedencia:
Dra. Margarita Henríquez Molina.	Médico Geriatra. Hospital Médico Quirúrgico.
Dra. Zuri Bazán Molina.	Médico Geriatra. Unidad Médica Atlacatl.
Dr. Carlos Hernández del Valle.	Médico Geriatra. Unidad Médica Atlacatl.
Dra. Claudia Carolina Quiteño de Majano.	Jefe en funciones de Emergencia del Hospital Amatepec.
Dra. Adriana Urbina.	Coordinadora Institucional de Medicina Interna
Dra. Margarita Pineda.	Médico Geriatra. Unidad Médica Atlacatl.
Dr. Jonathan Hernández Somoza.	Colaborador Técnico de Salud II Normalización.
Dra. Silvia Mendoza de Ayala.	Jefe de Departamento de Normalización.

A.) CONTENIDO

A.)	CONTENIDO	4
B.)	INTRODUCCIÓN:.....	5
C.)	OBJETIVO GENERAL:.....	6
D.)	ÁMBITO DE APLICACIÓN:	6
E.)	DISPOSICIONES GENERALES :	6
F.)	ABORDAJE INICIAL:	7
G.)	ANEXO 1: DEFINICIÓN DE CASO OFICIAL VIGENTE. MINISTERIO DE SALUD.....	13
H.)	ANEXO 2: PROPUESTA DE OMS/OPS SOBRE DEFINICIÓN DE CASO:.....	14
I.)	ANEXO 3: ESCALA CLÍNICA DE FRAGILIDAD (ECF):.....	16
J.)	ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INGRESO, PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.....	17
K.)	OBSERVANCIA:.....	18
L.)	INFRACCIONES Y SANCIONES.....	18
M.)	DISPOSICIONES ADICIONALES.....	18
N.)	VIGENCIA DE LA NORMA.....	18
O.)	OFICIALIZACIÓN.....	19

B.) INTRODUCCIÓN:

Con la aparición del virus denominado SARS-CoV-2 y la enfermedad COVID-19 (de las siglas en Inglés: Coronavirus Infectious Disease 19), es importante destacar que la percepción de riesgo y responsabilidad en el actuar constituyen elementos claves en el enfrentamiento a esta pandemia, y que se ha puesto a prueba la disciplina de las poblaciones en torno al cuidado de su salud, de manera individual y colectiva; así como la gestión de los sistemas y los servicios de salud.

De acuerdo con la información de la OMS, el virus que causa COVID-19 infecta a personas de todas las edades, sin embargo, la evidencia hasta la fecha sugiere que el riesgo de enfermedad aumenta gradualmente con la edad a partir de los 40 años y que las personas mayores tienen un riesgo superior. Los estudios publicados identifican como grupos de mayor vulnerabilidad al contagio y evolución a formas graves de la enfermedad a los adultos mayores, así como a personas con estados inmunodeprimidos, enfermedades crónicas, bajo tratamiento oncológico, gestantes y personas con alguna discapacidad.

El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos indicó desde el inicio de la Pandemia que en las personas mayores se observan más probabilidades de tener una enfermedad grave por COVID-19, por ejemplo en Chile, los datos oficiales al 16 de marzo de 2020 indicaban que el 7,2% de los casos de COVID-19 correspondió a personas de 60 años y más, en México, hasta el 17 de marzo de 2020, la mediana de edad de las personas contagiadas fue de 44 años. Según el Centro Chino para el Control y Prevención de Enfermedades, del total de casos que murieron en el país hasta el 11 de febrero de 2020, el 14,8% de las personas infectadas por COVID-19 tenía 80 años y más. Italia, desde el 4 de marzo de 2020, informó que el promedio de edad de las personas fallecidas fue de 81 años. Las variables que ponen en riesgo a las personas mayores siguen siendo las mismas después de casi 2 años de haberse manifestado la Pandemia, entre ellas, las condiciones de salud subyacentes tales como enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias y diabetes, las que hacen más difícil la recuperación una vez que se ha contraído el virus. Condiciones como fragilidad e inmunosenescencia aumentan la morbimortalidad del virus; la disminución funcional y entorno del adulto mayor pueden afectar la capacidad de respuesta tanto del adulto mayor como la familia para solicitar una pronta evaluación médica. La situación de pandemia por COVID-19 en la que nos encontramos, constituye una de las emergencias geriátricas más relevantes del último siglo. Según los datos disponibles, ya ha causado y causará la morbilidad y muerte de un porcentaje muy importante de adultos mayores. Es por tanto un reto sanitario, epidemiológico y social al que nos enfrentamos todos.

En este documento se expone la ruta para brindar atención inicial a personas mayores a partir de que son considerados como casos sospechosos de COVID-19, el propósito es establecer una atención multidisciplinaria coordinada, dirigida a este grupo poblacional.

C.) OBJETIVO GENERAL:

Estandarizar el abordaje inicial que en el ISSS se les brinde a Personas Adultas Mayores con sospecha o confirmación de COVID-19.

D.) 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, cada uno desde el desempeño de las funciones que le hayan sido asignadas.

E.) DISPOSICIONES GENERALES :

- 1.) El Director Médico de cada 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 enfermedad 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 para la Prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria por COVID-19, en la red de servicios del ISSS. Marzo - 2020.*
- 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, 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 sospechosos 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.) Todo el personal de salud que brinda atención a pacientes con sospecha o confirmación de enfermedad COVID-19 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.* y en *Lineamiento de prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria por COVID-19, en la Red de Servicios del ISSS. Marzo-2020.*
- 7.) El manejo farmacológico indicado para brindar Cuidados Paliativos a pacientes con enfermedad por COVID-19, debe estar apegado a lo indicado por el *Listado Oficial de Medicamentos* del ISSS.

F.) ABORDAJE INICIAL:

- 8.) Ante la sospecha de COVID-19 en *persona adulta mayor*⁶ todo el personal que le atiende debe tener en cuenta las siguientes consideraciones:
 - a) La presentación clínica de enfermedades en los ancianos suele ser atípica, especialmente en los frágiles (ver en anexo 3 la Escala Clínica de Fragilidad (*ECF*)), esto puede dificultar y retrasar su diagnóstico: ausencia de fiebre, estado confusional, escasa tos, caídas.
 - b) La presentación clínica específicamente de enfermedades virales en los ancianos también suele ser atípica, especialmente en los ancianos frágiles, podría ser sin fiebre, venir asociado a decaimiento, desorientación, agitación o escasa tos.
 - c) Al presentar enfermedades respiratorias la duración media entre el inicio de los síntomas y la presencia de los síntomas graves (como distrés respiratorio) es de 11.5 días versus los pacientes más jóvenes en quienes se demora hasta 14 días.

- d) Existen otras infecciones respiratorias comunes en este grupo etario que se deben considerar, ya que la co-infección esta reportada en un número no inferior de pacientes.
- e) Personas mayores con COVID-19 experimentan mayor prevalencia de deterioro cognitivo lo que puede dificultar el diagnóstico precoz y adecuado de la COVID-19.

^E Persona Adulta Mayor: todo hombre y mujer que haya cumplido 60 años de edad. Norma técnica de atención integral en salud a la persona adulta mayor. MINSAL 2020.

- 9.) Durante el primer contacto con estos pacientes se debe evaluar la presencia tanto de los signos y síntomas respiratorios típicos, así como también los atípicos. (Enlistados en Numerales 11 al 17 de este Lineamiento).
- 10.) A partir del primer contacto debe evaluarse el nexo epidemiológico (Contacto Epidemiológico) del paciente adulto mayor. (Ver Definición de Casos (Anexo 1) y puede consultarse la propuesta de Definición de Casos de OPS/OMS (Anexo 2).
- 11.) Los síntomas y signos clínicos más comúnmente reportados (típicos) en los casos de personas mayores con COVID- 19 son:
 - Historia de fiebre.
 - Tos (con producción de esputo o con hemoptisis o sin ellas)
 - Odinofagia.
 - Rinorrea.
 - Sibilancias.
 - Dolor torácico.
 - Mialgias
 - Artralgia
 - Malestar general.
 - Sensación de falta de aire.
 - Incapacidad para la deambulación.
 - Tiraje costal muy acentuado.
 - Cefalea.
 - Alteración de estado de conciencia/confusión.
 - Convulsiones.
 - Dolor abdominal.
 - Vómito / náusea.
 - Diarrea.
 - Conjuntivitis.

- Erupción cutánea.
- Úlceras cutáneas.
- Adenopatías.
- Hemorragias.
- Anosmia.
- Ageusia.
- Dificultad para hablar.
- Dificultad para moverse.

12.) El síntoma más frecuente es la fiebre (83-98% de los casos). Sin embargo, con frecuencia los pacientes de edad avanzada no la presentan (o de menor intensidad) incluso en infecciones graves, lo que puede ser claramente un factor confusor en el diagnóstico de esta población.

13.) Ante pacientes adultos mayores con sospecha diagnóstica de COVID-19 mantener la sospecha a pesar de la ausencia de fiebre.

14.) La siguiente manifestación clínica en frecuencia es la tos (60-80% de los casos), más frecuentemente tos irritativa, generalmente no productiva.

15.) La afectación respiratoria más severa consiste en el desarrollo de una neumonía que en el 75% de los casos es bilateral y que hasta en el 17% de los casos se complica con un síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA).

16.) En el proceso de atención, debe tenerse en cuenta que pueden aparecer otra serie de síntomas respiratorios como disnea (en torno al 30%), y menos frecuentemente odinofagia y rinorrea.

17.) Ante todo paciente adulto mayor que se le sospeche enfermedad COVID-19 considere los siguientes signos y síntomas atípicos (los síntomas clínicos más comúnmente reportados en los casos sospechosos o confirmados de personas mayores con COVID-19 se presentan de forma distinta a los adultos jóvenes):

- Deterioro funcional.
- Delirium o síndrome confusional.
- Exacerbación de patología respiratoria crónica.
- Descompensación de patologías cardiovasculares crónicas.

- Taquicardia inexplicada,
- Hipotensión arterial.
- Hiporexia.
- Adinamia.
- Astenia.
- Caídas.

18.) Los antecedentes mórbidos del paciente deben ser parte de la valoración esencial para establecer el seguimiento del plan de tratamiento, ya que entre el 32 y el 48% de los pacientes que progresan a enfermedad grave, presentan algún tipo de comorbilidad, siendo las más prevalentes:

- a) Hipertensión Arterial Sistémica (15- 30%),
- b) Diabetes Mellitus (19-20%),
- c) Enfermedad Cardiovascular (8-15%).

19.) En los pacientes adultos mayores en los que se mantenga la sospecha diagnóstica se debe proceder a evaluar la condición clínica de acuerdo a la Clasificación de Gravedad de Personas Mayores con COVID-19:

CLASIFICACION DE LA GRAVEDAD DE LAS PERSONAS MAYORES CON COVID-19	
Cuadros no complicados	Cuando no hay complicaciones, la infección vírica de las vías respiratorias altas cruza con síntomas inespecíficos como fiebre, dolor de garganta, congestión nasal, malestar general, cefaleas y dolores musculares. Entre otros síntomas inespecíficos se encuentra la hiporexia (78%), diarrea (34%), vómito (3,9%) y dolor abdominal (1,9%). También se reporta anosmia y ageusia. Los adultos mayores pueden presentar síntomas atípicos. Estos pacientes no presentan signos de deshidratación, septicemia ni disnea.
Neumonía leve	Persona mayor con neumonía, sin signos de neumonía grave.
Neumonía grave	Personas mayores con temperatura axilar mayor a 37.4 o con 1 grado sobre la temperatura basal, deterioro funcional agudo, síndrome confusional agudo o sospecha de infección respiratoria junto con uno de los signos siguientes: - frecuencia respiratoria >30 respiraciones/min, - dificultad respiratoria grave, - saturación o SpO2 <90%; - tensión arterial menor de 100mmHg o - alteración del nivel de conciencia, (por ejemplo, Escala de Glasgow menor a 15). Es importante considerar que en adultos mayores puede presentarse Neumonía grave sin fiebre.

<p>Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA)</p>	<p>Inicio: síntomas respiratorios de nueva aparición o agravamiento de los preexistentes en la semana siguiente a la aparición del cuadro clínico.</p> <p>Imagen torácica: (radiografía, tomografía computarizada o ecografía pulmonar): opacidades bilaterales no atribuibles completamente a derrames, atelectasia pulmonar/lobular o nódulos. Se debe tomar en cuenta imágenes típicas en vidrio esmerilado multifocales y bilaterales o unilaterales, focos de consolidación o pavimentación en mosaico.</p> <p>Origen del edema: insuficiencia respiratoria no atribuible completamente a una insuficiencia cardíaca o sobrecarga de líquidos. Requiere evaluación objetiva (p. ej., ecocardiograma) para descartar edema hidrostático si no hay factores de riesgo.</p> <p>Oxigenación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SDRA leve: 200 mm Hg < PaO₂/FiO₂ ≤ 300 mm Hg (con PEEP o PPC ≥5 cm H₂O, o ausencia de ventilación). - SDRA moderado: 100 mm Hg < PaO₂/FiO₂ ≤ 200 mm Hg (con PEEP ≥5 cm H₂O, o ausencia de ventilación). - SDRA grave: PaO₂/FiO₂ ≤ 100 mm Hg (con PEEP ≥5 cm H₂O, o ausencia de ventilación).
<p>Sepsis</p>	<p>Sepsis con fallo orgánico asociado a hipotensión o signos de hipoperfusión (p. ej., ácido láctico, oliguria, alteración del nivel de la consciencia), disfunción orgánica con riesgo vital causada por una respuesta desregulada del huésped a una infección documentada o sospecha de infección, con disfunción orgánica. Los signos de disfunción orgánica son: alteración del estado mental, disnea o taquipnea, hipoxemia, oliguria, taquicardia, debilidad del pulso, extremidades frías, hipotensión, piel moteada o signos analíticos de coagulopatía, trombocitopenia, acidosis, lactoacidosis o hiperbilirrubinemia.</p>
<p>Choque Séptico</p>	<p>Hipotensión persistente a pesar de la reposición de la volemia que requiere vasopresores para mantener la TAM ≥65 mm Hg y lactato sérico >2mmol/l.</p>

20.) Si se sospecha riesgo de progresión de la enfermedad COVID-19 en adultos mayores se deben valorar los siguientes parámetros: Linfopenia severa (<800 células/ul). (Hallazgo hematológico más frecuente en pacientes críticos), elevación de Dímero D, elevación de DHL, elevación de Ferritina Sérica, elevación de transaminasas, elevación de Proteína C Reactiva, elevación de bilirrubina. En la valoración deberá tomarse en cuenta que muchos adultos mayores tienen de base trastornos de coagulación.

21.) Si se encuentra disponible servicio de imágenes por Rayos X, y de acuerdo al criterio clínico es importante la valoración para definir tratamiento, debe indicársele, tomando en cuenta que los pacientes adultos mayores suelen mostrar: Opacidades reticulares-nodulares bilaterales 58%, Opacidades en vidrio esmerilado 48%, Derrames pleurales 33%, Engrosamiento peribronquial 25%, Consolidaciones focales 20%.

- 22.) Si en el establecimiento no se dispone del servicio de Rayos y de acuerdo al criterio clínico es importante la valoración para definir tratamiento, el paciente debe ser referido al centro de atención de la Red que corresponda para continuar dicho proceso.
- 23.) La toma de decisiones sobre el tipo e intensidad del manejo clínico de las personas mayores con COVID-19, debe realizarse sobre la base de unos principios geriátricos sólidos que incorporen los conceptos de anciano robusto, frágil, dependiente y paliativo, utilizando la Escala Clínica de Fragilidad (ECF). (Anexo 3)
- 24.) El resultado de la Escala Clínica de Fragilidad en concordancia con los deseos del paciente y de sus familiares permitirá determinar el tipo, intensidad y sitio del tratamiento.
- 25.) La existencia de directrices o voluntades anticipadas, deben direccionar el tratamiento una vez que se ha valorado su condición clínica, estas directrices deben ser consignadas en el formulario: "CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INGRESO, PROCEDIMIENTO O INTERVENCION QUIRURGICA" (Anexo 4).
- 26.) Para determinar el nivel de atención sanitaria de las personas mayores con COVID-19 se deben tomar en cuenta los siguientes factores:
- a) Determinación de caso como sospecha clínica o confirmación de COVID-19.
 - b) Severidad de la enfermedad COVID-19.
 - c) Tipología de la persona mayor, en base a ECF.
 - d) Carga de enfermedad y potencial riesgo de progresión de la severidad.
 - e) Directrices anticipatorias de la persona mayor, sus familiares o delegados legales (consignadas en formulario respectivo antes señalado en este Lineamiento).
- 27.) La prueba de detección de COVID-19 se gestionará, considerando a los adultos mayores como una población vulnerable, la prueba debe adaptarse al sitio de atención del paciente, evitando así la saturación del sistema de emergencia y la sobreinfección del individuo. Si no es posible realizar el diagnóstico por laboratorio, se deben aplicar los criterios clínicos y epidemiológicos.

Definición de casos COVID-19 Ministerio de Salud

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:

- o Todo paciente con diagnóstico clínico y radiológico de neumonía, sin otra etiología que explique el cuadro clínico.
- o 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 Lineamientos técnicos para la atención integral de personas con COVID-19. Segunda Edición.

H.) ANEXO 2: PROPUESTA DE OMS/OPS SOBRE DEFINICIÓN DE CASO:

Propuesta de Definición de Caso de la OMS/OPS*:

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.

*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 Anexo 1. Esta otra se presenta solo como complemento y ampliación del criterio clínico a aplicar.

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/fatiga¹, 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.

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-19.³
- B.) Caso sospechoso (descrito anteriormente) con signos indicativos de COVID-19 en las imágenes diagnósticas del tórax.⁴
- 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.

I.) ANEXO 3: ESCALA CLÍNICA DE FRAGILIDAD (ECF):



1.) En muy buena forma: personas que están fuertes, activas, vigorosas y motivadas. Son personas que suelen practicar ejercicio con regularidad. Están en mejor forma para su edad.

2.) En Forma: personas sin síntomas de enfermedad activa, pero que están menos en forma que la categoría 1. Suele ocurrir que se ejerciten o están muy activas por temporadas, por ejemplo, según la estación.

3.) En buen estado: personas que tienen bien controlados sus problemas médicos, pero que no llevan actividad física regular más alta de los paseos habituales.

4.) Vulnerables: aunque no dependen de otros que los ayuden en la vida diaria, a menudo los síntomas limitan sus actividades. Suelen quejarse de estar lentos o cansados durante el día.

5.) Levemente frágiles: a menudo tienen un enlentecimiento más evidente y necesitan ayuda para las actividades de la vida diaria importantes (economía, transporte, labores domésticas, medicación). Es típico que la fragilidad leve vaya dificultando salir solos de compras o a pasear y hacer la comida o las tareas del hogar.

6.) Moderadamente frágiles: personas que necesitan ayuda para todas las actividades en el exterior y para realizar las tareas domésticas. En casa, suelen tener problemas con las escaleras y necesitan ayuda con el baño, y pueden requerir alguna asistencia para vestirse (guía y acompañamiento).

7.) Con fragilidad grave: dependen totalmente para el cuidado personal, sea cual fuere la causa (física o cognitiva). Aun así, parecen estables y sin riesgo de muerte (en los siguientes 6 meses).

8.) Con fragilidad muy grave: totalmente dependientes, se acercan al final de la vida. Es típico que ni siquiera se recuperen de afecciones menores.

9.) Enfermedad terminal: se aproximan al final de la vida. Esta categoría se aplica a personas con esperanza de vida menor a 6 meses y sin otros signos de fragilidad.

En personas con demencia, el grado de fragilidad se corresponde con el grado de demencia. Son síntomas comunes de demencia leve olvidar los detalles de un acontecimiento reciente aun recordando el evento en sí, la repetición de una misma pregunta o relato, y el aislamiento social. En la demencia moderada la memoria reciente está muy afectada, aunque parezca que recuerdan bien los acontecimientos de su pasado. Con pautas, pueden cuidarse solos. En la demencia grave, no son posibles los cuidados personales sin ayuda.

K.) OBSERVANCIA:

La vigilancia del cumplimiento del presente Lineamiento es facultad y responsabilidad de todo el personal técnico y administrativo que brinda servicios de salud en el ISSS.

L.) INFRACCIONES Y SANCIONES.

Las infracciones y sanciones al incumplimiento al presente lineamiento, en ámbito de su competencia, está tipificado en normativas legales vigentes.

M.) DISPOSICIONES ADICIONALES.

Las disposiciones no contempladas en la presente normativa, serán consideradas por Subdirección de Salud a través del Departamento de Normalización.

N.) VIGENCIA DE LA NORMA

El presente LINEAMIENTO entrará en vigencia a partir de la firma de las respectivas autoridades, lo cual permite su aprobación y oficialización.

O.) OFICIALIZACIÓN

San Salvador, 15 de Noviembre del 2021.



Dra. Silvia Guadalupe Mendoza de Ayala.
Jefe Departamento de Normalización.



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



Dr. Edwin Roberto Salmerón.
Subdirector de Salud.



INSTITUTO
SALVADOREÑO
DEL SEGURO
SOCIAL

SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN DE REGULACIÓN, NORMALIZACIÓN Y VIGILANCIA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN
NOVIEMBRE 2021