



Versión: 18 de diciembre de 2003

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UN CASO DE SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS) O SUS CONTACTOS

1. ANTECEDENTES
2. IMPORTANCIA PARA LA SALUD PÚBLICA
3. AGENTE CAUSAL
4. EPIDEMIOLOGÍA
5. DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD
6. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL
7. DEFINICIONES DE CASO DE SRAS
8. ALERTA DE SRAS
9. ACTUACIÓN ANTE UN CASO DE SRAS
10. MANEJO DE LOS CONTACTOS PRÓXIMOS DE UN CASOS DE SRAS
11. NOTIFICACIÓN DEL CASO A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
12. CRITERIOS PARA DAR DE ALTA A UN CASO DE SRAS
13. SEGUIMIENTO DE UN CASO DE SRAS DADO DE ALTA
14. RECOMENDACIONES PARA LOS CASOS Y CONVIVIENTES DE SRAS EN CUARENTENA DOMICILIARIA
15. MEDIDAS ADICIONALES PARA MEJORAR LA VIGILANCIA Y CONTROL DE SRAS EN LA CAPV
16. PAUTAS GENERALES DE ACTUACIÓN PARA ATENCIÓN PRIMARIA Y URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS
17. HOSPITALES DE REFERENCIA
18. MANEJO EN CASO DE FALLECIMIENTO
19. ANEXOS

Anexo 1: Manejo clínico de un caso de SRAS.

Anexo 2: Recomendaciones para la cuarentena domiciliaria.

Anexo 3: Medidas adicionales para la vigilancia, detección precoz y control de casos de SRAS.

Anexo 4: Encuesta epidemiológica para la notificación de casos de SRAS.

1. Antecedentes

El Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS) es una enfermedad identificada por primera vez, en un brote de neumonía atípica originado en la provincia de Guangdong, China, a mediados de noviembre de 2002. El 12 de marzo de 2003 la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió una alerta mundial frente a la notificación de esta enfermedad por varios países del sudeste asiático. El día 15 de marzo, ante la aparición de casos fuera del foco inicial del sudeste Asiático, la alerta fue ampliada a nivel mundial, emitiéndose las primeras recomendaciones para viajeros. Desde entonces hasta los últimos casos detectados en junio de 2003, se contabilizaron 8.099 casos probables de SRAS con 774 defunciones. Notificaron casos 30 países, si bien solo en 6 hubo transmisión local: China (incluidas Hong-Kong y Taiwan), Filipinas, Canadá, Singapur, y Vietnam), países que, exceptuando Canadá, están muy próximos geográficamente. En este territorio epidémico se concentraron el 98% de los casos. Los países de la UE notificaron un total de 30 casos probables (1 en España) y una defunción. En el resto de países europeos se declararon 2 casos probables.

El día 16 de abril la OMS confirmó la identificación del agente causal de esta enfermedad, un nuevo virus de la familia coronavirus (SRAS-CoV), nunca identificado anteriormente en humanos. La rapidez en la identificación del agente fue el resultado de la colaboración internacional de 13 laboratorios de 10 países, como parte del plan global de la OMS de cooperación técnica frente a la pandemia.

La falta de un método diagnóstico de laboratorio fue una limitación, pero la aplicación de una definición de caso basada en la clínica y en la información epidemiológica permitieron establecer criterios para la vigilancia y control.

La cadena de transmisión del SRAS se consideró interrumpida en un área, después de transcurrir 20 días (dos periodos máximos de incubación) desde el último caso puesto en aislamiento, o fallecido, sin detectar ningún caso nuevo bajo vigilancia epidemiológica activa. A finales de junio finalizó la transmisión en Hong Kong y Beijing, las dos áreas más afectadas del mundo; poco después se interrumpió la transmisión en Toronto y por último el día 5 de julio de 2003, la OMS anunció que la última cadena de transmisión, localizada en Taiwán, había sido interrumpida.

El conocimiento sobre la epidemiología y ecología de la infección y de la enfermedad es aún limitado y no se puede descartar la posibilidad de su reemergencia. Como consecuencia, en el período actual posterior al brote, la OMS ha pedido a todos los países que mantengan la capacidad para detectar y responder ante esta posibilidad.

En septiembre la OMS informó de la identificación de un caso reciente de SRAS en Singapur, confirmado por el laboratorio el 8 de septiembre, adquirido por contaminación accidental en el laboratorio. El caso fue detectado precozmente por el sistema de vigilancia, sometido a aislamiento y manejado según las medidas de control de infección recomendadas, no encontrándose ninguna evidencia de transmisión posterior, por lo que la OMS no consideró necesario declarar la alerta internacional. Recientemente, mediados de diciembre, se ha producido otro caso, esta vez en Taiwan, también tras un contagio en un laboratorio militar.

Se puede encontrar más información sobre el brote de SRAS en la página Web de la OMS (<http://www.who.int/csr/SRAS/en/>)

2. Importancia para la Salud Pública

El SRAS es una enfermedad infecciosa emergente considerada por la OMS de importancia para la salud pública a nivel mundial debido a:

- La elevada tasa de letalidad (hasta un 50% en mayores de 65 años)
- No hay vacuna ni tratamiento contra el SRAS. Las medidas de control disponibles, aislamiento y cuarentena, pueden causar importante trastornos en la relaciones sociales del paciente y su cumplimiento es difícil de garantizar.

- El virus proviene de una familia (coronavirus) que presenta frecuentes mutaciones lo que implica importantes incógnitas sobre su evolución epidémica y sobre las perspectivas de desarrollo de vacunas.
- La epidemiología y patogenicidad son poco conocidas
- La evidencia de la existencia de ciertos casos con especial contribución a la diseminación rápida de la infección (súper diseminadores).
- Los síntomas iniciales son muy inespecíficos y frecuentes, y las pruebas diagnósticas disponibles tienen importantes limitaciones.
- Una proporción importante de pacientes requiere cuidados intensivos, agravando el problema de los hospitales y de los sistemas de atención de salud.
- El periodo de incubación máximo de 10 días, permite la diseminación internacional a través del desplazamiento de personas infectadas, durante el periodo asintomático.

3. Agente causal

El virus del SRAS ha sido aislado en estudios preliminares en animales salvajes originarios de varias zonas de China y se piensa que se ha producido un salto de especie a los humanos.

Supervivencia del SRAS-CoV:

a) En heces y orina:

- El virus es estable a temperatura ambiente por lo menos 1-2 días.
- El virus es más estable (hasta 4 días) en heces de pacientes con diarrea que tienen el pH más alto que las heces normales.

b) En desinfectantes y fijadores (para el uso en los laboratorios):

- El virus pierde contagiosidad después de la exposición a los diversos desinfectantes y fijadores comúnmente usados.

c) En sobrenadante del cultivo celular

- Solo reducción mínima en la concentración del virus después de 21 días entre - 80°C y 4°C.
- Reducción de un solo logaritmo en la concentración del virus, durante 2 días a temperatura ambiente estable. Esto indicaría que el SRAS-CoV, bajo estas condiciones, es más estable que los otros coronavirus humanos conocidos.
- El calor (56°C) mata al coronavirus del SRAS, aproximadamente 10.000 unidades durante 15 minutos (reducción rápida).

4. Epidemiología

Población afectada

La mayoría de los casos se ha dado en adultos sanos: personal sanitario en contacto con los enfermos, convivientes y contactos sociales próximos. Se han notificado pocos casos en menores de 16 años y en niños. En los niños la evolución observada es menos grave.

La transmisión nosocomial ha sido el hecho más llamativo del brote de SRAS, actuando los hospitales como fuentes de amplificación. Los trabajadores de instituciones sanitarias son el grupo de riesgo identificado mas importante, entre los cuales se acumula el 20 % de los casos notificados.

Áreas de riesgo

La OMS ha definido tres grandes áreas atendiendo al riesgo potencial de resurgimiento del SRAS, basándose en la experiencia pasada del brote y recomienda un enfoque gradual de la vigilancia según el nivel de riesgo.

Zona potencial de resurgimiento del SRAS-CoV:

Áreas identificadas como fuente(s) del brote en noviembre de 2002 o áreas con mayor probabilidad de transmisión del coronavirus de animales al hombre.

En estas áreas la OMS recomienda: **1)** Vigilancia de “alertas” de SRAS (agregaciones de casos relacionados con una misma institución sanitaria) (*ver definición de caso y alertas de SRAS*) **2)** Vigilancia reforzada del SRAS **3)** Estudios especiales de infecciones por SRAS-CoV en poblaciones humana y animal.

Áreas nodales:

Áreas que experimentaron una transmisión local sostenida durante el brote o una entrada de un número elevado de personas de la zona potencial de resurgimiento del SRAS-CoV: **1)** Vigilancia de “alertas de SRAS” **2)** vigilancia reforzada del SRAS.

Áreas de bajo riesgo (este sería el caso de la CAPV):

Áreas que no notificaron casos de SRAS, o declararon sólo casos importados, o experimentaron una transmisión local limitada en el brote: **1)** Vigilancia de “alertas de SRAS”: detección e investigación rápida de agregaciones de casos relacionados con una misma institución sanitaria y de casos únicos procedentes de área con transmisión local documentada.

Período de incubación

El periodo de incubación medio es 5 días con un rango de 2-10 días, si bien algunos estudios han encontrado algún caso con periodos de incubación más largos.

No se ha documentado transmisión antes del comienzo de síntomas.

Mecanismo de Transmisión

No ha podido ser determinado con exactitud, pero las investigaciones realizadas hasta el momento sugieren que el principal modo de transmisión **es por contacto próximo de persona a persona, por la exposición a aerosoles o secreciones respiratorias de una persona infectada sintomática y por contacto directo con fluidos corporales de un enfermo con SRAS.**

Otro posible modo de transmisión puede ser el fecal oral y por fomites. En este sentido la comisión técnica de la OMS ha concluido que existe una elevada probabilidad de que los sistemas de tuberías de desagüe defectuosos, hayan contribuido a la diseminación del SRAS-CoV en viviendas residenciales en Hong Kong, China.

Hasta el momento no se ha identificado ningún caso asociado al contacto con productos animales, o materiales procedentes de las zonas afectadas por el SRAS, por tanto no existen razones para pensar que las mercancías que llegan desde zonas de países afectados por el SRAS constituyan un riesgo para la salud pública.

Infectividad

De acuerdo con la información disponible, la infectividad comienza al iniciarse los síntomas respiratorios y suele ser baja hasta que la enfermedad comienza a agravarse, pero se desconoce el periodo de tiempo durante el cual una persona con SRAS puede transmitir la enfermedad.

No hay evidencias de transmisión a partir de infectados asintomáticos y la transmisión a partir de casos que son identificados y sometidos a aislamiento precozmente, en el momento de aparición de los primeros síntomas, es muy reducida.

Sin embargo hay casos que pueden ser altamente infecciosos, los llamados "superdiseminadores", probablemente asociados a cuadros clínicos más graves. Independientemente de que este fenómeno sea debido a otras vías de transmisión, a una mayor eliminación de virus por determinados pacientes, o a la identificación tardía y/o la aplicación de medidas de control tardías o inadecuadas, la transmisión del virus del SRAS ha mostrado ser altamente eficiente en algunas circunstancias.

5. Descripción de la enfermedad

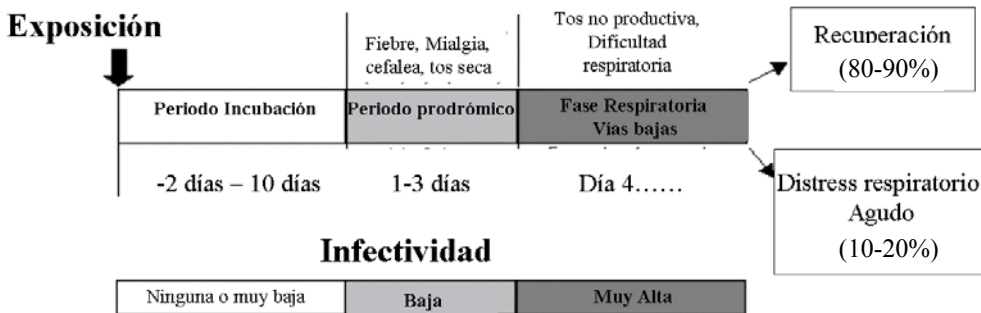
Características generales

- Inicio súbito de fiebre elevada (>38° C) acompañada de mialgia, escalofríos malestar general y tos no productiva
- La mayoría de los casos presentan neumonía bilateral
- Un 90 % aproximadamente evolucionan hacia la recuperación a partir del sexto o séptimo día y un 10% sufren un rápido deterioro presentando un Síndrome de Distrés Respiratorio agudo grave (SDR), que requiere ingreso en unidades de cuidados intensivos y ventilación asistida.

Historia Natural de la enfermedad

La patogenicidad de la enfermedad puede variar desde una enfermedad leve hasta la muerte. Algunos contactos próximos de pacientes con SRAS han sido afectados por la enfermedad, pero la mayoría han permanecido sanos y algunos han presentado una enfermedad leve febril sin signos ni síntomas respiratorios, sugiriendo que la enfermedad no siempre progresa a la fase respiratoria. La edad y otras enfermedades crónicas subyacentes son factores de riesgo de evolución grave.

Cuadro Clínico



Los síntomas iniciales del SRAS son inespecíficos. En la mayoría de los casos la enfermedad comienza con una fase prodrómica, de 2 a 7 días de duración, con inicio súbito de fiebre elevada y malestar general, asociado en muchos casos con mialgia, escalofríos, cefalea, pérdida de apetito, confusión, rash y sudores nocturnos. Al inicio de la enfermedad algunos casos presentan síntomas respiratorios leves y algunos presentan diarrea. Si bien la fiebre ha sido el síntoma más frecuentemente observado, puede estar ausente en una primera medición. Un 70%-90% de pacientes presentan cambios característicos en la radiología de tórax 3-4 días después del inicio de síntomas.

Después de 3-7 días del inicio de síntomas, comienza una fase de afectación respiratoria baja, con tos seca improductiva y/o disnea que pueden acompañarse de hipoxemia. La tos, disnea y diarrea pueden estar presentes en la primera semana pero son más frecuentes en la segunda semana de la enfermedad.

A partir del 6º-7º día el 80%-90% de los casos presentan mejoría en los signos y síntomas y un 10%-20% progresan hacia una forma respiratoria grave. Los casos graves desarrollan de forma rápida un progresivo distrés respiratorio con baja saturación de oxígeno, requiriendo cuidados intensivos. Cerca del 70% de los pacientes graves suele presentar diarrea líquida abundante, sin sangre ni moco.

Los pacientes mayores 40 años y aquellos que presentan patologías crónicas subyacentes tienen mayor probabilidad de progresar hacia la forma grave.

La transmisión ocurre principalmente durante esta segunda semana de la enfermedad.

Letalidad

La letalidad es variable en función de la edad, sexo, presencia de otras enfermedades y tratamientos. La OMS ha estimado una letalidad del 11%, que oscila entre 0%-50% según el grupo de edad: mayor de 1% en menores 25 años, 6% entre 25 y 44 años, 15% entre 45 a 64 años, y mayor del 50% en mayores de 65 años.

Cuadro clínico en ancianos, niños y embarazadas:

En personas ancianas pueden tener presentaciones atípicas, como cuadros sin fiebre o cuadros de sepsis/neumonía bacterianas concurrentes, suponiendo un problema particular para la identificación del SRAS. Las patologías crónicas subyacentes y como consecuencia el uso más frecuente de los servicios sanitarios, han contribuido al no reconocimiento de algunos casos dando lugar a casos de transmisión nosocomial.

Los casos en niños han sido menos frecuentes, y el cuadro clínico presentado ha sido más leve.

Los datos disponibles sobre embarazadas afectadas sugieren un incremento de los abortos y de la mortalidad materna al final del embarazo.

Radiología de tórax:

Aunque las radiografías de tórax pueden ser normales, tanto en la fase prodrómica febril como a lo largo del curso de la enfermedad, el 70-80% de los pacientes presentan precozmente cambios radiológicos pulmonares a partir del tercer o cuarto día de evolución de la enfermedad, aunque no presenten signos respiratorios.

Estos cambios muestran una consolidación desigual comenzando con una lesión periférica unilateral que progresa a lesiones múltiples o aspecto de vidrio esmerilado, que pueden presentar un patrón cambiante. Algunos hallazgos durante los últimos estadios incluyen neumotórax espontáneos, neumomediastino, fibrosis sub-pleural y/o cambios quísticos.

Hallazgos hematológicos y bioquímicos:

No hay parámetros hematológicos o bioquímicos específicos del SRAS, sin embargo, diversos estudios han destacado de forma consistente lo siguiente:

Hallazgos hematológicos

La linfopenia es común en la presentación del cuadro clínico y progresa en el curso de la enfermedad. En la fase álgida de la enfermedad respiratoria aproximadamente la mitad de los pacientes presentan leucopenia y trombocitopenia o recuento de plaquetas bajo-normal (50,000 - 150,000/ μ l) y alargamiento de APTT (tiempo parcial de tromboplastina activado).

Hallazgos bioquímicos

La LDH se encuentra frecuentemente elevada y algunos informes han sugerido su asociación con un peor pronóstico. Elevaciones de ALT, AST y CPK son menos frecuentes. Se han encontrado valores anormales de electrolitos en suero en la presentación inicial del cuadro y/o durante la evolución en la hospitalización, incluyendo hiponatremia, hipokalemia, hipomagnesemia e hipocalcemia.

6. Vigilancia epidemiológica y medidas para la prevención y control

La estrategia de vigilancia epidemiológica del SRAS en el periodo actual (post-brote), sin conocer la evolución a corto-medio plazo del SRAS, se basa en conseguir la rápida identificación, investigación y alerta de pacientes con posible SRAS, aplicando las medidas adecuadas de control, en su caso hasta que se descarte el SRAS como causa.

En Europa no hubo transmisión local durante el brote pasado por lo que el riesgo de SRAS en el País Vasco se considera muy bajo.

Las definiciones de caso están orientadas a la identificación y rápida investigación de casos de neumonía atípica o síndrome de Distrés respiratorio graves, sin otra causa identificada que los explique, en personas de procedencia de un país con transmisión local documentada, o que formen parte de una agregación de casos vinculados con un mismo centro sanitario .

Las definiciones de caso y las guías de salud pública serán revisadas y actualizadas en función de la situación, en caso de reemergencia del problema.

7. Definiciones de caso

Definición clínica de caso

Enfermedad respiratoria **suficientemente grave para requerir hospitalización** y que incluya historia de:

- Fiebre de $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (documentada o informada)

Y

- Uno o más síntomas de enfermedad del tracto respiratorio inferior (tos, disnea, dificultad respiratoria)

Y

- Evidencia radiológica de infiltrado pulmonar compatible con neumonía o SDR, **O**
Hallazgos de autopsia compatibles con patología de neumonía o SDR sin ninguna otra causa identificable

Y

- Ningún diagnóstico alternativo que pueda explicar completamente la enfermedad.

Es necesario obtener la historia detallada de viajes de los pacientes sospechosos de SRAS, así como de antecedentes de contactos próximos (especialmente dentro del hospital) con personas que presentaran una enfermedad similar, durante los 10 días precedentes al inicio de síntomas.

CASO POSIBLE

A) Caso Único

- Persona que cumple la definición de caso clínico de SRAS

Y

- Tiene historia de viaje, durante los 10 días precedentes al inicio de síntomas, a alguna de las áreas clasificadas por la OMS como zona de re-emergencia potencial del SRAS. Estas áreas incluyen las áreas identificadas como fuente en el brote de noviembre de 2002 y o un área con elevada probabilidad de transmisión de animales a humanos de infección por el virus del SRAS (SRAS-CoV.): **China, Hong-Kong y Taiwan.**

B) Agregaciones temporales-espaciales de casos ("cluster") vinculados a un mismo centro sanitario (Alerta de SRAS)

- Dos o más trabajadores sanitarios de una misma institución sanitaria (o una misma unidad, según la estructura física de la institución) que cumplen los criterios de la definición de caso clínico de SRAS, con fechas de inicio de síntomas de la enfermedad en un mismo periodo de 10 días.

O

- Enfermedad adquirida en el hospital por 3 o más personas (trabajadores de salud y/o otras personas del staff y/o pacientes o visitantes) de un hospital o relacionadas con el mismo hospital, que cumplen la definición clínica de caso de SRAS con fechas de inicio de síntomas en un mismo periodo de 10 días.

CASO PROBABLE

Persona que cumple la definición de caso posible con evidencia preliminar de laboratorio de infección por el virus SRAS-CoV, cumpliendo uno de los siguientes criterios:

- Un resultado positivo en una prueba de detección de anticuerpos SRAS-CoV

O

- Una prueba de PCR positiva para el SRAS-CoV en una muestra clínica

CASO CONFIRMADO

Persona que cumple la definición de caso posible/probable de SRAS con evidencia de infección por SRAS-CoV, confirmada por el laboratorio cumpliendo uno de los siguientes criterios:

a) **Un resultado de PCR positivo para SRAS-CoV usando un método validado en:**

- Al menos dos muestras clínicas diferentes (Ej.: exudado nasofaríngeo y heces)

O

- Dos o más muestras del mismo tipo, obtenidas secuencialmente en el curso de la enfermedad (Ej.: muestras de exudado nasofaríngeo secuenciales)

O

- Dos pruebas diferentes o dos PCR repetidos, utilizando un extracto nuevo de RNA de la muestra clínica original, para cada una de las pruebas.

b) **Seroconversión por ELISA o IFA:**

- Prueba de detección de anticuerpos negativa en suero obtenido en la fase aguda de la enfermedad, seguido de prueba de detección de anticuerpos positiva en un suero de la fase convaleciente.

O

- Aumento de 4 veces o más en el título de anticuerpos en la muestra recogida en la fase convaleciente, con respecto a la recogida en la fase aguda, realizando ambas determinaciones en paralelo.

c) **Aislamiento del virus**

- Aislamiento de SRAS-CoV en cultivo celular a partir de cualquier muestra clínica Y
- Confirmación por PCR usando un método validado.

Las pruebas analíticas deben realizarse en un laboratorio de referencia.

CRITERIOS PARA DESCARTAR UN CASO

Se descartará como caso posible o probable de SRAS

- todo aquel en el que se confirme un diagnóstico etiológico alternativo que explique completamente el cuadro clínico
- ó
- Si los resultados de serología para el virus del SRAS de la fase convaleciente son negativos.

(Nota: Un resultado de PCR negativo no descarta un posible caso.)

8. Alerta de SRAS

La Alerta de SRAS es una definición operativa establecida por la OMS cuyo objetivo es la puesta en marcha de las medidas de salud pública y de control de la infección hasta que se descarte el SRAS como causa de neumonía atípica o Síndrome de Distrés Respiratorio SDR, mediante pruebas concluyentes de laboratorio.

Objetivos de la Alerta de SRAS

- Activar la respuesta sanitaria
- Aplicar rápidamente las medidas de control de infección y de salud pública recomendadas para el control y prevención
- Acelerar el diagnóstico.
- Valorar una alerta global si es necesaria.

La OMS recomienda un enfoque gradual de la vigilancia, según el riesgo potencial de resurgimiento del SRAS (ver áreas de riesgo):

Áreas potenciales de resurgimiento del SRAS-CoV:

- 1- Vigilancia de agregaciones de casos relacionados con una misma institución sanitaria (alertas de SRAS) (ver definición de caso))
- 2- Vigilancia reforzada del SRAS
- 3- Estudios especiales de infecciones por SRAS-CoV en poblaciones humana y animal.

Áreas nodales:

- 1- Vigilancia de “alertas de SRAS.”
- 2- vigilancia reforzada del SRAS.

Áreas de bajo riesgo:

- 1- Detección e investigación de agregaciones de casos relacionados con una misma institución sanitaria Y de casos únicos procedentes de áreas con transmisión local documentada.

Existen cuatro diferentes niveles de alerta de salud pública establecidos en el estado español frente a la posible reemergencia del SRAS (ver anexo 2) :

9. Actuación ante una caso de SRAS.

Se recomienda que las medidas expuestas a continuación sean supervisadas por parte del Servicio de Medicina Preventiva y/o por el equipo de control de infección del hospital (INOZ).

Ante un caso de SRAS (ver definición de caso posible, probable o confirmado) deberán ser hospitalizado y adoptarse con carácter inmediato:

- **Medidas de aislamiento** del mismo si previamente no se habían tomado para minimizar la posibilidad de transmisión.
- Proporcionarle una **mascarilla quirúrgica que el paciente deberá llevar mientras sea sintomático, tanto en el hospital como en el tránsito**. Si el paciente no puede llevar la mascarilla, el personal sanitario que lo traslade o atienda debe llevar mascarilla cuando esté en contacto próximo con él.
- Todo el personal sanitario deberá utilizar protecciones para el manejo del paciente sospechoso de SRAS:
 - Protección frente a transmisión aérea: mascarilla de protección respiratoria que cumpla los estándares europeos EN149:2001 FFP2 (**las recomendadas en Osakidetza como protección respiratoria ante casos de TBC bacilífera**).
 - Protección frente al contacto: utilizar **guantes desechables** (que deben cambiarse para cada paciente), **batas impermeables, gorros y gafas de protección ocular**.
 - **Cuidadoso lavado de manos antes y después de mantener un contacto con el paciente**.
- El paciente será instalado en una **habitación con presión negativa, ventanas cerradas, sistema de ventilación independiente**, que cumplan los requisitos especificados en las recomendaciones para la “minimización de los riesgos microbiológicos asociados a las infraestructuras hospitalarias de Osakidetza” actualmente en vigor. Si no es posible, deberán mantenerse en todo momento las medidas de aislamiento de contacto con piel y mucosas y deberán extremarse las máximas condiciones posibles de aislamiento respiratorio (habitación individual, restricción de visitas, etc.).
- Los pacientes deben permanecer aislados mientras sean sintomáticos, o hasta la confirmación de un diagnóstico alternativo.
- **Tener cuidado especial y tomar precauciones ante terapias / intervenciones que puedan producir aerosoles**, como el uso de nebulizadores con un broncodilatador, fisioterapia torácica, broncoscopia, gastroscopia, o cualquier procedimiento/intervención que pueda dañar el tracto respiratorio (aislamiento, guantes, gafas, máscara, traje, etc.) si se establece que los pacientes requieren dicha intervención o terapia.
- Los pacientes deben ser advertidos de toser o estornudar en pañuelos de papel y eliminarlos en el baño o disponerlos en una bolsa de plástico bien cerrada, antes de de tirarlos en la papelera
- **Lavado frecuente de manos de los pacientes**, especialmente después del contacto con fluidos corporales (secreciones respiratorias, orina, heces).
- **Todas las personas que estén en contacto con un caso sospechoso de SRAS deben lavarse bien las manos antes y después del contacto con un paciente y después de actividades con riesgo de contaminación**.
 Todas las muestras biológicas del paciente (excluyendo las muestras de sangre en tubo tipo vacutainer para determinación bioquímica o hematológica) deberán ser manipuladas en laboratorios de **bioseguridad nivel 3** (Laboratorios de los hospitales de referencia asignados en la CAPV).
- Debe utilizarse exclusivamente **material desechable** para el cuidado del enfermo. El instrumental no desechable debe ser esterilizado. Las superficies deben limpiarse con desinfectantes de amplio espectro.
- Debe evitarse en lo posible el traslado del paciente. Si debe ser trasladado, el paciente debe usar una **mascarilla quirúrgica**.
- Se limitará al máximo las visitas y el contacto con el paciente. Todo el personal sanitario o no sanitario que precise entrar en la habitación aunque no este en contacto directo con el paciente deberá usar mascarilla de protección respiratoria que cumpla los estándares europeos EN149:2001 FFP2 (**las recomendadas en Osakidetza como protección respiratoria ante casos de TBC bacilífera**) o equivalente y además unas **gafas de protección ocular**.

- Los **residuos deben recogerse y eliminarse con la precaución propia de un proceso con potencial de elevada contagiosidad**, evitando accidentes, pinchazos o cortes. El personal indicado para ello debe utilizar guantes y ropa adecuada. Los residuos deben ser convenientemente etiquetados y almacenados, evitando se puedan derramar en el transporte. Tendrán la consideración de residuos tipo 2.
- **Ante un caso sospechoso se notificará de forma obligatoria y URGENTE a las autoridades sanitarias (ver más adelante punto 12).**
- Manejo clínico en el **anexo 1**.

10 Manejo de los contactos próximos de un caso de SRAS

Son considerados contactos próximos los familiares, amigos o trabajadores de salud, que conviven con el caso sospechoso de SRAS (ver definición de caso posible, probable o confirmado), o que han tenido contacto directo con secreciones respiratorias u otros fluidos corporales y/o excreciones (heces, orina) de un caso clínico de SRAS sintomático.

Estos contactos deben ser identificados y sujetos a cuarentena hasta que el SRAS haya sido descartado como causa de la enfermedad.

En general, con los contactos se procederá:

- Serán informados sobre: clínica, transmisión y medidas preventivas del SRAS.
 - Se recogerá los datos del contacto, nombre y teléfono.
 - Se les proporcionará un teléfono de contacto 24 horas.
 - Serán puestos bajo vigilancia “activa” (visitarles o telefonarles diariamente) durante 10 días a contar desde el día de contacto con el caso sintomático.
 - Según el tipo de caso se recomendará aislamiento domiciliario voluntario.
 - Deberán tomarse la temperatura a diario.
 - Si el contacto desarrolla síntomas compatibles con la enfermedad (el más probable es la fiebre) deberá comunicarlo por teléfono. Se realizará una evaluación inicial y si es necesario será referido al centro sanitario adecuado tomando las medidas de precaución requeridas (transporte adecuado).
 - Desde cada Subdirección de Salud Pública se solicitará al servicio de emergencias para el traslado a alguno de los hospitales de referencia en la CAPV.
 - Ante un caso leve, se hará aislamiento domiciliario y seguimiento médico activo hasta 48h después de haber desaparecido los síntomas.
- Los **contactos ocurridos dentro de una institución sanitaria** deben ser manejados de la siguiente manera:
 - Los contactos de pacientes ingresados deben ser aislados o separados de los pacientes no expuestos al mismo tiempo que se ponen en marcha medidas de aislamiento y protección.
 - Se debe vigilar su temperatura para detectar la aparición de fiebre.
 - Los trabajadores sanitarios expuestos dependiendo de circunstancias pueden ser **a)** colocados en una situación de vigilancia activa incluyendo la toma de temperatura **b)** tratados como pacientes expuestos (como se ha indicado arriba) o **c)** puestos en cuarentena domiciliaria.

11. Recomendaciones para los casos y convivientes de SRAS en cuarentena domiciliaria

Caso de SRAS en cuarentena domiciliaria

Aunque en principio todos los casos de SRAS deberán estar en un hospital, pueden darse circunstancias que requieran su estancia domiciliaria en cuarentena. Por otra parte, deben permanecer en su domicilio tras el alta hasta **10 días** después de la remisión de la fiebre y los síntomas respiratorios cumpliendo los siguientes medidas de precaución:

- Deben cubrirse la nariz y la boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar.

- Deben ponerse mascarilla quirúrgica al recibir visitas. Estas mascarillas deben cambiarse dos veces por día.
- Sus utensilios personales no deben ser compartidos con otras personas, a no ser que se laven con jabón y agua caliente.
- Las superficies contaminadas con fluidos corporales deben limpiarse con un desinfectante del hogar, como la lejía, utilizándose guantes.
- El material desechable como toallitas de papel, pañuelos, mascarillas, etc., se eliminan con la basura normal de la casa que deberá ser cerrada correctamente antes de depositarla en los contenedores.

Convivientes de casos de SRAS en cuarentena domiciliaria.

- Deben utilizar **mascarillas** en presencia de la persona sospechosa de SRAS.
- Deben utilizar guantes para manipular objetos personales o fluidos corporales del paciente. El lavado meticuloso de las manos con agua y jabón antes y después es muy importante.
- Deben dormir en habitaciones separadas del paciente si es posible.
- Deben tomarse diariamente la temperatura con su propio termómetro y comunicar a su médico en caso de fiebre o de síntomas respiratorios.
- No hay razones para limitar sus movimientos dentro o fuera de su domicilio.

Información adicional sobre cuarentena en **Anexo 2**.

12 Notificación obligatoria de un caso de SRAS a Vigilancia Epidemiológica:

Ante la existencia de un caso sospechoso de SRAS (ver definición de caso posible, probable o confirmado) debe ser comunicado de forma **obligatoria y URGENTE** a las Unidades de Vigilancia Epidemiológica de cada Territorio.

En horario no laboral y festivo, se notificará el caso a los siguientes teléfonos de urgencia de las Subdirecciones de Salud Pública de cada Territorio Histórico de la CAPV:

- Subdirección de Salud Pública de **Álava**. Tlfno.: **615 77 06 50**
- Subdirección de Salud Pública de **Bizkaia** Tlfno.: **615 77 06 47**
- Subdirección de Salud Pública de **Gipuzkoa** Tlfno.: **615 77 06 48 ó 615 77 06 49**

Actuaciones a realizar por las Unidades de Vigilancia Epidemiológica.

1. Identificación del caso:

- Paciente ambulatorio: en el caso de que el paciente no esté previamente hospitalizado se comunicará al hospital de referencia (Director médico, responsables de Urgencias) para que conozcan y puedan preparar la recepción del mismo, así como a la Dirección de Transporte Emergencias para disponer que se envíe una ambulancia preparada y personal adecuado para el traslado del caso sospechoso al hospital de referencia.
- Paciente hospitalizado: notificación desde el centro hospitalario. Si no fuera un hospital de referencia se procederá al traslado del paciente al hospital de referencia designado más cercano.

2. Encuesta del caso:

- Para identificación y encuesta de contactos y otras características de carácter epidemiológico siguiendo protocolo (ver anexo 6)
- Obtenerse encuesta epidemiológica y recogerse historia clínica detallada incluyendo viajes y contactos, y la ocurrencia de enfermedades agudas en personas de contacto **en los últimos 10 días**.

3. Seguimiento de los contactos comunitarios si los hubiera (ver apartado 2.4).

13 Criterios para dar de alta a un caso probable de SRAS

La OMS aconseja seguir los siguientes criterios para dar el alta hospitalaria a un caso probable de SRAS:

- Síntomas clínicos: afebril durante 48 h.
remisión de la tos.
- Pruebas de laboratorio, valores normales o tendiendo a la normalidad de:
 - Leucocitos.
 - Plaquetas.
 - CPK.
 - Test de función hepática.
 - Na plasmático.
 - Proteína C reactiva.
- Hallazgos radiológicos: mejoría de imágenes radiológicas.

14 Seguimiento de un caso de SRAS dado de alta

- Durante 10 días debe permanecer en casa evitando en lo posible el contacto con otras personas.
- Debe recomendarse al paciente que se tome la temperatura al menos 2 veces al día y si ésta supera los 38°C debe acudir al hospital.
- Al cabo de 10 días debe volver consulta al hospital y se le practicará una Rx de tórax y analítica sanguínea de aquellas pruebas de laboratorio con valores previos no normalizados.
- En función de la placa de Rx, del resultado analítico y de la evolución de la sintomatología del paciente, el clínico valorará las medidas a tomar si es necesario.

15. Medidas adicionales para mejorar la vigilancia y control de SRAS en la CAPV

Entre el personal sanitario: incrementando la cobertura de vacunación antigripal.

Búsqueda del coronavirus en determinadas muestras microbiológicas.

Ver Anexo 3.

16 Pautas generales de actuación para atención primaria y urgencias extrahospitalarias

Ante la sospecha de un caso de SRAS en una consulta de atención primaria tanto en el centro de salud como en el domicilio del paciente, se propone:

- proporcionar una mascarilla quirúrgica para cubrir la boca y nariz del paciente sospechoso de SRAS. Si no es posible se instruirá al paciente para que proteja su boca y nariz con la mano al tose y estornudar.
- el personal sanitario debe protegerse si es posible con mascarillas, guantes y gafas.
- notificar al servicio de vigilancia epidemiológica.
- no realizar pruebas complementarias para el diagnóstico en el medio ambulatorio y trasladar el paciente a alguno de los cuatro centros hospitalarios previstos.
- notificar la remisión del paciente y la sospecha diagnóstica al centro hospitalario.
- colaborar en el estudio epidemiológico y estudio de contactos.
- ventilar el local donde haya permanecido el caso sospechoso de SRAS.

17 Hospitales de referencia

- Bizkaia: Hospitales de Cruces y Basurto.
- Gipuzkoa: Hospital Donostia.
- Álava: Hospital de Txagorritxu.

Los hospitales de referencia deberán tener disponibles las habitaciones adecuadas, así como las medidas de prevención del personal sanitario.

18 Manejo en caso de fallecimiento

- Se realizará examen post-mortem como corresponda.
- Respecto al destino final de los cadáveres y restos humanos que procedan de pacientes con SRAS, el Departamento de Sanidad recomienda la incineración de los mismos como medida de precaución.

Anexo 1: Manejo clínico de un caso de SRAS

- Debe obtenerse y recogerse historia clínica detallada incluyendo antecedentes de viajes a áreas de riesgo potencial y antecedentes de contacto próximo con persona enfermedad aguda similar en los 10 días previos al inicio de síntomas (ver ficha de declaración de caso).
- Deben obtenerse radiografías de tórax y hemograma completo.
- Muestras para la investigación de laboratorio y exclusión de causas conocidas de neumonía atípica:
 1. Frotis faríngeo y/o nasofaríngeo y aglutininas frías (nombres alternativos: Reacción de Weil-Felix; test de Widal).
 2. Sangre para hemocultivo y serología.
 3. Orina.
 4. Esputo
 5. Lavado bronco alveolar.
 6. Examen post-mortem como corresponda.
- Se aconseja que las muestras sean recogidas en días alternos. Uno o varios laboratorios de referencia deben estar preparados para recibir y procesar muestras, coordinados por las autoridades de salud pública. Las muestras deben ser investigadas en laboratorios con nivel bioseguridad (P3).
- Monitorizar hemograma completo en días alternos.
- Las determinaciones que pueden ayudar al diagnóstico clínico incluyen: Recuento de células blancas sanguíneas, recuento de plaquetas, creatinina-fosfoquinasa, pruebas de función hepática, urea y electrolitos, proteína C reactiva y sueros pareados. (El suero pareado será de gran valor para el mejor conocimiento del SRAS aunque el paciente posteriormente no sea considerado caso de SRAS).
- Prestar especial atención a las terapias / intervenciones que puedan producir aerosoles, como el uso de nebulizadores con un broncodilatador, fisioterapia torácica, broncoscopia, gastroscopia, o cualquier procedimiento/intervención que pueda dañar el tracto respiratorio. Tomar las precauciones apropiadas (aislamiento, guantes, gafas, máscara, traje, etc.) si se establece que los pacientes requieren dicha intervención o terapia.
- En los casos de SRAS se han ensayado numerosas terapias con antibióticos sin un efecto claro. No obstante, en el momento de la admisión se recomienda el uso de antibióticos para el tratamiento de la neumonía comunitaria, teniendo en cuenta las causas atípicas. En un gran número de pacientes se ha usado ribavirina con o sin esteroides, aunque en ausencia de indicadores clínicos, su eficacia no está demostrada. Se ha propuesto que se examine la eficacia de la terapia con ribavirina y de otras intervenciones mediante una aproximación multicéntrica y coordinada.

Manejo de un caso probable o confirmado

- Hospitalizar en una habitación individual y preferiblemente con presión negativa.
- Tomar todas las medidas de control de infección en el manejo de los pacientes.
- Los pacientes deben permanecer aislados mientras sean sintomáticos.
- Los casos probables o confirmados no deben ser dados de alta hasta que se encuentren asintomáticos y afebriles durante 48 horas.
- Una vez en su domicilio, el paciente debe evitar el contacto con otras personas durante un mínimo de 7 días.

Seguimiento de los casos convalecientes

Hasta que se sepa más acerca del agente etiológico y el potencial para un mantenido estado de portador (y, por tanto, para una transmisión continuada) se precisa un abordaje cauteloso. Por lo tanto, tras recibir el alta del hospital, los casos

convalecientes deberían permanecer en sus hogares **al menos siete días**. Durante este periodo deberían estar en el interior de sus domicilios, y con el mínimo contacto posible con los que les rodean.

Se les debe de pedir a los pacientes convalecientes dados de alta que se tomen y apunten su temperatura dos veces al día. Si tuvieran un aumento de la temperatura hasta 38° C o más en dos ocasiones consecutivas deben ponerlo en conocimiento del centro sanitario de donde fueron dados de alta.

Pasada una semana, se repetirá la radiografía de tórax, analítica completa de sangre y aquellas pruebas que fueran previamente anormales. El seguimiento debe hacerse desde el centro sanitario que le dio el alta. Adicionalmente, el clínico pudiera decidir que el paciente precisa una revisión antes de la semana.

Tras esta evaluación, se debe tomar una decisión sobre seguir o no con el confinamiento. Este debería prolongarse en las personas inmunodeprimidas. El seguimiento se recomienda hasta que las radiografías de tórax y la salud del paciente vuelvan a la normalidad. Como parte del seguimiento se pedirán muestras para serología tres semanas después de la fecha de comienzo de síntomas para el centro sanitario que le dio el alta.

Se les deben dar instrucciones claras a los casos convalecientes para que regresen al centro sanitario que les dio el alta si su estado de salud se deteriora y aparece cualquier síntoma.

Anexo 2

Recomendaciones para la cuarentena domiciliaria

RECOMENDACIONES PARA LOS CASOS DE SRAS EN CUARENTENA DOMICILIARIA

- Deben permanecer en su domicilio hasta 10 días después de la remisión de la fiebre y los síntomas respiratorios.
- Deben cubrirse la nariz o la boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar.
- Deben ponerse mascarilla quirúrgica al recibir visitas. Estas mascarillas deben cambiarse dos veces por día.
- Sus utensilios personales no deben ser compartidos con otras personas, a no ser que se laven con jabón y agua caliente.
- Las superficies contaminadas con fluidos corporales deben limpiarse con un desinfectante del hogar, como la lejía, utilizándose guantes.
- El material desechable como toallitas de papel, pañuelos, mascarillas, etc., se eliminan con la basura normal de la casa.

RECOMENDACIONES PARA LOS CONVIVIENTES DE CASOS SOSPECHOSOS DE SRAS EN CUARENTENA DOMICILIARIA

- Deben utilizar mascarillas en presencia de la persona sospechosa de SRAS
- Deben utilizar guantes para manipular objetos personales o fluidos corporales del paciente. El lavado meticuloso de las manos con agua y jabón antes y después es muy importante.
- Deben dormir en habitaciones separadas del paciente si es posible.
- Deben tomarse diariamente la temperatura con su propio termómetro y comunicar a su médico en caso de fiebre o de síntomas respiratorios.
- No hay razones para limitar sus movimientos dentro o fuera de su domicilio.

Anexo 3:

Medidas adicionales para la vigilancia, detección precoz y control de casos de síndrome respiratorio agudo grave (SRAS):

Administración de la vacuna antigripal a personal sanitario y viajeros a zonas potenciales de resurgimiento de SRAS.

La identificación y aislamiento de posibles casos de SRAS puede verse obstaculizada si se produce un resurgimiento del SRAS coincidiendo con la epidemia anual de gripe.

Los trabajadores sanitarios son particularmente vulnerables de padecer el SRAS. La tasa de infección entre trabajadores de hospital es mucho más alta que en la población general. Además representan el principal grupo de vigilancia del SRAS en las áreas de bajo riesgo como la C.A.V. Aunque la vacunación frente a la gripe debe realizarse todas las temporadas en este grupo de personas, recomendamos estimular la vacunación antigripal con especial interés durante la presente temporada.

También es recomendable estimular la vacunación frente a la gripe en aquellas personas que durante este invierno vayan a viajar a zonas de potencial resurgimiento del SRAS.

Búsqueda del coronavirus en muestras microbiológicas obtenidas de enfermos con neumonía atípica (UCI, neumología y trabajadores sanitarios).

Investigar muestras faringéas en pacientes hospitalizados en las unidades de Neumología y Cuidados Médicos Intensivos con diagnóstico de neumonía atípica y en aquellos trabajadores sanitarios que durante la presente temporada invernal padezcan una neumonía atípica para investigación de coronavirus.

En los casos de sanitarios con neumonía atípica, al igual que los síndromes respiratorios febriles procedentes de zonas de riesgo (especialmente China y Hong Kong) se investigará rutinariamente mediante PCR coronavirus genérico y SARS-coronavirus.

Vigilancia de coronavirus en la población.

La vigilancia virológica de la gripe en la CAPV se realiza desde 1998 en el Servicio de Microbiología del Hospital Donostia a partir de muestras faringéas enviadas por los médicos de la red vigía. Esta red, distribuida por toda la comunidad cubre a una población de unas 45.000 personas, obteniéndose muestras de aquellos casos que cumplen los criterios clínicos de gripe. La similitud entre el cuadro clínico de la gripe y el producido por el SRAS, junto con la buena selección de la población cubierta hacen que esta muestra sea idónea para la vigilancia virológica del SRAS. Por lo tanto un sistema de vigilancia podría basarse en la investigación genérica de coronavirus mediante PCR en todas las muestras faringéas recogidas en el contexto de la red de vigilancia de la gripe de la CAPV. Aquellas muestras con resultado positivo se someterán a test específico para detección de SARS-coronavirus.

Anexo 4: Formulario de notificación de un caso de SRAS (OMS).

Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS)

Identificación única de caso _____

Datos del declarante

Fecha de declaración (dd/mm/aaaa) ____/____/____

País de declaración _____

Institución declarante _____

Comunidad Autónoma _____

Datos del caso

Sexo Hombre Mujer Desconocido

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) ____/____/____ • Edad (años) _____

País de residencia _____

Nacionalidad _____

Raza _____

Trabajador sanitario Sí No Desconocido

Si no, ocupación _____

Signos y síntomas

Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa) ____/____/____

Fiebre mayor de 38°C Sí No Desconocido

Tos Sí No Desconocido Dificultad

respiratoria Sí No Desconocido Signos clínicos de Síndrome

de Distrés Respiratorio (SDR) Sí No Desconocido

Examen radiológico

Radiografía de tórax realizada Sí No Desconocido

En caso afirmativo, evidencia de neumonía o SDR Sí No Desconocido

Datos de ingreso Hospitalario

¿Ha sido hospitalizado el caso mientras era sintomático? Sí No Desconocido

En caso afirmativo:

Nombre del hospital _____ Ciudad _____
Fecha de ingreso hospitalario (dd/mm/aaaa) ____/____/____

¿Ha estado sujeto a aislamiento? Sí No Desconocido

En caso afirmativo, de (dd/mm/aaaa) ____/____/____ a (dd/mm/aaaa) ____/____/____

¿Ha necesitado ventilación asistida? Sí No Desconocido

En caso afirmativo, ¿lo está actualmente? Sí No Desconocido

¿Ha estado ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos? Sí No Desconocido

Si el caso no ha sido hospitalizado,

¿ha estado sujeto a aislamiento domiciliario? Sí No Desconocido

En caso afirmativo, de (dd/mm/aaaa) ____/____/____ a (dd/mm/aaaa) ____/____/____

Antecedentes de exposición

Antes del comienzo de síntomas, ¿refiere el enfermo haber tenido contacto estrecho con un caso sospechoso o probable de SRAS? Sí No Desconocido

En caso afirmativo, citar: País _____ Ciudad _____

Fecha de primer contacto (dd/mm/aaaa) ____/____/____

Fecha de último contacto (dd/mm/aaaa) ____/____/____

Durante los 10 días precedentes al comienzo de síntomas, ¿ha viajado el caso a un “**área afectada**”? (consultar en cada caso si hay áreas afectadas): Sí No Desconocido

En caso afirmativo, citar área (s) :

1. _____ Fecha llegada ____/____/____ Fecha salida ____/____/____
2. _____ Fecha llegada ____/____/____ Fecha salida ____/____/____
3. _____ Fecha llegada ____/____/____ Fecha salida ____/____/____

En pacientes fallecidos

Enfermedad respiratoria no explicada como causa de muerte Sí No Desconocido

Autopsia realizada Sí No Desconocido

En caso afirmativo, ¿el examen de autopsia demostró signos anatómo-patológicos de Síndrome de Distrés Respiratorio sin una causa identificable? Sí No Desconocido

Investigación de contactos

¿Se ha iniciado la investigación de contactos? Sí No Desconocido

En caso afirmativo, ¿algún contacto ha desarrollado signos compatibles con SRAS? Sí No Desconocido

Clasificación inicial de caso

Sospechoso Probable

Clasificación actual de caso

Sospechoso Probable Anulado Fecha de la clasificación ____/____/____

Por favor, remita el formulario de nuevo cuando se hayan determinado la clasificación y la evolución final.

Clasificación final del caso

Sospechoso Probable Anulado Fecha de la clasificación final ____/____/____

Si se ha anulado el caso, ¿se ha realizado un diagnóstico alternativo? Sí No Desconocido

En caso afirmativo, citar el diagnóstico _____

Evolución final

Recuperado; si el caso fue admitido al hospital: Fecha de alta hospitalaria ____/____/____

Muerte Fecha de la defunción ____/____/____

Dejó el país estando sintomático Traslado médico: Sí No

Fecha de salida ____/____/____

Detalles del vuelo _____

País de destino _____

Perdido en el seguimiento Fecha de abandono ____/____/____



	DÍAS DESDE EL INICIO DE SÍNTOMAS DEL SRAS													
Síntomas	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	Día 9	Día 10	Día 11	Día 12	Día 13	Día 14
Dolor de cabeza														
Mialgias														
Mareos														
Escalofríos														
Tos														
Dolor de garganta														
Fiebre														
Dificultad al respirar														
Malestar														
Anorexia														
Rash														
Vómitos														
Diarrea														
Otros síntomas (añádalos)														
Signos														
Pulso														
Temperatura														
Tensión arterial														
Frecuencia respiratoria														
Saturación de oxígeno														
Otros signos anormales (añádalos)														
Hallazgos radiológicos														
Especifíquelos														

	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	Día 9	Día 10	Día 11	Día 12	Día 13	Día 14
Pruebas de laboratorio														
(incluya unidades/rango de referencia y sólo resultados anormales)														
Recuento de leucocitos														
Linfocitos														
Tiempo de protrombina														
Recuento de plaquetas														
ALT (SGPT)														
LDH														
GGT (SGOT)														
APPT														
CPK														
PCR														
Otros resultados anormales (añádalos)														
Muestras tomadas para diagnóstico (añádalas)														
Resultados de pruebas diagnósticas positivas (especificar)														
Tratamientos														
Antivirales														
(especifique dosis y vía de administración)														
Ribavirina														
Oseltamivir														
Otros (añádalos)														
Antimicrobianos:														
Especifíquelos														
Corticoesteroides														
Otros tratamientos; ej.: Oxígeno, ventilación, fármacos inotrópicos,...														
Evolución														
Recuperado/Fallecido/Estable														

