ESTUDIOS DE BROTES DE ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19) EN ESTABLECIMIENTOS DE ESTANCIA PROLONGADA DE MAR DEL PLATA-BATÁN AGOSTO A NOVIEMBRE DE 2020

INFORME CONSOLIDADO

Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara"
Región Sanitaria VIII, provincia de Buenos Aires
Unidad de Gestión Local XI PAMI

MAR DEL PLATA, DICIEMBRE DE 2020

Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. Jara; Buenos Aires. Ministerio de Salud; Programa de Atención Médico Asistencial. Estudios de brotes de enfermedad por coronavirus (COVID-19) en establecimientos de estancia prolongada de Mar del Plata – Batán. (Agosto a noviembre de 2020). Mar del Plata: ANLIS Dr.C.G.Malbrán, 2020 (ANLIS/INE/EST-COVID-19/2020). Disponible en: http://sgc.anlis.gob.ar/handle/123456789/2308

"Este recurso es el resultado del financiamiento otorgado por el Estado Nacional, por lo tanto queda sujeto al cumplimiento de la Ley Nº 26.899 y la política de gestión del conocimiento de la ANLIS".

Este obra está bajo una Licencia CreativeCommonsAttribution 4.0 International (CC BY 4.0)

ESTUDIOS DE BROTES DE ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19) EN ESTABLECIMIENTOS DE ESTANCIA PROLONGADA DE MAR DEL PLATA-BATÁN, AGOSTO A NOVIEMBRE DE 2020

Informe Consolidado

Mar del Plata Argentina Diciembre 2020

AUTORIDADES NACIONALES
PRESIDENTE DE LA NACIÓN
Dr. Alberto Ángel Fernández

MINISTRO DE SALUD DE LA NACIÓN
Dr. Ginés González García

AUTORIDADES DE LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LABORATORIOS E INSTITUTOS DE SALUD "DR. CARLOS G. MALBRÁN" (ANLIS)

DIRECTOR
Dr. Pascual Fidelio

DIRECTORA DEL INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA "DR JUAN H. JARA" (INE)
Dra. Irene Pagano

AUTORIDADES DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
GOBERNADOR
Axel Kicillof

MINISTRO DE SALUD
Dr. Daniel G. Gollan

DIRECTOR DE LA ZONA SANITARIA VIII
Gastón Vargas

AUTORIDADES DE PAMI
DIRECTORA EJECUTIVA
Luana Volnovich

DIRECTOR EJECUTIVO UGL XI
Fernando Mogni

COORDINADOR MÉDICO UGL XI
Hernán Salaya

EQUIPO DE TRABAJO

Aguirre M. Fernanda
Amezqueta Gabriel
Azara Claudia
Ballejo Christian Adrián
Caldera Laura Noemí
Castro Celina
Cejas Luciana
Cimmino Carlos
De San Martín María Eugenia
Dana Smith Ramiro
Figari Alejandra
Garcialoredo Héctor
Gari Daniel
González Espinosa Francisco
Grosso Federico
Ibarra Camou Belén
Lavayén Silvina
Lawrynowicz Alicia E.B.
Lerman Andrea
López Miranda Lucía
Macías Lainez Valeria
Marro M. Jimena
Menéndez Jimena
Michelena Miguel Alfredo
Monte Indira
Morla María Soledad
Murúa Nadia
Navarro Albarracín Florencia
Pagano Irene
Poncet Verónica
Roqués Lisa Fernanda
Sabuda Rodrigo
Salaya Hernán
Santos Fernanda Mariel
Silva Andrea
Snitman Martina
Soria Daiana Denise
Uez Osvaldo César
Varela Mariel
Zotta Marcelo

Agradecimientos

A los encargados y profesionales de la salud de los establecimientos de estancia prolongada de Mar del Plata-Batán en convenio con PAMI. Sin todos ellos, no hubiera sido posible llevar a cabo este trabajo.

TABLA DE CONTENIDO O ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	**5**
LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ACTIVA EN LA ANTESALA DEL BROTE	**6**
METODOLOGÍA DE LOS ESTUDIOS DE BROTE	**8**
RESULTADOS	**12**
CONCLUSIONES	**17**
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	**18**

Introducción

El 31 de diciembre de 2019 la República Popular China notificó la detección de casos confirmados de infección por un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2), en la provincia de Wuhan. El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró al brote de la enfermedad (COVID-19) como situación de pandemia [1].

En Argentina, el 22 de enero de 2020 se emitió una alerta epidemiológica y se inició la vigilancia del evento. El 3 de marzo, mediante el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS 2.0), se notificó el primer caso confirmado del país, catalogado como importado y perteneciente a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [2]. En el aglomerado Mar del Plata-Batán (MdP-B), ubicado al sudeste de la provincia de Buenos Aires, el 12 de marzo se notificó el primer caso confirmado, clasificado como importado a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS 2.0).

En respuesta a la emergencia sanitaria, el Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara" (INE) en conjunto con la Región Sanitaria (RS) VIII y las autoridades de Unidad de Gestión Local (UGL) XI del Programa de Atención Médica Integral (PAMI), iniciaron en el mes de julio una estrategia de vigilancia epidemiológica activa en residentes y personal de salud (PS) de establecimientos de estancia prolongada de MdP-B que tienen convenio con PAMI. El objetivo principal fue detectar brotes de infección por SARS-CoV-2 de manera temprana para tomar medidas de contención que disminuyeran su propagación, en el marco de la estrategia provincial que utiliza el método de pooles.

La vigilancia epidemiológica es una herramienta fundamental en el control de la pandemia COVID-19. La vigilancia pasiva, basada en la definición de caso sospechoso, constituye el primer paso en cualquier sistema de este tipo. Sin embargo, es preciso complementarla con estrategias de vigilancia activa con el objetivo de detectar casos que no fueron identificados previamente, contribuyendo con las acciones de prevención y control. Se orienta a detectar tempranamente casos en poblaciones vulnerables, a los fines de evitar la transmisión y las consecuencias de enfermedad y muerte. Los adultos mayores residentes en establecimientos semicerrados, así como su PS, constituyen una subpoblación vulnerable [3].

A su vez, existen evidencias de personas que han atravesado la enfermedad de manera asintomática, así como el caso de los "presintomáticos" que podrían eliminar el virus por

vías respiratorias desde algunos días antes del comienzo de los síntomas. Estas situaciones escapan a la vigilancia pasiva al no constituirse en casos sospechosos; en poblaciones de alto riesgo es menester aunar esfuerzos para aumentar la detección de estos casos. En este marco, el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires comenzó a llevar adelante estrategias de vigilancia activa en poblaciones de riesgo utilizando la metodología de pooles. La estrategia de pooles implica la agrupación de muestras tanto en el procedimiento de extracción de ARN como en la etapa de amplificación (RT-qPCR), lo que permite el ahorro de reactivos y consumibles. El procedimiento genera información sobre el estado de la epidemia a nivel poblacional mediante la detección temprana en grupos de interés [3].

El aglomerado urbano MdP-B se caracteriza por tener una población envejecida, con un 14,4% de personas en la franja etaria de 65 y más años [4]. El PAMI posee convenio para la asistencia de sus afiliados con veinticinco (25) residencias de adultos mayores, que incluyen 1.727 personas entre residentes y PS. Dada la contribución de esta franja etaria al total poblacional de MdP-B, sumado al hecho que los trabajadores de estas instituciones suelen además prestar servicios en otros establecimientos de salud, la estrategia propuesta fue pensada para contribuir a la prevención y control de la epidemia a nivel local.

La vigilancia epidemiológica activa en la antesala del brote

La población objetivo fueron los residentes y el PS de los 25 establecimientos de estancia prolongada en convenio con PAMI (Tabla 1).

La etapa preparatoria consistió en un encuentro virtual de capacitación en el que participaron médicos y enfermeros de los establecimientos seleccionados. Seguidamente personal del INE realizó una capacitación presencial en cada residencia para la toma de muestra de hisopado nasofaríngeo y orofaríngeo, coincidente con la activación del protocolo de vigilancia. Los encargados de los establecimientos enviaron sus listas de residentes y PS al equipo del INE, que fueron utilizadas como marco para seleccionar las personas a ser hisopadas en cada jornada, mediante muestreo aleatorio simple.

Tabla 1: Establecimientos de estancia prolongada participantes de la estrategia de vigilancia epidemiológica activa, Mar del Plata-Batán, julio a diciembre de 2020.

Establecimiento	Nº residentes	Nº personal de salud	Total
A	30	18	48
B	37	27	64
C	30	22	52
D	86	46	132
E	37	18	55
F	34	20	54
G	37	19	56
H	20	15	35
I	134	61	195
J	72	30	102
K	37	16	53
L	37	26	63
M	48	24	72
N	29	19	48
O	54	28	82
P	36	23	59
Q	31	18	49
R	45	23	68
S	28	16	44
T	43	19	62
U	66	30	96
V	65	19	84
W	37	16	53
X	34	11	45
Y	36	20	56
Total	**1143**	**584**	**1727**

Se crearon dos grupos de WhatsApp coordinados por el equipo del INE, uno incluía a las autoridades a cargo de los establecimientos y el otro PS que llevaba adelante la toma de muestras y demás cuestiones operativas. Esto permitió establecer una comunicación fluida que construyó viabilidad a la propuesta en el día a día, al atender asiduamente consultas surgidas en la cotidianeidad del trabajo.

Las jornadas de vigilancia se llevaron a cabo los días martes y jueves, llegándose a cubrir la totalidad de los establecimientos en dos semanas, de manera que a los catorce días estaba previsto el próximo rastreo en cada lugar. En cada corte de vigilancia, se tomó una muestra del 10% de personas en cada establecimiento, con un mínimo de 9 por hogar, manteniendo la proporción 20/6 entre residentes y PS sugerida por la estrategia provincial. Las muestras eran acompañadas de una ficha con datos de identificación (Anexo I).

El día establecido para la jornada de vigilancia, personal del INE visitaba el establecimiento y entregaba: lista con residentes y PS seleccionados para toma de muestra, elementos de protección personal (EPP), tubos con medio de transporte o solución fisiológica, hisopos, envases de transporte de muestras y fichas con datos de identificación. La jornada se llevaba a cabo con la condición de ausencia de síntomas sospechosos de COVID19 en el establecimiento; caso contrario se evaluaba la necesidad de activar el protocolo de confirmación diagnóstica e investigación de brote. Se procedía a la toma de muestra de hisopado nasofaríngeo y orofaríngeo por parte del PS previamente capacitado. Las muestras eran retiradas por el personal de PAMI y remitidas al INE para su procesamiento en el curso del mismo día.

El análisis se realizó por medio de la técnica de pooles, utilizando el método de agrupamiento matricial, dado que es el más recomendable para el rastreo de contactos asintomáticos y para espacios semi cerrados con baja prevalencia. Los resultados permiten concluir que, si todos los pooles de la matriz dan resultados negativos, implica que los individuos no están infectados o su carga viral tiene bajo impacto en la transmisión del virus (Ct alto). En el caso que uno o más pooles de la matriz resulten positivos, se debe proceder al procesamiento individual de la/las muestras sospechosas para su confirmación [3]. Frente a la detección de un caso confirmado por RT-PCR, se realizaba su notificación al Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA), se comunicaba a los referentes de la UGL de PAMI y se activaba el protocolo de estudio de brote para la implementación de medidas de prevención y control.

Metodología de los estudios de brote

La indicación de medidas de aislamiento en el establecimiento se activaba frente a la

aparición de un caso sospechoso en los pooles, previo a su confirmación. En caso de ratificarse el resultado detectable, se activaba el estudio de brote.

Se consideraba que existía un brote frente a alguna de las siguientes situaciones [3]:

a) Se confirmaba infección en PS adquirida en la institución, o no podía identificarse el origen de la cadena de transmisión;
b) Ante al menos un caso confirmado de COVID-19 en un residente del establecimiento que había permanecido en la institución en los últimos 14 días.

Una vez definido el inicio del brote, se establecía una comunicación con el encargado de la residencia para la indicación de las medidas iniciales tendientes a cortar la cadena de transmisión y controlar el brote, consistentes en aislamiento de los casos confirmados y de sus contactos estrechos (compañeros de habitación o de mesa en espacios comunes) en habitaciones separadas.

Se acordaba una visita al establecimiento para llevar a cabo el estudio de brote. Se recorrían las instalaciones con el objetivo de realizar un "pase de sala" de la situación de los residentes y evaluar las posibilidades edilicias frente a la necesidad de implementar una sectorización (creación de un "área COVID-19").

Como parte de la investigación de los casos y para definir la magnitud del brote, se tomaban muestras de hisopado a las personas con síntomas sospechosos de COVID-19, así como a algunos contactos estrechos en residentes y PS. Se mantenía una entrevista con el médico y/o enfermero de la residencia a los fines de evaluar quiénes debían incluirse en la toma de muestras. Se entrevistaba además PS presente al momento de la visita para indagar sobre antecedentes de síntomas o contacto estrecho con casos confirmados de COVID-19 fuera del establecimiento. Se realizaba un diagnóstico de los contactos estrechos en la institución, se incorporaba la evaluación del uso adecuado de los EPP en el PS como criterio para la definición de tal contacto, considerándose además la presencia de comorbilidades o factores de riesgo en el PS.

Cabe señalar que, frente a la presencia de un solo síntoma compatible con COVID-19, la

persona era consideraba caso sospechoso y, por lo tanto, hisopada. En los residentes, dadas las características particulares de este grupo etario en cuanto a al comportamiento clínico de la enfermedad, eran tenidos en cuenta síntomas inespecíficos como diarrea, malestar general, disminución del nivel de alerta o movilidad habitual.

Se indagaba además sobre el antecedente de movimientos de personas en el establecimiento, como salidas de residentes para controles de salud o tratamientos en efectores del segundo nivel de atención, internaciones o ingresos de residentes nuevos.

La estrategia de selección de las personas candidatas a ser hisopadas se iba ajustando en función de la experiencia adquirida en los establecimientos y al diagnóstico de situación inicial en cada lugar. Por ejemplo, en situaciones en que la detección inicial del caso confirmado correspondía a un residente, sin antecedente de salida del establecimiento, en ausencia de antecedentes de contactos estrechos con un caso confirmado tanto en residentes como en PS, se priorizaba la toma de hisopados en todo el PS. Esto permitía obtener una "foto inicial" para orientar las acciones de control del brote, y se fundamentaba en los antecedentes de constatación de hisopados detectables para SARS-CoV-2 en PS asintomático.

Las medidas implementadas se sintetizan en la estrategia de "cohortizar pacientes" que consistía en armar grupos con características similares: se agrupaban los residentes que resultaban casos confirmados, por otro lado, los residentes que tenían síntomas (hasta realizar hisopado y esperar resultado), por otro lado los contactos estrechos de los casos confirmados y de los sintomáticos, y finalmente un último grupo de residentes no ubicado en ninguno de los anteriores. Se implementaba además la estrategia de "cohortizar PS", que consiste en asignar un grupo de PS para la asistencia de casos confirmados o sospechosos de SARS-CoV-2.

Se resumen las recomendaciones efectuadas:

- Aislamiento de casos confirmados en la misma habitación, manteniendo la puerta cerrada.

- Aislamiento de los compañeros de habitación de cada uno de los casos, considerados contactos estrechos.
- Conservación de la distancia de 2 metros entre los residentes durante la utilización de espacios comunes.
- Establecimiento de grupos de residentes para horarios de comidas
- Refuerzo de las normas de higiene de superficies, con especial énfasis en la higiene de las habitaciones de los casos confirmados. Utilización de doble bolsa para residuos en esas habitaciones.
- Indicación de no concurrencia al trabajo del PS con síntomas sospechosos, aislamiento en su domicilio y toma de muestra de hisopado.
- Refuerzo del uso de los EPP por el PS: cofia, camisolín, barbijo quirúrgico, guantes, lentes o máscara y lavado de manos.
- Promoción de la ventilación natural de los ambientes.
- Monitoreo estricto de signos y síntomas en residentes y PS.
- Separación de la vajilla de los casos confirmados.
- Indicaciones para el lavado de ropa de los casos confirmados: colocación de la ropa en bolsas cerradas hasta su lavado, en lavado separado de la ropa del resto de los residentes, a temperatura mayor a 40-60 grados, a efectuarse al final de la jornada.

Se indicaba el alta epidemiológica de los casos confirmados a los diez días de la fecha de toma de hisopado siempre y cuando el profesional médico del establecimiento certificara que cumplieran con el criterio de alta clínica. Se indicaba el fin del aislamiento de los contactos estrechos a los 14 días de la última exposición al caso confirmado.

Se mantenía contacto permanente con el médico y el encargado del establecimiento para monitorear la evolución clínica de los casos, los contactos, el resto de residentes y PS.

Con los objetivos de mejorar el uso de los EPP del PS, optimizar los procesos de cohortización y reforzar el sistema de alerta ante posibles síntomas sospechosos en residentes y PS, se compartieron dos videos sobre uso de EPP y cohortización, que fueron producidos por el equipo de trabajo del INE. Asimismo, se diseñó un folleto de elaboración propia sobre las

pautas de manejo frente a la aparición de casos de COVID -19 en residencias de adultos mayores. A su vez se organizó un encuentro por zoom sobre dudas y consultas acerca de estas temáticas; fueron convocados los encargados y tres integrantes del PS de cada establecimiento.

Resultados

En un período de 90 días, entre las semanas epidemiológicas (SE) 33 a 42 (del 10 de agosto al 9 de noviembre de 2020), fueron asistidos 19 establecimientos que presentaron brotes. Se tomaron 502 muestras de hisopado nasofaríngeo. La proporción promedio de resultados detectables fue del 70,5%: 82,8% en residentes, 45,5% en personal de salud (Tabla 2).

Tabla 2: Distribución de casos detectados de infección por SARS-CoV-2 en residentes y personal de salud (PS) de establecimientos de estancia prolongada bajo vigilancia epidemiológica, Mar del Plata-Batán, agosto a noviembre de 2020.

Mese:	Muestras en residentes [Nº			Muestras en PS [Nº (%)			Total del establecimiento [Nº		
	Detectab	No detectabl	Total de muestra	Detectab	No detectab	Total de muestra	Detectab	No detectab	Total de muestra
Ago	29 (96,7)	1 (3,3)	30 (100)	10 (43,5)	13 (56,5)	23 (100	39 (73,6)	14 (26,4)	53 (100)
Sept	171 (85,9	28 (14,1)	199 (100	46 (59,0)	32 (41,0)	78 (100	217 (78,3	60 (21,7)	277 (100)
Oct	73 (73,0)	27 (27)	100 (100	19 (30,2)	44 (69,8)	63 (100	92 (56,4)	71 (43,6)	163 (100)
Nov	6 (75,0)	2 (25)	8 (100)	0 (0,0)	1 (100)	1 (100)	6 (66,7)	3 (33,9)	9 (100)
Total	279 (82,8	58 (17,2)	337 (100	75(45,5)	90 (54,4)	165 (10	354 (70,5	148 (29,5	502 (100)

La tasa de ataque promedio fue de 31,8% en residentes (rango 1,9% a 67,6%) y 18,5% en personal de salud (rango 0 a 47,4%). La letalidad en residentes fue del 11,1% (rango 0 a 33,3%); se registró un fallecimiento en personal de salud en un establecimiento. La duración del brote, entendida como el período transcurrido entre la detección del primer y el último caso confirmado con RT-PCR, fue de 19 días en promedio (rango entre 1 y 42 días) (Tabla 3).

Tabla 3: Casos confirmados de infección por SARS-CoV-2, tasa de ataque y letalidad según condición en establecimientos de estancia prolongada bajo vigilancia epidemiológica, Mar del Plata-Batán, agosto a noviembre de 2020.

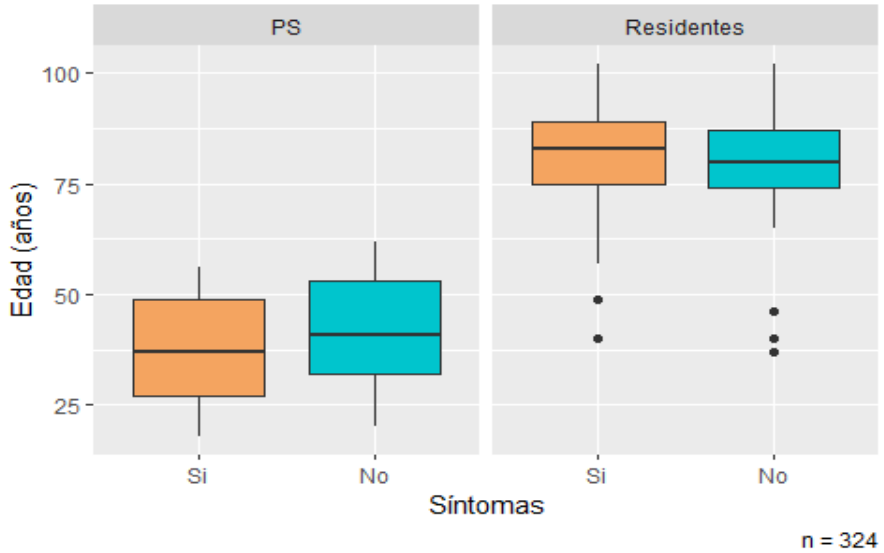
Establ.	Residentes					Personal de salud (PS)			Total establecimiento			
	Nº residentes	Casos	Tasa ataque	Nº muertes	Tasa letalidad	Nº PS	Casos	Tasa ataque	Total	Tasa ataque	SE	Duración
P	36	1	2,8	0	0	23	1	4,3	2	3,4	33	4
Q	31	20	64,5	3	15	18	7	18	27	55,1	35	34
F	34	23	67,6	5	21,7	20	3	15	26	48,1	35	37
S	28	2	7,1	0	0	16	0	0	2	4,5	35	1
V	65	18	27,7	3	16,7	19	9	47,4	27	32,1	35	16
X	34	3	8,8	0	0	11	1	9,1	4	8,9	35	5
A	30	14	46,7	2	14,3	18	6	33,3	20	41,7	35	19
U	66	36	54,5	12	33,3	30	8	26,7	44	45,8	35	40
T	43	17	39,5	4	23,5	19	2	10,5	19	30,6	37	15
W	37	10	27	3	30	16	6	37,5	16	30,2	38	16
I	134	57	42,5	15	26,3	61	14	23	71	36,4	38	18
G	37	4	10,8	0	0	19	6	31,6	10	17,9	39	26
E	37	23	62,2	1	4,3	18	2	11,1	25	45,5	39	23
C	30	3	10	0	0	22	0	0	0	5,8	39	1
B	37	13	35,1	2	15,4	27	8	29,6	21	32,8	39	42
N	29	3	10,3	0	0	19	5	26,3	8	16,7	40	40
H	20	6	30	0	0	15	0	0	6	17,1	40	13
M	48	26	54,2	3	11,5	24	5	20,8	31	43,1	41	17
O	54	1	1,9	0	0	28	2	7,1	3	3,7	42	3
Promedio			**31,8**		**11,1**			**18,5**		**27,3**		**19**

Tasa de ataque: *100 SE= semana epidemiológica

La mediana de edad fue similar entre los sintomáticos y los asintomáticos, tanto en PS como en residentes. La distribución desplazada hacia grupos de edad avanzada en residentes es coherente con las características etarias de la población de los establecimientos (Figura 1).

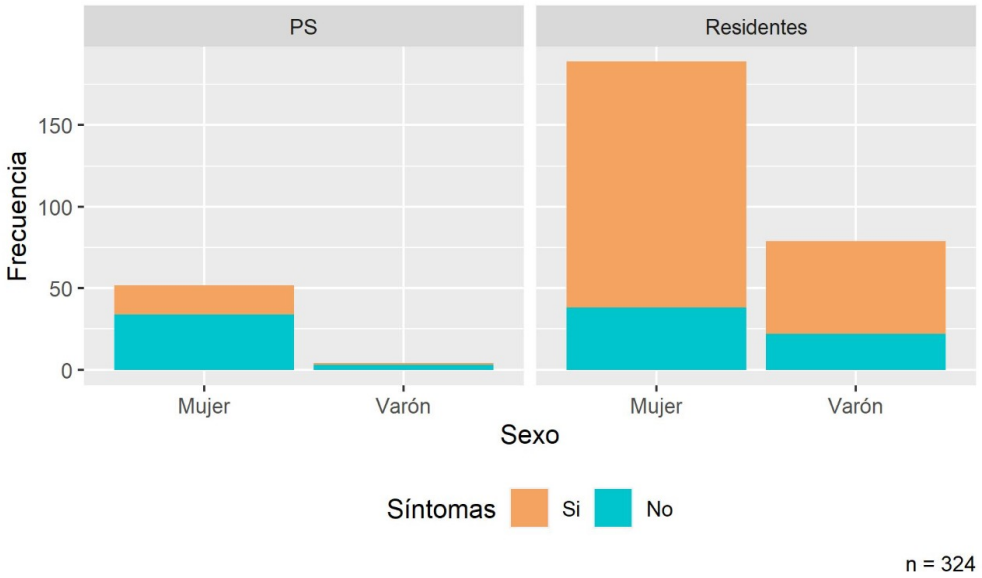
En el PS de ambos sexos con resultado de RT-PCR detectable, la proporción de asintomáticos fue mayor que la de sintomáticos. En cambio, en los residentes, los sintomáticos representaron la mayor proporción entre los detectables (Figura 2).

Figura 1: Distribución de edad en casos detectados según condición y presencia de síntomas en establecimientos de estancia prolongada bajo vigilancia epidemiológica, Mar del Plata-Batán, agosto a noviembre de 2020.



PS= personal de salud

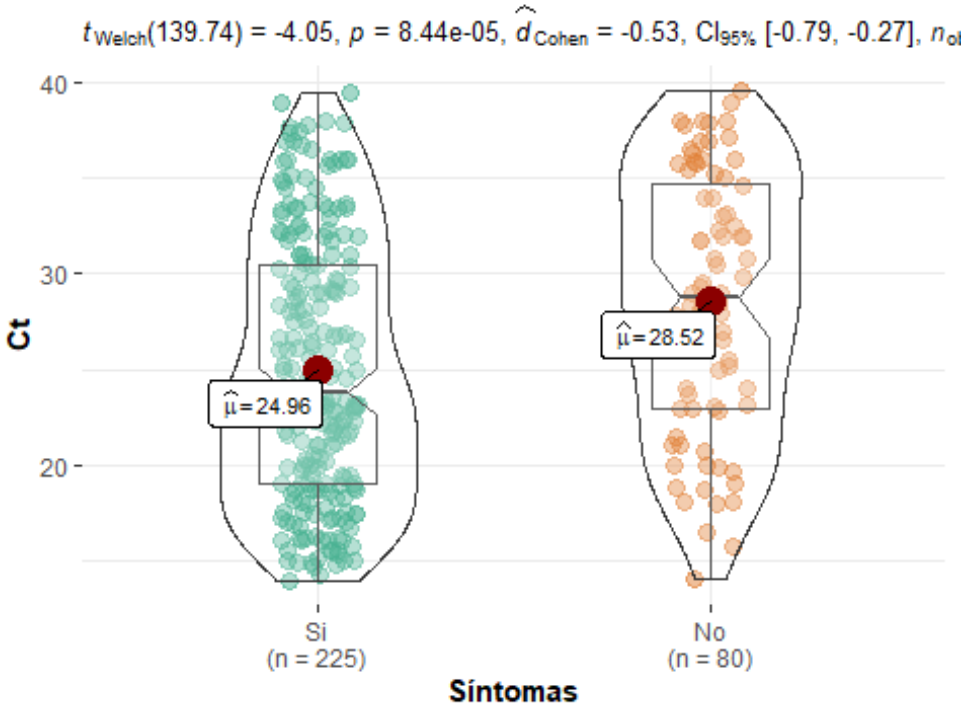
Figura 2: Distribución de casos confirmados según condición, sexo y presencia de síntomas en establecimientos de estancia prolongada bajo vigilancia epidemiológica, Mar del Plata-Batán, agosto a noviembre de 2020.



PS= personal de

Los valores medios de umbral de ciclo de PCR (Ct), tanto en PS como en residentes, fueron significativamente mayor en los asintomáticos, implicando una carga viral menor en ellos con relación a los sintomáticos (Figura 3).

Figura 3: Distribución de valores de Ct según presencia de síntomas en casos confirmados en establecimientos de estancia prolongada bajo vigilancia epidemiológica, Mar del Plata-Batán, agosto a noviembre de 2020.



En los casos detectados por RT-PCR, el síntoma más frecuente fue la fiebre, seguido de malestar general y tos en los residentes. En PS, lo fueron fiebre, malestar general y cefalea en igual proporción, en el 18,2% de los casos. La enfermedad neurológica fue la comorbilidad referida con mayor frecuencia en residentes (30,8%), seguida de hipertensión arterial (24,8%) y diabetes mellitus (12,6%); sólo 8 casos entre el PS refirieron tener comorbilidades.

Tabla 4: Frecuencia de presentación de síntomas según condición en establecimientos de estancia prolongada bajo vigilancia epidemiológica, Mar del Plata-Batán, agosto a noviembre de 2020.

Síntomas	Frecuencia	Porcentaje
Residentes		
Fiebre	144	31,8
Malestar general	104	23
Tos	74	16,3
Otros	26	5,7
Diarrea	22	4,9
Mialgias	22	4,9
Cefalea	19	4,2
Confusión mental	13	2,9
Insuficiencia respiratori	11	2,4
Odinofagia	6	1,3
Rechazo de alimentos	5	1,1
Vómitos	5	1,1
Disnea	2	0,4
Personal de Salud		
Cefalea	10	18,2
Fiebre	10	18,2
Malestar general	10	18,2
Tos	8	14,5
Mialgias	4	7,3
Odinofagia	3	5.5
Otros	3	5,5
Diarrea	2	3,6
Rechazo de alimentos	2	3,6
Vómitos	2	3,6
Disnea	1	1,8

Nota: las categorías no son excluyentes

Conclusiones

La implementación de la estrategia de vigilancia epidemiológica activa en establecimientos de estancia prolongada permitió anticipar la ocurrencia de brotes, llegando en varias oportunidades a abordarlos antes de la presentación de síntomas en la población objetivo. Esto último adquiere enorme relevancia, dada la posibilidad de contagio a partir de personas asintomáticas con la infección activa.

Las tasas de ataque observadas en residencias de adultos mayores de similares características pero que no se encontraban bajo la estrategia de vigilancia (alcanzando en ocasiones la totalidad de los residentes infectados) superan ampliamente, en términos generales, las tasas de los establecimientos presentados en este trabajo.

La mayor proporción de resultados detectables en residentes tiene que ver con la estrategia llevada a cabo, a partir de la cual se priorizó el aislamiento inmediato de residentes sintomáticos, seguida de la toma de muestra de hisopado. En cambio, en PS, por tratarse de un grupo de trabajadores esenciales que en muchos casos prestaban sus servicios en más de una institución, se priorizó la realización de testeos aún en casos asintomáticos. La proporción de asintomáticos con RT-PCR detectable entre el PS debe llamar la atención sobre la posibilidad que este grupo tenga un rol preponderante en la persistencia de la infección.

El sostenimiento de la vigilancia epidemiológica, la concurrencia oportuna del equipo de profesionales al establecimiento en que se avizoraba la ocurrencia de un brote, el acompañamiento permanente a los equipos que se encontraban atravesando un brote, constituyeron esfuerzos invaluables que se mancomunaron en pos de un objetivo común: reducir la transmisión de la infección en un grupo poblacional altamente vulnerable en función de su condición etaria y coexistencia de comorbilidades.

Además de los factores descriptos, múltiples variables que incluyen las condiciones edilicias y ambientales de los establecimientos contribuyeron a delinear la complejidad inmersa en las situaciones de brote por SARS-CoV-2 en contexto de pandemia. Nuestra tarea como profesionales del laboratorio y epidemiólogos persigue el propósito de contribuir a mitigar la epidemia con acciones oportunas de diagnóstico y control de brote. La indicación del recurso del hisopado siguió criterios de razonamiento epidemiológico adaptados a los escenarios particulares.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Alocución de apertura del director general de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020 [Internet]. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-sopening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020
2. Ministerio de Salud de la Nación. Alerta epidemiológica. Información sobre nuevo coronavirus circulante [Internet]. Buenos Aires: MSAL; 2020. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20200123-coronavirus-alerta-epidemiologica-argentina.pdf
3. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Vigilancia epidemiológica e Investigación de brotes en Establecimientos de Estancia Prolongada (EPM). Información actualizada al 24/06/2020. Disponible en: http://www.incluirsalud.gba.gob.ar/wp-content/uploads/2020/06/P%C2%A8ROTOCOLO-INSTITUCIONES.pdf
4. Red Mar del Plata entre todos: Monitoreo ciudadano. Segundo Informe de Monitoreo Ciudadano. Para saber qué ciudad queremos, necesitamos saber qué ciudad tenemos. Mar del Plata: Mar del Plata entre todos; 2018. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/10pyC24Z_Ptoim2UygPCAYuyRXwcU92W7/view