

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	<p style="text-align: center;">CIRCULAR</p> <p style="text-align: center;">No. 074</p>	<p>Código: 010000 020000</p> <p>Fecha: 16 DIC 2020</p>
--	--	---

PARA EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB), PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, SUBREDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD ESE, ADMINISTRADORAS DE RIESGOS LABORALES.

DE SECRETARIO DE DESPACHO DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ

ASUNTO INTENSIFICACIÓN DE ACCIONES DE PREVENCIÓN Y CONTENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD EN BOGOTÁ, ANTE PROBABLE REBROTE POR SARS CoV-2 (COVID-19)

En el marco de la fase de contención del SARS CoV-2, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2230 del 27 de noviembre, por la cual se prorrogó hasta el 28 de febrero de 2021 la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional, por persistir las causas que dieron origen a su declaratoria, así como las razones con base en la cuales se requiere mantener las condiciones de prevención y autocuidado.

Ante un anunciado rebrote de casos por SARS CoV-2 (COVID-19), sumado al segundo pico respiratorio, se hace necesario que todos los prestadores de servicios de salud del Distrito Capital, continúen con la implementación e intensificación de las acciones que se han venido realizando de manera sistemática para detectar oportunamente los casos, contactos de los mismos y mitigar el riesgo de ocurrencia de casos secundarios de COVID-19, tanto en trabajadores de la salud como en los usuarios de los servicios.

Esta Circular retoma lo dispuesto en la Resolución 073 del 30 de enero de 2008, expedida por la Secretaría Distrital de Salud "Por la cual se adopta la Política de

Prevención, Control y Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias- IIH para Bogotá D.C.”, así como en las Circulares 038 del 13 de mayo de 2020 y 059 del 23 de septiembre de 2020, emitidas por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; y da a conocer la actualización del LINEAMIENTO DISTRITAL PARA INVESTIGACIÓN DE BROTES DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD POR COVID-19 PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C, ANTE SITUACIÓN DE EMERGENCIA SANITARIA (anexo 2).

Todas las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, los Prestadores de Servicios de Salud y las Administradoras de Riesgos Laborales de Bogotá D.C, deberán implementar e intensificar las medidas impartidas, en esta circular, en la Circular 0045 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre *“Implementación de la estrategia de Vigilancia en Salud Pública de Infecciones Asociadas a la atención en Salud (IAAS), Resistencia y Consumo de Antimicrobianos”*, en la Circular 0005 del 11 de febrero de 2020 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social *“ Por medio de la cual se dan las directrices para gobernadores, alcaldes, Secretarías de Salud, IPS y EAPB, para seguir los protocolos de vigilancia, manejo de posibles casos de COVID-19 y seguimiento”*, así como atender las orientaciones para la Vigilancia en Salud Pública de la COVID-19 impartidas por el Instituto Nacional de Salud, así:

1. Responsabilidades de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

- 1.1. Garantizar el cumplimiento de lo establecido en el artículo 5 de la Resolución 073 de 2008 de la Secretaría Distrital de Salud, priorizando aquellas intervenciones encaminadas a favorecer la prevención, vigilancia y control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) por COVID-19.
- 1.2. Implementar en coordinación con su red de prestadores, estrategias para fortalecer la prevención, vigilancia y control de IAAS por COVID-19, con énfasis en higiene de manos, distanciamiento físico, procesos de limpieza y desinfección, manejo adecuado de residuos, suministro de los equipos de protección individual (EPI) y verificación del uso adecuado de los mismos; especificando insumos requeridos y responsables de su implementación.
- 1.3. Realizar seguimiento permanente a la implementación de las estrategias para la prevención, vigilancia y control de IAAS por COVID-19.
- 1.4. Promover y verificar la implementación en la red de prestadores de la Estrategia etiqueta de tos/ Higiene respiratoria (anexo 1).

- 1.13. Realizar seguimiento a los afiliados identificados como casos sospechosos de IAAS por COVID-19, a través de su red de prestadores, minimizando la necesidad de que acudan a las instituciones de salud.

2. Responsabilidades de los Prestadores de Servicios de Salud

- 2.1. Garantizar el cumplimiento de lo establecido en la Resolución 073 de 2008, expedida por la Secretaría Distrital de Salud, priorizando aquellas intervenciones encaminadas a favorecer la prevención, vigilancia y control de IAAS por COVID-19.
- 2.2. Desarrollar actividades de prevención, vigilancia y control de IAAS por COVID-19, notificando de manera inmediata la sospecha de brote a la Secretaría Distrital de Salud, al correo iaas-rb@saludcapital.gov.co, de acuerdo con el lineamiento actualizado en esta circular (anexo 2). El no reporte de la sospecha de brote se considerará silencio epidemiológico.
- 2.3. Garantizar la disponibilidad de insumos para la implementación de la higiene de manos en todas las áreas asistenciales, administrativas y de apoyo de la institución.
- 2.4. Garantizar la implementación o la continuidad a la implementación de la estrategia multimodal de higiene de manos a nivel institucional, realizando la medición de la adherencia a higiene de manos en los servicios, y efectuar notificación a la SDS de acuerdo con lo establecido en el *"lineamiento de notificación de indicadores de la estrategia multimodal de higiene de manos implementada en el distrito capital"*.
- 2.5. Definir en conjunto con la ARL, el Comité de Infecciones Intrahospitalarias y el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, los niveles de riesgo y garantizar la disponibilidad y uso adecuado de los equipos de protección individual (EPI) según cada nivel, a través de control diario. Los EPI a utilizar serán los definidos en los KIT No. 1,2 y 3 de la Resolución 1155 de 2020 *"Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del Coronavirus COVID-19, en la prestación de los servicios de salud, incluidas las actividades administrativas, de apoyo y alimentación"*.
- 2.6. Suministrar a los contratistas los Elementos de Protección Individual necesarios para ejecutar la actividad contratada, en cumplimiento a lo establecido en el numeral 9 del artículo 4 del Decreto 676 del 19 de mayo

de 2020 *“Por el cual se incorpora una enfermedad directa a la tabla de enfermedades laborales y se dictan otras disposiciones”*

- 2.7. Evaluar en conjunto con la ARL y el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, el ausentismo laboral e identificar, clasificar y consolidar las causas de dichas incapacidades o de cambios de turno.
- 2.8. En cumplimiento del lineamiento para el uso de pruebas moleculares RT-PCR, pruebas de antígeno y pruebas serológicas para SAR-CoV2 (COVID-19) en Colombia (versión 07), emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, los prestadores de servicios de salud deben llevar el registro detallado del personal de salud que presente exposición a un caso confirmado de Covid-19, el registro del personal que se encuentre sintomático, las pruebas que se hayan tomado y su resultado; el registro de los contactos en el ámbito hospitalario e identificar las cadenas de transmisión institucionales, como medida de control de brotes.
- 2.9. Realizar seguimiento diario al estado de salud de los trabajadores que laboran en la institución.
- 2.10. Cumplir con las medidas de vigilancia de la salud del talento humano en salud y de los estudiantes y docentes de programas del área de la salud, del personal administrativo, de apoyo, y alimentación, relacionados con la prestación del servicio de salud, en el contexto del Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el Trabajo, y la relación Docencia-Servicio cuando aplique, contenidas en el numeral 4 de la Resolución 1155 de 2020, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- 2.11. Garantizar el aislamiento preventivo obligatorio y el uso de las pruebas diagnósticas en trabajadores de la salud, según lo establecido en el “Lineamiento para el uso de pruebas moleculares RT-PCR, pruebas de antígeno y pruebas serológicas para SARS-CoV-2 (COVID-19) en Colombia (versión 7), numeral 7.5 Trabajadores de la salud, del Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS21.pdf>
- 2.12. El Comité de Infecciones, el Comité de Seguridad y Salud en el trabajo y el Programa Institucional de Tecnovigilancia, deben garantizar y verificar el cumplimiento de lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 1155 de 2020, respecto del uso de tapabocas convencional y máscaras de alta eficiencia N95 o FFP2, así como en el documento técnico emitido por la Secretaria Distrital de Salud

“Orientaciones para el uso de respiradores de alta eficiencia para prestadores de servicios de salud”, disponible en <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Coronavirus-documentos.aspx>, ABECÉ del Nuevo Coronavirus COVID-19

- 2.13. Los Programas Institucionales de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y Reactivo vigilancia realizarán vigilancia activa de los insumos de su competencia, en particular de aquellos declarados como vitales no disponibles, para lo cual deberán consultar periódicamente los listados o las actas de las comisiones respectivas emitidas por el INVIMA, en el marco de las especificaciones técnicas de los fabricantes; así mismo, notificarán de manera inmediata los eventos e incidentes adversos asociados al uso de dichos insumos al Programa Nacional correspondiente.
- 2.14. Contar con un plan de contingencia para la contención de casos de COVID-19, en el cual se definan las acciones de prevención, vigilancia y control de IAAS por COVID-19, especificando insumos requeridos y responsables de su implementación.
- 2.15. Realizar seguimiento permanente a la implementación del plan de contingencia para la contención de casos de COVID-19 y a las acciones definidas para prevención, vigilancia y control de IAAS por COVID-19.
- 2.16. Garantizar los insumos de forma permanente y continua en todas las jornadas laborales para la realización de los procesos de limpieza y desinfección.
- 2.17. Realizar seguimiento al cumplimiento de los procesos de limpieza y desinfección establecidos por el prestador con medición de adherencia.
- 2.18. Garantizar los insumos para la implementación de la estrategia de Etiqueta de tos / Higiene respiratoria.
- 2.19. Implementar la Estrategia de Etiqueta de tos / Higiene respiratoria (Anexo 1) y verificar su cumplimiento.
- 2.20. Implementar las medidas de bioseguridad por parte de todos los trabajadores de la institución y en todas las áreas de la misma, con el fin de contener la transmisión del virus, con especial énfasis en higiene de manos, etiqueta de tos, uso de tapabocas, distanciamiento físico (distanciamiento de dos metros, no realización de reuniones, no realización de actividades sociales, evitar saludo de mano durante la atención en

salud) y evitar tocarse los ojos, nariz y boca, y cumplir con lo establecido en el anexo técnico de la Resolución 1155 de 2020.

- 2.21. Capacitar a todo el personal que labora en la institución de salud en medidas de bioseguridad, con énfasis en higiene de manos, adecuado uso de elementos de protección individual (cómo ponerse y cómo retirarse los EPI, donde depositar los EPI), parámetros para el ingreso a las zonas de aislamiento y otros aspectos relacionados con el diagnóstico, tratamiento y demás aspectos relacionados con COVID-19. Estos temas deben hacer parte del programa de formación continua del talento humano y debe incluir al personal en formación, cuando aplique.
- 2.22. Implementar medidas de control ambiental, mediante barreras físicas para reducir la exposición al virus COVID-19, como ventanas de vidrio/plástico en áreas de primer contacto con el paciente (admisiones, farmacia); mantener la ventilación natural o mecánica especialmente en consultorios, áreas de atención, salas de espera. En consultorios donde no se pueda evitar la exposición a aerosoles, las consultas se deberán realizar lo suficientemente espaciadas para realizar los procesos de limpieza y desinfección de equipos, mobiliario, áreas y superficies.
- 2.23. Limitar el número de trabajadores de la salud que ingresan a áreas de pacientes con COVID-19 a lo estrictamente necesario, garantizando la atención integral del paciente.
- 2.24. Implementar estrategias para que los trabajadores de la salud informen de manera obligatoria e inmediata a la institución de salud, si estuvieron en contacto estrecho con casos confirmados, probables o sospechosos de COVID-19 con exposición no protegida, dentro o fuera de la institución, teniendo en cuenta las definiciones documentadas en el Anexo. Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda y la enfermedad asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) Disponible en:
[https://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Anexo %20Instructivo%20Vigilancia%20COVID%20v12%2024072020.pdf](https://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Anexo%20Instructivo%20Vigilancia%20COVID%20v12%2024072020.pdf). En caso de establecer que un trabajador de la salud es un caso confirmado para COVID – 19 y labora en otra institución de salud, informar de manera inmediata al Comité de Infecciones Intrahospitalarias de dicha institución para que implemente las medidas de prevención, vigilancia y control a que haya lugar y de esta manera evitar que se presenten brotes de IAAS por COVID-19.
- 2.25. Se autorizan las visitas presenciales de familiares y/o cuidadores de todos los pacientes hospitalizados, excepto los pacientes sospechosos o

confirmados de COVID-19. Las indicaciones para los visitantes y para las instituciones prestadoras de servicios de salud, son las definidas en la Circular 059 del 23 de septiembre del 2020, emitida por la Secretaría Distrital de salud.

- 2.26. Generar estrategias para la cohortización de pacientes según sintomatología respiratoria pacientes sospechosos y confirmados con COVID-19. Se deben ubicar en habitaciones diferentes los pacientes sospechosos y confirmados con COVID-19; reforzar el aislamiento con separación entre cama y cama a distancia mínima de 2 metros. Además, garantizar la disponibilidad de salas de aislamiento, bien ventiladas, para pacientes con enfermedad sospechada o confirmada de COVID-19. En habitaciones múltiples, debe haber un máximo de cuatro camas por habitación, cumpliendo distancia mínima de dos metros.
- 2.27. En caso de requerir realizar procedimientos generadores de aerosoles, como por ejemplo las nebulizaciones, se deben desarrollar en una sala de procedimientos perteneciente a un servicio de internación o en un ambiente de aislamiento individual perteneciente a un servicio de urgencias, unidad de cuidado intensivo o intermedio. Para servicios de internación que cuenten con habitaciones de aislamiento se debe garantizar la ventilación artificial que permita diez (10) cambios de aire por hora. La habitación debe contar con antecámara entre el cuarto y el pasillo, especialmente en salas que alberguen usuarios en aislamiento respiratorio, con el fin de proveer espacio para almacenamiento de elementos requeridos en estas áreas y reducir la posibilidad de propagación de agentes infecciosos cada vez que se abra la puerta del cuarto de aislamiento. La presión del aire de la antecámara con relación al pasillo deberá ser levemente negativa, y preferiblemente, tanto la antecámara como el cuarto de aislamiento deberán tener su propio sistema de entrada y salida del aire.
- 2.28. En el marco de la definición de los procesos de la institución, revisar el número de pacientes asignados para los diferentes perfiles en los servicios para mitigar el riesgo de transmisión del virus.
- 2.29. Definir los roles, rutas y equipos diferenciados para la atención de COVID – 19 y no COVID.
- 2.30. Establecer perentoriamente el no traslado de personal entre servicios para minimizar el riesgo de transmisión del virus.

- 2.31. Se recomienda que los trabajadores de la salud con fiebre o síntomas respiratorios no asistan a su puesto de trabajo hasta que sean valorados de acuerdo con el protocolo institucional.
- 2.32. Implementar estrategias para promover el cumplimiento de medidas de distanciamiento físico entre compañeros de trabajo asistenciales y administrativos, tanto en áreas asistenciales como no asistenciales.

3. Responsabilidades de las ARL

- 3.1. Desarrollar en coordinación con las instituciones de salud, capacitaciones y actividades de promoción y prevención de COVID-19, teniendo en cuenta los lineamientos emanados por el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud y Protección Social y las directrices que sean requeridas de acuerdo con la actividad que desempeñan.
- 3.2. Brindar los equipos de protección individual EPI a todo el talento humano en salud de las empresas afiliadas, realizar chequeos médicos frecuentes de carácter preventivo y diagnóstico, acciones de intervención directa relacionadas con la contención y atención del Coronavirus COVID-19 a los trabajadores que con ocasión de las labores que desempeñan, están directamente expuestos al contagio del virus, según lo determinado en el Decreto Legislativo Número 488 de 2020, numeral 4 del artículo 5.
- 3.3. Durante la emergencia sanitaria, las ARL deberán contribuir con la financiación y/o con la entrega de los EPI, cuando estos correspondan a los trabajadores de la salud, incluyendo al personal Administrativo, de aseo, vigilancia y de apoyo que preste servicios en las diferentes actividades de prevención, diagnósticos y atención de esta enfermedad. Adicionalmente, las ARL concertarán con la entidad o empresa contratante la forma en la que se realizará la financiación y/o entrega correspondiente de los Elementos de Protección Personal - EPP o Elementos de Protección Individual - EPI, en concordancia con lo establecido en el Decreto 676 de 2020. *"Por el cual se incorpora una enfermedad directa a la tabla de enfermedades laborales y se dictan otras disposiciones"*
- 3.4. Garantizar en conjunto con los empleadores, la realización de prueba diagnóstica y el aislamiento obligatorio mínimo de 14 días, a todos los trabajadores de la salud sintomáticos o asintomáticos, que sean contactos estrechos con exposición no protegida de casos positivos de COVID-19.
- 3.5. La entrega de los elementos de protección individual se prioriza de acuerdo con el nivel de exposición al riesgo, cuando correspondan a los

trabajadores de la salud, incluyendo al personal administrativo, de aseo, vigilancia y de apoyo que preste servicios en las diferentes actividades de prevención, diagnósticos y atención del COVID-19 y estén vinculados mediante contrato de prestación de servicios, de acuerdo con lo preceptuado en el Artículo 5 del Decreto 676 de 2020.

- 3.6. Las ARL deberán asumir los costos que se deriven de las pruebas de tamizaje y pruebas diagnósticas que se realicen a los trabajadores dependientes o independientes vinculadas a través de un contrato de prestación de servicios del sector salud, incluyendo al personal administrativo, de aseo, vigilancia y de apoyo que preste servicios directos en las diferentes actividades de prevención, diagnóstico y atención de la pandemia del nuevo corona virus COVID-19, según lo contemplado en el Decreto 676 de 2020, artículo 1, parágrafo transitorio.

Estas instrucciones técnicas deben ser aplicadas en concordancia con el Decreto 500 del 31 de marzo de 2020, expedido por la Presidencia de la República, "Por el cual se adoptan medidas de orden laboral, relativas a la destinación de los recursos de las cotizaciones a las Administradoras de Riesgos Laborales de carácter público, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica"; el Decreto Legislativo 538 del 12 de abril de 2020, "Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud"; y demás normas que lo reglamenten.

De conformidad con lo previsto en los artículos 594 y 597 de la Ley 9 de 1979 la salud es un bien público y todas las leyes, reglamentos y disposiciones relativas a la salud son de orden público.


ALEJANDRO GÓMEZ LÓPEZ
Secretario de Despacho

Aprobó: Clemeecia Mayorga R. Subsecretaría de Salud Pública / Manuel A. González M. Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento / Blanca Rodríguez G. Jefe Oficina Asesora Jurídica.
Revisó: Diane Moyano Romero - Dirección Epidemiología, Inés María Galindo Subdirectora Vigilancia en Salud Pública.
Eliana Ivont Hurtado Sepúlveda- Directora de Calidad de Servicios de Salud.
Pilar Constanza Huertas - Abogada Subsecretaría de Vigilancia en Salud Pública.
Flor Alba Barrera D.- Abogada Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento.
Daibeth E. Enriquez I. Profesional Especializado -Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud.
César A. Porras M. Profesional Universitario. Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud.
Elaboró: Patricia Pérez León- Gloria Coyes H.- Profesionales Especializados Dirección de Calidad de Servicios de Salud.
Pilar Espitia - Dirección de Epidemiología, Amparo Sastoque - Subdirección Vigilancia en Salud Pública.

Anexo 1
Estrategia etiqueta de tos/ higiene respiratoria

Implementar la estrategia de etiqueta de tos/ higiene respiratoria la cual debe incluir:

- ✓ Alertas visuales: publicar alertas visuales a la entrada de las instalaciones (por ejemplo: urgencias, consultorios médicos, clínicas para pacientes ambulatorios), con instrucciones para los pacientes y acompañante (de ser requerido), con el fin de informarles sobre los cuidados de la salud que se deben tener en cuenta ante la presencia de síntomas de una infección respiratoria.
- ✓ Brindar información en salas de espera, que incluya las siguientes medidas para contener las secreciones respiratorias a todos los individuos con signos y síntomas de una infección respiratoria: 1. Uso adecuado del tapabocas. 2. Cobertura de la nariz y la boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar o cúbrase con el antebrazo. 3. Uso del cesto de basura para desechar los pañuelos utilizados. -4. Higienización de las manos con frecuencia (lavado de manos con agua y jabón o desinfección de manos con sustancia hidroalcohólica).
- ✓ Las instituciones deben disponer de los materiales para respetar los protocolos de higiene respiratoria/manejo de la tos en áreas de espera para los pacientes y acompañantes. - dispensadores de desinfectantes para manos a base de alcohol, ubicados adecuadamente; suministros para la higiene de las manos (es decir, jabón y toallas desechables).
- ✓ Mascarillas quirúrgicas y separación de personas con síntomas respiratorios: ofrecer mascarillas a las personas que ingresen a la institución de salud y acondicionar áreas de espera para ubicación de pacientes identificados al ingreso con sintomatología respiratoria.
- ✓ Distanciamiento físico: Establezca medidas para garantizar que entre una persona y otra haya distanciamiento mínimo de un metro, idealmente dos metros, en las áreas de espera comunes.
- ✓ Aplicación por parte de personal de salud de medidas de aislamiento e higiene de manos.



SECRETARÍA DE
SALUD

000 - - 074

16 DIC 2020

Anexo 2.

LINEAMIENTO DISTRITAL PARA INVESTIGACIÓN DE BROTES DE
INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD POR COVID-19
PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD EN LA CIUDAD DE
BOGOTÁ D.C., ANTE SITUACIÓN DE EMERGENCIA SANITARIA

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD BOGOTÁ
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
BOGOTÁ D. C., DICIEMBRE DE 2020

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Ante la actual emergencia sanitaria por COVID- 19 y en cumplimiento del Decreto 3518 de 2006 por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (hoy compilado parcialmente en el Decreto único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016), de la Circular 045 de 2012 para la implementación de la estrategia de vigilancia en salud pública de infecciones asociadas a la atención en salud, resistencia y consumo de antimicrobianos y del Decreto 780 de 2016 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, se genera el presente lineamiento con el objeto de establecer una metodología de investigación de brotes de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) por COVID-19 contemplado como evento de interés en salud pública, promover su caracterización en trabajadores de la salud (asistencial, de vigilancia en salud pública y administrativo), estudiantes de ciencias de la salud y/o pacientes.

Este lineamiento va dirigido a los prestadores de servicios de salud del Distrito, como herramienta que pretende facilitar la obligatoria notificación a nivel distrital y nacional, la toma de decisiones para la contención de los brotes por COVID-19 y mitigación de nuevos casos.

Para iniciar la investigación de brotes de infecciones asociadas a la atención en salud por COVID-19, se debe realizar la caracterización en tiempo, lugar y persona, identificar el primer caso confirmado, establecer sus contactos estrechos dentro de la institución y definir las posibles cadenas de transmisión. Para esta vigilancia, es necesaria la comunicación y acción de los profesionales de vigilancia epidemiológica asignados a IRA/COVID-19 y a la vigilancia de infecciones asociadas a la atención en salud, así como de los profesionales responsables de Seguridad y Salud en el Trabajo en articulación con las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL).

Sospeche la infección por COVID-19 entre los pacientes hospitalizados, si estos ingresaron a la institución por un diagnóstico diferente a COVID-19 y presentan signos y síntomas compatibles con la infección por SARS-CoV-2 durante la estancia hospitalaria¹.

De acuerdo con lo establecido por el Instituto Nacional de Salud un Brote de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud por COVID-19 se define como:

Un caso confirmado (paciente, trabajador o estudiante de ciencias de la salud) para COVID-19 en el que se pueda detectar como fuente un caso que consulta o que está o estuvo hospitalizado por COVID-19¹.

Un caso confirmado (paciente, trabajador o estudiante de ciencias de la salud) para COVID-19 en el que se pueda detectar como fuente un trabajador/estudiante de las ciencias de la salud a quien se detectó COVID19, asintomático o sintomático. 1

1. NOTIFICACIÓN: Ante la sospecha de un brote de IAAS por COVID-19, el prestador de servicios de salud público o privado debe efectuar la notificación de manera inmediata a la Secretaría Distrital de Salud, a través del correo iaas-rb@saludcapital.gov.co.
2. INFORME INICIAL: en el marco del reporte de sospecha de brote de IAAS por COVID-19 el prestador debe remitir a la SDS a través del correo iaas-rb@saludcapital.gov.co en un plazo no superior a 24 horas a partir de la notificación de la sospecha de brote de IAAS por COVID-19 el informe inicial, el cual debe contener:

2.1. Caracterización de los casos confirmados y probables en la sospecha de brote de IAAS por COVID-19

Se debe diligenciar la tabla denominada "Caracterización de los casos confirmados y probables en la sospecha de brote de IAAS por COVID-19", en la cual se consigna la información correspondiente a casos confirmados y sus contactos estrechos institucionales, implicados en la sospecha de brote de IAAS por COVID-19. El diligenciamiento de la tabla en Excel se debe efectuar con base en el instructivo adjunto (Anexo 3).

Para el diligenciamiento de esta tabla es indispensable que la institución efectúe la búsqueda activa de contactos estrechos desde 2 días antes del inicio de síntomas hasta 14 días después, contados a partir del inicio de síntomas del caso confirmado. Si es asintomático 14 días previos a la fecha de la toma de la muestra. Tenga en cuenta que los contactos estrechos pueden ser sintomáticos o asintomáticos. En caso de que simultáneamente identifique varios trabajadores o pacientes con COVID-19 relacionados con el caso confirmado, establezca los contactos estrechos de los mismos.

Para definir los contactos estrechos tenga en cuenta las siguientes definiciones incluidas en el Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de

¹ Orientaciones para la vigilancia en Salud Pública de la Covid 19. Instituto Nacional de Salud.
[http://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Estrategia%20VSP%20COVID-19%20\(23-07-2020\)-version2.pdf](http://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Estrategia%20VSP%20COVID-19%20(23-07-2020)-version2.pdf)

cuando se comparten dormitorios o áreas de descanso o bienestar, puede considerarse que cuando dos personas (uno, es un caso confirmado) comparten el mismo lugar por más de 120 minutos son contactos estrechos.

Ejemplos de exposición no protegida: Exposición sin todos los elementos de protección personal (guantes, gorro, tapabocas, monogafas o pantalla facial completa, bata manga larga anti fluido) a secreciones respiratorias de caso confirmado para COVID-19 o inadecuada higiene de manos posterior al contacto directo con secreciones respiratorias de caso confirmado para COVID-19.

Recuerde que en las instituciones de salud o en salud pública usted puede tener contactos en áreas no asistenciales por lo cual aplicara la definición de contacto estrecho comunitario.

NO es contacto estrecho en el grupo de personal del ámbito hospitalario:

- Usó adecuadamente los elementos de protección personal durante la atención clínica o atención al caso confirmado de COVID-19
- En atención clínica o atención al caso confirmado de COVID-19 realiza adecuadamente higiene de manos (en los 5 momentos)
- Usó adecuadamente los elementos de protección personal durante procedimientos que generan aerosol a casos confirmados de COVID-19
- No tienen contacto a menos de dos metros por más de 15 minutos y usó equipos de protección personal adecuados con un caso de COVID-19
- Tuvieron exposición con fluidos que no transmiten COVID-19 (ejemplo: sangre, líquido cefalorraquídeo, vómito)

Como lo establece el Anexo Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda y la enfermedad asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) del Instituto Nacional de Salud actualizado el 24 de julio del presente año, se debe realizar la notificación INMEDIATA de cada uno de los casos captados en la ficha 346 en aplicativo SIVIGILA a través del envío de planos a la localidad correspondiente. Esta actividad la realizan las oficinas de vigilancia epidemiológica de cada prestador de servicios de salud. Los referentes de IAAS deben articularse con estas oficinas o personal encargado para garantizar que los casos reportados como IAAS por COVID-19 ingresen al SIVIGILA.

Para mayor información de las definiciones operativas y notificación respectiva consultar el documento aquí referenciado, el cual pueden encontrar en el link https://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Anexo_%20Instructivo%20Vigilancia%20COVID%20v12%2024072020.pdf

Durante la caracterización de los casos confirmados y probables en la sospecha de brote de IAAS por COVID-19 tenga en cuenta el lineamiento para el uso de pruebas moleculares RT-PCR, pruebas de antígeno y pruebas serológicas para SARS CoV-2 (COVID-19) en Colombia (versión 07), emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual orienta al personal encargado de realizar el diagnóstico

de la población afectada por el SARS CoV-2 con relación al uso de pruebas diagnósticas moleculares, pruebas de antígeno y serológicas y establece:

➤ Estudio del trabajador de la salud sintomático:

Con cualquier grado de severidad según protocolo Infección Respiratoria Aguda (IRA) o que sea contacto estrecho de caso confirmado o caso fallecido confirmado, se debe realizar la prueba RT-PCR de SARS CoV-2 de hisopado naso u orofaríngeo.

La estrategia basada en síntomas establece al menos 10 días de aislamiento desde el inicio de síntomas y los últimos tres días sin fiebre y mejoría de síntomas respiratorios (tos y disnea).

Si la prueba RT-PCR es positiva, se confirma el diagnóstico, realizar estudio de sus contactos, seguimiento clínico cercano, aislamiento obligatorio por gotas y contacto por 10 días desde la fecha de inicio de síntomas. Se considera caso recuperado cuando han pasado 10 días desde el inicio de síntomas y al menos las últimas 72 horas del aislamiento, el paciente está sin fiebre, sin el uso de antipiréticos y con mejoría de los síntomas respiratorios (tos y disnea); en estas condiciones podrá reincorporarse al trabajo.

Si la RT-PCR inicial es negativa, se debe tener aislamiento obligatorio. Si hay alta sospecha de SARS-CoV-2, continuar aislamiento y considerar repetir la prueba a las 48 o 72 horas. Si esta es positiva se confirma el caso, se requiere aislamiento de 10 días a partir del inicio de síntomas y seguimiento a contactos. Si es negativa, se descarta el caso y se procede a investigar otras causas para completar el cuadro clínico. Al núcleo familiar se le suspende el aislamiento.

El núcleo familiar que es contacto estrecho debe permanecer en aislamiento estricto por 14 días, a partir del último día de la exposición.

➤ Estudio del trabajador de la salud asintomático:

Si se trata de un trabajador de la salud asintomático, realizar al día 7 del contacto estrecho con caso o fallecido confirmados, prueba RT-PCR. Si esta es positiva, se confirma el caso, se hace estudio de sus contactos, seguimiento clínico y aislamiento estricto por 10 días (se deben contar 10 días de aislamiento a partir de la toma de la muestra).

Si esta prueba de RT-PCR es negativa, el aislamiento debe ir hasta completar 14 días contados desde la exposición, con recomendaciones generales, uso de EPP o EPI, y el paciente podrá incorporarse al trabajo al completar el aislamiento sin síntomas.

Si el trabajador de la salud presenta síntomas durante el periodo de aislamiento, se debe solicitar nueva prueba RT-PCR. Si esta sale positiva, se confirma el caso, se hace seguimiento y aislamiento de por lo menos 10 días. Si esta segunda prueba sale negativa, se repite a las 72 horas. Si esta vuelve a salir negativa se descarta el

caso y el paciente se reincorpora al trabajo con instrucciones de consulta ante signos de alarma, recomendaciones generales y uso de EPP. Al núcleo familiar se le suspende el aislamiento.

Tenga en cuenta, si en la valoración se identifica que un trabajador inició o tuvo síntomas con fecha de inicio de más de 11 días atrás, se pueden realizar pruebas serológicas; si éstas resultan positivas se clasifica como un caso probable. Como ya no se puede realizar la prueba confirmatoria, se debe continuar con el estudio de contactos estrechos frente a este caso y realizar el cerco epidemiológico correspondiente.

En el último lineamiento citado también se establece el aislamiento obligatorio para trabajadores de la salud y para personas atendidas en los servicios de urgencias y hospitalización y en los ámbitos ambulatorio y domiciliario, el cual debe cumplirse estrictamente con el propósito de prevenir nuevos casos y cortar cadenas de transmisión.³

2.2. Documento en Word que contenga:

- Reconocimiento de brote: este ítem debe contener fecha en la cual la institución identificó la sospecha de brote y como lo identificó, servicios implicados, número de trabajadores de la salud y pacientes que hacen parte del brote y breve descripción de la situación.
- Hipótesis: enuncie las hipótesis identificadas. Estas deben ser determinadas para comprender por qué se presentó el brote y como prevenir aparición de nuevos casos. Deben involucrar todos los análisis descriptivos y de factores de riesgo analizados hasta el momento que pudieron contribuir a la aparición del brote.
- Acciones de control iniciales implementadas: describa las acciones de prevención y control administrativos, ambientales y de ingeniería implementados inicialmente por la institución. Es importante recordar que dentro de estas acciones se deben contemplar el aislamiento preventivo obligatorio en casa de casos confirmados y sus contactos estrechos. Se deben intensificar las acciones de búsqueda activa institucional en todos los servicios, así como realizar el seguimiento del ausentismo y del reporte de casos con sintomatología respiratoria.

Las acciones de control iniciales definidas por el prestador deben ser socializadas inmediatamente a todo el talento humano implicado en la situación de brote y verificar estrictamente su cumplimiento.

Tenga en cuenta para la caracterización del brote y durante la implementación de acciones de control iniciales, que en el lineamiento para el uso de pruebas

³ Lineamiento para el uso de pruebas moleculares RT-PCR, pruebas de antígeno y pruebas serológicas para SARS CoV-2 (COVID-19) en Colombia (versión 07)
<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS21.pdf>

moleculares RT-PCR, pruebas de antígeno y pruebas serológicas para SARS CoV-2 (COVID-19) en Colombia (versión 07), emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social se establece que el prestador de servicios de salud debe llevar: el registro detallado del personal de salud que presente exposición a un caso confirmado de COVID-19, el registro del personal que se encuentre sintomático, las pruebas que se le hayan tomado y sus resultados y el registro de los contactos en el ámbito hospitalario e identificar las cadenas de transmisión institucionales, como medida de control de brotes.

De igual forma, si dentro de los casos confirmados y contactos estrechos identificados se encuentra personal de salud que labora en otras instituciones, la institución debe efectuar notificación a las otras instituciones en las cuales trabaja dicho personal de salud con el fin de que en ellas también se inicie la implementación de medidas encaminadas a prevenir otros brotes.

3. CONTINUAR CON INVESTIGACIÓN DE BROTE Y ACTUALIZACIONES:

El prestador de servicios de salud debe continuar con la investigación de brote de acuerdo a metodología establecida y notificar de manera inmediata a la Secretaría Distrital de Salud - SDS a través del correo iaas-rb@saludcapital.gov.co cualquier modificación en el número de casos (enviar la tabla caracterización de los casos confirmados y probables en la sospecha de brote de IAAS por COVID-19), de igual forma debe notificar situaciones importantes dentro de la investigación de brote (ejemplo: otros servicios implicados en el brote).

3.1. Como parte de la investigación del brote se debe efectuar un informe a las 72 horas de realizada la notificación, el cual debe contener:

a. Reconocimiento del brote:

Fecha en la cual la institución identificó la sospecha de brote y como lo identificó, servicios implicados, tenga en cuenta turnos, rotación de personal, roles intra y extramurales, empleos simultáneos en otras IPS, número de trabajadores de la salud, estudiantes y/o pacientes afectados y descripción de la situación, se debe descartar o confirmar la presencia del brote.

b. Actualización de la tabla de caracterización de los casos confirmados y probables en la sospecha del brote de IAAS por COVID-19 en todas las variables a partir de la información disponible.

Para el adecuado diligenciamiento de la matriz se debe realizar el cerco de contactos: en sintomático, se deben identificar los contactos desde dos días antes de la fecha de inicio de síntomas hasta el estado actual del caso; en asintomáticos, se debe utilizar como referencia la fecha de la toma de la muestra

hasta 14 días anteriores. Su finalidad es identificar contactos estrechos de acuerdo con sus respectivas definiciones.

- c. Línea de tiempo: traza que se elabora para los casos confirmados.
- d. Curva epidémica: Solo se realiza a partir de dos casos de IAAS, se debe realizar esta gráfica (en el caso que aplique) de acuerdo con la distribución de la fecha de inicio de síntomas; es de utilidad para definir la forma de diseminación o determinar el tipo de fuente de infección común o propagada, el periodo de incubación, modo de transmisión y duración de la epidemia. Las características de la curva epidémica varían según se trate de brotes de fuente común o fuente propagada.

Fuente común: Es considerada como aquella que da origen a la presentación de todos o de la mayoría de los casos, evidencia las circunstancias en que la mayoría de los casos estuvieron expuestos. La curva presenta un comienzo rápido, un ascenso súbito del número de casos, se presentan uno o pocos periodos de incubación de la enfermedad cortos, declinación rápida, el momento de exposición puede identificarse en un momento definido de tiempo, el periodo de inefectividad es generalmente breve, la cantidad de microorganismos que se transmiten es abundante.

Fuente propagada: Se denomina también prosodémica o de transmisión de persona a persona y es aquella que cada caso es la fuente de contagio para otros casos; por ejemplo, las virosis respiratorias. La curva presenta un comienzo insidioso, ascenso lento, los casos se suceden dentro del lapso de varios periodos de incubación de la enfermedad, los cuales son más largos que el promedio, la declinación es lenta, hay autolimitación por la disminución de cantidad de susceptibles, el momento de exposición no es claramente localizable, el periodo de inefectividad persiste en la comunidad hospitalaria y la cantidad de microorganismos transmitidos es pequeña. Puede presentarse a partir de 2 casos.

- e. Georreferenciación:

Establecer en un plano el sitio de ubicación de los pacientes, estudiantes y/o trabajadores de la salud implicados en el brote.

- f. Actualización de medidas de control

Posteriormente la institución continuará enviando las actualizaciones del brote hasta que producto de la evaluación y análisis de la situación se determine que el brote culminó.

Se considera que se puede hablar de cierre de brote cuando han transcurrido 28

días (definido como dos periodos de incubación) a partir del inicio de síntomas del último caso confirmado o fecha de toma de muestra en casos asintomáticos y no se confirman nuevos casos; solo hasta este momento se dará por cerrado el brote. En este momento la institución debe informar a la SDS el cierre del brote y remitir al correo de iaas-rb@saludcapital.gov.co el informe final, el cual debe contener:

- ✓ Descripción del brote
- ✓ Tabla denominada “caracterización de los casos confirmados y probables en la sospecha del brote de IAAS por COVID-19” completamente diligenciada
- ✓ Líneas de tiempo de todos los casos confirmados
- ✓ Curva epidémica
- ✓ Georreferenciación
- ✓ Análisis de las hipótesis
- ✓ Medidas de control implementadas y su evaluación
- ✓ Plan de mejora con tiempos y responsables establecidos según solicitud de entes de control
- ✓ Conclusiones

Nota: Se aclara que se debe generar un informe por cada brote que se presente en la institución y por ende para cada brote se debe diligenciar la tabla de caracterización de los casos confirmados y probables en la sospecha del brote de IAAS por COVID-19 correspondiente (esta tabla informa sobre cadena de transmisión con su caso índice y caso secundarios).

La Secretaría Distrital de Salud realizará visita de acompañamiento a los brotes notificados ya sea por las IPS, entes de Control, seguimiento a la notificación, otras dependencias de la SDS o por usuarios.

Anexo 3.

INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS CONFIRMADOS Y PROBABLES EN LA SOSPECHA DE BROTE DE IAAS POR COVID-19

Se deben registrar tanto los casos positivos como probables implicados en la sospecha de brote de IAAS por COVID-19

Variable	Categorías y criterios
Nombre del prestador de salud	Diligencie el nombre del prestador donde se presenta el posible brote de IAAS por COVID-19
Nombres y apellidos del caso confirmado o probable	Es necesario diligenciar nombres y apellidos completos.
Tipo de documento	El tipo de documento debe ser consistente con la edad del caso ingrese tipo de identificación, RC: registro civil, TI: tarjeta identidad, CC: cédula ciudadanía, CE: cédula extranjera, PA: pasaporte, MS: Menor sin ID, AS: Adulto sin ID.
Número de Documento	Consigne número de identificación
Edad	Ingrese la edad cumplida del caso (trabajador de la salud, usuario o acompañante).
Unidad de medida	Unidad de medida 1: años, 2: meses, 3: días, 4: horas, 5: minutos.
Sexo	Se relaciona con el sexo del caso M = Masculino F = Femenino I = Indeterminado
Aseguradora	Ingrese el nombre de la empresa que presta los servicios de salud al caso.
Trabajador de salud/ usuario/ acompañante	Identifique si el caso es: 1 trabajador de la salud 2. Paciente
Dirección de residencia	Dirección donde se encuentra ubicada la residencia del caso al momento del reporte del brote.
Teléfono	Ingrese el número telefónico personal del caso.
Perfil ocupacional	Esta variable debe ser diligencia en caso de ser trabajador de la salud.

	<p>exposición no protegida por no disponibilidad de EPP</p> <p>4. Contacto estrecho con caso COVID-19 en el marco de la atención con exposición no protegida por Inadecuado uso de EPP</p> <p>5. Contacto estrecho con caso COVID-19 en el marco de la atención con exposición no protegida por No uso de EPP</p> <p>6. Deficiencia en procesos de limpieza y desinfección</p> <p>7. Contacto estrecho con caso COVID-19 en áreas no asistenciales sin EPP, distanciamiento físico o higiene de manos (rutas de transporte establecidas por la IPS, cafetería, zonas de bienestar social, dormitorios</p> <p>En caso de contacto con personas confirmadas de COVID-19, indique nombres y apellidos, definiendo si es paciente o trabajador de la institución</p>	
Factores comunes de exposición	Enuncie y describa los factores comunes de exposición. En caso de contacto con personas confirmadas de COVID-19, indique nombres y apellidos, definiendo si es paciente o trabajador de la institución.	
Definición de IAAS (SI/NO)	Indique si el caso hace parte de un brote de IAAS	
Manejo (ambulatorio/hospitalario)	Indique si el caso recibió manejo en casa o institucional.	
Remitido/nombre de la institución	En el evento que el caso haya requerido ser remitido a otro nivel de atención, escriba el nombre la institución a donde fue remitido.	
Fecha de reintegro laboral	Diligencie la fecha en la cual el trabajador de la salud retomo sus labores en la institución en el orden dd/mm/aaaa. Esta variable se diligencia para personal de salud que labora en la institución.	
Estado final	Indique la condición final del caso vivo o muerto <ul style="list-style-type: none"> 1. Vivo 2. Muerto 	

Servicios	Consigne el nombre del servicio o los servicios en el cual estaban los pacientes o trabajadores de la salud implicados en el brote
Fecha de ingreso	Escriba la fecha de ingreso a la institución de salud, en el orden dd/mm/aaaa. Esta variable se digita en caso de ser paciente.
Fecha de inicio de síntomas	Diligencie la fecha en que presentó el primer síntoma o signo, en el orden dd/mm/aaaa.
Síntomas	Describa los signos y síntomas presentados del caso
Fecha de toma de muestra	Indique la fecha en que se tomó la muestra al caso, en el orden dd/mm/aaaa.
Prueba realizada para diagnóstico	<p>Seleccione de la lista desplegable la prueba realizada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PCR –TR 2. Prueba de detección de antígenos <p>Nota: La prueba de detección de antígenos es una prueba diagnóstica para la infección por SARS-CoV-2 (COVID-19). Se recomendará en los siguientes casos:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Persona con síntomas de menos de 11 días, atendida en ámbito de urgencias u hospitalización, donde por las condiciones territoriales no se tenga la capacidad para realizar pruebas moleculares RT-PCR. b. En los servicios ambulatorios o domiciliarios a personas sintomáticas y grupos de riesgo priorizados. c. Al contacto asintomático no conviviente con el caso confirmado, dentro de un estudio de cerco epidemiológico. d. Personas que vivan en zonas rurales dispersas. Tomado del documento Lineamientos para el uso de pruebas moleculares RT-PCR, pruebas de antígeno y pruebas serológicas para SARS-CoV-2 (COVID-19) en Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS21.pdf
Fecha de resultado	Escriba la fecha en que se emitió el resultado, en el orden dd/mm/aaaa.
Resultado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Positivo 2. Negativo
Factores endógenos	Indique las comorbilidades o condición especiales del individuo que lo ubiquen en algún grupo de riesgo.
Factor de riesgo exógenos	<p>Describa como fue la exposición por factor detectado incluyendo fecha de la exposición (fecha de inicio -terminación) y tiempo. Tenga en cuenta las siguientes categorías</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Contacto estrecho con caso COVID-19 en el marco de la atención sin cumplimiento de los 5 momentos y/o técnica de higiene de manos 2. 2. Contacto estrecho con caso COVID-19 en el marco de la atención con incumplimiento de higiene de manos por no disponibilidad de insumos 3.Contacto estrecho con caso COVID-19 en el marco de la atención con