**HERRAMIENTA DE TAMIZACIÓN PARA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES PROBABLES**

**DE INFECCIÓN POR SARS COV-2 /COVID 19 - versión 3 (junio 2020)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombres y apellidos del paciente. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Tipo y Numero Documento Identificación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nombres y apellidos del acudiente / cuidador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Temperatura Paciente \_\_\_\_\_ºC Cuidador \_\_\_\_\_ºC** | | |  |
| **Preguntas sobre posible contacto**  Asigne el puntaje de acuerdo con la respuesta: Si o No | **Puntaje**  **Paciente** | **Puntaje cuidador** |  |
| ¿Usted o el paciente ha estado en contacto estrecho (menos de 2m y más de 15 min) o cuidando a algún paciente probable o positivo para COVID, o ha estado cerca de alguna persona hospitalizada por enfermedad respiratoria en los últimos 10 días? No = 0 puntos Si = 3 puntos |  |  |  |
| **Preguntas sobre síntomas generales (durante los últimos 10 días)**  Asigne el puntaje de acuerdo con la respuesta: Si o No | **Puntaje**  **Paciente** | **Puntaje cuidador** |  |
| ¿Tiene o ha tenido confusión o dificultad para estar alerta en los últimos 10 días? No = 0 puntos Si = 1 puntos |  |  |  |
| ¿Tiene o ha tenido escalofríos durante los últimos 10 días? No = 0 puntos Si = 1 puntos |  |  |  |
| ¿Tiene o ha tenido coloración azulada en los labios o el rostro durante los últimos 10 días? No = 0 puntos Si = 1 puntos |  |  |  |
| ¿Tiene o ha tenido fiebre durante los últimos 10 días? (más de 38°C). No = 0 puntos Si = 2 puntos |  |  |  |
| ¿Está experimentando o ha experimentado fatiga, a pesar del descanso, durante los últimos 10 días? (dificultad para realizar movimientos y o falta de ganas de hacer algo). No = 0 puntos. Si = 2 puntos |  |  |  |
| ¿Tiene o ha tenido diarrea durante los últimos 10 días? No = 0 puntos. Si = 1 punto |  |  |  |
| ¿Tiene o ha tenido dolor de garganta persistente por dos o mas días durante los últimos 10 días? No = 0 puntos. Si = 1 punto |  |  |  |
| ¿Tiene o ha tenido dolor de cuerpo (dolor muscular no asociado al ejercicio físico) o malestar general durante los últimos 10 días? No = 0 puntos. Si = 1 punto |  |  |  |
| ¿Tiene o ha tenido dolor de cabeza (que no venía presentando o no asociado a enfermedad previa) durante los últimos 10 días? No = 0 puntos. Si = 1 punto |  |  |  |
| ¿Ha perdido el olfato o el gusto actualmente o durante los últimos 10 días? No = 0 puntos. Si = 1 punto |  |  |  |
| ¿Tiene o ha tenido brote o salpullidos en la piel (que no venía presentando antes) durante los últimos 10 días? No = 0 puntos. Si = 1 punto |  |  |  |
| **Preguntas sobre síntomas respiratorios (durante los últimos 10 días)**  Asigne el puntaje de acuerdo con la respuesta: Si o No | **Puntaje**  **Paciente** | **Puntaje cuidador** |  |
| ¿Tiene o ha tenido tos por dos o más días durante los últimos 10 días? No = 0 puntos. Si = 2 puntos |  |  |  |
| ¿Tiene o ha tenido dificultad para respirar durante los últimos 10 días? (es una sensación como si no entrara el aire al pecho). No = 0 puntos. Si = 2 puntos |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje total** | | | |  |  |
| Según el puntaje, tome la conducta\* de acuerdo con la siguiente guía: | | | | | |
| **≥ 3** | **Es probable** que estéfrente a un caso de COVID (2) | | Conducta A | | |
| **0-2** | **Poco probable** que esté frente a un caso de COVID | | Conducta de acuerdo con: síntomas respiratorios a continuación | | |
| **Síntomas respiratorios** | | **Si** | Conducta A | | |
| **No** | Conducta de acuerdo con: fiebre a continuación | | |
| **Fiebre** | | **Si** | Conducta A | | |
| **No** | Conducta B | | |

Las conductas están descritas en el documento sobre la ruta del paciente para actividad ambulatoria. Si la sospecha surge a partir del puntaje o síntomas del cuidador, consulte con el medico tratante la conducta. En cualquier caso véase ruta de paciente actividad ambulatoria.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pregunta adicional  ¿Tiene alguna enfermedad o condición patológica crónica, o ha estado hospitalizado por patología grave en el último año? | Si |  |
| No |  |
| **Ejemplos:**   * **Enfermedad neurológica**: epilepsia, distrofias neuromusculares, parálisis cerebral, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), secuelas de hipoxia al nacimiento, retardo mental leve, moderado o severo, entre otros. * **Enfermedad renal**: necesidad de diálisis, hipertensión arterial crónica, síndrome nefrótico o nefrítico, malformación grave de la vía urinaria no corregida, entre otros. * **Enfermedad endocrinológica**: diabetes, hipotiroidismo, insuficiencia adrenal, hiperplasia suprarrenal, entre otros. * **Enfermedad infecciosa o inmunológica previa**: VIH, inmunodeficiencias primarias, Artritis juvenil, Lupus y otras enfermedades autoinmunes u otras enfermedades que requieran tratamiento inmunosupresor como esteroides, terapia biológica, entre otros. * **Enfermedades respiratorias previas**: displasia broncopulmonar, asma, fibrosis quística, síndrome sibilante recurrente, entre otros. * Enfermedad onco hematológica: cáncer de órganos sólidos o de sangre (leucemia), linfomas, talasemias y otros tipos de hemoglobinopatías como anemia de células falciformes, talasemia o rasgos talasémicos, entre otros. * **Enfermedad gastrointestinal**: intestino corto, trastornos de absorción, enfermedad celiaca, entre otros. * **Enfermedad mental** como esquizofrenia, autismo, entre otras | | |

Si la respuesta a la pregunta anterior fue sí, anote a continuación cual enfermedad de las mencionadas arriba y otras no anotadas en esta lista, que considere deban ser tenidas en cuenta por el personal de salud:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTAS**

1. Este tamizaje podría perder validez al considerarse que varios casos de SARS- Cov2 (Covid-19) son asintomáticos; si bien la definición actual del Instituto Nacional de salud no considera al asintomático como a aquel infectado sin síntomas sin noción clara de contagio, sino a aquel que no tiene síntomas luego de 10 días de contacto estrecho (por supuesto no protegido) con un caso confirmado de Covid-19. Esto implica que toda persona podría ser transmisora del virus; de ahí la necesidad del aislamiento social, el uso constante de tapabocas convencional y el lavado de manos estricto cuando la distancia sugerida de más de dos metros no es posible mantenerla y cuando no se está en presencia de un evento que genere aerosoles.
2. Puede tener más de 3 puntos cuando las PREGUNTAS SOBRE POSIBLE CONTACTO son negativas pero el paciente ha presentado síntomas; en este caso se debe indagar sobre otras causas de los síntomas como rinitis, rinofaringitis aguda / catarro común, causas infecciosas no respiratorias, o causas No infecciosas de malestar general.

Nombre y apellidos de quien realizó el tamizaje \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Resultado de consentimiento informado verbal:**

Acepta actividad ambulatoria No acepta actividad ambulatoria No aplica (tamizaje presencial)