

Bertsioa: 2003ko abenduaren 18koa

**ARNAS SINDROME AKUTU LARRIKO (ASAL) EDO BERE KONTAKTUEN
KASUETARAKO JARDUERA PROTOKOLOA**

- 1. AURREKARIAK**
- 2. OSASUN PUBLIKORAKO DUEN GARRANTZIA**
- 3. AGENTE ERAGILEA**
- 4. EPIDEMIOLOGIA**
- 5. GAIXOTASUNAREN DESKRIPTIONA**
- 6. JAGOETZA EPIDEMIOLOGIKOA ETA PREBENTZIO ETA KONTROLERAKO
NEURRIAK**
- 7. ASAL KASUEN DEFINIZIOA**
- 8. ASAL ALERTA**
- 9. NOLA JOKATU ASAL KASU BATEN AURREAN**
- 10. ASAL KASUEN HURBILEKO KONTAKTUEN MANEIOA**
- 11. KASUEN JAKINARAZPENA JAGOETZA EPIDEMIOLOGIKOARI**
- 12. ASAL KASU BATI ALTA EMATEKO IRIZPIDEAK**
- 13. ALTA EMANDAKO ASAL KASUEN SEGIMENDUA**
- 14. ETXEKO KOARENTENAN DAUDEN ASAL KASUEN ETA HAUEN
BIZIKIDEENTZAKO GOMENDIOAK**
- 15. EAEan ASAL KASUEN JAGOETZA ETA KONTROLA HOBETZEKO NEURRI
GEHIGARRIAK**
- 16. OSPITALETIK KANPOKO LEHEN ATENTZIOAN ETA URGENTZIETAN JOKATZEKO
JARRAIBIDE OROKORRAK**
- 17. ERREFERENTZIAKO OSPITALEAK**
- 18. NOLA JOKATU HERIOTZA KASUAN**
- 19. ERANSKINAK**

1. Eranskina: ASAL kasuen maneio klinikoa.
2. Eranskina: Etxeko koarentenarako gomendioak.
3. Eranskina: ASAL kasuen zainketa, detekzio goiztiar eta kontrolerako neurri gehigarriak.
4. Eranskina: Inkesta epidemiologikoa ASAL kasuen jakinarazpenerako.

1. Aurrekariak

Arnas Sindrome Akutu Larria (ASAL) gaixotasuna lehenengo aldiz pneumonia atipikoko agerraldi batean identifikatu zen Guangdong probintzian, Txinan, 2002ko azaroaren erdialdera. 2003ko martxoaren 12an Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) alerta eman zuen, asiar hegoekialdeko hainbat herrialdek gaixotasunaren jakinarazpena egina zutelako. Martxoaren 15ean, asiar hegoekialdeko jatorrizko sorburutik kanpo ere kasu batzuk agertu zirela ikusirik, alerta mundu mailara zabaldu zen, eta lehenbiziko gomendioak eman ziren bidaiarientzat. Orduetik, 2003ko ekainean detektatu ziren azken kasuetara arte, 8.099 ASAL kasu probable zenbatu ziren eta 774 heriotza. 30 herrialdek jakinarazi zituzten kasuak, halere seitan bakarrik egon zen kutsapen lokala: Txina (Hong-Kong eta Taiwan barne) Filipinak, Kanada, Singapur eta Vietnam, denak ere, Kanada salbu, bata bestetik geografikoki oso hurbil dauden herrialdeak. Eremu epidemiko horretan kontzentratu ziren kasu guztien %98. EEko herrialdeetan 30 kasu probable adierazi ziren (1 Espainian) eta heriotza bat. Europako gainerako herrialdeetan bi kasu probable deklaratu ziren.

Apirilaren 16an, OMEk gaixotasunaren agente eragilearen identifikazioa berretsi zuen, koronabirusen familiako birus berri bat (SRAS-CoV), gizakiengan ordura arte sekula identifikatu gabea. Agentea hain azkar identifikatu izana 10 herrialdetako 13 laborategiren nazioarteko lankidetzaren emaitza izan zen, pandemiari aurre egiteko OMEren plan orokorrean horrela jokatzea aurreikusitua baitzen.

Laborategiko metodo diagnostikorik ez egotea eragozpen bat izan zen, baina klinikan eta informazio epidemiologikoan oinarrituriko kasuaren definizioaren aplikazioari esker, jagoletza eta kontrolerako irizpideak ezarri ahal izan ziren.

ASALaren transmisio katea etentzat ematen zen eremu batean, 20 egun igaro ondoren (bi inkubazio aldi maximo) isolamenduan jarritako edo hileko azken kasuaz gero, jagoletza epidemiologiko aktiboko eremuan kasu berri bakar bat ere detektatzen ez bazen. Ekainaren amaieran transmisioa amaitutzat eman zen Hong-Kongen eta Beijing-en, munduko bi gune afektatuenak; handik laster eten zen transmisioa Toronton eta azkenik, 2003ko uztailaren 5ean, OMEk iragarri zuen azken transmisio katea ere, Taiwanen kokatua, etenda zegoela.

Infekzioaren eta gaixotasunaren epidemiologia eta ekologiari buruzko ezagutza oraindik ere mugatua da eta ezin daiteke segurtasun osoz baztertu berragerpen baten posibilitatea. Horregatik, agerraldiaren ondorengo une honetan, OMEk herrialde guztiei eskatu die gaitasuna edukitzen jarrai dezatela balizko agerraldi bat detektatu eta erantzuteko.

Irailean OMEk kasu berri baten identifikazioa jakinarazi zuen, Singapurren agertua eta laborategiak irailaren 8an berretsia, laborategian bertan istripuz kutsatua. Kasua berehalaxe detektatu zuen jagoletza sistemak eta gomendaturiko kontrol neurrien arabera isolatu eta maneiatu zen infekzioa; horri esker, ez zen ondorengo kutsadura nabaritasunik aurkitu eta OMEk ez zuen beharrezko iritzi nazioarte mailako alerta deklaratzeko. Berriki, abenduaren erdi aldera, beste kasu bat agertu da, oraingoan Taiwanen, laborategi militar batean, kutsadura baten ondorioz hau ere.

Aurki daiteke ASAL agerraldiari buruzko informazio gehiago OMEren Web orrialde honetan: (<http://www.who.int/csr/SRAS/en/>)

2. Osasun Publikorako duen garrantzia

ASAL gaixotasun infekzioso agertu berria, OMEren iritziz, oso garrantzitsua da mundu mailan osasun publikorako arrazoi hauengatik:

- Hilgarritasun tasa altuagatik (%50eraino 65 urtetik gorakoengan)
- Ez dago ASALaren aurkako ez txertorik eta ez tratamendurik. Erabilgarri dauden kontrol neurriek, isolamendua eta koarentena, eragozpen larriak sortzen dituzte pazientearen gizarte harremanetan, eta nekez berma daiteke ongi betetzen direnik.
- Birusaren jatorriko familiak (koronabirusa) oso sarri izaten ditu mutazioak eta horrek eragozpen larriak aurkezten ditu epidemiaren eboluzioa aurreikusteko eta txertoak garatu ahal izateko.
- Epidemiologia eta patogenotasuna oraingoz ia ezezagunak dira.
- Infekzioaren hedapen azkarra eragiten duten zenbait kasuren existentziaren nabaritasuna (super barreiatzaileak)
- Hasierako sintomak oso zehaztugabeak eta arruntak dira eta erabilgarri dauden proba diagnostikoak oso mugatuak.
- Paziente portzentaje altu batek zainketa intentsiboak behar ditu eta horrek ospitaleetako eta osasun zainketaren sistemako arazoak areagotu egiten ditu.
- 10 eguneko inkubazio aldi maximoak nazioarteko barreiadura ahalbidetzen du, aldi asintomatikoan, infektaturiko pertsonak desplaza daitezkeelako.

3. Agente eragilea

ASAL birusa jatorriz Txinako zenbait lurraldetako animalia basatietan isolatu da aurretiazko ikerketa batzuetan eta pentsatzen da espezie-jauzi bat gertatu dela gizakietara.

ASAL-CoV birusaren biziraupenak

a) Gorozkietan eta gernuan:

- Birusa egonkorra da giro tenperaturan gutxienez 1-2 egunetan
- Birusa egonkorragoa da (4 eguneraino) beherakoa daukaten pazienteen gorozkietan, hau da, normalak baino pH altuagoa daukaten gorozkietan.

b) Desinfektagarri eta finkatzaileetan (laborategian erabili ohi direnetan):

- Birusak kutsagarritasuna galtzen du normalean erabili ohi diren desinfektagarri eta finkatzaileen esposizioan egon ondoren.

c) Hazkuntza zelularraren gainean flotatzen:

- Birus kontzentrazioaren murrizpen ia hutsala 21 egunetan – 80°C eta 4°C arteko temperaturan edukita.
- Logaritmo bakar bateko murrizpena birusaren kontzentrazioan, 2 egunetan giro temperatura egonkorrean edukita. Honek adierazten du SRAS-CoV, baldintza hauetan, ezagutzen diren gainerako giza koronabirusak baino egonkorragoa dela.
- Beroak (56°C) azkar suntsitzen du ASALaren koronabirusa, gutxi gorabehera 10.000 unitate 15 minututan (murrizpen azkarra)

4. Epidemiologia

Populazioa afektatua

Kasu gehienak heldu osasuntsuetan gertatu dira: gaixoekin kontaktuan zegoen pertsonal sanitarioa, gaixoen bizikideak eta kontaktu sozial hurbilekoak. Oso kasu gutxi jakinarazi dira 16 urtetik beherakoen eta haurren populazioetan. Haurrengan, behatu den eboluzioa ez da helduena bezain larria.

Transmisio nosokomiala izan da ASAL agerraldiaren gauza harrigarriena, eta ospitaleak izan dira barreiadura iturri garrantzitsuena. Erakunde sanitarioetako langileak dira identifikatu den arrisku talde garrantzitsuena, eta horien artean kontzentratu da jakinarazi diren kasu guztien %20a.

Arrisku eremuak

OMEk hiru eremu zabal definitu ditu ASALaren balizko berragerpenari dagokionez, pasa den agerraldiaren esperientzian oinarriturik, eta arrisku mailaren arabera jagoletza gradual bat gomendatzen du.

SRAS-CoV birusaren berragerpen potentzialeko eremua

2002ko azaroan agerraldiaren sorburu gisa identifikatu ziren guneak edo koronabirusa animalietatik gizakira transmititzeko arrisku handieneko guneak.

Eremuotarako OMEk gomendio hauek ematen ditu: **1)** ASAL “alerten” jagoletza (erakunde sanitario bat berarekin erlazionaturiko kasuen agregazioak) (Ikus ASAL kasuaren eta alerten definizioak) **2)** ASALaren jagoletza areagotzea **3)** SRAS-CoV birusagatiko infekzioen ikerketa bereziak egitea gizakien eta animalien populazioetan.

Eremu nodalak:

Agerraldiak iraun zuen bitartean transmisio lokal etengabe bat izan zuten guneak edo SRAS-CoV birusaren berragerpe potentzialeko guneetatik pertsona kopuru altu bat etorri deneko guneak: **1)** ASAL “alerten” jagoletza **2)** ASALaren jagoletza areagotzea.

Arrisku baxuko eremuak (hau litzateke EAEaren kasua)

ASAK kasurik adierazi ez zuten eremuak, edo inportaturiko kasuak bakarrik adierazi zituztenak, edo agerraldian transmisio lokal mugatu bat esperimintatu zutenak: **1)** ASAL “alerten” jagoletza: (erakunde sanitario bat berarekin erlazionaturiko kasuen agregazioen detekzio eta

ikerketa azkarra, bai eta transmisio lokal dokumentatuko guneren batetik etorritako kasu isolatuena ere.

Inkubazio aldia

Inkubazio aldiaren iraupena batez beste 5 egunekoa da, 2-10 eguneko heinarekin; dena den, ikerketetan aurkitu da inkubazio aldi luzeagoko kasuren bat ere.

Ez da dokumentatu sintomen agerpena baino lehenagoko transmisiorik.

Transmisio Mekanismoak

Ezin izan da zehaztasunez erabaki, baina orain arte egin diren ikerketek iradokitzen dutenez, transmisio modu nagusia **pertsonatik pertsonarako kontaktu hurbila, pertsona infektatu sintomatiko baten aerosolen edo arnas jariakinen esposizioa eta ASAL daukan gaixo baten gorputz fluidoan ukipen zuzena dira.**

Beste transmisio modu posible bat fekal ahozkoa eta fomiteen bidezkoa da. Zentzu honetan, OMEko batzorde teknikoak ondorioztatu duenez guztiz litekeena da komunetako hustubide sistema akastunek eragin izana SRAS-CoV birusaren barriadura Hong-Kongeko egoitzaguneetan, Txinan.

Oraingoz ez da identifikatu ASALak afektaturiko guneetatik etorritako produktu animaliekin edo materialekin erlazionaturiko kasu bakar bat ere; beraz, ez du ezerk pentsarazten ASALak afektaturiko guneetatik datozen merkantziek osasun publikorako inolako arriskurik suposatzen dutenik.

Kutsagarritasuna

Dagoen informazioaren arabera, kutsagarritasuna arnas sintomak agertzean hasten da, eta oso baxua izaten da gaixotasuna larria izaten hasten den arte; halere, oraindik ez da zehaztu zenbat denboran kutsa dezakeen gaixotasuna ASAL daukan pertsona batek.

Ez dago kutsapen nabaritasunik infektatu asintomatikoetatik eta lehen sintomak agertu ondoren garaiz identifikatu eta isolatu direnetatik kutsatutakoak ere oso gutxi izan dira.

Badira kasu batzuk, ordea, oso kutsagarriak izan daitezkeenak, “super barreiatzaileak” deritzenak, segur aski koadro kliniko larriagoekin erlazionatuak. Alde batera utzita fenomeno hau beste transmisio bideren bati zor zaion, paziente batzuek birus gehiago eliminatzeari, edo kasuaren identifikazio berantiarri eta/edo kontrol neurri desegokiak edo berandu ezarri izanari, argi dagoena da ASAL birusaren transmisioa guztiz eraginkorra gertatu dela zenbait egoeratan.

5. Gaixotasunaren deskripzioa

Ezaugarri orokorrak

- Bat-bateko sukar altuaren hasiera (>38°C) eta horrekin batera, mialgiak, hotzikarak, ondoez orokorra eta eztul lehorra.
- Kasu gehienek pneumonia aldekoa aurkezten dute.

- %90ek, gutxi gorabehera, hoberako eboluzioa izaten dute seigarren edo zazpigarren egunetik aurrera eta %10ek narriadura azkar bat jasaten dute, eta Arnas Distreseko Sindrome (ADS) akutu larria aurkezten dute, zainketa intentsiboko unitatean sartzea eta aireztapen lagundua beharrezkoak gertatzen direlarik.

Gaixotasunaren Historia Naturala

Gaixotasunaren patogenotasuna joan daiteke gaixotasun arin bat baizik ez izatetik heriotza eragiteraino. ASAL zeukaten pazienteen hurbileko kontaktu batzuek gaixotasuna harrapatu dute baina ia denak osasuntsu mantendu dira eta zenbaitek sukar arin bat baizik ez dute aurkeztu baina ez arnas sintomarik; horrek pentsarazten du gaixotasunak ez duela beti eboluzionatzen arnas faseraino. Adina eta lehenetik egon daitezkeen gaixotasun kroniko batzuk eboluzio larriko arrisku faktoreak dira.

Koadro Klinikoa

Esposizioa			
↓		Sukarra, Mialgia zefalea, eztul lehorra	Eztul lehorra Arnas zailtasuna
Inkubazio aldia	Aldi prodromikoa	Arnas fasea Behe arnasbideak	Sendatzea (%80-90)
2-10 egun	1-3 egun	4. egunetik aurrera	Arnas Distres Akutua (%10-20)

Kutsagarritasuna

Nulua edo oso baxua	Baxua	Oso altua
---------------------	-------	-----------

ASALaren hasierako sintomak zehaztugabeak dira. Kasu gehienetan gaixotasuna 2-7 eguneko iraupeneko fase prodromiko batekin hasten da, bat-bateko sukar altuekin eta ondoez orokorarekin eta sarritan, horiekin batera, mialgiak, hotzikarak, zefalea, apetituaren galera, rash eta gaueko izerdiak agertzen dira. Gaixotasunaren hasieran, kasu batzuetan arnas sintoma arin batzuk aurkezten dira eta inoiz beherakoa ere bai. Nahiz eta sukarra izan den sarrien sumatu den sintoma, gerta daiteke lehen neurketa hauetan ez agertzea ere. Pazienteen %70-90ek toraxeko erradiologian aldaketa bereziak aurkeztu zituzten sintomak hasi eta 3-4 egun geroago.

Sintomen hasieratik 3-7 egunetara, behe traktuko arnas arazoko fase bat hasten da, ezeri heltzen ez dion eztul lehor batekin eta/edo disnearekin, inoiz hipoxemiarekin batera. Eztula, disnea eta beherakoa ager daitezke gaixotasuneko lehenbiziko astean, baina normalagok dira bigarrean.

6-7. egunetik aurrera, kasuen %80-90ek hobekuntza bat aurkezten dute seinale eta sintometan eta %10-20k arnas arazo larriko eboluzioa izaten dute. Kasu larriek oso denbora gutxian garatzen dute arnas distres progresibo bat oxigeno saturazio baxuarekin, eta zainketa intentsiboak behar

izaten dituzte. Paziente larrien %70ek beherako likido ugaria izaten dute, odolik eta mukirik gabekoa.

40 urtetik gorako pazienteek eta lehenagoko patologia kronikoak dituztenek probabilitate handiagoa daukate forma larrirantz progresatzeko.

Transmisioa batez ere gaixotasuneko bigarren aste honetan gertatzen da.

Hilgarritasuna

Hilgarritasuna aldatu egiten da adinaren, sexuaren eta beste gaixotasun eta tratamenduen funtzioan. OMEk %11ko hilgarritasuna estimatu du, %0tik %50era doana, adin taldeen arabera, era honetan: %1 baino altuagoa 25 urtetik beherakoengan, %6koa 25-44 urtekoengan, %15ekoa 45-64 urtekoengan, eta %50 baino altuagoa 65 urtetik gorakoengan.

Koadro klinikoa zahar, haur eta haurdunengan:

Pertsona zaharengan gerta daitezke aurkezpen atipikoak, adibidez, sukarrak gabeko koadroak edo sepsi/pneumonia bakteriarra aldi berean, eta horrek aparteko zailtasun bat dakar ASAL gaixotasuna identifikatzeko. Lehenagoko patologia kronikoek eta horien ondoriozko zerbitzu sanitarioen ohiko erabilpenak zenbait kasuren identifikazioa eragotzi du, eta horrez gain transmisio nosokomialeko kasu batzuk gertatu dira.

Haurrengan kasuak bakanagoak izan dira eta koadro kliniko arinagoa aurkeztu dute.

Haurdun afektatuei buruz dauden datuek abortuen gehikuntza bat iradokitzen dute, edota amen hilkortasuna haurdunaldiaren amaieran.

Toraxaren erradiologia:

Gerta daiteke toraxaren erradiologiak normalak izatea bai sukar fase prodromikoan eta bai gaixotasunaren prozesu guztian zehar, baina pazienteen %70-80k biriketan aldakuntza erradiologikoak aurkezten dituzte gaixotasunaren eboluzioko hirugarren edo laugarren egunetik aurrera, arnas sintomarik ez badute ere.

Aldaketa hauek kontsolidazio desberdin bat aurkezten dute alde bateko lesio periferiko batetik hasiz eta anitz lesiotara progresatuz edo beira esmerilatuaren itxura hartuz, baina ez daukate patroï finkorik. Azken faseetako aurkikuntza batzuek honako hauek barne hartzen dituzte: pneumotorax espontaneoak, pneumomediastinoa, pleurapeko fibrosia eta/edo kiste-aldaketak.

Aurkikuntza hematologiko eta biokimikoak:

Ez dago ASALaren parametro hematologiko eta biokimiko espezifikorik; halere, zenbait ikerketak honako ondorio hauek azpimarratzen dituzte:

Aurkikuntza hematologikoak

Linfopenia ohikoa da koadro klinikoaren aurkezpenean eta areagotuz joaten da gaixotasunaren prozesuan. Arnas gaixotasunaren fase gorenean gutxi gorabehera pazienteen erdiek aurkezten

dituzte leukopenia eta tronbozopenia edo plaketen kopuru baxu-normala (50.000 – 150.000/ml) eta TADParen (tronboplastina aktibatuko denbora partzialaren) luzapena.

Aurkikuntza biokimikoak

LDHa sarritan altu aurkitzen da eta, informe batzuek iradokitzen dutenez, pronostiko txarrago batekin elkarturik egon ohi da. **ALT**, **AST** eta **CPK** mailen igoera ez da hain ohikoa. Balio anormalak aurkitu dira sueroko elektrolitoetan koadroaren hasierako aurkezpenean eta/edo ospitaleko eboluzioan, hiponatremia, hipokalemia, hipomagnesemia eta hipokaltzemia barne hartuz.

6. Jagoletza epidemiologikoa eta prebentzio eta kontrolerako neurriak

ASALaren jagoletza epidemiologikoko estrategia, gaur egun (agerraldi-oste), ASALaren epe labur-ertainerako eboluzioa ezagutu gabe, ASAL kasu posibleen berehalako identifikazioa, ikerketa eta alerta lortzean oinarritzen da, kontrol neurri egokiak aplikatuz, dagokion kasuan gaixotasunaren kausa ASAL izan dela baztertu arte.

Europan ez zen transmisio lokalik izan aurreko agerraldian; beraz, ASAL arriskua Euskal Herrian oso baxua dela ziurta daiteke.

Kasuen definizioak helburutzat dauka pneumonia atipikoko edo arnas Distres larriko sindromekeo kasuak ahalik azkarren identifikatzea eta aztertzea, baldin azaltzen dituen beste kausa identifikaturik ez badago, transmisio lokal dokumentatuko herrialderen batetik etorritako pertsonak badira, edota osasun zentro bat berarekin loturiko kasuen agregazioren baten partaide badira.

Kasuen definizioak eta osasun publikoko gidak egoeraren arabera aztertu eta eguneratuko dira, arazoa berragertuko balitz.

7. Kasu definizioak

Kasuaren definizio klinikoa

Arnas gaixotasuna **aski larria ospitaleratzea behar izateko** eta honako historia hau barne hartzen duena:

- Sukarra $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (dokumentatua edo informatua)
Eta
- Beheko arnas traktuko gaixotasunaren sintoma bat edo gehiago (eztula, disnea, arnas zailtasuna)
Eta
- Birika iragaztearen nabaritasuna, pneumoniari edo ADSari (Arnas Disnearen Sindromea) egotzi dakioketena, **Edo**
Autopsiako aurkikuntzak, pneumonia patologiari edo ADSari egotz dakizkiokeenak, beste kausa identifikagarririk gabe.
Eta
- Gaixotasuna erabat azal lezakeen beste diagnostiko alternatiborik ez egotea

Ezinbestekoa da ASAL susmopeko pazienteen bidaien historia zehatza lortzea, bai eta hurbileko kontaktuen aurrekariena ere (batez ere ospitale barrukoak), antzeko gaixotasuna aurkezten zuten pertsonekin egon badira sintomak hasi aurreko 10 egunetan.

KASU POSIBLEA

A) Kasu Bakarra

- ASAL kasu klinikoaren definizioa betetzen duen pertsona

Eta

- Sintomak hasi aurreko 10 egunetan eginiko bidaiaren baten historia daukana, hain zuzen OMEk ASALaren berragerpen gune potentzial gisa sailkaturiko eremuren batera. Eremu hauetan barne hartzen dira 2002ko azaroko agerraldiaren sorburu gisa identifikatu ziren guneak, edota ASALaren (SRAS-CoV) birusagatiko infekzioa animalietatik gizakietara transmititzeko probabilitate altuko lurraldeak: **Txina, Hong-Kong eta Taiwan.**

B) Osasun zentro bat berari loturiko kasuen agregazio denbora-espazialak (“klusterrak”) (ASAL alerta)

- Bi langile sanitario edo gehiago osasun erakunde bat berekoak (edo unitate berekoak, erakundearen egitura fisikoaren arabera) ASAL kasu klinikoaren definizioaren irizpideak betetzen dituztenak eta gaixotasunaren sintomen hasiera datak 10 eguneko epe beraren barruan dituztenak.

Edo

- Ospitalean hiru pertsona edo gehiagok hartutako gaixotasuna (osasuneko langileak eta/edo staff-eko beste pertsona batzuk eta/edo pazienteak zein bisitariak), ospitale batekoak edo ospitale berarekin erlazionatuak, ASAL kasu klinikoaren definizioaren irizpideak betetzen dituztenak eta gaixotasunaren sintomen hasiera datak 10 eguneko epe beraren barruan dituztenak.

KASU PROBABLEA

Kasu posiblearen definizioa betetzen duen pertsona, aurretiaz SRAS-CoV birusaren laborategiko nabaritasuna duena, eta irizpide hauetakoren bat betetzen duena:

- Emaizta positibo bat SRAS-CoV antigorputzak detektatzeko proba batean

Edo

- **PCR** proba bat SRAS-CoV birusarentzat lagin kliniko batean positibo eman duena

KASU BAI EZTATUA

ASAL kasu posible/probablearen definizioa betetzen duen pertsona eta SRAS-CoV nabaritasuna aurkezten duena, laborategiak berretsia honako irizpide hauetako bat betez:

a) **PCR emaitza positibo** bat SRAS-CoV-arentzat, honako hauetan balidaturiko metodo bat erabiliz:

- Gutxienez bi lagin kliniko desberdin (Adib.: exudatu nasofaringeoa eta gorozkiak)

Edo

- Mota bereko bi lagin edo gehiago, era sekuentzialean lortuak gaixotasunean zehar (Ad.: exudatu nasofaringearen lagin sekuentzialak)

Edo

- Bi proba desberdin edo bi **PCR** errepikatu, proba bakoitzerako jatorrizko lagin klinikoaren RNA berri baten estraktua erabiliz.

b) **Serokonbertsioa ELISA edo IFA bidez**

- Antigorputzak detektatzeko proba negatiboa gaixotasunaren fase akutuan lorturiko sueroan, eta jarraian, antigorputzak detektatzeko proba positiboa eriondo faseko sueroan

Edo

- Gutxienez 4 bider antigorputz gehiago eriondo fasean hartutako laginean, fase akutuan hartutakoarekin alderatuz, bi determinazioak paraleloan eginda.

c) **Birusaren isolamendua**

- SRAS-CoV-aren isolamendua hazkuntza zelularrean edozein lagin klinikotatik abiatutik

Eta

- **PCR** bidezko berrespena, metodo balidatu bat erabiliz.

Proba analitikoak erreferentziako laborategi batean egin behar dira.

KASU BAT EZEZTATZEKO IRIZPIDEAK

ASAL kasu posible edo probable gisa ezeztatuak geratuko dira:

- Koadro klinikoa erabat azaltzen duen diagnostiko etiologiko alternatibo bat berresten zaien kasu guztiak

Edo

- Eriondo faseko ASAL birusarentzako serologiaren emaitzak negatiboak badira.

(Oharra: PCRaren emaitza negatibo batek ez du baztertzen kasu posible bat)

8. ASAL alerta

ASAL alerta OMEk ezarritako definizio operatibo bat da, infekzioaren kontroleko eta osasun publikoko neurriak martxan jartzeko helburua duena, harik eta ASAL, laborategiko proba erabakigarrien bitartez, baztertua geratzen den arte pneumonia atipikoaren edo Arnas Distreseko Sindromearen (ADS) eragile gisa.

ASAL alertaren helburuak

- Erantzun sanitarioa abiaraztea.
- Kontrol eta prebentziorako gomendaturiko infekzioaren kontroleko eta osasun publikoko neurriak ahalik azkarren aplikatzea.
- Diagnostikoa bizkortzea.
- Alerta globala baloratzea, baldin beharrezko bada.

OMEk jagoletzaren ezarpen graduala gomendatzen du, ASALaren berragertze arrisku potentzialaren arabera (ikus arrisku eremuak):

SRAS-CoV birusaren berragertze potentzialeko eremuak:

- 1- Osasun erakunde bat berarekin erlazionaturiko kasu agregazioen zainketa (ASAL alertak) (ikus kasu definizioa)
- 2- ASALaren zainketa areagotua
- 3- SRAS-CoV birusagatiko infekzioen ikerketa bereziak giza eta animalia populazioetan

Eremu nodalak:

- 1- “ASAL alerten” jagoletza
- 2- ASALaren zainketa areagotua

Arrisku baxuko eremuak:

- 1- Osasun erakunde bat berarekin erlazionaturiko kasu agregazioen detekzioa eta ikerketa
- Eta

Orobat, transmisio lokal dokumentatuko eremuetatik etorritako kasu bakarrei dagokienez.

Espainiar estatuan lau alerta maila desberdin ezarri dira osasun publikoan ASALaren berragertze posibleei aurre egiteko (ikus 2. eranskina)

9. Nola jokatu ASAL kasu baten aurrean

Jarraian aipatzen diren neurriak Medikuntza Prebentiboko Zerbitzuak eta/edo infekzio kontroleko ekipoak (**INOZ**) gainbegira ditzatela gomendatzen da.

ASAL kasu baten aurrean (ikus kasu posible, probable eta egiaztatuaren definizioak) ospitaleratu egin behar dira eta berehalaxe honako neurri hauek ezarri:

- Kasuaren **isolamendu neurriak**, baldin aurretiaz hartu ez baziren, kutsapen arriskua gutxienera murrizteko.

- **Mozorro kirurgiko bat eman pazienteari, uneoro jarrita eduki beharko duena, bai ospitalean eta bai kanpoko joan-etorrietan, sintomatiko den bitartean.** Pazienteak mozorroa eduki ezingo balu, berau garraiatzen edo atenditzen duen pertsonal sanitarioak eraman behar du mozorroa pazientearekiko kontaktu hurbilean dagoenean.
- Pertsonal sanitario guztiak erabili behar ditu babesgarriak ASAL susmopeko pazienteen maneiorako:
 - Aireko transmisioetarako babesgarria: arnas babeserako mozorroa, europar estandarrak betetzen dituen (EN149:2001 FFP2 (**Osakidetzak TBK bazilifero kasuetarako arnas babes gisa gomendatzen dituen berberak**)).
 - Ukipenerako babesgarriak: **erabili eta botatzeko eskuzorroak** (paziente bakoitzerako aldatu behar direnak), **bota iragazgaitzak, txanoak eta begiak babesteko betaurrekoak.**
 - **Pazientearekiko kontaktua izan aurretik eta ondoren eskuen garbitze arduratsua.**
- Pazientea **presio negatiboko gela** batean ezarriko da, **leihoak itxita eta aireztapen sistema independenteak** dituela, gaur egun indarrean dauden “Osakidetzako ospitale azpiegiturekin elkarturiko arrisku mikrobiologikoak minimizatzeko” gomendioetako baldintza espezifikoak betetzen dituen gela batean alegia. Hori ezinezko bada, uneoro bete beharko dira larruazal eta mukosekiko isolamendu neurriak, ahalik eta arnas isolamendu oneneko baldintzak mantentzen saiatuz (banakako gela, bisitak murriztu, etab.).
- Pazienteak isolaturik eduki behar dira sintomatikoak diren bitartean, edo diagnostiko alternatibo bat egiaztatzen ez den bitartean.
- **Kontu eta arreta berezia eduki aerosolak sor ditzaketen tratamendu/interbentzioen aurrean**, esaterako, bronkodilatatzailerako nebulizadoreen erabilpena, fisioterapia torazikoa, bronkoscopia, gastroscopia, edo arnas traktua kaltetu dezakeen edozein prozedura/interbentzio (isolamendua, eskuzorroak, betaurrekoak, mozorroa, jantziak, etab.), baldin pazienteek aipatu terapia edo interbentzioetakoren bat behar dutela erabakitzen bada.
- Pazienteei adierazi behar zaie ez tula edo usin egiteko papereko mukizapiak erabili behar dituztela eta komunera bota edo plastikozko zorroetan sartu eta ongi itxi zakarrontzira bota aurretik.
- **Pazienteen eskuak maiz garbitu**, batez ere, gorputz fluidoekiko ukipena izan ondoren (arnas jariakinak, gernua, gorozkiak).
- **ASAL kasu susmagarri batekiko kontaktuan dauden pertsona guztiek ongi garbitu behar dituzte eskuak paziente bat ukitu aurretik eta ondoren eta kutsapen arriskuko jarduerak gauzatu ondoren.**

Pazientearen lagin biologiko guztiak (determinazio biokimiko edo hematologikoa egiteko **bakutainer motako hodian** harturiko odol laginak salbu) **maila 3ko biosegurtasuna** duten laborategietan manipulatu behar dira (EAEan esleituriko erreferentzia ospitaleetako laborategiak).

- **Erabili eta botatzeko materiala** bakarrik erabili behar da gaixoen tratamenduan. Botatzekoa ez den instrumentala esterilizatu egin behar da. Gainazalak espektro zabaleko desinfektagarriekin garbitu behar dira.
- Ahal den neurrian pazienteak lekualdatzea saihestu behar da. Lekuz aldatu behar bada, pazienteak **mozorro kirurgikoa** jarrita eraman behar du.
- Ahal den guztia murriztuko dira pazientarekiko ukipena eta bisitak. Gelan sartu beharra daukan pertsona sanitario eta ez sanitario orok, pazientearekiko kontaktu zuzenean ez badago ere, arnas babeserako mozorroa erabili behar du, europar estandarrak betetzen dituen (EN149:2001 FFP2 (**Osakidetzak TBK bazilifero kasuetarako arnas babes gisa gomendatzen dituen berberak**)) edo baliokidea eta gainera begien babeserako betaurrekoak.
- **Hondakinak kutsakortasun potentzial handiko prozesuei dagokien arretaz jaso eta deuseztatu behar dira**, istripuak, ziztadak eta ebakiak saihestuz. Herretaz arduratzen diren langileek betiere eskuzorroak eta arropa egokiak erabili behar dituzte. Hondakinak kontu handiz etiketatu eta biltegiaratu behar dira, garraioan isurketarik gerta ez dadin ahaleginduz. 2 motako hondakin gisa tratatuko dira.
- **Kasu susmagarrien aurrean derrigorrez eta PREMIATASUNEZ jakinaraziko zaie osasun arduradunei (ikus aurrerago 12 puntua).**
- Maneiu klinikoa **1 eranskinean**.

10. ASAL kasuen hurbileko kontaktuen maneia

Hurbileko kontaktutzat hartzen dira ASAL kasu susmagarri batekin bizi diren familiarrekoak, adiskideak eta langile sanitarioak (ikus kasu posiblearen, probablearen eta egiaztatuen definizioak) edo ASAL sintomatikoko kasu kliniko baten arnas jariapenekin zein beste gorputz fluidoekin eta/edo eskrezioekin (gorozkiak, gernua) kontaktu zuzena izan dutenak.

Kontaktuak identifikatu eta koarentena ezarri behar zaie, harik eta gaixotasunaren kausa gisa ASAL baztertua izan den arte.

Oro har, kontaktuekin honela jokatu da:

- Informazioa emango zaie: ASALaren klinika, transmisio eta neurri prebentiboak buruz.
- Kontaktuaren datuak hartuko dira: izena eta telefonoa.
- 24 orduetan deitu ahal izango duten telefono bat emango zaie.
- Jagoletza “aktiboa” ezarriko zaie (egunero bisitatu edo telefonoz deitu) 10 egunetan, kasu sintomatikoarekiko kontaktua gertatu zenetik kontaktzen hasita.
- Kasu motaren arabera, borondatezko etxeko isolamendua gomendatuko da.
- Egunero hartu behar dute tenperatura.
- Kontaktuak gaixotasunarekin bateragarriak diren sintomak garatzen baditu (ohikoena sukarra izaten da) jakinarazi egin behar du telefonoz. Hasierako ebaluazio bat egingo

da eta beharrezko bada osasun zentro egokira eramango da, beharrezko diren arreta neurriak hartuz (garraio egokia).

- Osasun Publikoko Zuzendariordetzatik eskabidea egingo da emergentzietako zerbitzura EAeko erreferentziako ospitaleetakoren baterako lekualdatzea egin dezaten.
- Kasu arin baten aurrean, etxeko isolamendua eta segimendu mediko aktiboa egingo dira, sintomak desagertu direnetik 48 ordu igaro arte

- **Erakunde sanitario baten barruan gertatu diren kontaktuak** era honetan maneiatu behar dira:

- Ospitaleratutako pazienteen kontaktuak esposizioan egon gabeko pazienteengandik isolatu edo bereizi egin behar dira, eta aldi berean isolamendu eta babeseko neurriak martxan jarri.
- Temperatura zaindu behar da sukarraren agerpena detektatzeko.
- Esposizioan diharduten langile sanitarioak, egoeraren arabera, izan daitezke: **a)** zainketa aktiboko egoeran ezarriak, temperaturaren neurketa barne, **b)** esposiziopean dauden paziente gisa tratatuak (goian adierazi den bezala) edo **c)** etxeko koarentenan ezarriak.

11. Etxeko koarentenan dauden ASAL kasuen eta hauen bizikideentzako gomendioak

Etxeko koarentenan dagoen ASAL kasua

Printzipioz ASAL kasu guztiak ospitalean egon behar badute ere, gerta daiteke zenbait egoeratan hauek etxeko koarentenan eduki beharra ere. Bestalde, etxean egon behar dute sukarra eta arnas sintomak desagertu ondorengo **10 egunetan**, honako arreta neurri hauek hartuz:

- Sudurra eta ahoa estali behar dituzte erabili eta botatzeko mukizapi batez ez tul edo usin egitean.
- Mozorro kirurgikoa jarri behar dute bisitak hartzerakoan. Mozorro hauek egunean bitan aldatu behar dira.
- Tresna pertsonalak ez dituzte partekatu behar beste inorekin, baldin xaboi eta ur beroaz ondo garbituta ez bada.
- Gorputz-fluidoez kutsaturiko gainazalak ondo garbitu behar dira etxeko desinfektagarri bat erabiliz, adibidez, lixiba, eta eskuzorroak erabiliz.
- Botatzeko materiala, hala nola, paperezko xukaderak, mukizapiak, mozorroak, etab., etxeko zaborra normalarekin batera botatzen da, baina ongi itxi behar da zabor edukiontzira bota aurretik.

Etxeko koarentenan dauden ASAL kasuen bizikideak

- **Mozorroa** erabili behar dute ASAL kasu susmagarrien aurrean.

- Eskuzorroak erabili behar dituzte pazientearen objektu pertsonalak edo gorputz-fluidoak manipulatzeko. Oso garrantzitsua da aurretik eta ondoren eskuak arretaz garbitzea xaboi uraz.
- Ez dute lo egin behar pazientearen gela berean, ahal bada.
- Egunero hartu behar dute temperatura **euren** termometroarekin eta medikuari jakinarazi sukarririk edo arnas sintomarik agertuz gero.
- Ez dago arrazoirik euren mugimenduak mugatzeko etxean zein etxetik kanpo.

Koarentenari buruzko informazio gehigarria **2 eranskinean**.

12. ASAL kasuen derrigorrezko jakinarazpena Jagoletza Epidemiologikoari

ASAL kasu susmagarrien aurrean (ikus kasu posiblearen, probablearen eta egiaztatuaren definizioak) **derrigorrez eta PREMIATASUNEZ** jakinaraziko zaie Lurralde bakoitzeko Jagoletza Epidemiologikoko Unitateei.

Lanorduetatik kanpo edo jaiegunetan EAeko Lurralde Historiko bakoitzeko Osasun Publikoko Zuzendariordetzako larrialdietarako telefono hauetara deituko da:

- **Arabako** Osasun Publikoko Zuzendariordetza. **Tel.: 615 77 06 50**
- **Bizkaiko** Osasun Publikoko Zuzendariordetza. **Tel.: 615 77 06 47**
- **Gipuzkoako** Osasun Publikoko Zuzendariordetza. **Tel.: 615 77 06 48 edo 615 77 06 49**

Jagoletza Epidemiologikoko Unitateek burutu beharreko jarduerak

1. Kasuaren identifikazioa:

- Anbulatorioko pazienteak: kasua jadanik ospitaleratua ez badago, erreferentziako ospitalera deituko da (Zuzendari medikoari, Urgentzien arduradunari) jakinaren gainean egon daitezen eta harrera presta dezaten, bai eta Larrialdietako Garraioen Zuzendaritzara ere, kasu susmagarri bat erreferentziako ospitalera eramateko prestatuturiko ambulanzia bat eta pertsonal egokia bidal dezaten.
- Ospitaleko pazienteak: jakinarazpena egingo da ospitale zentrotik. Erreferentziako ospitalea ez bada, pazientearen lekualdatzea egingo da esleituriko erreferentziako ospitale hurbilenera.

2. Kasuaren inkesta:

- Kontaktuen eta izaera epidemiologikoko beste ezaugarri batzuen protokoloaren arabeko identifikazio eta inkestarako, ikus **6 eranskina**.
- Inkesta epidemiologikoa lortu eta historia kliniko zehatza jaso behar da bertan barne hartuz bidaiak eta kontaktuak eta **azken 10 egunetan** kontaktuko pertsonengan agertu diren gaixotasun akutuak.

3. Komunitateko kontaktuen segimendua, baldin baleude (ikus 2.4. atala).

13. ASAL kasu bati alta emateko irizpideak

OMEk honako irizpide hauek gomendatzen ditu ASAL kasu probable bati ospitaleko alta emateko :

- Sintoma klinikoak: sukar gabe 48 ordu.
eztula arintzea.
- Laborategiko probak: balio normalak edo normaltasuneranzko joera honako hauei dagokienez:
 - Leukozitoak.
 - Plaketak.
 - **CPK**.
 - Funtzio hepatikoaren testa.
 - **Na** plasmatikoa.
 - C proteina errektiboa.
- Aurkikuntza erradiologikoak: irudi erradiologikoen hobekuntza.

14. Alta emandako ASAL kasuen segimendua

- 10 egunetan etxean egon behar du, ahal den neurrian beste pertsonetikiko kontaktua saihestuz.
- Pazienteari gomendatu behar zaio tenperatura hartu behar duela gutxienez egunetan bi bider eta 38°C-tik gorakoa bada ospitalera joan behar du.
- 10 egun igarotzean ospitalera itzuli behar du kontsulta pasatzera eta toraxeko erradiografia eta odol analitika egingo zaizkio, hain zuzen aurreko laborategi probetan balio ez normalizatuak eman zituenei dagozkienak.
- Erradiografiaren, analitikaren emaitzen eta sintomatologiaren eboluzioaren arabera, klinikoak ebaluatuko du zer neurri hartu behar diren.

15. EAEan ASAL kasuen jagoletza eta kontrola hobetzeko neurri gehigarriak

Pertsonal sanitarioaren artean: gripe kontrako txertoaren estaldura areagotuz.

Koronabirusaren bilaketa lagin biologiko jakin batzuetan.

Ikus 3 eranskina.

16. Ospitaletik kanpoko lehen atentzian eta urgentzietan jokatzeko jarraibide orokorrak

Lehen atentzioko kontsulta batean, osasun zentroan zein pazientearen etxean, ASAL kasuaren susmoa badago, neurri hauek proposatzen dira:

- mozorro kirurgiko bat hornitu ASAL susmoko pazientearen ahoa eta sudurra estaltzeko. Hori ezinezko bada, pazienteari argibideak emango zaizkio ahoa eta sudurra eskuaz babes ditzan ezgul eta usin egiterakoan.
- pertsonal sanitarioak babestu egin behar du, ahal badu mozorroa, eskuzorroak eta betaurrekoak erabiliz.
- jagoletza epidemiologikoko zerbitzuari jakinarazi.
- Ez egin anbulatorioan diagnostikorako proba osagarriarik eta pazientea aurreikusiriko lau ospitaleetako batera eramanarazi.
- pazientearen igorpena eta susmo diagnostikoa jakinarazi ospitaleari.
- ikerketa epidemiologikoan eta kontaktuen ikerketan kolaboratu.
- ASAL kasu susmagarria egon den gela edo lekua egurastu.

17. Erreferentziako ospitaleak

- Bizkaia: Gurutzeta eta Basurtuko Ospitaleak.
- Gipuzkoa: Donostia Ospitalea.
- Araba: Txagorritxu Ospitalea.

Erreferentziako ospitaleek prest eduki behar dituzte gela egokiak, bai eta pertsonal sanitarioaren prebentzio neurriak ere.

18. Nola jokatu heriotza kasuan

- Post-mortem azterketa egingo da dagokion eran.
- ASAL zeukaten pazienteen gorpuen eta gorpuzkien azken helmugari dagokionez, Osasun Sailak errausketa gomendatzen du arreta neurri gisa.

1. Eranskina: ASAL kasuen maneiu kliniko.

- Historia kliniko zehatza lortu eta jaso behar da, barne hartuz arrisku potentzialeko eremuetara eginiko bidaien aurrekariak eta sintomak hasi aurreko 10 egunetan antzeko gaixotasun akutua zeukan pertsonaren batekin izandako hurbileko kontaktuen aurrekariak (ikus kasuaren deklarazio fitxa).
- Toraxaren erradiografia eta hemograma osoa lortu behar dira.

- Laborategiko ikerketa egiteko eta pneumonia atipikoaren kausa ezagunak baztertzeko laginak:
 1. Frotis faringeo eta/edo nasofaringeo eta aglutinina hotzak (izen alternatiboak: Weil-Felix Erreakzioa; Widal-en testa).
 2. Odola hemokultiborako eta serologiarako.
 3. Gernua.
 4. Karkaxa.
 5. Garbiketa bronko-albeolarra.
 6. Post-mortem azterketa dagokion eran.
- Laginak egun txandatueta hartzea gomendatzen da. Erreferentziako laborategi bat edo batzuk prest egon behar dute laginak jaso eta prozesatzeko, osasun publikoko arduradunek koordinaturik. Laginak (P3) biosegurtasun maila duten laborategietan ikertu behar dira.
- Hemograma osoa monitorizatu egun biz behin.
- Diagnostiko klinikorako lagun dezaketen determinazioek honako hauek barne hartzen dituzte: Odoleko zelula zurien kontaketa, plaketen, kreatinina-fosfokinasaren kontaketa, funtzio hepatikoaren, urea eta elektrolitoen, C proteina errektiboren eta suero pareatuen probak. (Suero pareatua baliagarritasun handikoa izango da ASALaren ezagutza hoberako, pazienteak gero ASAL kasu gisa hartua ez bada ere).
- Arreta berezia jarri aerosolak sor ditzaketen terapia/interbentzioei esaterako, bronkodilatatzailerako nebulizadoreen erabilpena, fisioterapia torazikoa, bronkoskopia, gastroskopia, edo arnas traktua kaltetu dezakeen edozein prozedura/interbentzio. Arreta neurri egokiak hartu (isolamendua, eskuzorroak, betaurrekoak, mozorroa, jantziak, etab.), baldin pazienteek aipatu terapia edo interbentzioetakoren bat behar dutela erabakitzen bada.
- ASAL kasuetan terapia asko entseiatu dira antibiotikoekin emaitza argirik gabe. Dena dela, harrera unean pneumonia komunitarioaren tratamendurako antibiotikoen erabilpena gomendatzen da, kausa atipikoak kontuan edukirik. Paziente kopuru handi batean ribabirina erabili da, esteroideekin zein gabe, nahiz eta adierazle klinikorik ez egotean, berauen eraginkortasuna oraingoz frogatu gabe dagoen. Ribabirinarekiko terapiaren eta beste interbentzio batzuen eraginkortasuna aztertzea proposatu da, hurbilketa multizentriko eta koordinatu baten bidez.

Kasu probable edo egiaztatu baten maneia

- Banakako gela batean ospitaleratu eta, ahal izanez gero, presio negatiboarekin.
- Infekzioaren kontrolerako neurri guztiak hartu pazienteen maneian.
- Pazienteek isolaturik egon behar dute sintomatikoak diren bitartean.
- Kasu probable edo baieztatuei ez zaie alta eman behar 48 orduz sintomarik eta sukarririk gabe egon ez diren bitartean.
- Bere etxera itzuli ondoren, pazienteak beste pertsonetara kontaktua saihestu behar du gutxienez 7 eginetan.

Eriondoko kasuen segimendua

- Eramaile egoera mantendu baterako (eta, ondorioz, transmisio jarraiki baterako) eragile etiologiko eta potentzialari buruz gehiago ez dakigun bitartean, zuhurtasun handiz jokatu beharra dago. Horregatik, ospitaleko alta hartu ondoren, eriondokoak beren etxeetan egon behar dute **gutxienez zazpi egun**. Bitarte horretan etxe barruan egon behar dute eta ahalik eta kontaktu gutxiena izan inguratzen dituztenekin.
- Alta emandako eriondoko pazienteei eskatu behar zaie egunean bi aldiz tenperatura hartu eta apuntatzeko. Bi hartualditan jarraian 38°C-tik gorako sukarra baleukate, alta eman zien osasun zentroari jakinarazi behar diote.
- Astebete igaro ondoren, berriro egingo dira toraxeko erradiografia, odolaren analitika osoa eta aurrekoan balio anormalak eman zituzten proba guztiak. Segimendua alta eman zion osasun zentrotik egin behar da. Dena dela, klinikoak erabaki lezake pazienteak azterketa bat behar duela astebetea igaro baino lehen.
- Ebaluazio honen ondoren, konfinamendua jarraitu ala ez erabaki behar da. Hau luzatu egin beharko litzateke pertsona immunodeprimituengan. Segimendua egiten jarraitzea gomendatzen da harik eta pazientearen osasuna eta toraxeko erradiografiak normaltasunera itzultzen diren arte. Segimenduaren osagarri gisa, laginak eskatuko dira serologia egiteko, sintomen hasierako datatik hiru aste geroago, alta eman zion osasun zentrorako.
- Jarraibide argiak eman behar zaizkie eriondoko kasuei, alta eman zion osasun zentrorara itzul daitezen baldin beren osasun egoerak txarrera egiten badu edota edozein sintoma agertzen bada.

2. Eranskina: Etxeko koarentenarako gomendioak.

ETXEKO KOARENTENAN DAUDEN ASAL KASUENTZAKO GOMENDIOAK

- Etxean egon behar dute sukarra eta arnas sintomak desagertu direnetik 10 egun igaro arte.
- Sudurra eta ahoa estali behar dituzte erabili eta botatzeko mukizapi batekin ez tul edo usin egiterakoan.
- Mozorro kirurgikoa jarri behar dute bisitak hartzeko. Mozorro hauek egunean bitan aldatu behar dira.
- Tresna pertsonalak ez dituzte partekatu behar beste inorekin, baldin xaboi eta ur beroaz ondo garbituta ez bada.
- Gorputz-fluidoez kutsaturiko gainazalak ondo garbitu behar dira etxeko desinfektagarri bat erabiliz, adibidez, lixiba, eta eskuzorroak erabiliz.
- Botatzeko materiala, hala nola, paperezko xukaderak, mukizapiak, mozorroak, etab., etxeko zaborra normalarekin batera botatzen da.

ETXEKO KOARENTENAN DAUDEN ASAL KASU SUSMAGARRIEN BIZIKIDEENTZAKO GOMENDIOAK

- **Mozorroa** erabili behar dute ASAL kasu susmagarrien aurrean.

- Eskuzorroak erabili behar dituzte pazientearen objektu pertsonalak edo gorputz-fluidoak manipulatzeko. Oso garrantzitsua da aurretik eta ondoren eskuak arretaz garbitzea xaboi uraz.
- Ez dute lo egin behar pazientearen gela berean, ahal bada.
- Egunero hartu behar dute tenperatura **euren** termometroarekin eta medikuari jakinarazi sukarrrik edo arnas sintomarik agertuz gero.
- Ez dago arrazoirik euren mugimenduak mugatzeko etxean zein etxetik kanpo.

3. Eranskina: Arnas Sindrome Akutu Larri (ASAL) kasuen zainketa, detekzio goiztiar eta kontrolerako neurri gehigarriak:

Gripearen kontrako txertoa eman pertsonal sanitarioari eta ASAL kasuen berragerpen potentzialeko guneetara doazen bidaiariei

ASAL kasu posibleen identifikazioa eta isolamendua oztopatua gerta liteke ASAL kasuen berragerpena urteroko gripe epidemiarekin batera aurkezten bada.

Langile sanitarioak aurkitzen dira, beste inor baino gehiago, ASAL jasateko arriskupean. Infektatuen tasa askoz altuagoa da ospitaleko langileen artean populazio orokorrean baino. Horregatik, eurak dira ASALaren jagoletza talde nagusia arrisku baxuko guneetan, adibidez, EAEan. Gripearen kontrako txertaketa pertsona talde honetan denboraldi guztietan egin behar bada ere, denboraldi honetan aipatu txertaketa interes bereziaz susta dadin gomendatzen dugu.

Era berean, gomendagarria da gripearen aurkako txertaketa sustatzea, datorren neguan ASAL kasuen berragerpen potentzialeko guneetara doazen bidaiariei.

Koronabirusaren bilaketa pneumonia atipikoa daukaten gaixoengandik lorturiko lagin mikrobiologikoetan (ZIU, pneumologia eta langile sanitarioak)

Lagin faringeoak ikertu, pneumonia atipikoaren diagnostikoaz, Pneumologiako eta Zainketa Mediko Intentsiboetako unitateetan ospitaleraturik dauden pazienteengan, bai eta joan den neguan pneumonia atipikoren bat jasan duten langile sanitarioengan ere, koronabirusa aztertzeko helburuaz.

Pneumonia atipikoa duten langile sanitarioen kasuak, eta orobat arrisku guneetatik (bereziki Txina eta Hong-Kong) etorritako sukar eta arnas sindromeak ohiko eran ikertuko dira **PCR** koronabirus generikoaren eta ASAL-koronabirusaren bidez.

Koronabirusaren jagoletza populazioan

EAEan gripearen jagoletza biologikoa, 1998az gero, Donostia Ospitaleko Mikrobiologia Zerbitzuan egiten da jagoletza sareko medikuek bidaliriko lagin faringeoak ikertuz. Sare honek, herrialde guztian hedatua baitago, 45.000 laguneko populazioa estaltzen du, gripearen irizpide klinikoak betetzen dituzten kasuen laginak lortuz. Gripearen koadro klinikoaren eta ASALak sortzen duenaren arteko antzekotasunari, eta estalitako populazioaren hautaketa onari esker, lagin horiek ASALaren jagoletza biologikorako egokiak dira. Horregatik, jagoletza sistema bat oinarritu liteke EAEko gripearen jagoletza sarearen testuinguruan jasotzen diren lagin faringeo

guztien PCRaren bidezko koronabirus generikoaren ikerkuntzan. Emaitza positiboko laginei test espezifiko bat egingo zaie ASAL-koronabirusaren detekziorako.

4. Eranskina: ASAL kasuen jakinarazpenerako formularioa (OME).

Arnas Sindrome Akutu Larria (ASAL)

Kasuaren identifikazio bakarra

Deklaratzailearen datuak

Deklarazioaren data (uuuu/hh/ee)

Deklarazioaren herrialdea

Erakunde deklaratzailea

Autonomia Erkidegoa

Kasuaren datuak

Sexua Gizonezkoa Emakumea Ezezaguna

Jaiotza data (uuuu/hh/ee) edo Adina (urteak)

Naziotasuna

Arraza

Langile sanitarioa Bai Ez Ezezaguna

Bestela, lanbidea

Seinaleak eta sintomak

Sintomen hasiera data (uuuu/hh/ee)

38°C-tik gorako sukarra Bai Ez Ezezaguna

Eztula Bai Ez Ezezaguna Zailtasuna

Arnas arazoa Bai Ez Ezezaguna Sindromearen seinale klinikoak

Arnas Distresa Bai Ez Ezezaguna

Azterketa erradiologikoa

Toraxaren erradiografia egin da? Bai Ez Ezezaguna

Baiezko kasuan, pneumoniaren edo SDRaren nabaritasunik Bai Ez Ezezaguna

Ospitaleratze datuak

Ospitaleratu dute kasua sintomatikoa zen bitartean? Bai Ez Ezezaguna

Baiezko kasuan:

Ospitalearen izena _____ Hiria _____

Ospitaleratze data (uuuu/hh/ee)

Isolaturik egon da? Bai Ez Ezezaguna

Baiezko kasuan, noiztik (uuuu/hh/ee) noiz arte (uuuu/hh/ee)

Aireztapen lagundua behar izan du? Bai Ez Ezezaguna

Baiezko kasuan, oraindik behar du Bai Ez Ezezaguna

Zainketa Intentsiboetako Unitatean egon da? Bai Ez Ezezaguna

Kasua ospitaleratua izan ez bada, etxeko isolamendua ezarri zaio? Bai Ez Ezezaguna

Baiezko kasuan noiztik (uuuu/hh/ee) noiz arte (uuuu/hh/ee)

Esposizioaren aurrekariak

Sintomak hasi aurretik, aipatzen al du gaixoak ASAL kasu probable

edo susmagarriren batekin kontaktu esturik eduki izana? Bai Ez Ezezaguna
 Baiezko kasuan, aipatu: Herrialdea _____ Hiria _____
 Lehen kontaktuaren data (uuuu/hh/ee)
 Azken kontaktuaren data (uuuu/hh/ee)

Sintomak hasi aurreko 10 egunetan, bidaiatu al du kasuak **gune afektaturen** batera?
 (kontsultatu kasu bakoitzean gune afektaturik dagoen) Bai Ez Ezezaguna

1. _____ Sarrera data (uuuu/hh/ee) Irteera data (uuuu/hh/ee)
2. _____ Sarrera data (uuuu/hh/ee) Irteera data (uuuu/hh/ee)
3. _____ Sarrera data (uuuu/hh/ee) Irteera data (uuuu/hh/ee)

Hildako pazienteak

Heriotzaren kausa gisa adierazi ez den arnas gaixotasuna Bai Ez Ezezaguna
 Autopsia egin zen? Bai Ez Ezezaguna
 Baiezko kasuan, autopsia azterketak frogatu al zuen kausa identifikagarriarik gabeko
 Arnas Distreseko Sindrome anatomo-patologikoaren seinalerik? Bai Ez Ezezaguna

Kontaktuen ikerketa

Ekin al zaio kontaktuen ikerketari? Bai Ez Ezezaguna
 Baiezko kasuan, kontakturen batek garatu al du ASALarekin
 bateragarria den sintomarik? Bai Ez Ezezaguna

Kasuaren hasierako sailkapena

Susmagarria Probablea

Kasuaren une honetako sailkapena

Susmagarria Probablea Ezeztatua Sailkapenaren data (uuuu/hh/ee)

Mesedez, bidali berriro formulario hau sailkapen eta azken eboluzioa zehaztu direnean

Kasuaren azken sailkapena

Susmagarria Probablea Ezeztatua Azken sailkapenaren data (uuuu/hh/ee)
 Kasua ezabatu bada, egin al da diagostiko alternatibotik? Bai Ez Ezezaguna
 Baiezko kasuan, aipatu diagnostikoa _____

Azken eboluzioa

Sendatua; kasua ospitalean onartua izan bazen: Ospitaleko altaren data (uuuu/hh/ee)
 Heriotza Heriotzaren data (uuuu/hh/ee)
 Herrialdea utzi zuen sintomatiko zegoelarik Lekualdatze medikoa Bai Ez
 Irteeraren data (uuuu/hh/ee)
 Hegaldiaren xehetasunak _____
 Helmuga herrialdea _____
 Segimendua galduta Uztearen data (uuuu/hh/ee)

EGUNAK ASAL SINTOMEN HASIERATIK				
Sintomak	1. eguna	2. eguna	3. eguna

Buruko mina				
Mialgiak				
Zorabioak				
Hotzikarak				
Eztula				
Eztarriko mina				
Sukarra				
Arnasa egiteko zailtasuna				
Ondoeza				
Anorexia				
Rash				
Goragalea				
Beherakoa				
Beste sintoma batzuk (gehitu)				
Seinaleak				
Pultsua				
Tenperatura				
Tentsio arteriala				
Arnas maiztasuna				
Oxigeno saturazioa				
Beste seinale anormal batzuk (gehitu)				
Aurkikuntza erradiologikoak				
Zehaztu itzazu				
Laborategiko probak				
Barne har itzazu erreferentzia unitateak/heina eta emaitza anormalak bakarrik				
Leukozitoen kontaketa				
Linfozitoak				
Protonbina denbora				
Plaketen kontaketa				
ALT (SGPT)				
LDH				
GGT (SGOT)				
APPT				
CPK				
PCR				
Beste emaitza anormal batzuk (gehitu)				
Diagnostikorako hartutako laginak (gehitu)				
Proba diagnostikoen emaitza positiboak (zehaztu)				
Tratamenduak				
Antibiralak (zehaztu dosia eta administrazio bidea)				
Ribabirina				
Oseltamivira				

Antimikrobiarrak:				
Zehaztu itzazu				
Kortikoesteroideak				
Beste tratamendu batzuk; adib.: Oxigenoa, aireztapena, farmako inotropikoak...				
Eboluzioa				
Sendaturik/Hilda/Egonkor				