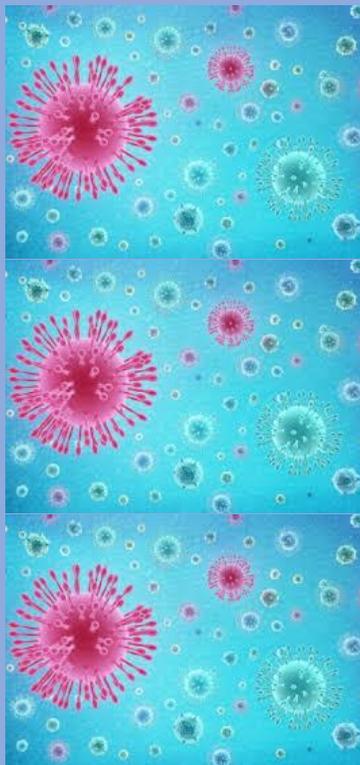


PLAN DE ACCION ANTE UN BROTE O EPIDEMIA DE COVID-19 EN EL TERRITORIO NACIONAL



FEBRERO 2020

Contenido

I. AUTORIDADES.....	1	C. Educación del paciente, familiares y cuidadores.....	13
II. INTRODUCCIÓN.....	1	D. Seguimiento de paciente.....	13
III. OBJETIVOS DEL PLAN	1	E. Equipos de respuesta rápida de atención en el domicilio.....	13
A. Objetivo general.....	1	IX. ATENCION PRE HOSPITALARIAS .	15
B. Objetivos específicos.....	2	A. Pautas a seguir.....	15
IV. AMBITO DE ACTUACION DEL PLAN	2	B. Equipos de protección personal:	16
V. AREAS DE INTERVENCIÓN.....	2	C. Unidades de recepción de pacientes:	16
VI. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA INTENSIFICADA EN PUNTOS DE ENTRADA AÉREO MARÍTIMO Y TERRESTRE.....	2	X. ATENCIÓN AMBULATORIA.	16
A. Puerto Aéreo	3	XI. ATENCIÓN HOSPITALARIA.....	18
B. Puertos Marítimos.....	3	XII. GESTIÓN DE RECURSOS CRITICOS PARA LA ATENCIÓN: RECURSOS HUMANOS Y SUMINISTROS.....	18
C. Puertos Terrestres (fronteras)	3	XIII. BIOSEGURIDAD Y USO DE EPP EN LA ATENCIÓN DE CASOS DE COVIN-19	18
D. Activación de la alerta.	3	A. Precauciones estándares.....	19
E. Pasajero en seguimiento	4	1. Higiene de manos:	19
F. Identificación de Contactos	4	2. Uso de Equipo de Protección Personal (EPP) según la evaluación de riesgo:.....	20
VII. GESTION INTEGRAL PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCION RN LAS REGION ES DE SALUD / PROVINCIA.....	5	3. Limpieza del ambiente	22
A. El Triage Respiratorio.....	6	4. Higiene respiratoria o etiqueta de la tos:	22
1. Clasificación de los casos (triage).....	6	5. Esterilización y desinfección de equipos médicos:.....	22
2. Identificación de casos leves.....	7	B. Precaución adicionales.....	22
B. Recursos para la implementación del triage respiratorio para la atención en instalaciones de salud: 9		1. Por gotas:	22
1. Físicos	9	2. Transmisión por contacto:	23
2. Humanos	9	3. Por aerosoles:.....	23
3. Logísticos.....	10	XIV. ACCIONES CRITICAS PARA EL MANEJO DE CASOS Y CONTACTOS DE COVIN-19 EN LAS REGIONES DE SALUD BASADA EN LA ESTRATEGIA DE APS. 23	
C. Procedimiento en el triage respiratorio: 10		Anexo 1. DEFINICION DE CASO DE COVID-19	26
VIII. ATENCION DOMICILIARIA (HOGARES, ALBERGES Y OTROS ENTORNOS COMUNITARIOS).....	11	Anexo 2. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN EN EL DOMICILIO DE PACIENTES INFECTADOS	
A. Generalidades	11		
B. Pautas a seguir:	12		

POR EL COVID-19 QUE TENGAN SÍNTOMAS LEVES.....28

Anexo 2. CRITERIOS PARA REFERENCIA AL HOSPITAL DE PACIENTES CON SIGNOS DE IRAG. ALGORITMOS32

ANEXO 3. CÓMO PONERSE EL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (CUANDO SE NECESITAN TODOS LOS ARTÍCULOS DE EPP)?37

ANEXO 4. PASOS PARA LA PRUEBA DEL SELLO DEL RESPIRADOR 39

ANEXO 5. TECNICA DE HIGIENE DE MANO CON AGUA Y JABON Y ANTISEPTICA CON PREPARADOS DE BASE ALCOHÓLICO 41

ANEXO 6. GUIA PARA LA VISITA DOMICILIARIA COVID-19 – 42

I. AUTORIDADES

MINISTERIO DE SALUD

Dra. Rosario E. Turner Montenegro
MINISTRA DE SALUD

Dr. Luis Francisco Sucre M.
VICE MINISTRO DE SALUD

Dr. José Baruco
SECRETARIO GENERAL

Dra. Nadja I. Porcell Iglesias
DIRECTOR GENERAL DE SALUD

Dr. Agustín Sánchez
DIRECTOR DE PROVISION DE
SERVICIOS DE SALUD

Dra. Itzel del Carmen Smith
SUB DIRECTORA DE PROVISION DE
SERVICIOS DE SALUD

Dr. Cirilo Lawson C
DIRECTOR DE PLANIFICACIÓN DE
SALUD

Dra. Gabriela García de Salazar
DIRECTORA DE PROMOCION DE
SALUD

CAJA DE SEGURO SOCIAL

Dr. Enrique Lau Cortés
DIRECTOR GENERAL

Dr. José Croston
DIRECTOR EJECUTIVO NACIONAL DE
SERVICIOS Y PRESTACIONES EN
SALUD

INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS DE ESTUDIOS DE LA SALUD

Dr. Juan Miguel Pascale
DIRECTOR GENERAL

COLABORACION DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

II. INTRODUCCIÓN

Para el Sistema de Salud de Panamá, resulta prioritario, **la identificación precoz de los pacientes afectados con COVID-19** para poder atender en forma oportuna la ocurrencia de casos dentro y fuera de los servicios de salud.

Una vez detectado el brote, las acciones promocionales y preventivas deberán orientarse a divulgar primeramente las medidas para la contención de la propagación del virus, haciendo énfasis particular en la existencia de una nueva red de servicios conformada por las diferentes instalaciones para la atención del evento, puntualizando a la vez, que los hospitales no constituyen las únicas instalaciones de salud para la atención de los problemas sanitarios, para así evitar la potencial sobredemanda en estas instalaciones cuya respuesta no son de su responsabilidad.

La contención de la eventual propagación del brote requiere de un sistema de vigilancia epidemiológica ágil que detecte con la oportunidad requerida los casos y los contactos de pacientes afectados por COVID-19 para ello el sistema deberá estar acompañado de un proceso de gestión de la información resultante, basado en acciones que incluyan el monitoreo, supervisión y la evaluación, que asegure la confiabilidad de los datos que presenta el sistema, para su correcta utilización e

instrumentación, para el proceso de toma de decisiones.

Una vez conocido el primer caso del evento, se hace necesario que todo el personal médico y de enfermería que labora tanto en las instalaciones de salud como en puertos, aeropuertos y fronteras, conozcan de manera oportuna cual es la definición de caso que se ha adoptado así contribuir a la contención de la propagación del virus, para los fines pertinentes.

En el ámbito de la atención curativa y rehabilitadora es necesario aislar los casos y conocer su trazabilidad, como una medida para la contención de la propagación de la infección en el país.

Importante es considerar en esta etapa, el uso racional de los recursos, (medicamentos, medico/quirúrgico, Equipos de protección personal, etc.) que se utilizan para la atención de los pacientes afectados por el COVID-19, debido a son recursos de muy altos costos y su uso indiscriminado puede ocasionar escasez de difícil restitución, en los tiempos a que nos somete el evento.

III. OBJETIVOS DEL PLAN

A. Objetivo general

1. Contener la propagación y mitigar el daño del COVID-19 en todo el territorio nacional.

B. Objetivos específicos

1. Intensificar la vigilancia activa de los casos y contactos de COVID-19.
2. Detectar en forma precoz los casos de COVID-19 para su tratamiento oportuno en todo el país.
3. Organizar la atención de las personas afectadas por COVID-19 en niveles de atención y de complejidad en cada provincia y/o región de salud.
4. Reforzar la capacidad instalada de las instalaciones de salud según niveles complejidad en la lógica de las redes integradas de servicios de salud.
5. Articular los servicios conformados para la atención de pacientes afectados por COVID-19 mediante un sistema de referencia en las regiones de salud, para el manejo de casos.
6. Conformar áreas para el triage respiratorio en las diferentes instalaciones de salud.
7. Activar el plan de gestión de camas y de insumos críticos para la atención del COVID-19.

IV. AMBITO DE ACTUACION DEL PLAN

Instalaciones de Salud del Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social, Patronatos, Clínicas y Hospitales Privados de todo el país.

V. AREAS DE INTERVENCIÓN

- Vigilancia epidemiológica intensificada en puntos de entrada
- aéreo
- marítimo
- terrestre (fronteras)

- Gestión Integral para la organización de la atención en las regiones de salud/provincias
 - Atención domiciliaria
 - Atención en hogares, albergues y otros entornos comunitarios
 - Atención en el Triage respiratorio
 - Atención ambulatoria
 - Atención prehospitalaria
 - Atención hospitalaria
 - Gestión de camas
 - Sistema de referencia
- Gestión de Recursos críticos para la atención
- Bioseguridad en la atención de casos de COVID-19 con énfasis en el uso de EPP
- Acciones impostergables para el manejo de casos y contactos de COVID-19 en las regiones de salud basada en la estrategia de APS

VI. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA INTENSIFICADA EN PUNTOS DE ENTRADA AÉREO MARÍTIMO Y TERRESTRE.

Este componente de vigilancia tiene como propósito contribuir a la prevención de la propagación del COVID-19 en el territorio nacional, a través de la detección oportuna de casos y casos sospechosos en puertos aéreos, marítimos terrestres y fronteras

La estrategia adoptada por el Ministerio de Salud de Panamá en los puntos de

entrada por el brote de COVID-19 se ha definido de la siguiente manera:

A. Puerto Aéreo

Reforzamiento al Equipo de Salud Internacional con funcionarios en los tres turnos operativos de vigilancia en la terminal aérea para el tamizaje de los pasajeros de vuelos internacionales ante la posibilidad de presentarse casos sospechosos.

Realización de la encuesta de salud del viajero con el objetivo de mantener el seguimiento de pasajeros procedentes de países afectados.

Actualización de protocolo de respuesta dentro del plan de contingencia para eventos de salud pública para aeropuertos.

Capacitación al personal de respuesta que labora en el aeropuerto para el manejo de casos sospechosos.

Publicación de información con las recomendaciones del Ministerio de Salud en los monitores en todo el aeropuerto.

B. Puertos Marítimos

Coordinación con las instituciones vinculadas a la atención de las embarcaciones de travesía internacional que arriban a aguas territoriales y puertos de Panamá para mantener comunicación e información relacionada

con los antecedentes de la embarcación como también de la tripulación. y reforzar la captación de casos sospechosos

Utilización de la plataforma electrónica “Ventanilla Única Marítima de Panamá” para obtener información de los buques y poder realizar los análisis de riesgo de cada embarcación para autorizar su ingreso por parte de los funcionarios de Sanidad Marítima.

Se mantiene personal médico y técnico permanente en los 3 turnos operativos. Adecuación del protocolo de respuesta dentro del Plan de Contingencia.

C. Puertos Terrestres (fronteras)

Coordinación con el Servicio Nacional de Migración, Servicio Nacional de Fronteras y el Ministerios de Salud para la vigilancia del ingreso de viajeros procedentes de países afectados en los principales puntos de ingreso terrestre. Protocolo para la derivación de casos sospechosos detectados dentro de la zona fronteriza al hospital de referencia de cada región de salud con fronteras.

D. Activación de la alerta.

1. El equipo de Salud Internacional del aeropuerto después de recibir información anticipada (4 horas antes) de pasajeros procedentes de países con transmisión activa del COVID -19, realizará el análisis de riesgo y procederá a identificar la lista de

pasajeros, lugar de procedencia del vuelo, aerolínea, número de vuelo, hora de llegada y puerta de desembarque.

2. El equipo de Salud Internacional en coordinación con la Torre de Control del aeropuerto procederá a monitorear la declaración de vuelo vía radio que debe cumplir la aeronave según el anexo 9 del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) 2005 Si hay enfermos se activa el Plan de Contingencia de Salud Internacional utilizando para comunicarse los siguientes códigos.

Para su seguridad el personal de salud debe utilizar el siguiente equipo de protección personal

- Bata desechable
- Mascarilla quirúrgica (debidamente ajustada cubriendo nariz y boca)
- Lentes de protección
- Guantes

Deberá estar debidamente vestido antes del desembarque de los pasajeros y en el lugar asignado.

E. Pasajero en seguimiento

Se entrega los formularios de orientación al viajero con indicaciones para que en caso de presentar síntomas pueda comunicarse con el sistema de emergencia en salud. Además, para que tenga conocimiento que de ser necesario será llamado vía telefónica, por personal de salud para el monitoreo de su condición de salud, dentro de los

próximos 14 días. Se informará que debe contestar al llamado, ya que de lo contrario se procederá a su búsqueda.

Luego de completar las evaluaciones de los vuelos donde hubo pasajeros procedentes de país con transmisión de COVID-19 el equipo de Salud Internacional del aeropuerto deberá notificar al Departamento de Epidemiología del Nivel Nacional vía telefónica al móvil del Centro Nacional de Enlace (personal de turno) y éste a su vez notificará a los Departamentos Regionales de Epidemiología para su conocimiento y seguimiento en caso de ser necesario realizar el monitoreo de su condición de salud dentro de los próximos 14 días.

Si durante el monitoreo de los pasajeros en seguimiento alguno presenta síntomas se debe alertar al Sistema de Salud para el afinamiento del diagnóstico del caso como leve moderado o grave para definir conducta

F. Identificación de Contactos

Contacto dentro de la aeronave:

1. Se considerará contacto a todo pasajero que estuvo en un vuelo con un caso sospechoso o confirmado COVID-19, así como a la tripulación a bordo. El monitoreo de estos contactos deberá realizarse por 14 días. También deberá considerarse como contacto, toda persona que

- ingrese a la aeronave sin medidas de protección.
2. Cuando entre los contactos se encuentren viajeros internacionales en tránsito, se les dará las recomendaciones de prevención al viajero y se reportará al Departamento Nacional de Epidemiología del MINSA, al correo cne.rsi.panama@minsa.gob.pa para que sea notificado al Centro Nacional de Enlace del siguiente país destino para su debido seguimiento.

Criterios para suspender el seguimiento a viajeros. Cumplido los 14 días de seguimiento al viajero asintomático, se le dará el alta epidemiológica.

La OMS desaconseja la aplicación de restricciones de viaje o comercio en los países afectados en función de la información actualmente disponible sobre este evento.

Si un viajero a bordo de una aeronave / barco tiene signos y síntomas indicativos de infecciones respiratorias agudas, el modelo de declaración marítima de sanidad o la sección de salud de la declaración general de la aeronave debe ser utilizada para registrar la información de salud a bordo y enviarla a las autoridades sanitarias del puerto de entrada (PoE).

Manejo de cadáveres

En caso de síntomas sugestivos de enfermedad respiratoria durante o

después del viaje, se aconseja a los viajeros buscar atención médica y compartir su historial de viajes con el personal de salud que lo atiende.

De llegar al punto de entrada al país un cadáver cuya muerte ocurrió en el trayecto del viaje, y exista la sospecha de COVID-19 este deberá mantenerse intacto limitando su manipulación. Se procederá a coordinar con el Ministerio Público para que el manejo forense del cadáver cumpla con las medidas de bioseguridad.

VII. GESTION INTEGRAL PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCION RN LAS REGION ES DE SALUD / PROVINCIA

Las acciones de organización de la atención van dirigidas a diferentes escenarios, incluyendo el aislamiento domiciliario, la gestión de triage respiratorio en todos los escenarios de la atención, la atención domiciliar, los servicios de salud ambulatorios y hospitalarios, ante la eventual llegada del virus a Panamá y la posibilidad de propagación produciendo casos de COVID-19 y el subsecuente incremento en la demanda de servicios de salud.

Las pautas descritas aplican sobre aspectos organizativos y no sobre componentes de manejo clínico los cuales son considerados de manera complementaria.

Las estimaciones actuales según el Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (1) permiten suponer que la mayor parte de los casos en su presentación clínica son leves-moderados (81%), una proporción menor (14%) el virus causa una enfermedad grave que incluye neumonía y dificultad para respirar, son presentaciones más severas que requieren manejo hospitalario y un 5% de los paciente cursan con una enfermedad crítica que incluye insuficiencia respiratoria, shock séptico y falla multisistémica, son estas formas graves que requieren cuidado crítico, con un 2% de letalidad. Para nuestro país, de acuerdo al comportamiento de la población con diagnóstico de infección respiratoria aguda utilizando datos de los años 2018 y 2019 se evidenció que el 16% de los pacientes con infección respiratoria aguda presentan IRAG.

Para el logro de la contención de esta enfermedad se requiere fortalecer las habilidades de la población para que ejerza su corresponsabilidad de manera efectiva; y no se sobrepasen las capacidades de atender la demanda de pacientes afectados, fortalecer el rol del primer nivel de atención de manera que logren impactar positivamente en la contención de la propagación del virus y no se sobre demanden los servicios de emergencias, la capacidad de hospitalización y de cuidados críticos de los hospitales.

Aunque en ocasión de esta emergencia internacional por SARS-Cov-2, existe la probabilidad que se presente una sobredemanda de los servicios de salud, ya que coincide con el periodo en que se presenta un aumento de casos de Infección Respiratoria Aguda (IRA) de otras etiologías en el país, situación que nos obliga a estar preparados para responder al excedente de la demanda habitual además de los casos de COVID-19

Expresado lo anterior, la provisión de los servicios de salud debe gestionarse de manera consecuente a la forma en que eventualmente se presentarán los casos, por ello, las acciones de preparación y respuesta deben considerar ajustes en las modalidades de atención domiciliaria ambulatoria, prehospitalaria y hospitalaria.

A. El Triage Respiratorio

Los aspectos organizativos relacionados con el triage respiratorio permiten aclarar sobre la decisión de la selección de unas escalas clínicas como fundamento para el triage .

El protocolo desarrolla los siguientes aspectos:

1. Clasificación de los casos (triage)
2. Identificación de casos leves

1. Clasificación de los casos (triage)

El triage respiratorio es una actividad obligatoria en todas las instituciones de salud, donde se debe tener listos los

procedimientos para tomar precauciones las precauciones estándares para cualquier paciente con una infección respiratoria aguda conocida o presuntiva, incluidos los pacientes con infección presuntiva o confirmada por el nuevo coronavirus COVID-19.

El personal de salud deber ser consciente de que un tardío reconocimiento de la enfermedad conducirá a un retraso en la aplicación de las medidas de protección adecuadas y en consecuencia los pacientes infectados se convertirán en potenciales transmisores de la enfermedad.

En este sentido, organice el espacio y el proceso a fin de que haya una separación (de por lo menos un metro) entre los pacientes con infecciones respiratorias agudas y otras personas que no estén usando equipo de protección personal. Asegúrese de que las áreas de triage y de espera estén bien ventiladas.

Seguidamente, el personal de atención médica deberá establecer los mecanismos de coordinación para la identificación y clasificación de los casos leves que requieren atención domiciliaria y los graves que ameriten atención hospitalaria.

2. Identificación de casos leves

Al inicio del brote, la identificación de los casos sospechosos de COVID-19 debe

tener en cuenta el historial de viaje en los 14 días previos al inicio de los síntomas, para los pacientes evaluados con fiebre y enfermedad respiratoria aguda y se realizará la investigación conforme a la definición de caso establecida en el componente de vigilancia del **Plan Operativo Nacional del Sistema de Salud para la Prevención y Control del Nuevo Coronavirus (COVID-19) del MINSA**. No obstante, la definición de caso está sujeta a cambios a medida que se disponga de información adicional y que la situación epidemiológica del evento cambie; por ejemplo ante el escenario de transmisión local.

Dentro de los criterios clínicos se debe hacer una completa anamnesis de los antecedentes de enfermedades crónicas subyacentes como como enfermedad cardiovascular, afecciones pulmonares crónicas, insuficiencia renal, trastornos asociados a inmunosupresión, diabetes, cáncer, hipertensión y evaluar el riesgo del paciente en relación a su edad (**gráfico 1**).

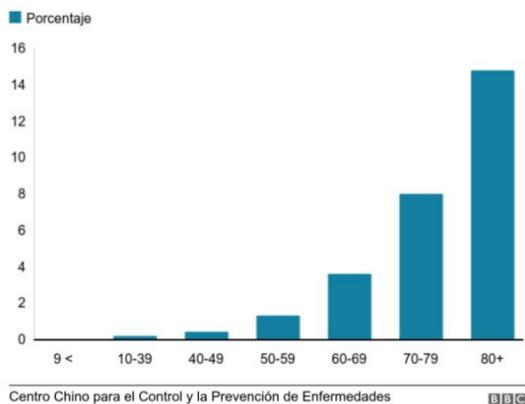
La tasa de mortalidad general, de acuerdo con el estudio realizado por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de China (CCDC), es de un **2,3%**, siendo las personas mayores de **80 años** las que corren más riesgo, con una tasa de mortalidad del **14,8%** (**ver gráfico 1**).

Gráfico 1



Gráfico 2

Tasa de mortalidad del coronavirus en China por edad



Definición de caso leve:

- Pacientes con enfermedad respiratoria aguda evaluados en la consulta ambulatoria de las instituciones de salud que no requieren hospitalización (es decir, pacientes que al examen médico se encuentran médicamente estables y pueden recibir atención en el hogar) o,
- pacientes que son dados de alta para su hogar luego de una

hospitalización con una infección confirmada por COVID-19.

Si el paciente cumple con la definición de caso leve y no padece de enfermedades crónicas subyacentes que acentúen el riesgo de complicaciones, puede atenderse en el domicilio para la observación de los casos durante el periodo de los 14 días y con recomendaciones para el paciente, sus familiares y cuidadores.

El mismo principio de atención en el domicilio puede aplicarse también para los pacientes que se les de alta hospitalaria y puedan completar su periodo de recuperación en casa hasta los 14 días. La decisión debe tomarse con un criterio clínico meticuloso y fundamentarse en la evaluación de la seguridad del entorno doméstico del paciente.

El alcance del triage respiratorio (1) es:

- Reducir el riesgo de transmisión o contagio dentro de los establecimientos de salud.
- Contribuir a la regulación de la demanda y a reducir la sobrecarga en los establecimientos de salud.
- Recopilar información que facilite la identificación y localización posterior del paciente.
- El triage respiratorio no busca hacer diagnóstico etiológico, como tampoco hacer manejo del caso, pero si ofrece la

aproximación sindrómica de abordaje apropiado del caso.

- En triage respiratorio es necesario implementar cuatro fases:
- **Primera** que identifica pacientes con patología respiratoria aguda de origen infeccioso;
- **Segunda** que clasifica en función de las definiciones de caso;
- **Tercera** fase que define el destino inmediato en función de las condiciones clínicas y los recursos disponibles para la atención; y
- **Cuarta**, más compleja, aunque no aplicable a la totalidad de los casos, referida a establecer necesidades y prioridades en cuanto a cuidado crítico.

B. Recursos para la implementación del triage respiratorio para la atención en instalaciones de salud:

1. Físicos

- Contar con un área física exclusiva para realizar la clasificación y atención ambulatoria de personas con sintomatología respiratoria. Debe tener restricciones de uso y tránsito y estar separada de ambientes hospitalarios y/o de consulta externa. Igualmente debe tenerse en cuenta que sea un área ventilada, e identificada para el direccionamiento de los usuarios y pacientes.

- El área destinada deberá contar con facilidades para la higiene de manos.
- En lo posible el área destinada debería contar con un nivel de autosuficiencia en materia de suministro de servicios básicos (agua, energía eléctrica, gases medicinales, comunicaciones, sanitarios, etc.), y facilidades para manejo de desechos.
- Las instalaciones de salud del primer nivel de atención sin camas, deben contar con un espacio o consultorio para la atención de sintomáticos respiratorios, o implementar en el espacio existente, las medidas de protección personal y aquellas dirigidas a la reducción de la transmisión.
- En cuanto a equipos y suministros es necesario disponer de dotación suficiente de equipos de protección personal (EPP), dispositivos para valoración clínica (termómetros, esfigmomanómetros, estetoscopios, oxímetros), como también del equipamiento y material de oficina básico para los respectivos registros clínicos y epidemiológicos.

2. Humanos

Por principio el proceso de triage debe ser lo más simple posible al punto que pueda ejecutarse en forma sistemática por personal entrenado. Siguiendo este precepto, no es necesario requerir de personal especializado para cumplir con

esta tarea, pero sí es importante que quien la ejecute cuente con una formación profesional básica en salud, una experiencia acumulada en la atención de clínica de pacientes y un entrenamiento específico en la utilización de la escala o estándar de triage seleccionado.

Con base en las características y posibilidades de la instalación de salud se decidirá el perfil del personal encargado en forma directa de la ejecución del triage.

Las experiencias más observadas muestran que esta actividad puede ser realizada por médicos generales o por licenciadas en enfermería. El equipo humano puede ser complementado con personal técnico de enfermería.

El gerente de la instalación de salud debe prever que una vez tomada la decisión de establecer un triage respiratorio, el recurso humano además de ser el apropiado, debe ser también suficiente (dotación y rotación de personal), para que su implementación no se convierta en “cuello de botella” en el proceso atención.

3. Logísticos

El resultado efectivo de la implementación de la estrategia de Triage Respiratorio está en gran parte determinada por variables que garanticen su funcionamiento tales como:

- Vinculación del proceso a una red de atención capaz de absorber la

demanda en términos geográficos (territorio y población de responsabilidad) y administrativos (establecimientos públicos y privados, etc.), de modo que permita canalizar los pacientes a los servicios de atención disponibles de acuerdo a su categorización:

- ✓ Sistema de comunicación (telefonía, radio, acceso vía web, etc.).
- ✓ Sistema de transporte de pacientes (vehículo, ambulancia con soporte básico o avanzado según corresponda).
- ✓ Sistema de referencia y contra-referencia.
- ✓ Recursos de información y difusión intrainstitucional e interinstitucional en materia de señalización de rutas al área de triage y direccionamiento de usuarios y pacientes.
- ✓ Mantenimiento de la seguridad.

C. Procedimiento en el triage respiratorio:

Para la atención de los pacientes que ingresan al triage con síntomas de enfermedad respiratoria febril aguda, es imprescindible que los trabajadores de salud realicen higiene de manos adecuada, usen mascarilla médica, y si prevén salpicaduras en los ojos, usen protección ocular.

Es importante la aplicación del control de fuentes contaminantes, por ejemplo, el uso de pañuelos de papel o tela o mascarillas quirúrgicas para el paciente en la sala de espera. Siempre que sea posible, ubicar a los pacientes a un metro de separación con otros pacientes. En todas circunstancias, se ha de garantizar la observación estricta de las precauciones estándar y para microgotas.

El uso de escalas respiratorias es de gran utilidad, basadas en la evidencia, y han sido validadas para uso en diferentes países de la Región. (CURB-65, PSI y/o SOFA. Sin embargo, estas escalas han sido construidas para la valoración de procesos respiratorios infecciosos en general y no específicamente para casos de COVID-19. Además, estas escalas respiratorias no siempre están disponibles para su aplicación en los puntos de atención. El uso de cualquier escala respiratoria para valorar la gravedad del paciente no reemplaza nunca al juicio clínico.

Las circunstancias socioculturales de los pacientes deben ser siempre consideradas en la toma de decisiones clínicas.

Respecto al triage respiratorio de pacientes pediátricos se recomienda valorar: el estado general, el estado de hidratación, la temperatura (fiebre > 38°C), contar las respiraciones en un minuto, observar si hay aleteo nasal o tiraje subcostal, la presencia de estridor

o sibilancias, auscultación de crepitantes y sub crepitantes. Observar el color de las de las uñas y mucosas, para detectar cianosis ungueal y peribucal.

Preguntar sobre posibles contactos familiares o escolares con cuadro gripal. En el algoritmo se resumen los criterios para derivación desde el primer nivel de atención a un nivel de mayor complejidad y hospitalización.

Para los pacientes que resulten positivos por COVID-19 y además tengan diagnóstico de neumonía utilizar las escalas las escalas pronosticas priorizando el juicio clínico del medico

VIII. ATENCION DOMICILIARIA (HOGARES, ALBERGES Y OTROS ENTORNOS COMUNITARIOS).

A. Generalidades

Tomando como referencia las orientaciones provisionales de la OMS planteadas en el documento:

“Atención en el domicilio de pacientes presuntamente infectados por el nuevo coronavirus que tengan síntomas leves y gestión de los contactos”, publicado el 20 de enero de 2020, diseñamos las pautas a seguir por el equipo de respuesta rápida (ERR) en el domicilio, albergues y otros entornos comunitarios y puntualmente a los médicos clínicos que atienden a pacientes con infección respiratoria infectados con COVID-19.

Es importante que el médico que va a determinar el aislamiento domiciliario del paciente, aplique a cabalidad la **definición de caso leve**, tal como se describe a continuación:

Pacientes con enfermedad respiratoria aguda evaluados en la consulta ambulatoria de las instituciones de salud o en el domicilio que no requieren hospitalización (es decir, pacientes que al examen médico se encuentran médicamente estables y pueden recibir atención en el hogar) o, pacientes que son dados de alta luego de una hospitalización con una infección confirmada por COVID-19.

Si el paciente cumple con la definición de caso leve y no padece de comorbilidades que puedan acentuar el riesgo de complicaciones, puede atenderse en el domicilio, albergue u otros escenarios comunitarios según sea el caso, para la observación durante un **período de 14 días**, en el cual se realizarán recomendaciones relacionadas con el tema para el paciente, sus familiares y cuidadores. (VER ANEXO 2)

El mismo principio de atención en el domicilio puede aplicarse también para los pacientes post egreso hospitalario para que puedan completar su periodo de recuperación en casa hasta los 14 días. La decisión debe tomarse con base a criterio clínico minucioso y fundamentarse en la evaluación de la seguridad del entorno familiar y domiciliar del paciente.

B. Pautas a seguir:

- El aislamiento domiciliario se debe efectuar con un seguimiento estricto del paciente, de manera que se mantenga limitada la transmisibilidad entre el paciente y sus contactos recordando que para el COVID-19 la transmisibilidad es de 2 a 5
- Debe evaluarse la seguridad del entorno domiciliario y familiar del paciente, de manera que no se constituya en una limitante para evitar la propagación del virus y para el cuidado y recuperación del paciente.
- Se podrá atender en el domicilio a los pacientes que tengan síntomas leves y no padezcan enfermedades crónicas subyacentes (cardiopatías, neumopatías, insuficiencia renal o trastornos asociados a inmunosupresión), que acentúen el riesgo de complicaciones. El médico debe decidir de acuerdo a un criterio clínico minucioso.
- Asegurar que el paciente y las personas con las cuales convive, tengan la información, clara y precisa sobre higiene personal y colectiva y de las medidas básicas de prevención y control de infecciones, y exista en el hogar la capacidad para ejecutarlas.
- Brindar apoyo, información, entrenamiento y vigilancia constante para garantizar que el paciente y los cuidadores cuentan con las habilidades necesarias para el uso del equipo de protección personal

(EPP) para prevenir el contagio a los contactos en el domicilio, albergue u otro entorno comunitario.

- Establecer un canal de comunicación continuo mediante visita domiciliaria realizando las pruebas diagnósticas cuando sean necesarias y dar seguimiento vía telefónica hasta que el paciente se recupere totalmente
- Mantener la vigilancia epidemiológica en el entorno del paciente, a fin de detectar síntomas entre sus contactos.

C. Educación del paciente, familiares y cuidadores

Es preciso educar al paciente y a las personas que convivan en el mismo domicilio sobre el agente infeccioso y su modo de transmisión y la mejor manera de cuidar al paciente infectado.

Se recomienda ser muy didáctico en la instrucción del uso de mascarillas, guantes y medidas de higiene respiratoria y de lavado de manos.

Se entregarán las recomendaciones por escrito después de explicarlas detalladamente sobre la higiene respiratoria, seguida de la higiene de las manos, entre otros. Una vez terminada la instrucción asegure que las mismas fueron comprendidas para ello puede hacer preguntas o solicitar que hagan una demostración de la utilización de los EPP.

Se deberá registrar los datos de dirección y teléfono de contacto de los pacientes y familiares y se explicará al

paciente que será monitoreado por el personal de salud con el fin de velar por el cuidado de su salud y su familia en el domicilio.

D. Seguimiento de paciente

Con el propósito de mantener un canal de comunicación abierto durante todo el tiempo que dure la atención del paciente con sintomatología respiratoria, caso sospechoso o caso confirmado en el domicilio, se ha dispuesto de un **CALL CENTER 169**, centralizado en el Ministerio de Salud, cuya finalidad es:

- Responder a las llamadas de los usuarios brindando información clara, precisa, sobre higiene personal, medidas básicas de prevención y control de infecciones Responder cuando se presenten dudas o inquietudes
- Hacer vínculo con los responsables en cada provincia y o región de salud de los equipos de respuesta rápida quienes serán los encargados de activar los equipos para la atención en el domicilio y para el seguimiento constante de manera que tanto pacientes como cuidadores cuentan con el conocimiento y las habilidades necesarias para el uso de EPP y para prevenir el contagio a los contactos en el domicilio.

E. Equipos de respuesta rápida de atención en el domicilio.

Esta estrategia de atención domiciliaria cuenta con personal médico y de enfermería asignado, los que se

movilizaran al lugar de domicilio del caso sospechoso o confirmado que se encuentre en aislamiento domiciliario, para realizar la atención del paciente en el domicilio, albergue u otro entorno comunitario para ello y están organizados así;

- Diez (10) equipos de respuesta rápida en Panamá Metro
- Diez (10) equipos de respuesta rápida en San Miguelito.
- Diez (10) equipos de respuesta rápida en Panamá Oeste.
- Dos (2) equipos en cada una de las doce 12 regiones restante.

Estos equipos se pueden incrementar en cada provincia en respuesta a las necesidades manifiestas en el territorio población de responsabilidad.

Para el seguimiento de los casos de manera operativa:

1. Los equipos de respuesta rápida (médico y una enfermera) para la atención domiciliaria, contarán con:
 - a. un vehículo con conductor
 - b. combustible de acuerdo al consumo
 - c. salvoconducto para funcionar 24/7
 - d. insumos y equipos:
 - formulario de notificación y toma de muestra
 - calendario epidemiológico
 - celular o radio
 - Termo / pad
 - Medio de transporte viral
 - Termómetro
 - Oxímetro

- Estetoscopio
- Esfigmomanómetro
- Equipo de protección personal
- Gel alcoholado
- Papel toalla
- Bolsas para desechos bio infecciosos (bolsas rojas)
- Alcohol al 70% (para desinfección de estetoscopios y esfigmomanómetros)
- Por si fuera necesario oxígeno manómetro y cánula.

2. El rol del personal técnico del equipo de respuesta rápida será:
 - a. Evaluar al paciente en el domicilio.
 - b. Tomar la muestra si fuera necesario.
 - c. Generar la alerta al sistema pre hospitalario si se requiere el traslado del paciente.
 - d. Evaluar el entorno familiar en caso que se requiera el aislamiento domiciliar.
 - e. Determinar si el entorno permite el aislamiento domiciliario.
 - f. Explicar y entregar al cuidador y al paciente el requerimiento básico para el aislamiento, priorizando la no transmisión de la enfermedad en el entorno familiar.
3. Este equipo deberá brindar además orientación sobre la instalación de salud a la que debe acudir el paciente para su atención en caso que sea necesario.

4. El soporte psicológico estará disponible a discreción del equipo profesional básico y podrá darse de forma telefónica o presencial.
5. Estos equipos luego de evaluar el entorno familiar y domiciliario deberán decidir sobre la ubicación final del paciente, según las condiciones generales detectadas y/o por la condición de gravedad que presente el paciente.

IX. ATENCION PRE HOSPITALARIAS

Su principal objetivo es el fortalecimiento del sistema de traslado pre e inter hospitalario mediante un transporte seguro de pacientes bajo sospecha o casos confirmados por COVID-19.

Para llevar a cabo este objetivo se debe:

1. Mejorar la intercomunicación de los diferentes actores que participan en la captación, documentación, coordinación, operación y recepción de estos pacientes.
2. Definir el recurso humano que laborara en las acciones de transporte de pacientes con infecciones respiratorias aguda.(reglamento de ambulancia del MINSA 2018).
3. Conocer el equipo de protección personal de uso en estas derivaciones.
4. Aplicar el flujograma de transporte según área de captación y derivación final del paciente bajo

sospecha o diagnóstico confirmado de infección por COVID-19.

5. Describir el proceso de limpieza, desinfección y descontaminación de las ambulancias utilizadas para este fin.

A. Pautas a seguir

1. Valorar el uso de una ambulancia básica o avanzada, previa evaluación del paciente bajo sospecha o confirmado por COVID-19 para su traslado de forma segura,.
2. Destinar el mínimo del recurso humano con entrenamiento en el uso adecuado de equipos de protección personal (ver anexo 2), para evitar la diseminación de la infección por contaminación.
3. Permitir un solo acompañante para el paciente, el cual debe utilizar una mascarilla quirúrgica, guantes y bata desechable durante el transporte y entrega del paciente.
4. Verificar que el paciente y el familiar cuenten con un EPP y el mismo este bien colocado
5. Asignar estrictamente el número de asientos asegurados o de personas permitidas por ambulancia, según reglamento de ambulancias 2018 del MINSA.
6. Coordinar previamente con el Centro Coordinador de Emergencia del MINSA (911 / 206-7571/ 6980-8151) y la unidad receptora el recibo del paciente, con la finalidad de garantizar su atención en el servicio de emergencias y la cama requerida en el área establecida para

aislamiento de COVID-19 en la receptora.

7. Asegurar el funcionamiento del sistema de extracción de aire en la cabina posterior del vehículo de emergencia, de estar disponible.

9. El Personal del Vehículo de Emergencia (VE), debe utilizar en todo momento del transporte y entrega del paciente, el equipo de protección personal.

10. El aporte de oxígeno se utilizará, bajo necesidades ventilatorias del paciente, confirmadas por los niveles de oximetría. (Usando cánula nasal, máscara facial simple o con bolsa, etc.)

11. Estar pendiente por cualquier actualización a estas guías.

B. Equipos de protección personal:

Las recomendaciones sobre el uso de EPP, se basan en:

Las medidas propuestas por los organismos internacionales como el CDC y la OMS, para la protección de los funcionarios de salud involucrados en el manejo directo de casos sospechosos y confirmados.

El EPP estará compuesto por gorro desechable, lentes de protección o visera de protección facial, respirador N95, bata desechable, un par de guantes y cobertores de botas.

C. Unidades de recepción de pacientes:

El personal que atiende el paciente en instalación de primer nivel, deben establecer comunicación con la línea telefónica al 911 y esperar indicaciones.

Cada instalación de salud receptora de paciente sospechoso o confirmado que amerita hospitalización se internará en la sala de atención establecido para el aislamiento o en la unidad de cuidado intensivo según sea establecido por la gravedad o no del paciente.

X. ATENCIÓN AMBULATORIA.

Se llevará a cabo en las instalaciones de salud del primer nivel de atención.

Pautas a seguir

- Considerar que la severidad del cuadro clínico del paciente no siempre se corresponde con la complejidad de la instalación de salud del cual demandan sus servicios, siendo la realidad que los usuarios suelen decidir de manera discrecional el sitio donde acudirán y por ello, todas las instalaciones de salud deben estar preparadas para absorber la demanda ambulatoria, a fin de evitar rutas y desplazamientos sucesivos y adicionales de los pacientes, con el consecuente riesgo que ello acarrea desde el punto de vista de control de infecciones y para la asignación de los recursos destinados para la atención .

- Con el propósito de evitar la afluencia a los hospitales de pacientes afectados por COVID-19 que cursen con infección respiratoria leve o moderada, el sistema de salud habilitará tres instalaciones de salud de primer nivel de atención del mayor escalón de complejidad tanto del MINSA como de la CSS, que cuenten con laboratorio, rayos x y extensión de horario, para la atención en cada región de salud/Provincia
- Difundir y asegurar la información actualizada sobre el brote de COVID-19 en todas las instalaciones de salud y sus servicios en donde se realiza atención ambulatoria de cualquier naturaleza (incluye definición de caso, medidas de control de infecciones, proceso de notificación y reporte para la vigilancia epidemiológica)
- Implementar acciones de triage respiratorio
- Intensificar medidas estándar de control de infecciones para gotas, contacto y aerosoles en todos los establecimientos de salud.
- Disponer áreas específicas destinadas para triage respiratorio en unidades de atención ambulatoria y en servicios de urgencias que permitan clasificar a los pacientes afectados COVID-19 según la severidad de la infección, debidamente dotados de recurso humano específico con adecuada equipo de protección personal.
- Ante la posibilidad de un caso sospechoso para COVID-19 asegurar el aislamiento transitorio del paciente dentro de las instalaciones evitando al máximo el desplazamiento y tránsito del mismo dentro del establecimiento. Asegurar que el paciente reciba y porte mascarilla tipo quirúrgico.
- Asegurar en lo máximo posible que el paciente reciba dentro del área destinada toda la atención requerida (toma de muestras, examen clínico, prescripción, entrega de medicamentos, etc.).
- Aplicar procedimientos normalizados que permitan establecer que el caso en particular puede ser manejado de manera ambulatoria, o que en su defecto el caso debe ser manejado intrahospitalariamente.
- Asegurar que los reportes, registros y notificaciones de vigilancia epidemiológica incluido lo concerniente a identificación y manejo de contactos se haya ejecutado.
- Disponer de medios que garanticen el desplazamiento en retorno del paciente a su domicilio con el menor riesgo posible de contagio a otros (no se recomienda que utilice transporte público).
- Asegurar mecanismos de admisión de caso ante deterioro clínico para su retorno al establecimiento de salud para una nueva evaluación u hospitalización si se requiere.

XI. ATENCIÓN HOSPITALARIA.

Los hospitales previamente han debido establecer, las camas de aislamiento destinadas para la hospitalización de pacientes referidos de los hospitales de segundo nivel de atención de las provincias/ regiones de salud y aquellos que ingresen a través de la atención en sus servicios de emergencias.

Pautas a seguir:

- Hacer auditoría de estancias hospitalarias.
- Suspensión de cirugías electivas para la optimización en el uso de camas.
- Reconversión de camas destinadas para las cirugías electivas.
- Habilitar y/o expandir áreas nuevas con camas.
- Aplicar triage de admisión (UCI/salas de hospitalización).
- Habilitar unidades o centros de atención complementarios (centros de salud con camas, hospitales rurales, hoteles, escuelas, templos, espacios feriales, etc.)

XII. GESTIÓN DE RECURSOS CRITICOS PARA LA ATENCIÓN: RECURSOS HUMANOS Y SUMINISTROS.

Los establecimientos de salud deben asegurar la suficiencia y disponibilidad de recursos humanos y de suministros y equipos necesarios ante un aumento de la demanda.

En el componente de recurso humano se podrán aplicar medidas como:

- Suspensión de licencias y vacaciones.
- Reorganización funcional de tareas.
- Extensión de horarios.
- Incorporación de recurso humano extra.

En el componente de gestión de suministros se podrán aplicar medidas como:

- Estimar necesidades en cuanto a equipos de protección personal, medicamentos, dispositivos médicos enfocados a casos de atención de IRA e IRAG.
- Estimar los costos de los suministros requeridos.
- Gestionar los recursos requeridos teniendo en cuenta el ritmo de consumo vinculado a la demanda.

XIII. BIOSEGURIDAD Y USO DE EPP EN LA ATENCIÓN DE CASOS DE COVIN-19

Con el fin de disminuir el riesgo de transmisión del virus de humano a humano durante la atención en salud, evitando la presentación de casos en trabajadores de la salud y en otros usuarios de las instalaciones de servicios de salud.

Según la OMS, una persona puede contraer la COVID-19 por contacto con otra que esté infectada por el virus. La enfermedad puede propagarse de persona a persona mediante las gotitas procedentes de la nariz o la boca que salen despedidas cuando una persona

infectada tose o exhala. Estas gotículas caen sobre los objetos y superficies que rodean a la persona, de modo que otras personas pueden contraer la COVID-19 si tocan estos objetos o superficies y luego se tocan los ojos, la nariz o la boca.

También pueden contagiarse si inhalan las gotículas que haya esparcido una persona con COVID-19 al toser o exhalar.

Considerando lo anterior, se recomienda aplicar precauciones habituales o estándares a todos los pacientes y profesionales de salud; y aplicar precauciones adicionales provisionales para evitar el contagio por gotículas respiratorias, por contacto y, en la medida de lo posible, por vía aérea, es decir, precauciones según el tipo de transmisión.

Tabla 1. Precauciones adicionales y COVID-19

Escenario	Precaución
Para cualquier caso sospechoso o confirmado de COVID-19	Precauciones estándares + contacto + gotitas
Para cualquier caso sospechoso o confirmado de COVID-19 y procedimientos generadores de aerosoles (PGA)	Precauciones estándares + contacto + aerosoles

Fuente:

<https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>

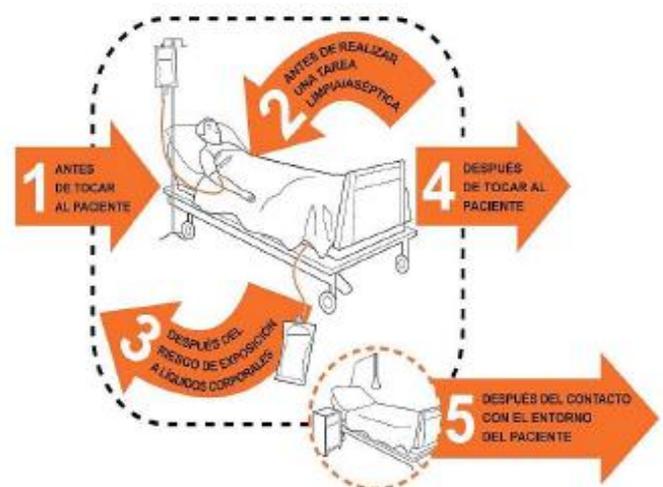
A. Precauciones estándares

Las precauciones estándares son el conjunto de prácticas aplicadas al paciente indistintamente del estatus infeccioso (sospechoso o confirmado), en cualquier lugar donde se prestan servicios de salud. Las precauciones estándares que se deben tener en cuenta son:

1. Higiene de manos:

es la medida principal de prevención y control de la infección. Deberá realizarse, según la técnica correcta y siempre en cada uno de los siguientes momentos:

Los cinco momentos para la higiene de manos



Fuente: Una atención limpia es una atención más segura (https://www.who.int/gpsc/tools/Five_moments/es/)

- Además, se realizará higiene de manos antes de colocarse el equipo de protección personal y después de su retirada.
- Si las manos están visiblemente limpias la higiene de manos se hará con

productos de base alcohólica; si estuvieran sucias o manchadas con fluidos se hará con agua y jabón antiséptico.

- El haber utilizado guantes no exime de realizar la correcta higiene de manos tras su retirada.
- Las uñas deben llevarse cortas y cuidadas, evitando el uso de anillos, pulseras, relojes de muñeca u otros accesorios.

2. Uso de Equipo de Protección Personal (EPP)

según la evaluación de riesgo:

Al seleccionar qué elementos de EPP usar, el trabajador de salud debe realizar una evaluación del riesgo potencial de exposición a la COVID-19. En particular, el trabajador de salud debe considerar:

- ¿Qué procedimientos se llevarán a cabo?
- ¿Cuáles son las posibilidades de contacto con la sangre o los fluidos corporales del paciente y qué tipo de líquidos podrían estar involucrados?
- ¿Se requiere asistencia externa para ponerse o quitarse elementos de EPP?
- ¿Dónde se encuentran las instalaciones de higiene de manos más cercanas?
- ¿Dónde están ubicadas las estructuras establecidas para la eliminación de residuos?

Siempre que se usan elementos de EPP, hay algunos principios generales que se aplican a todos y siempre deben tenerse en cuenta.

- Siempre realice la higiene de las manos antes de manipular y ponerse cualquier elemento de EPP.

- Cualquier pieza dañada o rota de EPP reutilizable debe retirarse y reemplazarse de inmediato.

- Todos los artículos de EPP deben retirarse lo antes posible después de completar el procedimiento de atención médica para evitar contaminar otras superficies.

- Todos los artículos de un solo uso de EPP deben desecharse inmediatamente después de su uso, utilizando las instalaciones de gestión de residuos apropiadas.

- Siempre realice la higiene de las manos inmediatamente después de quitar y desechar cualquier artículo de EPP.

a) *Guantes:*

Son esenciales en los EPP y usados por los trabajadores de salud para prevenir la exposición directa con el contacto con sangre o fluidos corporales de un paciente infectado. **Los guantes NO reemplazan la higiene de manos.**

- Después de realizar la higiene de manos colóquese unos guantes limpios; no necesitan ser estériles si la técnica no lo requiere.

- Cámbiese de guantes si se rompen o están visiblemente sucios.

- Deseche los guantes antes de abandonar la habitación en un

contenedor de residuos con tapa.

- Realice inmediatamente una adecuada higiene de manos.

b) Batas y delantales

Las batas se utilizan además de los guantes si hay riesgo de salpicaduras de fluidos corporales en el cuerpo del trabajador sanitario.

- La misma bata se puede utilizar cuando se presta atención a más de un paciente, pero sólo en aquellos pacientes en cohorte y sólo si la bata no tiene contacto directo con un paciente.
- Los delantales de plástico deben utilizarse además de las batas si el material de la bata no es repelente a los líquidos y la tarea a realizar puede dar lugar a salpicaduras en el cuerpo del trabajador de salud.
- Colóquese una bata resistente a líquidos antes de entrar en la habitación.
- Retírese la bata dentro de la habitación y eliminarla en un contenedor de residuos de clase III con tapa de apertura con pedal.

c) Protección de la mucosa facial: (protector facial, gafas):

Las máscaras y la protección ocular, como gafas y protectores faciales, también son piezas importantes de los EPP y se utilizan para proteger los ojos, la nariz o la mucosa bucal del profesional

de salud de cualquier riesgo de contacto con las secreciones respiratorias o salpicaduras de sangre, fluidos corporales o secreciones de un paciente.

Protección ocular

- Las gafas deben ajustarse a los contornos de la cara del usuario y ser compatible con el respirador.
- Antes de entrar en la habitación colóquese una protección ocular anti salpicaduras.
- En caso de que se vayan a generar aerosoles podrá utilizar una protección ocular ajustada de montura integral o un protector facial completo.
- Quítese la protección ocular antes de abandonar la habitación.
- El protector ocular podrá ser reutilizado (si su ficha técnica lo permite) y para ello se transportará a la zona de limpieza en un contenedor cerrado.

d) Protección respiratoria

- Utilice en la atención del paciente una protección respiratoria con una eficacia de filtración equivalente a FFP2, que se colocará antes de entrar en la habitación. Compruebe que está bien ajustado y que no sale aire por las zonas laterales.
- En caso de que se vayan a generar aerosoles se podrá

- utilizar una protección respiratoria N 95.
- Retírese la protección respiratoria fuera de la habitación y deséchela en un contenedor de residuos.
- Realice una adecuada higiene de manos.

3. Limpieza del ambiente

La limpieza profunda de las superficies con agua y detergente junto a la desinfección utilizando productos de uso hospitalario (como el hipoclorito de sodio) es una medida efectiva y suficiente. En salas de Neonatología, Pediatría, Neumología, inclusive espacios físicos con limitada ventilación se recomienda el uso el Amonio Cuaternario de V generación.

El manejo de la ropa hospitalaria, los utensilios de los alimentos y los desechos hospitalarios debe hacerse siguiendo los procedimientos de rutina establecidos (Ver. Normas de medidas básicas para la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en salud, Panamá 2019).

4. Higiene respiratoria o etiqueta de la tos:

- Proveer mascarillas quirúrgicas a los pacientes con sospecha de infección por COVID-19
- Cubrirse la boca y la nariz si tose o estornuda con un pañuelo desechable o con el antebrazo.

- Realice higiene de manos después de contacto con secreciones respiratorias.
 5. Esterilización y desinfección de equipos médicos:
 - Todo el material no crítico (estetoscopio, Esfigmomanómetro termómetro, otros) debe ser de uso exclusivo para el paciente y se debe dejar en la habitación.
 - El material que vaya a ser utilizado posteriormente con otro paciente deberá ser correctamente limpiado y desinfectado o esterilizado, dependiendo del tipo de material de que se trate, de acuerdo a los protocolos habituales.
 - El material que va a ser reprocesado se transportará a la zona de limpieza en un contenedor cerrado.
 - Los productos de limpieza y desinfección habitualmente utilizados en las instalaciones de salud tienen capacidad suficiente para inactivar el virus. No se requieren productos especiales.
 - Para el reprocesamiento del material, el personal utilizará el equipo de protección personal de uso habitual para los procesos de limpieza y desinfección de material.

B. Precaución adicionales

1. Por gotas:

Este hace referencia a las gotas generadas por los pacientes durante la tos, estornudos o al hablar. La transmisión se produce cuando las gotas que contienen el virus de la persona infectada, son impulsadas a

corta distancia a través del aire y estas se depositan en los ojos, la mucosa nasal, la boca o la piel no intacta de la persona que está en contacto con el paciente.

- Use una máscara médica cuando esté dentro de un rango de 1 metro del paciente.
- Coloque al paciente en una sola habitación o en una habitación que contenga otros pacientes con el mismo diagnóstico, o con factores de riesgo similares, y asegúrese de que cada paciente esté separado por al menos un metro.
- Asegúrese de que el transporte de un paciente a áreas fuera de la habitación designada se mantenga al mínimo.
- Realice la higiene de las manos inmediatamente después de quitar la máscara médica.

2. Transmisión por contacto: es una forma de transmisión a todo contacto que puedan tener las personas con objetos utilizados en la atención médica del paciente contaminado con el COVID-19.

3. Por aerosoles:

es posible que se propague por este mecanismo en aquellos procedimientos generadores de aerosoles como broncoscopia, aspirado nasofaríngeo o procedimientos para la toma de

muestras de secreciones de la vía aérea.

- Utilice un respirador [N95] siempre que entre y brinde atención dentro de las instalaciones de aislamiento del paciente asegurándose de que el sello del respirador se revise antes de cada uso.
- Realice la higiene de las manos inmediatamente después de retirar el respirador.
- El número de trabajadores de salud expuestos a procedimientos generadores de aerosoles (broncoscopio; reanimación cardiopulmonar; ventilación no invasiva (BiPAP, CPAP, HFOV); cirugía; intubación traqueal; ventilación manual; inducción del esputo; aspiración; necropsias) debe ser limitado.
- Realice la prueba del sello del respirador.

XIV. ACCIONES CRITICAS PARA EL MANEJO DE CASOS Y CONTACTOS DE COVIN-19 EN LAS REGIONES DE SALUD BASADA EN LA ESTRATEGIA DE APS.

Las Direcciones Regionales (MINSA) y las Direcciones Institucionales (CSS) y sus equipos de trabajo deben mantenerse informados y alertas sobre la evolución del COVID-19 en Panamá y garantizar que el funcionamiento de la redes de servicios de salud sea efectivo

y eficiente para la atención integral de las personas con sospecha y diagnóstico de la enfermedad.

En ese sentido, las pautas para la gestión los servicios de salud desde las regiones de salud son:

- Contar con el Plan Operativo (PO) MINSA CSS Regional/Provincial con el propósito de controlar la situación del COVID-19 y minimizar sus consecuencias negativas, involucrando a los responsables de las instalaciones del primer nivel de atención (Centros de Salud, Minsa Capsi, Policentros, CAPSS, ULAPS Policlinicas) y de los hospitales de referencia provincial de su región de salud.
- Verificar que las instalaciones de salud de su territorio de responsabilidad cuenten y activen los planes de contingencia requeridos para garantizar una atención integral de los pacientes con COVID-19.
- Estar atentos a los cambios en las tasas observadas versus las tasas pronosticadas para este evento respiratorio, detectando patrones inusuales del indicador y alertando cuando la observación este por encima del límite superior, o ante cambios en la circulación viral por alertas nacionales e internacionales y ajustar los PO para la respuesta.
- Asegurarse que los profesionales y trabajadores de salud de las

instalaciones de salud de su región estén preparados para actuar oportunamente y manejar adecuadamente los casos sospechosos y diagnosticados, socializando todas las indicaciones técnicas que el nivel central adopte en este Plan Operativo Nacional e intensificando los procesos de generación de capacidades sobre los lineamientos, protocolos, normas y guías vigentes:

- Desarrollar acciones de comunicación en salud dirigidas a la población del territorio de responsabilidad de su región/provincia, con el propósito de fortalecer los conocimientos y habilidades para la corresponsabilidad efectiva de las personas sobre los cuidados necesarios para prevenir la propagación y protegerse del COVID-19, el manejo inicial en casa y los signos de alarma para consultar los servicios de salud, de acuerdo con orientaciones clave definidas por el Ministerio de Salud.
- Verificar que las instalaciones de salud organicen sus servicios para garantizar la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de la atención en salud de los casos de pacientes con COVID-19.
- Elaborar en conjunto con los actores involucrados el flujo local de traslado para los hospitales

regionales y nacionales de referencia designados por el MINSA y la CSS, así como el traslado adecuado y seguro para los pacientes y el personal de salud.

- Verificar la oportunidad de la referencia y contra referencia de pacientes con COVID-19 a cargo de las instalaciones de salud de su región y apoyar en lo pertinente, según lo definido en los lineamientos para la prestación de los servicios de la red.
- Promover la implementación de estrategias para la atención oportuna de los casos COVID-19 como: consulta prioritaria, atención domiciliaria, atención según enfoque de riesgo, red de apoyo, centros de atención móviles, entre otros.
- Garantizar el registro de la atención en los sistemas de información correspondientes (SEIS, SIS), orientando a los profesionales de salud para registrar adecuadamente los casos de COVID-19.
- Garantizar que en todas las instalaciones de salud del primer

nivel de atención estén disponibles los medicamentos e insumos necesarios para evitar la transmisión y brindar seguridad a los usuarios y los profesionales de salud.

- Notificar inmediatamente cualquier caso sospechoso o confirmado de COVID-19 al sistema de vigilancia epidemiológica del MINSA.
- Apoyar y contribuir con la vigilancia en salud de su región, en la identificación de los contactos, en la búsqueda activa de los contactos y en la garantía del aislamiento.
- Estar informado, utilizando la página de internet y las redes sociales del MINSA y de la OPS/OMS para estar actualizados con la información que surge diariamente y socializarla con gerentes y profesionales de salud.
- Orientar correctamente a la población sobre las medidas de prevención, evitando las “fake-news” y difundiendo únicamente información con validez técnica y científica.

Anexo 1. DEFINICION DE CASO DE COVID-19

La detección de caso de **COVID-19** se hará de acuerdo a las siguientes definiciones:

Tipo de Caso	Enfermedad por nuevo Coronavirus (COVID-19)
<p>Sospechoso</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedad respiratoria aguda (fiebre y al menos un signo/síntoma de enfermedad respiratoria (por ejemplo, tos, dificultad para respirar)) en una persona que, dentro de los 14 días anteriores al inicio de síntomas, se expuso a cualquiera de las siguientes condiciones: <ol style="list-style-type: none"> i. Visitado o trabajado en un país con transmisión comunitaria o sostenida¹ del virus o ii. Contacto físico cercano² con un caso confirmado de COVID-19; 2. Persona con fiebre de 38°C o más y tos que requiere hospitalización (Infección respiratoria aguda grave), sin otra etiología que explique completamente la clínica y que presente alguna de las siguientes condiciones: <ol style="list-style-type: none"> i. Historia de viaje o una persona que permaneció en un país con transmisión comunitaria o sostenida¹ del virus; en los 14 días previos al inicio de síntomas. ii. Si la sintomatología ocurre en un personal de la salud que ha trabajado en un ambiente donde se atienden infecciones respiratorias agudas, sin relación al lugar de residencia o historia de viaje. iii. La persona desarrolla una clínica inusual o inesperada, especialmente el deterioro repentino a pesar del apropiado tratamiento, sin importar el lugar de residencia o el historial de viaje, incluso si ha identificado otra etiología que explique completamente la presentación clínica. <p>¹ Países con Transmisión comunitaria o sostenida: China, Corea del Sur, Italia, Japón e Irán al 3 de marzo de 2020.</p> <p>² “Contacto cercano o estrecho” se define como:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición asociada a: la atención médica, incluida la atención directa para pacientes con COVID-19; que trabaja con personal de salud infectado con el virus SARS-CoV-2; visitar pacientes o permanecer en el mismo entorno cercano con un paciente confirmado con COVID-19. • Trabajar junto a las proximidades o compartir la misma área de trabajo o escuela con un paciente confirmado con COVID-19 • Viajar junto con un paciente confirmado con COVID-19 en cualquier medio de transporte. • Vivir en el mismo domicilio que un paciente confirmado con COVID-19. <p>El vínculo epidemiológico puede haber ocurrido en un periodo de 14 días previos al inicio de síntomas o después del inicio de la enfermedad en el caso bajo consideración.</p>
Confirmado	Todo paciente que cumpla con la definición de caso sospechoso y presente resultados de laboratorio positivos para SARS-CoV-2, avalada por el Laboratorio Nacional de Referencia para Salud Pública en el Instituto Gorgas de Estudios para la Salud y el Departamento de Virología.
Descartado	Se considerará caso descartado aquel en que no demuestre evidencia de la presencia de SARS-CoV-2 por técnicas de laboratorio avaladas por el laboratorio de referencia.
Importado	Se considerará caso importado todo aquel caso confirmado que después de la investigación epidemiológica evidencie que la infección de acuerdo al riesgo de exposición fue adquirida fuera de Panamá.

Anexo 2. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN EN EL DOMICILIO DE PACIENTES INFECTADOS POR EL COVID-19 QUE TENGAN SÍNTOMAS LEVES

La OMS recomienda las siguientes acciones para la atención en el domicilio:

PREVIO A ENVIAR A UN PACIENTE AL DOMICILIO DEBE VERIFICAR SI PUEDE GARANTIZAR LO SIGUIENTE:

El paciente

1. Debe limitar su movimiento y reducir al mínimo su acceso a los espacios compartidos (por ejemplo, cocina, baño).
2. Para contener las secreciones respiratorias del paciente debe utilizar mascarilla quirúrgica la cual debe usar en todo momento si es bien tolerada. Para aquellos que no toleren la mascarilla debe cumplir rigurosamente con la higiene respiratoria y etiqueta de la tos (si tiene estornudos o tos cubra su nariz y boca con el antebrazo o un pañuelo desechable, deséchelo el pañuelo inmediatamente y realice higiene de manos)

La Habitación

1. De no contar con una habitación para separar al paciente durante su aislamiento las demás personas que comparten con él el domicilio deben mantener una distancia mayor de un metro con el enfermo (por ejemplo, dormir en camas separadas).
2. El servicio sanitario deben estar bien ventilado (por ejemplo, dejando las ventanas abiertas).
3. No permitir visitas.

El cuidador

1. Debe ser una persona que goce de buena salud que no tenga enfermedades como hipertensión, diabetes, asma o problemas pulmonares, defensas bajas.

Habilidades para el cuidador

1. Para entrar a la habitación del paciente, el cuidador debe llevar una mascarilla quirúrgica bien ajustada a la cara.
2. Cuando se encuentre a menos de un metro de distancia atendiendo el paciente de manera directa, el cuidador debe utilizar una mascarilla quirúrgica, guantes y bata o delantal cuando presienta que pueda ocurrir alguna salpicadura. Realizar higiene de manos antes y después del uso del equipo de protección personal.
3. No se debe tocar ni manipular la mascarilla mientras la lleve puesta, si se le moja o se le mancha de secreciones, debe cambiársela de inmediato desechándola en el recipiente de basura., debe lavarse bien las manos y sacárselas.

4. Debe realizar la higiene de manos con agua y jabón o con gel alcoholado, de manera frecuente, principalmente después de cualquier contacto con el enfermo o su entorno inmediato, al igual que antes y después de preparar alimentos, antes de comer, después de usar el baño y siempre que se advierta suciedad en las manos.
5. Para secarse las manos usar papel toalla, de no haberlas, puede usar una toalla de tela exclusivamente para esa finalidad, debe cambiarla cuando esté húmeda.
6. Si las manos no se observan muy sucias puede usar gel alcohol alcoholado
7. Para limpiar y manipular superficies, ropa o sábanas manchadas con fluidos corporales, debe. evitar el contacto sobre todo con las secreciones orales y respiratorias y con las heces del paciente para ello debe usar guantes desechables, mascarilla quirúrgica y delantal plástico, aplicar la higiene de manos antes y después de quitarse los guantes.

Habilidades para las personas que conviven en el domicilio

1. Todas las personas que convivan en el domicilio deben seguir la higiene respiratoria o etiqueta de la tos en todo momento, sobre todo las que estén enfermas, al toser o estornudar realizarlo con el ángulo del brazo o con un pañuelo desechable, desecarlo en la basura y realizar higiene de manos inmediatamente.
2. Las personas con síntomas respiratorios deberán utilizar una mascarilla desechable para contener las secreciones
3. Evitar el contacto de personas sanas con objetos contaminados del paciente (no compartir cepillos de dientes, cigarrillos, platos, cubiertos, bebidas, toallas, sábanas, entre otros.) Los utensilios como platos y cubiertos deben ser lavados con agua y detergente adecuadamente después de cada uso, dejar separados para control.

Medidas de limpieza y desinfección en el domicilio.

1. Todos los desechos generados en la habitación del paciente (guantes, mascarillas, pañuelos, entre otros) deben colocarse en un recipiente con bolsa dentro de la habitación, y eliminarlos posteriormente con el resto de los residuos del hogar.
2. Evitar el contacto directo con los fluidos corporales del paciente, sobre todo las secreciones orales y respiratorias, y las heces.
3. Aplicar la higiene de manos antes y después de quitarse los guantes.
4. Los guantes, los pañuelos, las mascarillas y todos los desechos que genere el enfermo o la atención al enfermo deberán colocarse en un bolsa desechable ubicada dentro del recipiente de basura.
5. Los platos y cubiertos deben lavarse con agua y jabón o detergente después de cada uso, con una preparación de hipoclorito de sodio al 5.25%. Para prepara

esta solución, agregue a un envase de un litro, 100 cc de hipoclorito de sodio al 5.25% y 900 cc de agua.

- Lavar la ropa, sábanas, toallas, etc. de las personas enfermas con agua y jabón de colada ordinario, o a máquina a 60°-90 °C con detergente ordinario, y dejar que se sequen bien.
 - La ropa contaminada debe colocarse en una bolsa hasta el momento de lavarla. No sacudir la ropa sucia y evitar el contacto directo de la piel y la ropa con los materiales contaminados
6. Limpiar y desinfectar con frecuencia diaria las superficies que hayan estado en contacto con el enfermo, como la mesilla de noche, la estructura de la cama y otros muebles de la habitación, con la solución de hipoclorito de sodio al 5.25% mencionada previamente. • Limpiar y desinfectar las superficies del baño y del retrete al menos una vez al día, con un desinfectante de hogar compuesto por una solución de lejía diluida

Recomendaciones durante la lactancia

1. Puede hacerse una excepción en el caso de una madre lactante. Teniendo en cuenta los beneficios de la lactancia y la escasa relevancia de la leche materna en la transmisión de otros virus respiratorios, la madre puede seguir dando el pecho, si bien se aconseja que se ponga mascarilla cuando esté cerca del lactante y que se lave muy bien las manos antes de tocarlo; también deberá observar las demás medidas de higiene que se describen en el presente documento. de la habitación del enfermo, hasta que se eliminen junto con los residuos generales de la casa.

Tiempo del aislamiento

1. Las personas que tengan síntomas deben permanecer en casa hasta que remita el cuadro clínico o se normalicen las analíticas (dos RCT-RT negativas entre las que medien al menos 24 horas). •

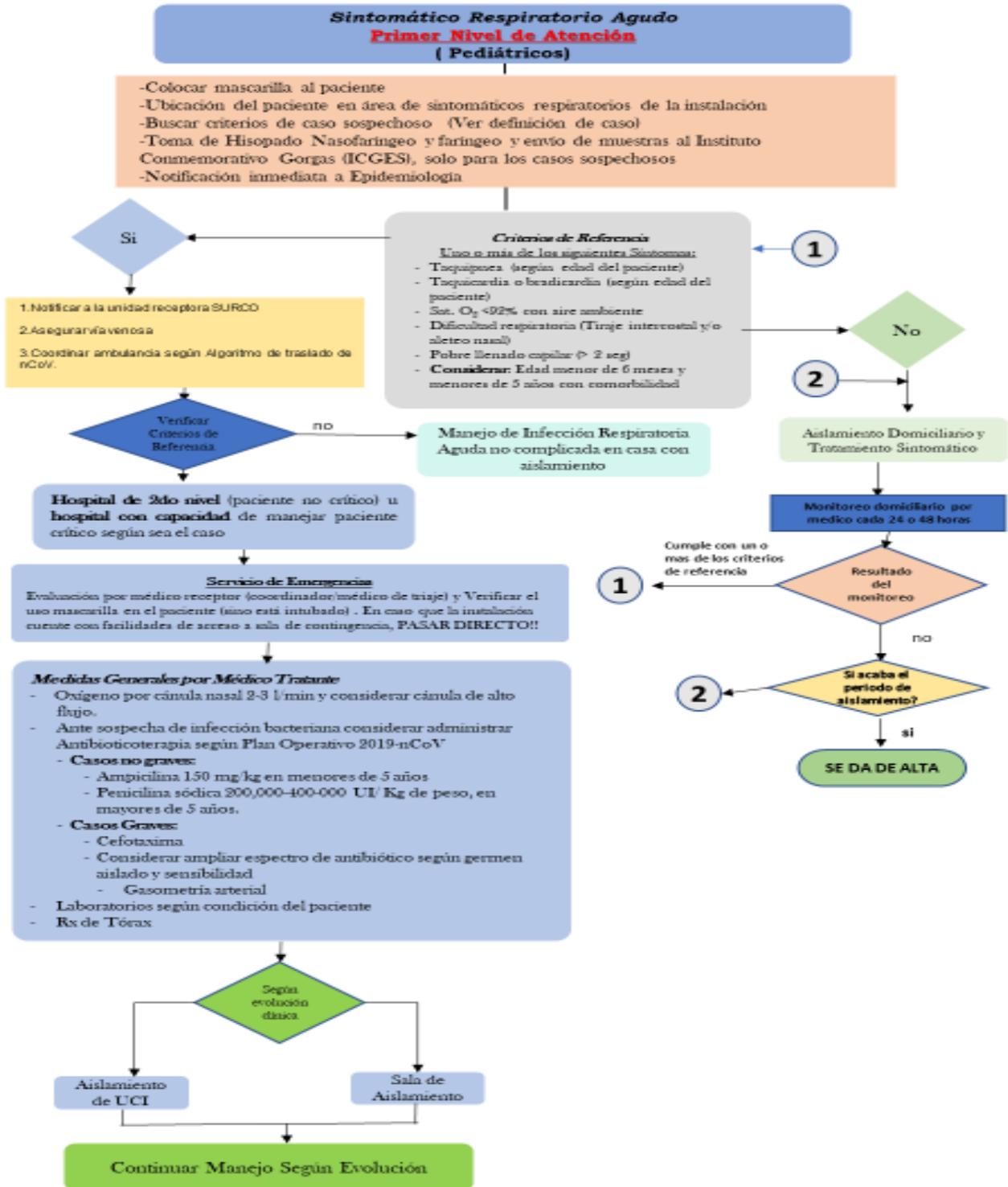
Contactos

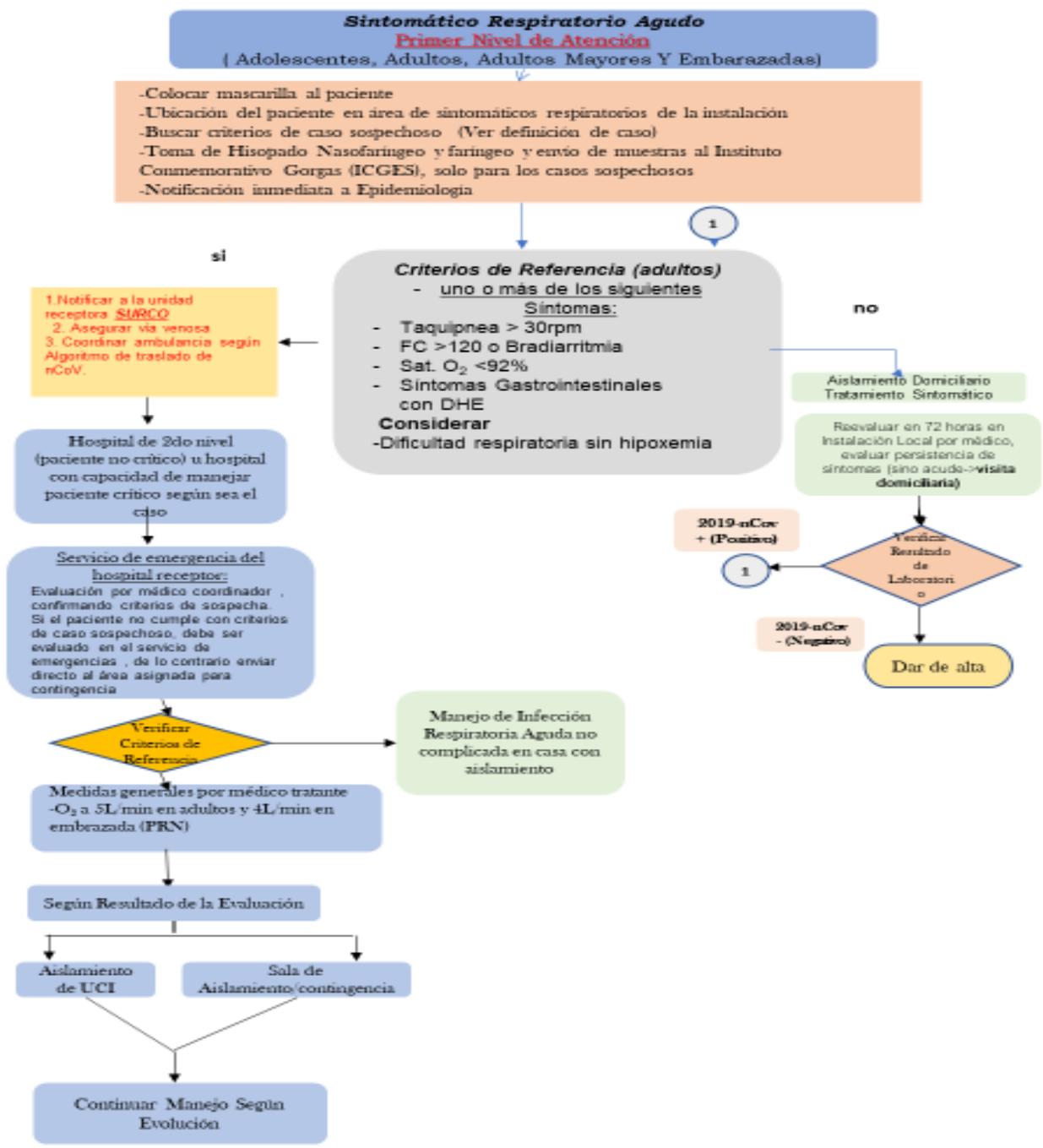
1. Se consideran contactos todas las personas que convivan en el domicilio; su salud debe ser objeto de vigilancia según se indica a continuación. • Si uno de los contactos presenta síntomas de infección respiratoria aguda —fiebre, tos, dolor de garganta y dificultad respiratoria—, habrá que seguir las recomendaciones de salud pública que figuran a continuación. Los profesionales sanitarios que presten atención domiciliaria deben realizar una evaluación de los riesgos para elegir los equipos de protección individual más adecuados

En aquellos casos, que durante los cuidados domiciliarios alguno de los contactos presente síntomas se deben seguir las siguientes recomendaciones:

1. Informar de inmediato al personal de salud que está dando seguimiento al caso del enfermo, quien le indicará como proceder
2. De requerirse la movilización, usar una mascarilla quirúrgica
3. Evitar el uso de transporte público, de preferencia llamar una ambulancia o trasladarlo en vehículo particular con ventana abiertas.
4. Realizar higiene de manos frecuentemente, y mantenerse separado a más de un metro de las personas sanas para evitar contagiarlos (
5. Realizar limpieza y desinfección de las superficies que tuvieron contacto con secreciones respiratorias durante el traslado. Utilizar Cloro al 5.25% en una dilución de 1 parte de cloro por 99 partes de agua, previa limpieza con agua y jabón.

Anexo 2. CRITERIOS PARA REFERENCIA AL HOSPITAL DE PACIENTES CON SIGNOS DE IRAG. ALGORITMOS





Manejo IRAG
Hospitales de 2do o 3er nivel de atención
(adolescentes, adultos, adultos mayores y embarazadas)

Ingreso a servicios de emergencias

- 1.-El paciente al llegar por **demanda espontánea** a REGES debe ser investigado por síntomas respiratorios y de ser así, enviar a consultorio o área específica para su evaluación.
- 2.Evaluación por **personal designado para triaje respiratorio** (con uso de equipo de protección personal)
3. Toma de signos Vitales (FC, FR, PA, T°, % de SAT), buscar si cumple con criterios de caso sospechoso para coronavirus 2019-nCoV
4. En caso de cumplir con criterios de definición de caso sospechoso, debe tomar hisoposado faríngeo y nasofaríngeo y realizar notificación epidemiológica. Laboratorios de Ingreso
 - Hemograma completo
 - Rx de Tórax
 - Química (Pbas. Función Renal, Pbas. Función hepática, DHL)
 - PCR procalcitonina
 - TP, TPT
 - CPK

¿tiene manifestaciones de gravedad de IRAG?

no
 Revisar algoritmo de manejo en atención primaria de salud (APS)

Síndrome de dificultad respiratoria aguda:^a

- Imagen de Tórax (Rx o CAT): opacidades bilaterales, no explicadas por derrames, colapso pulmonar/lobar o nódulos
- Grado de hipoxemia:
 - SDRA leve: $200 \text{ mm Hg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ con PEEP o CPAP $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$.
 - SDRA moderado: $100 \text{ mm Hg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200 \text{ mm Hg}$ con $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$ PEEP.
 - SDRA grave: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 100 \text{ mm Hg}$ con $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$ PEEP.
- Cuando la PaO2 no está disponible, una relación de $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 315$ sugiere SDRA.

Choque séptico^a

hipotensión persistente a pesar de la reanimación con cristaloideos, que requiere vasopresores para mantener presión arterial media (PAM) $\geq 65 \text{ mmHg}$ o lactato $> 2 \text{ mmol/L}$.

Sepsis^a

Los signos de disfunción orgánica incluyen: estado mental alterado, respiración difícil o rápida, baja saturación de oxígeno, taquicardia, oliguria, pulso débil, extremidades frías o presión arterial baja, piel marmórea o evidencia de laboratorio de coagulopatía, trombocitopenia, acidosis, lactato alto o hiperbilirrubinemia.

Neumonía^a

Fiebre o sospecha de infección, tos, frecuencia respiratoria, $> 30 \text{ rpm}$, disnea, saturación de oxígeno $<$ de 92% aire ambiente

Ingreso a UCI

- 1.) O2 en alto flujo de 10-15 lts/min y concentraciones de O2 mayores de 60%
- 2.) Recoja las muestras clínicas de rutina para neumonías adquiridas en la comunidad (idealmente antes de AB) También para Vía respiratoria superior (VRS) y vía respiratoria inferior (VRI)
- 3.) AB a de forma empírica ante sospecha DX de infección bacteriana, incluyendo los patógenos adquiridos en la comunidad, previa toma de hemocultivo
- 4.) Administre los fluidos de forma conservadora en pacientes con IRAG cuando no hay ninguna prueba de choque

Criterios de egreso:

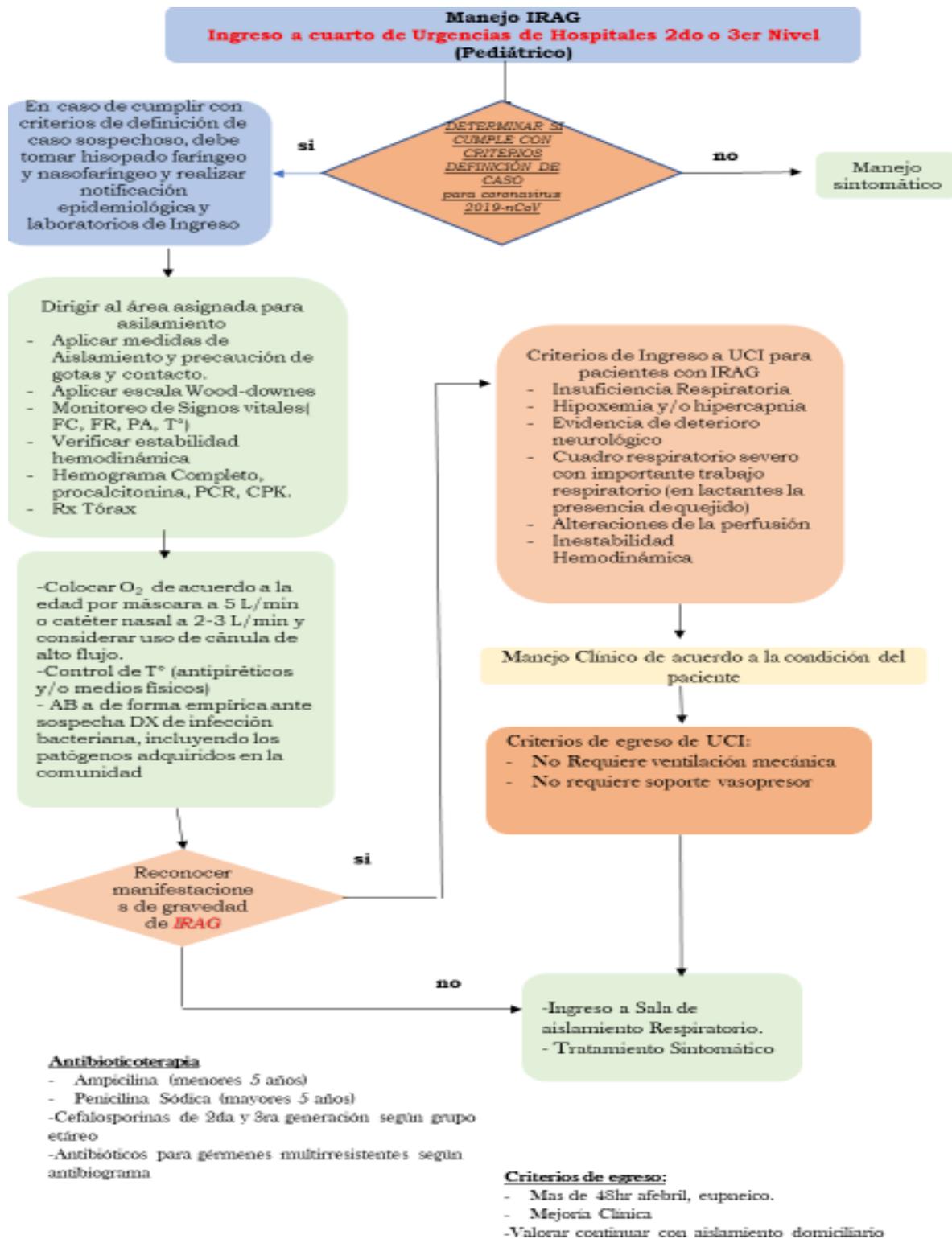
- No Requiere ventilación mecánica
- No requiere soporte vasopresor

Sala de Aislamiento

Manejo Clínico de acuerdo a la condición del paciente

- Criterios de egreso:**
- (72 horas afebril)
 - Asintomático, sin signos de insuficiencia respiratoria.
 - Valorar continuar con aislamiento domiciliario

^aLas clasificaciones sobre los tipos de IRAG fue tomada por documento recomendado por la OMS-OPS



ANEXO 3. CÓMO PONERSE EL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (CUANDO SE NECESITAN TODOS LOS ARTÍCULOS DE EPP)?



Fuente: WHO. 2007. Epidemic-prone & pandemic-prone acute respiratory diseases. Infection prevention & control in health-care facilities. Summary guidance. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69793>

Paso 1

- Identificar peligros y gestionar riesgos. Reúna el EPP necesario.
- Planifique dónde ponerse y quitarse el EPP.
- ¿Tiene un amigo? ¿Espejo?
- ¿Sabe cómo lidiará con los residuos?

Paso 2

- Póngase una bata.

Paso 3

- Póngase la máscara.

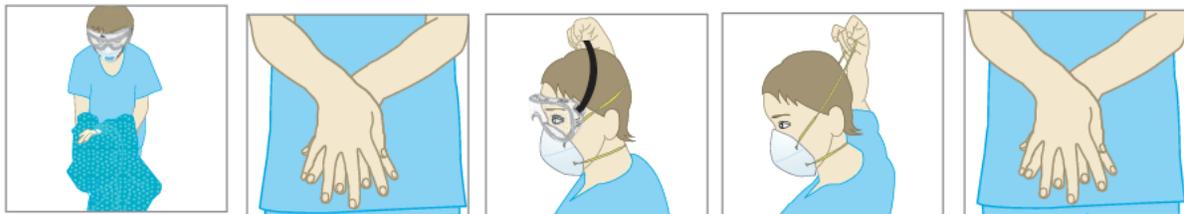
Paso 4

- Póngase protección para los ojos, gafas protectoras. Las gorras son opcionales: si se usan, póngase después de la protección para los ojos.

Paso 5

- Póngase guantes (sobre el puño).

Cómo quitarse el equipo de protección personal?



Fuente: WHO. 2007. Epidemic-prone & pandemic-prone acute respiratory diseases. Infection prevention & control in health-care facilities. Summary guidance. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69793>

Paso 1

- Evitar la contaminación de uno mismo, otros y el medio ambiente.

- Retire primero los elementos más contaminados.
- Quítese los guantes y la bata.
- Quítese la bata y los guantes y enrolla de adentro hacia afuera.
- Deseche los guantes y la bata de manera segura.

Paso 2

- Realice higiene de manos.

Paso 3

- Retire la tapa (si está desgastada).
- Retire la protección ocular desde atrás.
- Coloque la protección para los ojos en un recipiente separado para el reprocesamiento.

Paso 4

- Retire la máscara por detrás.

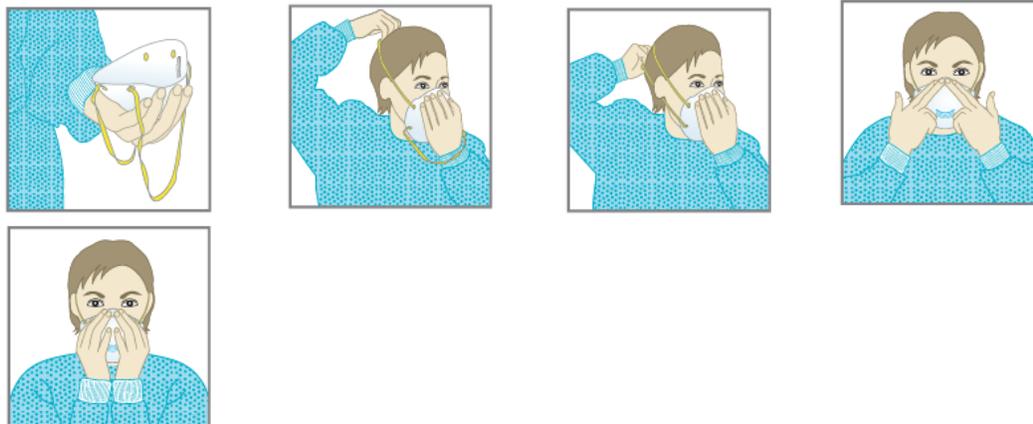
Paso 5

- Realice higiene de manos.

a. Prácticas de inyección seguras: Aunque no es el medio principal para prevenir y controlar el 2019-nCoV, es un factor importante en reducir y eliminar la transmisión de patógenos transmitidos por la sangre de pacientes infectados a trabajadores de la salud, otros pacientes y cualquier otra persona por lesiones con objetos punzantes.

- Nunca vuelva a tapar las agujas usadas.
- Nunca dirija la punta de una aguja hacia cualquier parte del cuerpo excepto antes de inyección.
- No quite las agujas usadas de jeringas desechables a mano.
- Deseche las jeringas, agujas, bisturí, cuchillas y otros artículos afilados en contenedores apropiados resistentes a los pinchazos, que debe ubicarse tan cerca como práctico para el área en la que los artículos fueron usados.

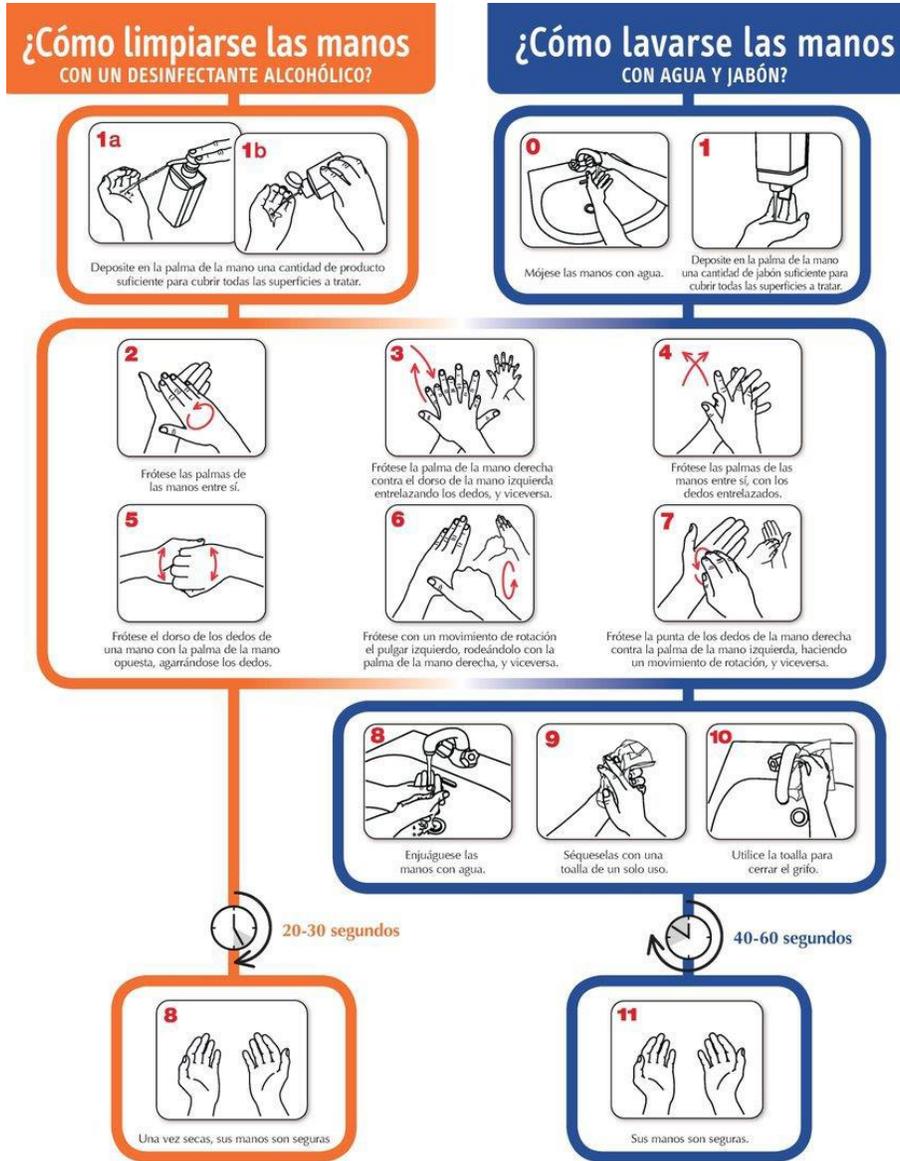
ANEXO 4. PASOS PARA LA PRUEBA DEL SELLO DEL RESPIRADOR



- Fuente: WHO. 2007. Epidemic-prone & pandemic-prone acute respiratory diseases. Infection prevention & control in health-care facilities. Summary guidance. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69793>
- **Paso 1**
 - - Coloque el respirador en su mano con la boquilla en la punta de sus dedos permitiendo que diademas para colgar libremente debajo de la mano.
- **Paso 2**
 - - Coloque el respirador debajo de la barbilla con la boquilla hacia arriba.
- **Paso 3**
 - - Tire de la correa superior sobre su cabeza descansando en la parte superior de su cabeza.
 - - Tire de la correa inferior sobre su cabeza y colóquela alrededor del cuello debajo de las orejas.
- **Paso 4**
 - - Coloque las puntas de los dedos de ambas manos en la parte superior de la boquilla metálica. Moldear el pieza nasal (USANDO DOS DEDOS DE CADA MANO) a la forma de su nariz.
 - - Pellizcar la pieza nasal con una mano puede resultar en un respirador menos efectivo
- actuación.
- **Paso 5**
 - - Cubra la parte delantera del respirador con ambas manos, teniendo cuidado de no molestar al posición del respirador.
- **Paso 5a:** verificación positiva del sello
 - - Exhala bruscamente. Una presión positiva dentro del respirador = sin fugas. Si hay fugas.
 - - Ajuste la posición y / o las correas de tensión. Vuelva a probar el sello.

- - Repita los pasos hasta que el respirador esté asegurado adecuadamente.
- **Paso 5b:** verificación del sello negativo
- - Inhala profundamente. Si no hay fugas, la presión negativa hará que el respirador se adhiera a su cara.
- - Las fugas provocarán la pérdida de presión negativa en el respirador debido a la entrada de aire a través de huecos en el sello.
-

ANEXO 5. TECNICA DE HIGIENE DE MANO CON AGUA Y JABON Y ANTISEPTICA CON PREPARADOS DE BASE ALCOHÓLICO



WORLD ALLIANCE
FOR PATIENT SAFETY

La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Ginebra (HUG), en particular a los miembros del Programa de Control de Infecciones, su participación activa en la redacción de este material.
 Octubre de 2006, versión 1

Organización
Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para comprobar la información contenida en este documento. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. Compete al lector la responsabilidad de la interpretación y del uso del material. La Organización Mundial de la Salud no podrá ser considerada responsable de los daños que pudiere ocasionar su utilización.

ANEXO 6. GUIA PARA LA VISITA DOMICILIARIA COVID-19 –

HOJA DE COTEJO.

OBJETIVO:

Realizar visita domiciliaria para evaluar al enfermo que cumplan con algún criterio de acuerdo con la clasificación de caso (COVID-19) dentro de su entorno social y ambiental.

1. El médico debe evaluar clínicamente a la persona afectada, y en equipo con la enfermera decidir si:
 - Se queda en el hogar, o se hace la derivación hacia una instalación de salud de acuerdo con los niveles de intervención relacionado a los signos y síntomas que observan, o derivación **a un albergue**.
2. Toma de muestra isopado por el médico o la enfermera debidamente capacitados tomando en cuenta los criterios de definición de caso.
3. Toma de temperatura por el médico o la enfermera
4. Llenado de formularios por la persona que ha tenido menos contacto con la toma de muestra.
5. Evaluación del entorno por la enfermera

1) Recurso Humano

- El equipo estará conformado:
- Un (1) médico SI NO
- Una (1) Enfermera SI NO

2) Recurso logístico

- Vehículo con salvoconducto SI NO
- Chofer SI NO
- Combustible. SI NO
- celular o radio. SI NO

3) Materiales:

Llenado De Formularios.

- Formulario para notificación obligatoria individual de eventos de salud pública, que será utilizado para enviar la muestra al laboratorio conmemorativo gorgas. SI NO
- Formulario para la vigilancia de Influenza y Síndrome Gripal y la continuidad de este formulario en la página N°2. SI NO
- Registro y seguimiento de contacto con nuevo coronavirus (COVID-19). SI NO
- Registro de riesgos en su entorno social y ambiental. SI NO

4) Equipo e Insumos.

- Termo con Pad. SI NO
- Medio de transporte viral. SI NO
- papel toalla. SI NO
- bolsa Roja. SI NO
- Gel alcoholado. SI NO
- Transporte viral una vez se haya tomado la muestra. SI NO
- 2 Bolsa Ziploc Chica. SI NO
- 2 Bolsa Ziploc Grande. SI NO
- Termómetro Infrarrojo. SI NO
- Oxímetro. SI NO
- Estetoscopio. SI NO
- Equipo de protección personal (EPP) bata antifluido SI NO guantes SI NO
- mascarilla N95 SI NO lentes de seguridad protectores SI NO
- Esfigmomanómetro SI NO
- Oxígeno, manómetro y cánula (PRN) SI NO

5) Procedimiento: coloque un gancho a medida que el examinador avanza.

Pasos sistemáticos para la toma de muestra y embalaje

- 1) Rotular tubos con el nombre del paciente SI
- 2) Colocar al paciente con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás y mantener esta posición. SI
- 3) Introducir un isopo de nylon estéril flexible por fosa nasal del paciente y progresar con cuidado hacia atrás hacia llegar a la zona nasofaríngea. SI
- 4) Realizar un escobillado (frotado) girando el isopo con movimientos circulares en la nasofaringe para recoger células de descamación de la mucosa nasofaríngea. SI
- 5) Depositar el Isopo en un medio de transporte viral universal (MTV) y luego colocarlo en una bolsa chica ziploc y cerrarla. Llenar el formulario correspondiente. La bolsa ziploc chica sellada colocarla en otra bolsa ziploc grande con el formulario correspondiente. SI
- 6) Tomar la muestra orofaríngea con un nuevo isopo estéril con ayuda de un depresor de lengua se frota con firmeza la pared posterior de la garganta depositar este isopo en el mismo MTV. SI
- 7) Cierre el contenedor primario herméticamente y limpie con hipoclorito al 0.5% SI
- 8) Proceda a embalar la muestra. (Ver punto) 4 SI

6) Entorno: Verificar los factores de riesgos observables en el hogar y en su entorno:

- 7) Cuidador SI NO dotación de agua potable SI NO
- Letrina SI Servicio higiénico SI NO ventilación de la vivienda SI NO hacinamiento SI NO piso de tierra SI NO buena higiene del hogar SI NO presencia de animales SI NO _si su respuesta es SI Cuáles? _____
-

8) Otros factores de riesgos encontrados

9) Orientación básica:

Para el cuidador:

- No tocar, ni manipular la mascarilla mientras se lleve puesta.
- Si la mascarilla se moja o se mancha de secreciones, habrá que cambiarla de inmediato y lavarse bien las manos.
- Aplicar medidas de higiene de mano.
- Usar lociones a base de alcohol.
- Usar Guantes desechables y ropa protectora.
- Lavado de manos y aseo personal.
- Limpieza y desinfección de superficies y áreas en el hogar.
- Manejo y controles de los niños y adultos mayores que viven en el hogar.
- Desechar materiales usados para tapar boca y nariz.
- Evitar contacto directo con fluidos corporales.
- Usar guantes desechables en el contacto con boca y nariz.
- Higiene de manos antes y después de quitarse los guantes
- Platos y cubiertos lavarse con agua y jabón.
- Limpiar y desinfectar con frecuencia diaria la superficie que haya estado en contacto con el enfermo usando cloro, lisol, alcohol al 70%

Uso del cloro para desinfección:

Clorox al 5.25% preparar así:

- 1 parte de cloro + 9 partes de agua es decir 100 mililitros de cloro más 900 mililitros de agua dando un total de un litro. QUEDANDO UNA COCENTRACIÓN DEL 0.5%.
- 1 parte de cloro + 49 partes de agua, es decir 20 mililitros de cloro + 980 mililitros de agua dando un total de un litro de preparación. QUEDANDO UNA CONCENTRACIÓN DE 0.1%.

Habitación:

- De no contar con una habitación para su aislamiento deben mantener una distancia mínima de un metro con el enfermo (por ejemplo, dormir en camas separadas).
- No permitir visitas.

Paciente:

- Limitar el movimiento y reducir al mínimo los espacios compartidos (por ejemplo, cocina, baños), garantizando todo caso que estén bien ventilados.
- Recomiende dejar ventanas abiertas para la ventilación.