

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



FEBRERO 2020

Contenido

I. AUTORIDADES.....	1	II. Unidades de recepción de pacientes:	16
II. INTRODUCCIÓN.....	1	D. ATENCIÓN AMBULATORIA.....	16
III. OBJETIVOS DEL PLAN.....	2	E. ATENCIÓN HOSPITALARIA.....	18
A. Objetivo general.....	2	VIII. GESTIÓN DE RECURSOS	
B. Objetivos específicos.....	2	CRÍTICOS PARA LA ATENCIÓN:	
IV. AMBITO DE ACTUACION DEL PLAN	2	RECURSOS HUMANOS Y SUMINISTROS	19
2		IX. BIOSEGURIDAD Y USO DE EPP EN	
V. AREAS DE INTERVENCIÓN.....	2	LA ATENCIÓN DE CASOS DE COVID-19	19
VI. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		I. Precauciones estándares.....	20
INTENSIFICADA EN PUNTOS DE		1. Higiene de manos.....	20
ENTRADA AÉREO MARÍTIMO Y		2. Uso de Equipo de Protección	
TERRESTRE.....	3	Personal (EPP) según la evaluación de	
A. Aeropuertos.....	3	riesgo.....	21
B. Puertos Marítimos.....	3	3. Limpieza del ambiente.....	23
C. Puertos Terrestres.....	4	4. Higiene respiratoria o etiqueta de	
D. Activación de la alerta.....	4	la tos 23	
E. Pasajero en seguimiento.....	4	5. Esterilización y desinfección de	
F. Identificación de Contactos.....	5	equipos médicos.....	23
VII. GESTIÓN INTEGRAL PARA LA		II. Precauciones adicionales.....	24
ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN		a. Por gotas.....	24
LAS REGIONES DE SALUD / PROVINCIAS6		b. Transmisión por contacto.....	24
A. EL TRIAGE RESPIRATORIO.....	7	c. Por aerosoles.....	24
1. Clasificación de los casos (triage)..	7	X. ACCIONES CRÍTICAS PARA EL	
2. Identificación de casos leves.....	7	MANEJO DE CASOS Y CONTACTOS DE	
3. Recursos para la implementación del		COVID-19 EN LAS REGIONES DE SALUD	
triage respiratorio para la atención en		BASADA EN LA ESTRATEGIA DE APS ...	25
instalaciones de salud.....	9	ANEXO 1. DEFINICION DE CASO DE	
4. Procedimiento en el triage		COVID-19.....	27
respiratorio.....	11	ANEXO 2. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN EN	
B. ATENCIÓN DOMICILIARIA		EL DOMICILIO DE PACIENTES	
(HOGARES, ALBERGUES Y OTROS		INFECTADOS POR EL COVID-19 QUE	
ENTORNOS COMUNITARIOS).....	12	TENGAN SÍNTOMAS LEVES.....	29
1. Generalidades.....	12	Anexo 3. CRITERIOS PARA REFERENCIA	
2. Educación del paciente, familiares		AL HOSPITAL DE PACIENTES CON	
y cuidadores.....	14	SIGNOS DE IRAG. ALGORITMOS.....	32
3. Seguimiento de los casos.....	14	ANEXO 5. PASOS PARA LA PRUEBA DEL	
4. Equipos de respuesta rápida de atención		SELLO DEL RESPIRADOR.....	38
en el domicilio.....	14	ANEXO 7. GUIA PARA VISITA	
C. ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA	15	DOMICILIARIA.....	41
I. Pautas a seguir.....	16		

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 Pascal
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 enfermera, 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 sospechosos y confirmados de COVID-19 de acuerdo a los criterios establecidos en el plan, 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 niveles de atención y de complejidad en cada provincia y/o región de salud.
4. Reforzar la capacidad instalada (personal, materiales, insumos y equipos) en las instalaciones de salud según niveles complejidad, en la lógica de las redes integradas de servicios de salud.
5. Fortalecer el proceso de diagnóstico desde la toma de muestra (hisopado nasofaríngeo) hasta el resultado de la prueba.
6. 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.
7. Conformar áreas para el triage respiratorio en las diferentes instalaciones de salud.
8. Activar el plan de gestión de camas y de insumos críticos para la atención del COVID-19.

IV. AMBITO DE ACTUACION DEL PLAN

Todos los escenarios de atención de los pacientes sospechosos o confirmados por COVID-19 en el domicilio, albergues, otros entornos comunitarios, instalaciones de Salud públicas y privadas de todo el país.

V. AREAS DE INTERVENCIÓN

- Vigilancia Epidemiológica activa en
 - aeropuertos,
 - puertos y
 - fronteras.
- Gestión Integral para la organización de la atención en las regiones de salud/provincias
 - Atención domiciliaria
 - Atención en el Hogar
 - Atención en albergues
 - Atención en asilos y otros entornos comunitarios
 - Atención en el Triage respiratorio
 - Atención ambulatoria
 - Atención pre-hospitalaria
 - Atención hospitalaria
 - Gestión de camas
 - Gestión de Recursos críticos para la atención
 - Sistema de referencia
- Bioseguridad en la atención con énfasis en el uso de equipo de protección personal, limpieza y desinfección del entorno del paciente sospechoso o confirmado de COVID-19

- 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 EPIDEMIOLOGICA 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 sospechosos en aeropuertos, puertos 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. Aeropuertos

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 con la probabilidad de presentarse casos sospechosos.

Aplicación 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 del 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 fortalece con tres turnos operativos (24 h) con personal médico y técnico de saneamiento ambiental de manera permanente.

Se ajusta del protocolo de respuesta dentro del Plan de Contingencia.

C. Puertos Terrestres

Coordinación con el Servicio Nacional de Migración, Servicio Nacional de Fronteras y el Ministerio de Salud para la vigilancia del ingreso de viajeros procedentes de países afectados en los principales puntos de ingreso terrestre.

Derivación de casos sospechosos detectados dentro de la zona fronteriza al hospital de referencia de cada región de salud con fronteras aplicando el protocolo.

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 procede a monitorear la declaración de vuelo, vía radio, que debe cumplir la aeronave según el anexo 9 del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) 2005.
3. Si hay enfermos se activa el Plan de Contingencia de Salud Internacional.

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.

De ser necesario el pasajero será contactado vía telefónica, por personal de salud para el monitoreo de su condición de salud, durante los próximos 14 días. El viajero debe contestar la llamada telefónica, de no hacerlo se procederá a su búsqueda.

Luego de completar las evaluaciones de los vuelos donde hubo pasajeros procedentes de los país con transmisión de COVID-19 el equipo de Salud Internacional del aeropuerto deberá notificar al Departamento de Epidemiología del Nivel Nacional al número del Centro Nacional de Enlace, quien notificará a los Departamentos Regionales de Epidemiología para el

seguimiento de caso sospechoso realizando el monitoreo de su condición de salud.

Si durante el seguimiento de los pasajeros, alguno presenta síntomas infección respiratoria aguda se debe alertar al Sistema de Salud para toma de muestra si cumple con la definición de caso y establecer la condición como leve moderado o grave para definir conducta

F. Identificación de Contactos

Contacto dentro de la aeronave:

1. Se considerará contacto al segmento de pasajero ubicado dos filas laterales (izq y der), dos filas adelante y dos filas atrás. Si esta en pasillo, esta cuenta como una fila, que estuvo en un vuelo con un caso sospechoso o confirmado COVID-19, así como el personal de la tripulación que estuvo en contacto con él.
2. Debe considerarse como contacto, el personal de limpieza del segmento, que utilice las medidas de bioseguridad aeronave sin medidas de protección.
3. 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 sin presentar síntomas de infección respiratoria aguda, se le dará el alta epidemiológica.

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.

La OMS no recomienda 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 (Anexo 8 del RSI) 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.

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.

Manejo de cadáveres

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

VII. GESTIÓN INTEGRAL PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LAS REGIONES DE SALUD / PROVINCIAS

Las acciones de organización de la atención van dirigidas a diferentes escenarios, incluyendo el aislamiento domiciliario, la gestión del riesgo respiratorio, 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 Prevencion (CDC) 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 multi-sistémica, son 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 infección respiratoria aguda grave (IRAG)

Para el logro de la contención de esta enfermedad se requiere fortalecer las habilidades de las personas para que ejerzan su corresponsabilidad de manera efectiva; y no se sobrepasen las capacidades de las instalaciones de salud 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 y 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 donde en el país se presentan aumentos de casos de Infección Respiratoria Aguda (IRA) de otras etiologías, situación que nos obliga a estar preparados para responder al excedente de la demanda habitual además de los casos de COVID-19.

Por todo lo descrito previamente, las medidas de protección específicas como son la vacunación de la influenza y el neumococo, juegan un papel importante en la contención de los casos de enfermedades respiratorias aguda

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, pre-hospitalaria y hospitalaria.

A. EL TRIAGE RESPIRATORIO

El triage respiratorio es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar correctamente y con seguridad los flujos de pacientes sintomáticos respiratorios cuando la

demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos.

1. Clasificación de los casos (triage)

Es una actividad obligatoria en todas las instalaciones de salud, donde se debe aplicar las precauciones estándares para identificar paciente con una infección respiratoria aguda por COVID-19 y separarlo del resto de las personas que acuden a la instalación

Un diagnóstico tardío de la enfermedad conducirá a un retraso en la aplicación de las medidas de protección correctas 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 (EPP). 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. Enero 2020.**

No obstante, la definición de caso está sujeta a cambios a medida que se disponga de información adicional y del comportamiento epidemiológico del evento; 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 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

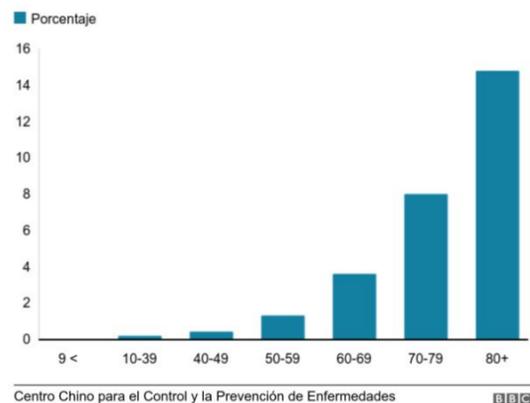
La tasa de mortalidad general, de acuerdo con el estudio realizado por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de China (CDC), es de un **2,3%**, siendo los adultos mayores las que corren más riesgo, con una tasa de mortalidad del **14,8%**

Afecciones Preexistentes



Tasa de mortalidad del coronavirus en China por edad

Tasa de mortalidad del coronavirus en China por edad



Definición de caso leve:

- **Pacientes con enfermedad respiratoria aguda evaluados por el médico en el domicilio o en las instalaciones de salud de primer nivel de atención o en los servicios de urgencias de los que no requieren**

hospitalización (es decir, pacientes que al examen médico se encuentran 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 bajo la observación durante los próximos 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 dé de alta hospitalaria y puedan completar su periodo de recuperación en casa hasta los 14 días. La decisión debe tomarse con un criterio clínico minucioso 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 las instalaciones 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 sí 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.

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

a) *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.

b) 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.

c) 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 (telefónica, 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.

4. Procedimiento en el triage respiratorio

Para la atención de los pacientes que ingresan al triage con síntomas de

enfermedad respiratoria aguda y febril, es imprescindible que los trabajadores de salud realicen higiene de manos correcta, usen mascarilla quirúrgica, y si prevén salpicaduras en los ojos, usen lentes de protección y seguridad ocular.

Es importante la aplicación del control de fuentes contaminantes, por ejemplo, el uso de pañuelos de papel o tela, mascarillas quirúrgicas para el paciente en la sala de espera. Siempre que sea posible, ubicar a los pacientes a un metro de distancia de otros pacientes. En todas las 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. (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 pronósticas priorizando el juicio clínico del médico

B. ATENCIÓN DOMICILIARIA (HOGARES, ALBERGUES Y OTROS ENTORNOS COMUNITARIOS).

1. Generalidades

La atención domiciliaria en Panamá se operativiza con los equipos de respuesta rápida y toma como referencia las orientaciones básicas 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 y puntualmente a los médicos clínicos y enfermeras que atienden a los pacientes con infección respiratoria infectados con COVID-19.

Es importante que el médico y la enfermera que van a determinar el aislamiento domiciliario del paciente, apliquen 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 instalaciones de salud o en el domicilio que no requieren hospitalización (es decir, pacientes que al examen médico se encuentran en condición estable 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 realizaran recomendaciones relacionadas con el tema para el paciente, sus familiares y cuidadores.

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 domiciliario del paciente.

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 la familia o personas que convivan con él, recordando que para el COVID-19 la transmisibilidad es de 2 a 5. (cada persona infectada puede contagiar hasta cinco y así sucesivamente se va multiplicando, si se desarrolla la historia natural de la enfermedad y no se aplican de manera estricta las medidas de prevención y contención.
- Debe evaluarse la seguridad del entorno domiciliario y familiar del paciente, de manera que no se constituya en riesgo para la propagación del virus y para el cuidado y recuperación del paciente.
- La aplicación de medidas de higiene, limpieza y desinfección en el hogar contribuyen a que el hogar sea un lugar seguro para la familia. Ya que el virus es sensible al detergente en polvo y al cloro al 5.25% diluido en agua. (1 de cloro por 9 de agua)
- 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.
- 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.
- 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 las personas dentro del hogar.
- 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.

2. 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. 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.

3. Seguimiento de los casos

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. Equipos de respuesta rápida de atención en el domicilio.

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

Esta estrategia de atención domiciliaria cuenta con la asignación de un médico y una enfermera, por cada equipo, los que se movilizaran al lugar de domicilio albergue u otro entorno comunitario donde se encuentra en aislamiento el paciente o caso sospechoso o confirmado, para realizar la atención, para ello están organizados así:

1. Equipos de salud compuesto por un médico y una enfermera.
2. Cada equipo de respuesta rápida para la atención domiciliaria contará con:
 - a. un vehículo con combustible
 - b. conductor y salvoconductor
 - c. 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 (EPP)
 - 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.
3. El rol del personal médico y enfermera que conforma el equipo de respuesta rápida será:
- a. El médico realizará la evaluación clínica del paciente en el domicilio.
 - b. El médico o la enfermera tomará la muestra si fuera necesario.
 - c. Generarán la alerta al sistema pre hospitalario si se requiere el traslado del paciente.
 - d. La enfermera evaluará el entorno familiar, y determinará si el entorno físico/socio/ambiental permite el aislamiento domiciliario, en caso que se requiera.
 - e. Se explicará y entregará al cuidador y al paciente el requerimiento básico para el aislamiento, limpieza y desinfección priorizando la no transmisión de la enfermedad en el entorno familiar.
4. Este equipo deberá brindar además orientación sobre la instalación de salud a la que debe acudir para la atención en caso que sea necesario.
5. El soporte psicológico estará disponible a discreción del equipo profesional básico y podrá darse de forma telefónica o presencial.
6. Estos equipos luego de evaluar el entorno familiar y domiciliario deberán decidir sobre la ubicación final del paciente, según las condiciones generales detectadas y de acuerdo a la condición de gravedad que presente el paciente.

C. ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA

Su principal objetivo es el traslado pre hospitalarios e interhospitalario de pacientes sospechosos o confirmados por COVID-19, en un transporte seguro, en condiciones óptimas y en tiempo oportuno.

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 capacitado que laborará en las acciones de

transporte de pacientes con infecciones respiratorias aguda.

3. utilizar el equipo de protección personal correcto.

4. Previa coordinar del médico de la unidad que refiere con 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, transportar el paciente sospechoso o confirmado con COVID-19 hacia la instalación de salud la referencia correspondiente

5. Ejecutar el proceso de limpieza, desinfección y descontaminación de las ambulancias utilizadas para este fin, entre cada traslado de paciente, según lo establece las guías de bioseguridad.

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

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

8. Comunicarse con el médico de la unidad que refiere, ante cualquier duda o cambio de la condición de salud del paciente sospechoso o confirmado con COVID-19, durante el traslado.

II. 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 establecida para el aislamiento o en la unidad de cuidado intensivo según sea establecido por la gravedad o no del paciente.

D. ATENCIÓN AMBULATORIA. .

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

Pautas a seguir:

- Intensificar las acciones de promoción de la salud, transmitiendo los conocimientos, y generando las habilidades en las personas para el autocuidado y motivándolas para que cuiden su salud además de informar el uso correcto de las instalaciones de salud, de manera que las personas asuman conductas saludables y eviten los riesgos asociados a la transmisión del COVID-19
- Considerar que la severidad del cuadro clínico del paciente no siempre se corresponde con la complejidad de la instalación de salud a la cual acude en busca de 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 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 extendido, 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 triaje respiratorio o Intensificar medidas estándar de control de infecciones para gotas, y las de contacto y aerosoles en todos los establecimientos de salud en caso de que se tomen muestras de hisopado nasofaríngeo.
- Disponer áreas específicas destinadas para triaje 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 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 en el domicilio o que en su defecto el caso debe ser manejado intrahospitalariamente.
- Asegurar que los reportes, registros y notificaciones de vigilancia epidemiológica incluida 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.

E. ATENCIÓN HOSPITALARIA.

Los hospitales son las instalaciones más complejas del sistema de salud, por ello su uso está reservado para la atención de los casos más complicados que ameriten atención especializada, hospitalización y cuidado crítico.

El personal nuclear para la atención directa del paciente con COVID-19 será

el médico y la enfermera. Apoyados por un equipo de profesionales vinculados al diagnóstico y al tratamiento, y un equipo compuesto por camillero y mensajero.

La atención hospitalaria está prevista para un aproximado de 15 % de los casos confirmados por COVID-19 que se espera presentan infección respiratoria aguda grave que sea referidos por los equipos de respuesta rápida en su atención en domicilio, instalaciones de salud del primer nivel de atención o aquellos que lleguen por demanda espontánea a los servicios de emergencias del hospital en condición grave.

Los hospitales de 3er nivel están previstos para atender un aproximado de 5 % de casos confirmados con COVID-19 que ameriten atención en unidades de cuidados crítico o intensivos y sean referidos por hospitales de 2do nivel o aquellos pacientes que llegue al servicios de emergencias del hospital en condición crítica.

Pautas a seguir:

- Tendrán una sala acondicionada con los requerimientos básicos para el aislamiento de los pacientes por COVID-19, con dotación de camas destinadas para la hospitalización de pacientes referidos.
- Realizará la auditoria de camas
- Suspenderá las 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.)

VIII. GESTIÓN DE RECURSOS CRÍTICOS 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 la demanda.

IX. BIOSEGURIDAD Y USO DE EPP EN LA ATENCIÓN DE CASOS DE COVID-19

La bioseguridad se refiere a un conjunto de normas y medidas para proteger la salud del personal, frente a riesgos biológicos, químicos y físicos a los **que** está expuesto en el desempeño de sus funciones, también a los pacientes y al medio ambiente, con el fin de disminuir el riesgo de transmisión del COVID-19 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.

Es un conjunto de normas y medidas para proteger la salud del personal, frente a riesgos biológicos, químicos y físicos a los que está expuesto en el desempeño de sus funciones, también a los pacientes y al medio ambiente.

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 gotículas 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.

Precauciones adicionales y estándares 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/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>

I. Precauciones estándares

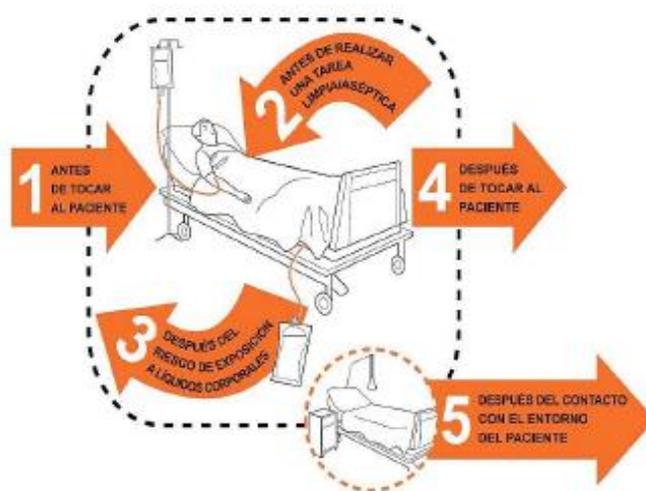
Las precauciones estándares son el conjunto de prácticas aplicadas al paciente indistintamente del estatus infeccioso (sospechoso o confirmado), en cualquier lugar donde se prestan servicios de salud. Las precauciones

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 instalaciones de 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.

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.

II. Precauciones adicionales

a. 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.
-

b. 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.

c. 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.

X. ACCIONES CRÍTICAS PARA EL MANEJO DE CASOS Y CONTACTOS DE COVID-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 Políclínicas) 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)
Sospechoso	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Visitado o trabajado en un país con transmisión comunitaria o sostenida¹ del virus <p style="text-align: center;">o</p> <ul style="list-style-type: none"> ii. Contacto físico cercano² con un caso confirmado de COVID-19; <p>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:</p> <ul 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. El cuidador debe llevar una mascarilla quirúrgica bien ajustada a la cara cuando entre a la habitación y se encuentre a más de un metro del paciente. 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.
2. 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.

3. Realizar la higiene de manos con agua y jabón gel alcoholado, de manera recuente, 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.
4. Si no hay suciedad visible en las manos, también pueden usarse lociones a base de alcohol. Cuando haya suciedad visible, habrá que lavarse las manos con agua y jabón. Para secarse las manos después de lavárselas con agua y jabón, es preferible usar toallitas de papel descartables. De no haberlas, se utilizará una toalla de tela exclusivamente para esa finalidad, cambiándola cuando esté húmeda.
5. De requerir el ingreso a la habitación del paciente sin tener contacto directo con este, deberá usar una mascarilla quirúrgica.
6. Usar guantes desechables y delantal de plástico para limpiar y manipular superficies, ropa o sábanas manchadas con fluidos corporales. 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 deberán seguir medidas de higiene respiratoria en todo momento, sobre todo las que estén enfermas. (taparse la boca y la nariz al toser o estornudar, con mascarillas médicas o de tela, con pañuelos de papel o con el codo, y lavarse las manos a continuación).
2. Evitar otras formas de exposición a las personas enfermas o a los objetos contaminados en su entorno inmediato (por ejemplo, no compartir cepillos de dientes, cigarrillos, cubiertos, platos, bebidas, toallas, esponjas, sábanas, etc.).

Medidas de limpieza y desinfección en el domicilio.

1. Desechar los materiales empleados para taparse la boca y la nariz o lavarlos adecuadamente (por ejemplo, lavar los pañuelos de tela con agua y jabón corriente o detergente).
2. Evitar el contacto directo con los fluidos corporales del paciente, sobre todo las secreciones orales y respiratorias, y las heces.
3. Utilizar guantes desechables en el contacto con la boca y la nariz y en la manipulación de heces, orina y desechos.
4. Aplicar la higiene de manos antes y después de quitarse los guantes.
5. 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.
6. Los platos y cubiertos deben lavarse con agua y jabón o detergente después de cada uso, con una preop(1% de lejía y 99% 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

7. 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 desinfectante de hogar que contenga una solución de lejía diluida⁶ (1% de lejía y 99% de agua). • 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 diluida⁶

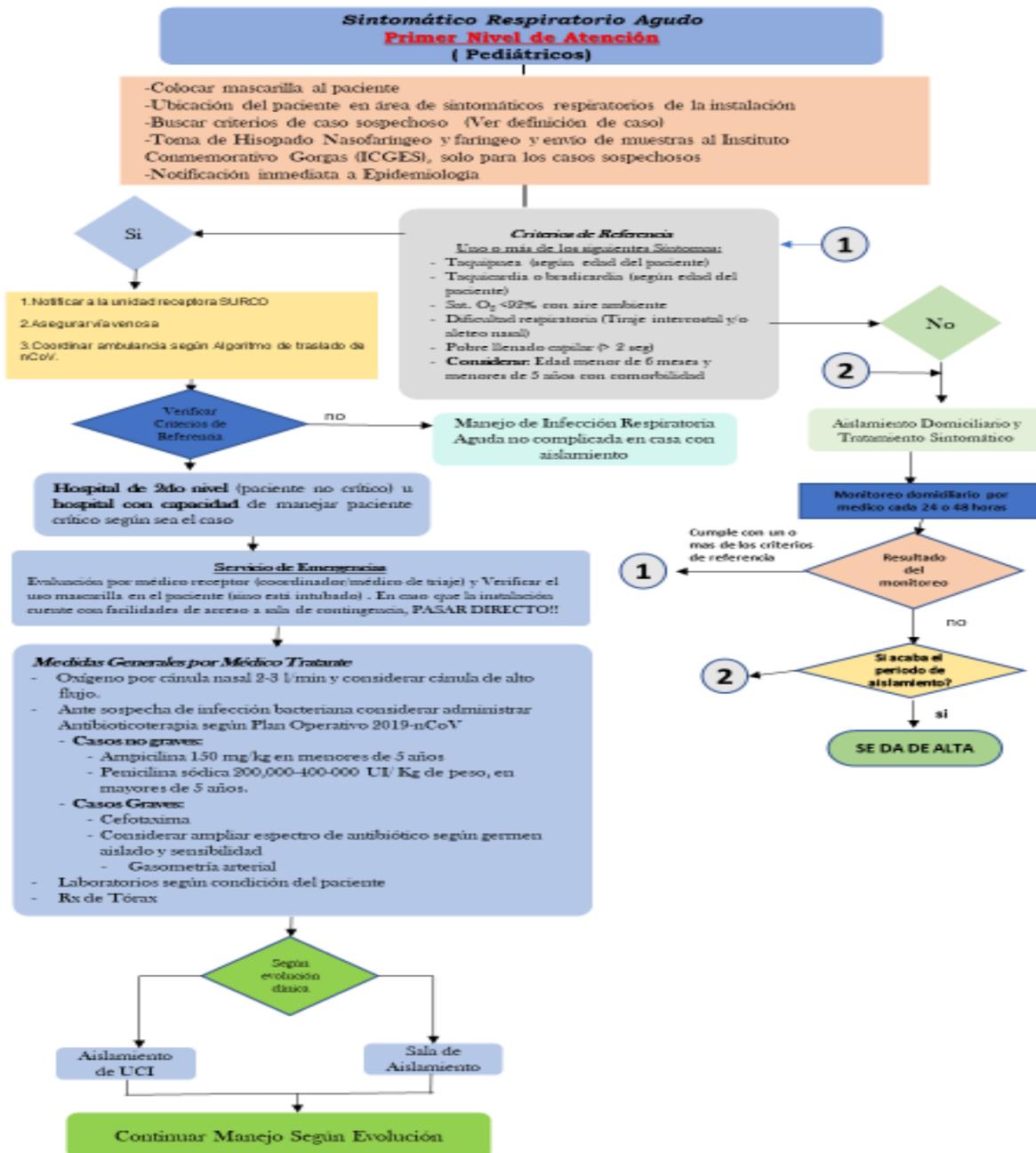
Recomendaciones durante la lactancia

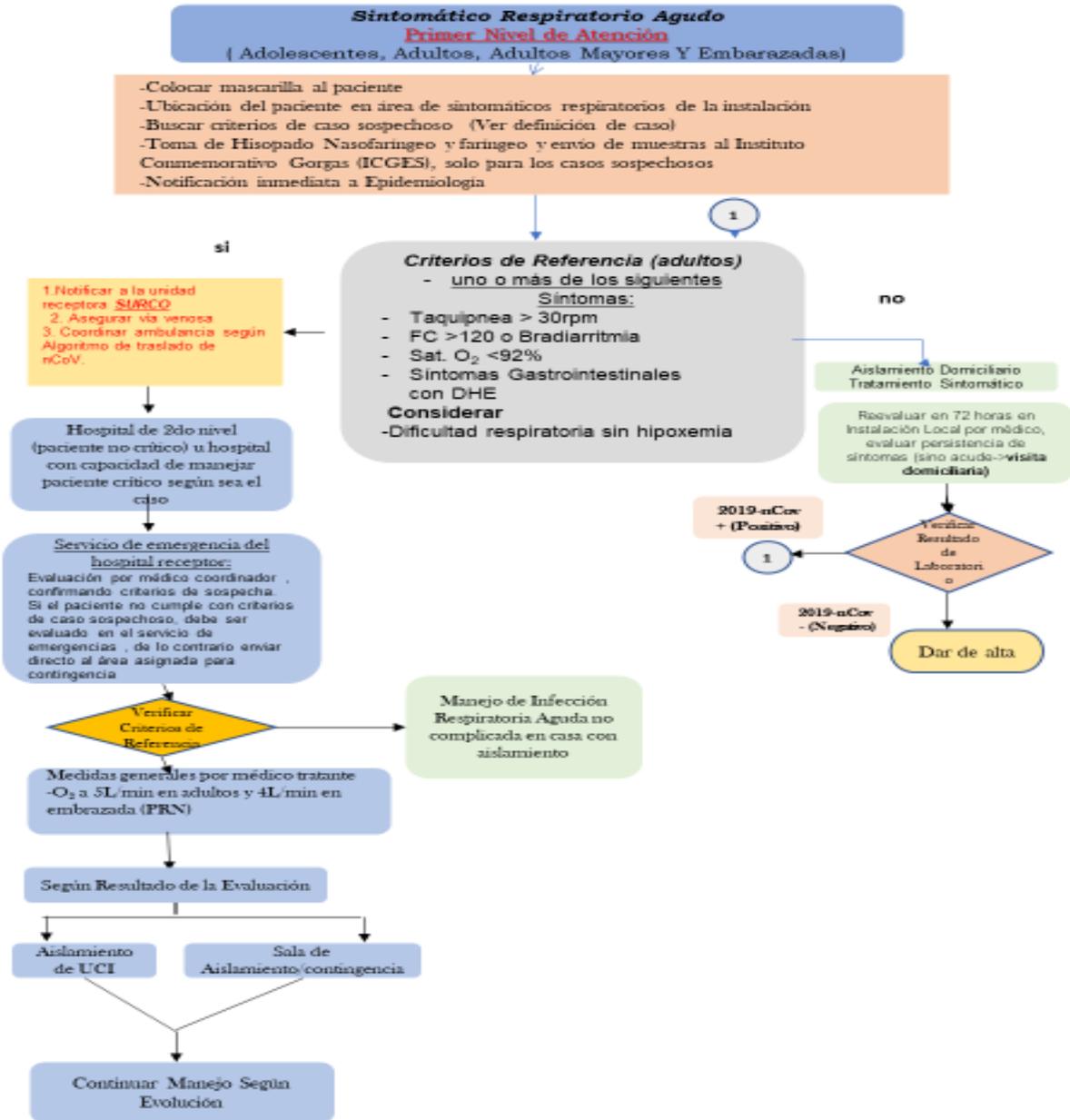
1. Puede hacerse una excepción en el caso de una madre lactante. Teniendo en cuenta los beneficios de la lactancia y la escasa relevancia de la leche materna en la transmisión de otros virus respiratorios, la madre puede seguir dando el pecho, si bien se aconseja que se ponga mascarilla cuando esté cerca 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). • 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

Anexo 3. 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)

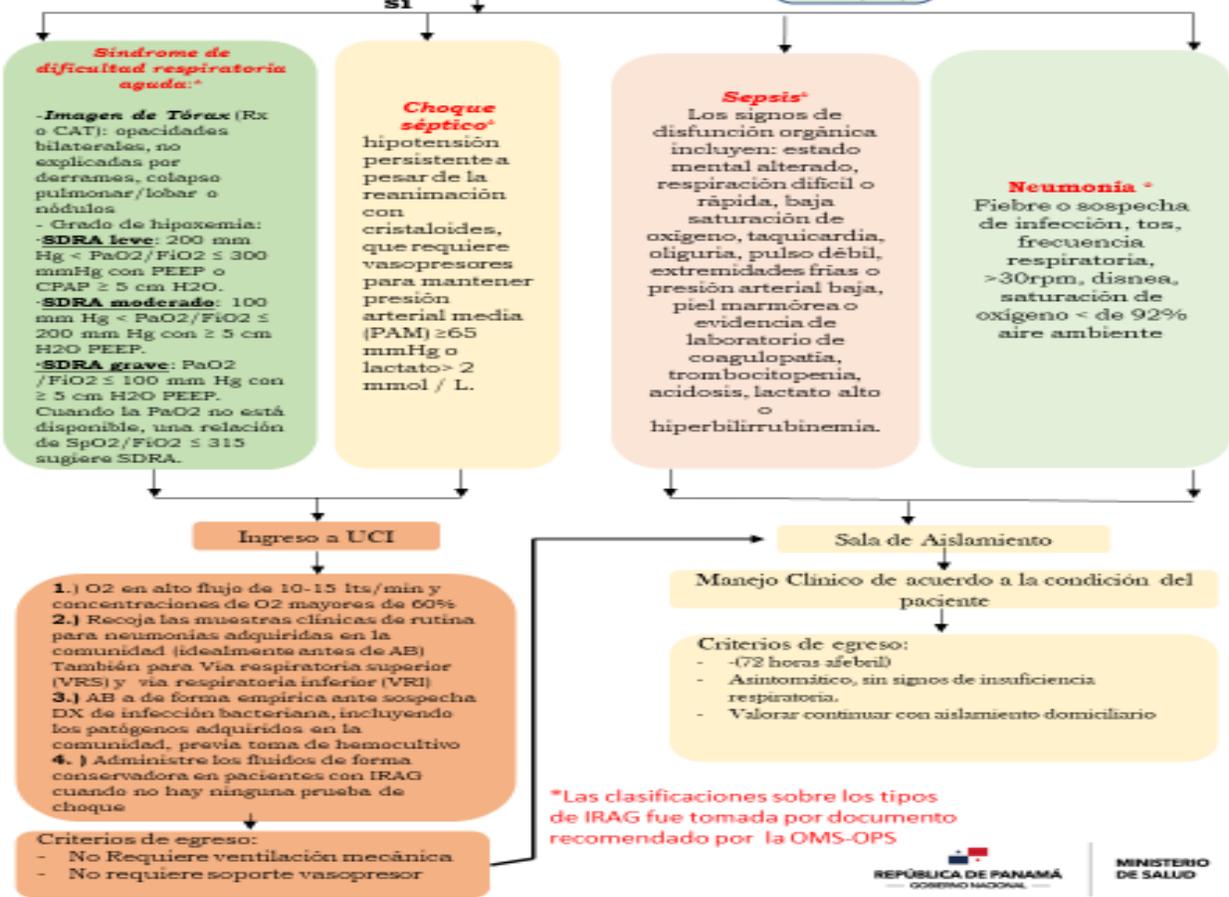
1-El paciente al llegar por **demanda espontánea** a REGES debe ser investigado por síntomas respiratorios y de ser así, enviar a consultorio o área específica para su evaluación.
 2.Evaluación por **personal designado para triaje respiratorio** (con uso de equipo de protección personal)
 3. Toma de 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 hisopado faríngeo y nasofaríngeo y realizar notificación epidemiológica. Laboratorios de Ingreso

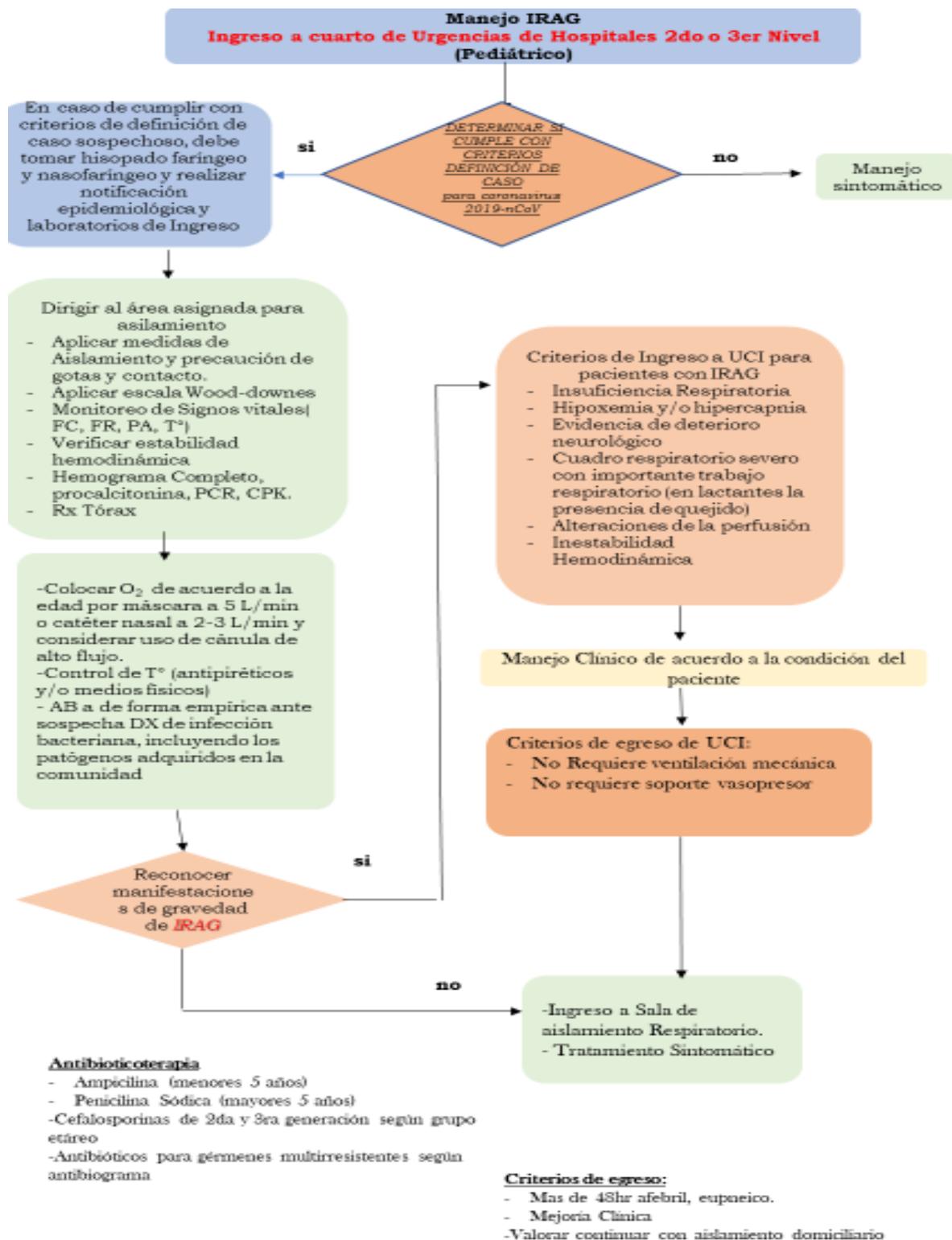
- Hemograma completo
- Rx de Tórax
- Química (Pbas. Función Renal, Pbas. Función hepática, DHL)
- PCR procalcitonina
- TP, TPT
- CPK

Ingreso a servicios de emergencias

¿tiene manifestaciones de gravedad de IRAG?

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





ANEXO 4. 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 personas 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 5. PASOS PARA LA PRUEBA DEL SELLO DEL RESPIRADOR

-



-

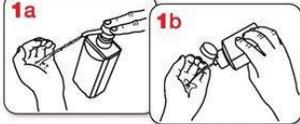


- Fuente: WHO. 2007. Epidemic-prone & pandemic-prone acute respiratory diseases. Infection prevention & control in health-care facilities. Summary guidance. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69793>
- **Paso 1**
 - - Coloque el respirador en su mano con la boquilla en la punta de sus dedos permitiendo 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

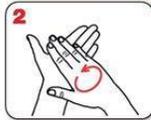
- - Exhala bruscamente. Una presión positiva dentro del respirador = sin fugas. Si hay fugas.
- - Ajuste la posición y / o las correas de tensión. Vuelva a probar el sello.
- - Repita los pasos hasta que el respirador esté asegurado adecuadamente.
- **Paso 5b:** verificación del sello negativo
- - Inhala 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 6. TECNICA DE HIGIENE DE MANO CON AGUA Y JABON Y ANTISEPTICA CON PREPARADOS DE BASE ALCOHÓLICO

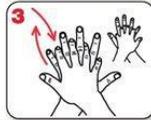
¿Cómo limpiarse las manos CON UN DESINFECTANTE ALCOHÓLICO?



Deposite en la palma de la mano una cantidad de producto suficiente para cubrir todas las superficies a tratar.



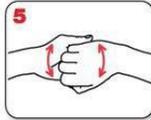
Frótese las palmas de las manos entre sí.



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.



Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.



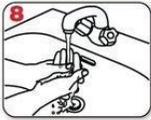
Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.



Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, rodeándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa.



Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.



Enjuáguese las manos con agua.



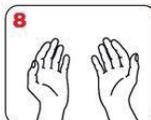
Séqueselas con una toalla de un solo uso.



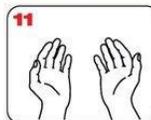
Utilice la toalla para cerrar el grifo.

20-30 segundos

40-60 segundos



Una vez secas, sus manos son seguras.



Sus manos son seguras.

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 corroborar 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 pudieren ocasionar su utilización.

ANEXO 7. GUIA PARA VISITA DOMICILIARIA

MINISTERIO DE SALUD GUÍA PARA 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 orofaringe 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.