



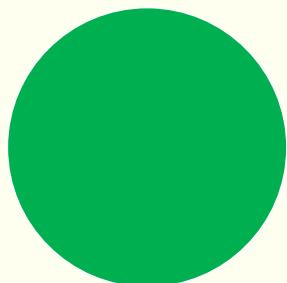
Gobierno del Estado Plurinacional de
BOLIVIA

Ministerio de
Salud

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE MANEJO COVID -19



**Abril/2020
(en revisión permanente)**



Serie: Documentos Técnico normativos

**La Paz – Bolívia
2020**



Gobierno del Estado Plurinacional de
BOLIVIA

Ministerio de
Salud

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE MANEJO COVID -19

Creando lazos
o saludables

...EN DEMOCRACIA



**Abril/2020
(en revisión permanente)**

Serie: Documentos Técnicos normativos

**La Paz – Bolívia
2020**

Bolivia. Ministerio de Salud – Unidad de Epidemiología
GUÍA Y LINEAMIENTOS DE MANEJO COVID -19 (v. Abril/2020)
/Ministerio de Salud. La Paz: 2020
140 pág.: ilustradas (Serie de Documentos Normativos No ...)
Depósito Legal:

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE MANEJO COVID -19 (v. Abril/2020)

Puede obtenerse mayor información de Unidad de Epidemiología – Ministerio de Salud
Edificio Víctor Piso 4 entre Avenida 6 de Agosto y Calle Guachalla, Telf.-Fax 2147317

R.M.: No

Depósito Legal:

Elaboración:

Colectivo de Autores

Unidad de Epidemiología - Dirección General de Servicios de Salud – MS

ELABORACIÓN/AUTORES

Dra. Carola Valencia Rivero – Unidad de Epidemiología MS (Coordinación General).

SOCIEDAD BOLIVIANA DE INFECTOLOGÍA

Dr. Julio Augusto Cordero Lobaton (Presidente Sociedad Boliviana de Infectología)

Dr. Víctor Hugo Velasco Álvarez (Vice Presidente Sociedad Boliviana de Infectología)

Dra. Rosario Castro Soto (Past. Presidente Sociedad Boliviana de Infectología)

Dr. Juan Saavedra Quintanilla (Past. Presidente Sociedad Boliviana de Infectología)

Dra. Mary Uscamayta Zabaleta

Dr. Juan Pablo Rodríguez Auad

Dra. Flor Patricia Soruco

Dr. Adolfo Valdivia Cayoja

Dr. Yuki Ode Hiramatsu

Ph.D. Aldo Vacaflores

Dr. Adrián Laime Chura

Dr. Liders BurgosZuleta

Dra. Silvia Fuentes Soliz

Dra. Patricia Velasco Moscoso

Dr. Ariel Segales Camacho

Dr. Omar Acho

Dra. Dayana Parra

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA – MINISTERIO DE SALUD

Dr. Freddy Flores Conde – Unidad de Epidemiología

Dra. Ivana Camacho – Unidad de Epidemiología

Dra. Dabeyva Chávez – Unidad de Epidemiología

Dra. Rosmeri Maquera Nina – Unidad de Epidemiología (OPS)

Dra. Claudia Bernal Parra – SNIS-VE

Dra. Shirley Aramayo – INLASA

Dra. Claudia Salazar – SEDES La Paz

Dr. Percy Halkyer – OPS Bolivia

Dra. Arleta Añez – OPS Bolivia

Configuración, datos estadísticos: Ing. Milton Avalos

Revisión, aporte y validación:

Dr. Adrián Ávila Hilari - (Sociedad Boliviana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva)

Dr. Antonio López (Sociedad Boliviana de Neumología)

Dr. Raúl Mendoza (Sociedad Boliviana de Pediatría)

Dra. Lourdes Escalera (Sociedad Boliviana de Medicina Interna)

Dr. Cleto Cáceres (Colegio Médico de Bolivia)

© Ministerio de Salud 2020

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud del Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia, se autoriza su reproducción total o parcial, siempre que los fines no sean de lucro, a condición de citar la fuente y la propiedad.

**MINISTERIO DE SALUD
AUTORIDADES NACIONALES**

Dr. Aníbal Cruz Senzano
MINISTRO DE SALUD

Dr. Fernando Javier Villalobos Velasco
JEFE DE GABINETE

Dr. Erwin Viruez Soleto
VICEMINISTRO DE SALUD Y PROMOCIÓN

Ka. Felipe Néstor Quilla Muni
**VICEMINISTRO DE MEDICINA TRADICIONAL E
INTERCULTURALIDAD**

Dra. María Julia Iriarte Sánchez
DIRECTORA GENERAL DE ASUNTOS ADMINISTRATIVOS

Dr. Jhonny Carlos Bacarreza Schulze
DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACION

Dra. María Eidy Roca de Sangueza
DIRECTORA GENERAL DE PROMOCION DE LA SALUD

Dr. Juan Fernando Encinas Ivanovic
DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

Dr. Roberto Cristiam Vargas Ortiz
JEFE DE UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA

PRESENTACIÓN

El 31 de diciembre de 2019, se informó a la Oficina de la OMS en China del brote de lo que a la postre se denominaría COVID-19. Las autoridades chinas encontraron un nuevo tipo de coronavirus, que fue aislado el 7 de enero de 2020, el SARS-CoV-2. El 30 de enero del 2020, con más de 9,700 casos confirmados en la República Popular China y 106 casos confirmados en otros 19 países, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró a COVID-19 como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). Al reportarse el primer caso confirmado en Brasil, el 26 de febrero de 2020 la OPS emitió la ALERTA EPIDEMIOLÓGICA para AMÉRICA LATINA y finalmente el 11 de marzo, se declara a COVID-19 como una Pandemia.

En este contexto, en el marco del Reglamento Sanitario Internacional, la ESPII y la alerta de la OMS, el Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia a través del Ministerio de Salud, activó los protocolos internacionales de Bioseguridad y de Vigilancia Epidemiológica para la prevención y control del COVID-19. En el marco del Comité Intersectorial conformado, se han delineado acciones de prevención y respuesta ante la Pandemia.

La Sociedad Boliviana de Infectología, en coordinación con las Sociedades Bolivianas de Neumología, Terapia Intensiva, Medicina Interna y Pediatría, conjuntamente a profesionales técnicos de la Unidad de Epidemiología, otras instancias del Ministerio de Salud y el apoyo técnico de la OPS, han elaborado el presente documento, GUÍA Y LINEAMIENTOS DE MANEJO COVID-19, misma que contiene los lineamientos, directrices y recomendaciones para el diagnóstico, abordaje clínico, y manejo de pacientes. Incluye también otros aspectos técnico-administrativos que orientarán a la toma de decisiones de autoridades responsables y Comités de Vigilancia Epidemiológica y sub comités operativos, que se constituyen en co-responsables directos del proceso de atención del paciente y respuesta nacional frente a la Pandemia de COVID-19.

Debido a que es una situación emergente, la información se actualiza de manera constante de acuerdo a la evolución de la Pandemia, las investigaciones y evidencia con que se disponga. Así también, el contenido de este documento será actualizado conforme las nuevas evidencias, a fin de orientar de mejor manera las acciones de prevención y control en nuestro país.



Dr. Aníbal Cruz Senzano
MINISTRO DE SALUD
GOBIERNO DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

ÍNDICE

2. VIROLOGÍA.....	13
3. EPIDEMIOLOGÍA.....	14
3.1. CORONAVIRUS DEL SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS). E	14
3.2. CORONAVIRUS DEL SÍNDROME RESPIRATORIO DE ORIENTE MEDIO (MERS-COV).....	14
3.3. CORONAVIRUS 2 DEL SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS-COV-2)	14
3.3.1. Brote de COVID 19 – Wuhan China.	16
3.3.2. SARS- CoV- 2.....	16
3.3.3. Orígenes zoonóticos.....	16
3.3.4. Transmisión	16
3.3.5. Susceptibilidad	17
3.3.6. Transmisión en entornos de atención sanitaria	17
3.3.7. Transmisión en entornos cerrados	17
3.3.8. Formas de presentación.....	17
3.3.9. Infecciones Asintomáticas	17
3.3.10. COVID-19 en mujeres embarazadas	17
3.3.11. COVID-19 en población pediátrica	18
3.3.12. Características epidemiológicas del brote de COVID-19.....	19
3.3.13. Personal sanitario infectado	20
4. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD	20
4.1. PATOGENIA.....	24
5. ABORDAJE CLÍNICO	24
5.1. SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO (SDRA).....	29
5.2. MANEJO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	29
5.3. MANEJO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPOXÉMICA EN SDRA.....	30
5.4. RECOMENDACIONES GENERALES DE VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES CON SDRA	30
5.5. ESTUDIOS DE IMAGEN.....	31
5.5.1. Radiografía simple.....	32

5.5.2. Tomografía de alta resolución.....	34
6. TRATAMIENTO SINTOMÁTICO Y SEGUIMIENTO OPORTUNO	38
7. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO PARA SARS - CoV-2.....	38
7.1. Toma De Muestras RT - PCR: COVID – 19	39
7.1.1. Procedimiento para toma de muestra	39
7.1.2. Conservación de las muestras.....	40
7.1.3. Conservación y transporte.....	41
8. PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	42
8.1. DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	42
8.1.1. Desarrollo de la vigilancia activa.....	42
8.1.2. Vigilancia regular/pasiva	43
8.1.3. Seguimiento y supervisión a la implementación de la vigilancia	43
8.1.4. Preparación de la respuesta	43
8.2. ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	44
8.2.1. Detección	44
8.2.2. Notificación de casos.....	45
8.2.2.1. Procedimiento de notificación de casos sospechosos	45
8.2.2.2. Variable establecida en las herramientas de consolidación del SNIS - VE para la notificación de casos sospechosos	46
8.2.3. Definiciones de caso	46
8.2.3.1. Caso Sospechoso	46
8.2.3.2. CASO CONFIRMADO	46
8.2.3.3. CASO DESCARTADO	46
8.2.4. Investigación	47
8.2.5. Atención de brotes.....	47
8.2.6. Definición de Contactos.....	47
8.2.6.1. Estudio y Manejo de contactos:.....	48
8.2.7. Control y prevención	49
9. MANEJO DE CADÁVERES DE CASOS DE COVID-19:	49
9.1. ORGANIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO EN CASO DE BROTE.....	49
ANEXOS.....	50

ANEXO N° 1	51
DEFINICIÓN DE CASO	51
ANEXO N° 2.....	53
FICHA DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA.....	53
ANEXO N° 3.....	55
FLUJO PARA DETECCIÓN Y MANEJO DE PACIENTES EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	55
ANEXO N° 4.....	56
FLUJO DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE COVID-19.....	56
ANEXO N° 5.....	57
FLUJO DE NOTIFICACIÓN SEMANAL PARA LA VIGILANCIA DEL CORONAVIRUS (COVID-19).....	57
CUARENTENA EN EL CONTEXTO DE LA CONTENCIÓN DE CORONAVIRUS (COVID-19)	58
ANEXO N° 7	61
EQUIPOS BÁSICOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y BIOSEGURIDAD EN PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE PACIENTES CON COVID – 19	61
EQUIPOS BÁSICOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y BIOSEGURIDAD EN PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE PACIENTES CON COVID – 19	63
ANEXO N° 8.....	64
USO DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y SECUENCIA DE COLOCACIÓN Y RETIRO	64
ANEXO N° 9	67
HIGIENE DE MANOS	67
ANEXO N° 10.....	70
PROTOCOLO PARA LA HIGIENE RESPIRATORIA Y ETIQUETA DE LA TOS	70
ANEXO N° 11.....	73
CONSEJOS SOBRE LA UTILIZACIÓN DE MASCARILLAS EN EL ENTORNO COMUNITARIO, EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN EL CONTEXTO DEL BROTE DE COVID -19	73
ANEXO N° 12.....	76

ATENCIÓN EN EL DOMICILIO DE PACIENTES COVID – 19 QUE TENGAN ENFERMEDAD NO COMPLICADA O SÍNTOMAS LEVES	76
ANEXO N° 14.....	80
FLUJOGRAMA PARA LA DETECCIÓN Y MONITOREO DE CASOS SOSPECHOSOS DE COVID-19 EN LOS SERVICIOS DE MIGRACIÓN AEROPORTUARIA Y TERRESTRE	80
ANEXO N° 15.....	81
TARJETA PARA MONITOREO DE SINTOMAS	81
ANEXO N° 16.....	82
RECOMENDACIONES PARA LAS PERSONAS QUE HAN ESTADO EN UN PAÍS/ÁREA O TERRITORIO QUE REPORTO LA TRANSMISIÓN LOCAL DE COVID-19 Y ACTUALMENTE NO PRESENTAN SINTOMAS DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA.....	82
ANEXO N° 17.....	83
LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS DE COMUNICACIÓN DE RIESGO	83
ANEXO N° 18.....	84
REGLAMENTO DEL COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	84
ANEXO N° 19.....	85
CRONOLOGÍA COMPLETA DEL COVID-19	85
ANEXO N° 20.....	90
FLUJO DEL ENVÍO DE LA MUESTRA	90
ANEXO N° 21 – FORMULARIO ÚNICO DE ENVÍO DE LABORATORIO	91
NEXO N° 22.....	92
FLUJO DE MANEJO DE PACIENTE CRÍTICO (UTI).....	92
ANEXO N° 23.....	96
RECOMENDACIONES PARA LA FAMILIA EN EL CUIDADO Y ATENCIÓN EN EL DOMICILIO DE PACIENTES AISLADOS	96
ANEXO N° 24.....	101
RECOMENDACIONES PARA PERSONAS EN CUARENTENA QUE HAN VIAJADO A LAS ÁREAS CON COVID-19, O HAN ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CONFIRMADAS, SIN PRESENCIA DE SÍNTOMAS, NI ESTÁN ENFERMAS	101
¿Qué es el COVID-19?.....	101
¿Qué es aislamiento domiciliario (cuarentena)?.....	101
¿Por qué me indicaron estar en aislamiento domiciliario (cuarentena)?	101
¿Para qué debo estar en aislamiento domiciliario (cuarentena)?	101

¿Cuánto durará el aislamiento domiciliario (cuarentena)?	101
¿Qué cuidados debo tener durante la cuarentena domiciliaria?.....	101
¿Durante el aislamiento domiciliario tengo restricción de actividades de esparcimiento dentro de mi hogar?.....	102
¿Necesito usar yo o mi familia barbijo?	102
¿Qué pasa si enfermo o tengo síntomas durante la cuarentena?	103
¿Puedo trabajar durante la cuarentena?	103
¿Qué pasa si no desarrollo síntomas durante el aislamiento domiciliario?	103
¿Mi familia que no estuvo expuesta pero que convive conmigo, debe aislarse?	103
ANEXO N° 25.....	104
CONSENTIMIENTO Y COMPROMISO PARA CUARENTENA	104
EN EL CONTEXTO DEL COVID-19	104
ANEXO N° 26.....	105
PROTOCOLO PARA SEGUIMIENTO DE VIAJEROS BOLIVIANOS, EXTRANJEROS Y/O CUERPO DIPLOMÁTICO EN CASO DE SOSPECHA DE COVID-19	105
ANEXO N° 27.....	107
CRITERIO PARA LA HABILITACIÓN DE SALAS DE AISLAMIENTO PARA PACIENTES CON COVID-19.....	107
ANEXO N° 28.....	110
PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO A CONTACTOS DE CASO POSITIVO.....	110
PARA COVID-19.....	110
ANEXO N° 29.....	115
RECOMENDACIONES PARA LAS PERSONAS QUE SON CONTACTOS DE UN CASO SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE COVID-19	115
ANEXO N° 30.....	117
PROTOCOLO PARA REUNIÓN DE PERSONAS Y OTROS	117
ANEXO N° 31.....	121
RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO Y ATENCIÓN DE PACIENTES AISLADOS, CON SINTOMAS LEVES.	121
ANEXO N° 32.....	123
CRITERIOS DE ALTA PARA CASO CONFIRMADO COVID-19	123

ANEXO N° 33.....	127
PROCEDIMIENTO PARA REPATRIACIÓN Y REGRESO DE CONNACIONALES PROVENIENTES DE PAISES O ZONAS DE RIESGO PARA COVID-19.....	127
ANEXO N° 34.....	135
FLUJOGRAMA DE ENTRADA POR FRONTERA Y AEROPUERTOS	135
ANEXO N° 35.....	136
RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DEL COVID-19 EN EL ÁMBITO LABORAL O DE TRABAJO	136

1. INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019, en la ciudad de Wuhan – provincia de Hubei de la República Popular China, se presentó un brote de neumonía de causa desconocida. Las autoridades sanitarias informaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la presencia de un conglomerado de 27 casos de Síndrome Respiratorio Agudo de etiología desconocida, estableciendo un vínculo con el mercado de mariscos de Huanan, el cual además vende animales vivos.

El 30 de enero del 2020 con más de 9,700 casos confirmados de 2019-nCoV en la República Popular China y 106 casos confirmados en otros 19 países, el Director General de la OMS, declaró el brote como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional. (ESPII)

En fecha 26 de febrero 2020, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), emitió ALERTA EPIDEMIOLÓGICA para AMÉRICALATINA sobre el nuevo coronavirus, el mismo se extendió a la región, presentando un caso positivo confirmado en Brasil el 25 de febrero 2020. El 11 de marzo, tras una evaluación de la situación a nivel mundial, la OMS lo declara como PANDEMIA.

Siguiendo las mejores prácticas de la OMS para nombrar a las nuevas enfermedades infecciosas humanas, en colaboración y consulta con la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la OMS ha denominado la enfermedad como COVID-19, abreviatura de “Enfermedad por Coronavirus 2019” por sus siglas en inglés. El Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV), autoridad global para la designación de nombres a los virus, ha denominado a éste como SARS-CoV-2.

La información sobre los casos confirmados de COVID-19 reportados, señala un curso de enfermedad diferente a lo observado en casos de SARS-CoV y MERS-CoV, con un nivel más alto de contagio y menor proporción de letalidad.

La primera defunción reportada por COVID-19 correspondió a paciente masculino de 61 años con antecedente de tumor abdominal y cirrosis, quien ingresó al hospital por presentar dificultad respiratoria y neumonía, integrándose los diagnósticos de neumonía severa, síndrome de dificultad respiratoria aguda, choque séptico y falla orgánica múltiple.

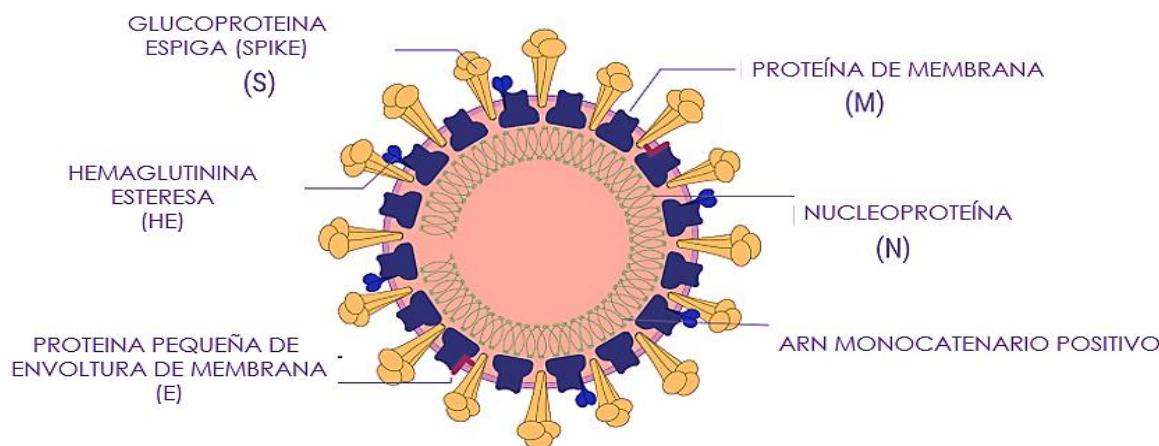
Los cuadros clínicos por infección por SARS-CoV-2 varían de síntomas leves a cuadros clínicos críticos y muerte. Con investigaciones aún en curso, se conoce que hay grupos de población con mayor riesgo de enfermedad grave. La información preliminar sugiere que los adultos mayores y las personas con afectación de la salud subyacente pueden tener un mayor riesgo de presentar enfermedad grave.

2. VIROLOGÍA

Los Coronavirus (CoV), pertenecen a la Familia Coronaviridae, sub familia Orthocoronavirinae (géneros: alfa, beta, gamma y delta). Son virus con genoma ARN monocatenario, sentido positivo, poseen el genoma de mayor tamaño entre los virus ARN. (26-33 kb)

En su envoltura se encuentran la proteína M de membrana, la proteína E para el ensamblaje viral, y la proteína S (spike) en sus espículas, cuya función es la penetración del virus en las células huésped atacadas. Estas espículas protruyen en la superficie viral dando la forma de una corona, lo que da origen al nombre de este virus. (Ver figura N°1.)

Figura N° 1

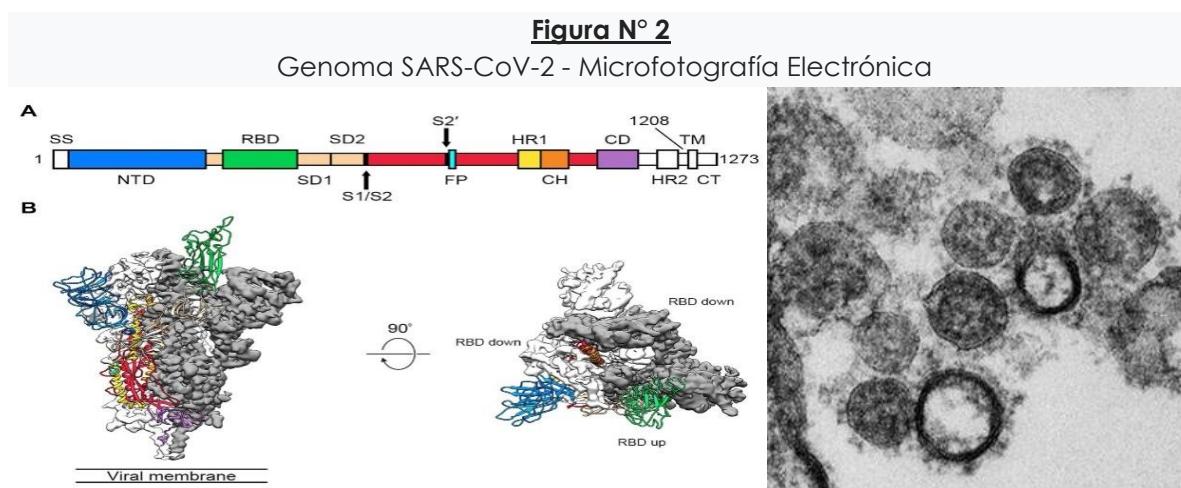


Esquema de SARS -CoV - 2

Estos virus de distribución mundial, se identificaron a mediados de los años 60 y se sabe que infectan a los humanos y a una variedad de animales como perros, gatos, aves, cerdos, vacas, pollos, caballos y roedores. Las células epiteliales en el tracto respiratorio y gastrointestinal son las células objetivo primarias.

En humanos, se ha demostrado que los Coronavirus (HCoV) endémicos causan infección del tracto respiratorio y gastrointestinal, con mayor frecuencia de resfrió común en individuos inmunocompetentes (15-30%) siendo las cepas: **229E, OC43, HKU1 y NL63** también asociadas a cuadros de laringotraqueitis aguda en niños pequeños. Los Coronavirus epidémicos pueden causar enfermedades respiratorias graves como el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS, 2002) y el Síndrome Respiratorio del Medio Oriente. (MERS, 2012)

En Wuhan-China (diciembre 2019), se identifica un nuevo betacoronavirus, denominado "Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Severo" (SARS -CoV - 2) del cual se tiene Identificado el Genoma viral y posteriormente la configuración de la Glucoproteína Espiga (Spike). (Ver figura N°2.)



D. Wrapp et al., Science 10.1126/science.abb2507 (2020).

3. EPIDEMIOLOGÍA

En las 2 últimas décadas 3 nuevos Coronavirus humanos de origen animal (zoonóticos) han sido descritos:

- 3.1. **CORONAVIRUS DEL SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS).** Es una neumonía atípica que apareció por primera vez en noviembre de 2002 en la provincia de Cantón, China. Se propagó a Hong Kong y Vietnam a finales de febrero de 2003, y luego a otros países a través de personas infectadas con viajes por medio aéreo o terrestre. La OMS declaró el brote de SARS contenido el 5 de julio de 2003. Un total de 8096 casos de SARS y se informaron 774 muertes en 29 países para una tasa general de letalidad de 9.6%.
- 3.2. **CORONAVIRUS DEL SÍNDROME RESPIRATORIO DE ORIENTE MEDIO (MERS-COV).** Es un Coronavirus identificado por primera vez en el 2012 en Arabia Saudita, causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS por sus siglas en inglés). La infección por el virus cursa con enfermedad respiratoria aguda grave que provoca fiebre, tos, neumonía, dificultad respiratoria, afectación renal. El síndrome respiratorio de Oriente Medio todavía no está contenido y hasta ahora es responsable de 2494 casos confirmados y 858 muertes en 27 países para una tasa de letalidad de 34.4%.
- 3.3. **CORONAVIRUS 2 DEL SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS-COV-2).** En Wuhan (población de 11 millones de habitantes) capital de la provincia de Hubei (población de 64 millones de habitantes), China, reportaron el 31 de diciembre del 2019 la presencia de casos de Síndrome respiratorio agudo de etiología desconocida en personas vinculadas a un mercado de productos marinos, venta y consumo de animales, incluso varios de tipo salvaje.

El Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV) anunció el "coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2)" como el nombre del nuevo virus el 11 de febrero de 2020. Este nombre fue elegido porque el virus está relacionado genéticamente con el Coronavirus responsable del brote de SARS de 2003. Si bien están relacionados, los dos virus son diferentes.

La OMS anunció "COVID-19" como el nombre de esta nueva enfermedad el 11 de febrero de 2020, siguiendo las pautas previamente desarrolladas con la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO).

La característica epidemiológica de los Coronavirus se detalla en el cuadro Nº1.

Cuadro Nº 1

Características Epidemiológicas de Coronavirus

	SARS 2002	MERS 2013	SARS CoV2
Género	Beta CoV	Beta CoV	Beta CoV
Origen	Guangdong China	Arabia Saudí	Wuhan China
Reservorio	Murciélagos	Murciélagos	Murciélagos?
Hospedero Intermedio	Civeta de Palma	Dromedario	?
Período de Incubación	2 a 10 días	2 a 14 días	2 a 14 días
Nº básico reproducción (R0)	2.2 – 3.7	<1	1.4 – 4.9
Transmisión Asintomática	No	Si	Si?
Transmisión nosocomial	58%	70%	Si
Países Afectados	29	27	109
Cuadro Clínico	Neumonía	Neumonía	Neumonía
Nº de Infectados	8096	2494	921.924
Nº de Muertes	774	858	46.252
T. Letalidad	29	34%	5%
Región afectada	Global	Regional	Global
Receptor dominante	ECA 2	DPP 4	ECA 2
Susceptibilidad Celular principal	Respiratorio	Respiratorio	Respiratorio
Tratamiento/ Vacuna	No	No	No

* Actualizado al 01.04.20

3.3.1. Brote de COVID 19 – Wuhan China.

El equipo de trabajo de la Misión Conjunta OMS-China (WHO-China Joint Mission) conformado para investigar características de la enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19) estuvo compuesta por 25 expertos mundiales de la Salud (OMS) se describen los principales hallazgos y características del virus, el brote, la transmisión dinámica, progresión y gravedad de la enfermedad.

3.3.2. SARS- CoV- 2

El 30 de diciembre de 2019, se recogieron tres muestras de lavado broncoalveolar de un paciente con neumonía de etiología desconocida, una definición de vigilancia establecida después del brote de SARS de 2002-2003, en el Hospital Wuhan Jinyintan.

El PCR en tiempo real (RT-PCR) en estas muestras fueron positivos para el pan-Betacoronavirus. Se adquirieron todas las secuencias del genoma del virus. Los análisis bioinformáticos indicaron que el virus tenía características típicas de la familia del virus de la corona y pertenecía al linaje del Betacoronavirus.

La alineación de la secuencia del genoma de longitud completa del virus COVID-19 y otros genomas disponibles de Betacoronavirus mostró que la relación más cercana era con la cepa BatCov RaTG13 tipo SARS tipo murciélagos, identidad 96%.

El análisis de secuenciación del genoma completo de 104 cepas del SARS CoV 2 aisladas de pacientes en diferentes localidades con inicio de síntomas entre finales de diciembre de 2019 y mediados de febrero de 2020 mostró una homología del 99.9%, sin mutación significativa.

3.3.3. Orígenes zoonóticos

De los análisis filogenéticos realizados con secuencias genómicas completas disponibles, los murciélagos parecen ser el reservorio de COVID-19 virus, pero los hospederos intermedios aún no se han identificado claramente.

3.3.4. Transmisión

Se transmite a través de gotas y fómites durante el contacto cerrado sin protección entre una persona infectada y una expuesta. La propagación en el aire no se ha informado para SARS-CoV-2 y no se cree que sea un importante impulsor de la transmisión según la evidencia disponible, sin embargo, se consideraría posible, si se llevan a cabo procedimientos de generación de aerosoles en los centros de salud.

Se ha demostrado la excreción fecal en algunos pacientes y se ha identificado un virus viable en un número limitado de informes de casos. Sin embargo, la ruta fecal-oral no parece ser un impulsor de la transmisión de COVID-19; su papel y significado para COVID-19 queda por determinar.

Transmisión en el hogar: Los estudios de transmisión en el hogar están actualmente en curso, pero estudios preliminares estiman que el ataque secundario en hogares fue de 3-10% aproximadamente.

3.3.5. Susceptibilidad

Como SARS CoV 2, es un patógeno recientemente identificado, no se conoce inmunidad preexistente en humanos. Según las características epidemiológicas observadas hasta ahora en China, se supone que todos son susceptibles, aunque puede haber factores de riesgo que aumentan la susceptibilidad a la infección. Esto requiere estudios adicionales, así como para saber si hay inmunidad neutralizante después de la infección.

3.3.6. Transmisión en entornos de atención sanitaria

Hasta el 20 de febrero de 2020, se habían reportado 2,055 casos confirmados por laboratorio de COVID-19 entre los trabajadores de salud en 476 hospitales de China. La mayoría de los casos de trabajadores de salud (88%) se informaron desde Hubei. En otra serie de casos reportan un 3.8% de personal de salud infectado de un total de 44.672 casos confirmados.

3.3.7. Transmisión en entornos cerrados

Ha habido informes de transmisión de COVID-19 en las cárceles, hospitales y en centros de cuidados a personas. (asilos, casas hogar, etc.) La proximidad y el contacto cercano entre las personas en estos entornos y el potencial de contaminación ambiental son factores importantes que podrían amplificar la transmisión.

3.3.8. Formas de presentación

Los síntomas de COVID-19 no son específicos y la presentación de la enfermedad puede variar desde ningún síntoma hasta neumonía grave y muerte. Las personas con mayor riesgo de enfermedad grave y muerte incluyen personas mayores de 60 años y aquellas con afecciones subyacentes como enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión, enfermedades respiratorias crónicas y cáncer.

3.3.9. Infecciones Asintomáticas

La proporción de infecciones verdaderamente asintomáticas no está clara aún se están desarrollando estudios al respecto, pero no parece ser un factor importante de transmisión.

3.3.10. COVID-19 en mujeres embarazadas

Estudios anteriores han demostrado que el SARS (2003) durante el embarazo se asocia con una alta incidencia de complicaciones adversas maternas y neonatales, como aborto espontáneo, parto prematuro, restricción de crecimiento intrauterino, ingreso a la unidad de cuidados intensivos, falla renal y coagulopatía intravascular diseminada.

Sin embargo, las mujeres embarazadas con infección por COVID-19 presentaron menos complicaciones maternas y neonatales. Los recién nacidos de mujeres embarazadas con sospecha o con infección confirmada por COVID-19 debe aislarse en una unidad designada por al menos 14 días después del nacimiento.

Si la madre lo desea, puede dar de lactar siguiendo recomendaciones estrictas de higiene respiratorio durante la lactancia, usando mascarilla quirúrgica, lavándose las manos antes y después de tocar al bebé, desinfectando y limpiando las superficies con las que entraron en contacto.

Se analizó un pequeño número de casos y los hallazgos deben interpretarse con precaución. Las características clínicas reportadas en mujeres embarazadas con COVID-19 son similares a las reportadas para no embarazadas y adultos con infección confirmada por COVID-19 en general.

3.3.11. COVID-19 en población pediátrica

La enfermedad en niños parece ser relativamente rara y leve, con aproximadamente el 2.4% del total de casos reportados entre individuos menores de 19 años. Una proporción muy pequeña de los menores de 19 años ha desarrollado una enfermedad grave o crítica.

Es poca la evidencia y publicaciones de infección por este Coronavirus en niños, esto debido a que en los niños la presentación es menos frecuente que en los adultos. Durante el brote de 2002-2003, las infecciones por SARS-CoV en los niños fueron menos graves que en los adultos; cabe destacar que no se documentó ninguna muerte de lactantes o niños secundaria a la infección por SARS-CoV.

Por lo general, los lactantes y niños menores de 12 años con SARS presentan fiebre y tos. La linfopenia asociada es menos intensa, y las alteraciones radiográficas son más leves y suelen resolverse con mayor rapidez que en los adolescentes y adultos. Los adolescentes con SARS tienen una evolución clínica que se asemeja más a la enfermedad del adulto, y presentan fiebre, mialgias, cefalea y escalofríos. Asimismo, es más probable que los adolescentes tengan disnea, hipoxemia y empeoramiento de los hallazgos radiográficos. Las alteraciones de laboratorio son comparables a las de los adultos.

De la misma manera en el caso de SARS-CoV, MERS-CoV, y el actual SARS-CoV 2, los niños presentan síntomas más leves. Se desconoce aún la causa del por qué el cuadro clínico es más leve en niños, por lo que se requiere más investigación con los casos detectados. Se debe investigar sobre la posibilidad de transmisión vertical o in útero ante reportes que plantean esta situación. (Ver cuadro N° 2.)

Cuadro Nº 2

Infección por coronavirus en niños

	SARS	MERS	SARS CoV 2
Frecuencia de infección en niños	Baja	Baja	Baja
Transmisión vertical o in útero	No	No	Sí??
Muertes reportadas en niños	No	Si	No

3.3.12. Características epidemiológicas del brote de COVID-19

El Centro Chino para el Control y Prevención de Enfermedades ha publicado (Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China) la serie de casos más grande hasta la fecha de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en China continental (72.314 casos, actualizados hasta el 11 de febrero de 2020). Se exponen los hallazgos clave de este informe y analiza la comprensión emergente y las lecciones de La epidemia de COVID-19. (Ver del cuadro Nº 3 al 7.)

Entre un total de 72.314 registros de casos:

- 44.672: casos confirmados de COVID-19 (62%; diagnóstico basado en el resultado positivo de la prueba de ácido nucleico viral en muestras de frotis de garganta),
- 22% (16.186): casos sospechosos (diagnóstico basado en síntomas),
- 15% (10.567): casos clínicamente diagnosticados (en función de los síntomas, exposiciones y presencia de características de imágenes pulmonares coincidentes con neumonía por coronavirus),
- 1% (889): Casos asintomáticos (diagnóstico por prueba molecular viral positiva, pero sin síntomas típicos).

Cuadro Nº 3

Distribución por Edad (n: 44.672)

GRUPO ETARIO	CASOS CONFIRMADOS:	
	NÚMERO	%
Mayor 80 años	1408	3%
30 a 79 años.	38680	87%
20 a 29 años	3619	8%
10 a 19 años.	549	1%
Menores de 10 años	416	1%

Cuadro Nº 4

Tasa de letalidad general: (n: 44.672)

DESCRIPCIÓN	LETALIDAD	
	NÚMERO	%
Muertes	1023	2.3%

Cuadro Nº 5

Tasa de letalidad por grupo etario: (n: 1023)

GRUPO ETARIO	LETALIDAD	
	NÚMERO	%
Mayor 80 años	208	20.3%
70 a 79 años	312	30. 5%
60 a 69 años	309	30.2 %
50 a 59 años	130	12.7
40 a 49 años	38	3.7%
30 a 39 años	18	1.8%
20 a 29 años	7	0.7%
10 a 19 años	1	0.1%
0 a 9 años	0	0%
Total:	1023	100%

Cuadro Nº 6

Letalidad según Comorbilidad (*)

CODIFICACIÓN	CASOS COVID - 19	CASOS LETALIDAD			
		NÚMERO	NUMERO	%	Tasa
Con comorbilidad	5276	371	73.6%	7%	
Sin comorbilidad	15536	133	26.4%	0.9%	
Total	20812	504	100		

*El estudio solo incluyó 20812 casos de COVID 19 para el análisis de esta variable.

3.3.13. Personal sanitario infectado

Se registraron 3.8% (1716 de 44672) de casos de COVID 19 en personal de salud, 14.8% de los casos clasificados como graves o críticos (247 de 1668), 5 muertes.

4. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Para la comprensión del COVID-19, se debe realizar una evaluación detallada del comportamiento del patógeno para la posterior toma de medidas tanto de promoción, prevención, contención y control de la epidemia en nuestro país; por lo cual es de vital importancia conocer el desarrollo y comportamiento del patógeno hasta la fecha. (Ver cuadro N° 8.)

Cuadro N° 7
Cronología de eventos Brote COVID-19

FECHA	EVENTO	Nº CASOS CONFIRMADOS	MUERTES	TASA DE LETALIDAD	TASA DE RECUPERACIÓN	% INFECTADOS FUERA DE CHINA	% MUERTES FUERA DE CHINA
31/12/2019	Informe del brote: En China se informa de casos de neumonía de origen desconocido. La mayoría de los casos se relacionan con un mercado de animales y mariscos de la ciudad de Wuhan.	27					
7/1/2020	Se identifica el nuevo virus: Coronavirus 2019 – nCoV.						
12/1/2020	China publica la secuencia genética del nuevo Coronavirus.						
21/1/2020	Se confirma que la transmisión se produce de persona a persona (transmisión directa). Primeros casos tanto en Taiwán como en EEUU, ambos casos viajaron a la ciudad de Wuhan.	314	4	1,27%		1,59%	0%
30/1/2020	OMS declara "Emergencia Internacional". Primeros casos en Finlandia, India y Filipinas (todos con historial de viaje a Wuhan.)	7818	170	2,17%		1,05%	0%
11/2/2020	La OMS ha denominado la enfermedad como COVID-19, abreviatura de "enfermedad por coronavirus 2019".	43103	1018	2,36%	9,94%	0,92%	0,10%
26/2/2020	Primer caso en Brasil (Primero en Latinoamérica). Argelia, Austria, Croacia y Suiza reportan casos confirmados. 2918 casos fuera de China, incluidas 44 muertes. 38 países afectados.	81109	2762	3,41%	37,38%	3,60%	1,59%
28/2/2020	La OMS cambia la evaluación del riesgo a nivel mundial de Alto a Muy Alto. Bielorrusia, Lituania, Holanda, Nueva Zelanda y Nigeria reportan casos confirmados. 4691 casos fuera de China incluidas 67 muertes.	83652	2858	3,42%		5,61%	2,34%
3/3/2020	Argentina y Chile confirman sus primeros casos. Se reportan 4 nuevas muertes en EE.UU, todos en el estado de Washington. 73 países afectados.	90869	3112	3,42%		11,63%	5,33%
5/3/2020	Primer caso detectado en Perú en un joven de 25 años que había regresado de Europa. Chile confirma su cuarto caso de coronavirus. 86 países afectados.	95333	3282	3,44%	55,86%	15,49%	8,14%
6/3/2020	Ciudad del Vaticano y Colombia confirman primer caso positivo de COVID-19. 89 países afectados.	98192	3380	3,44%	55,12%	17,80%	9,91%

PARA MAS DETALLE S VER ANEXO N° 19

Distribución actual de COVID 19- Situación al 11 de marzo de 2020



<https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

COVID-19 EN LAS AMÉRICAS:

Situación en números total casos a la fecha (01.04.20).

- A nivel mundial 823 626 confirmados, 40 598 muertes.
 - Región del Pacífico occidental 106 422, confirmados 3701 muertes.
 - Región de Europa 464 212 confirmados, 30 089 muertes.
 - Región de Asia sudoriental 5175 confirmadas, 195 muertes.
 - Región del Mediterráneo Oriental 54281, confirmadas 3115 muertes.
 - **Región de las Américas 188 751, confirmados 3400 muertes.**
 - Región de África 4073 confirmados, 91 muertes.

En la **REGIÓN DE LAS AMÉRICAS** hasta la fecha, Estados Unidos de América es el país que ha reportado la mayoría de los casos (86%) y muertes (85%).

Estados Unidos informó un total acumulado de 3.004 muertes hasta la fecha, uniéndose así a China (3.309), Francia (3.024), Italia (11.591) y España (7.340) como uno de los cinco países que ha superado el umbral de 3.000 muertes.

Ecuador informó un total de 136 muertes por COVID-19 hasta la fecha, de las cuales 61 se clasificaron como probables y el resto como muertes confirmadas.

El primer caso registrado en América Latina fue el 26 de febrero con un caso confirmado en Brasil, el paciente, masculino de 61 años residente en Sao Paulo, regresó el 21 de febrero

desde Italia (Lombardía). Argentina fue la nación de la región donde se produjo la primera muerte el 07.03.20.

Los primeros casos reportados en Bolivia (10.03.2020) corresponden a dos mujeres que estuvieron en Italia y presentaron síntomas posteriores a su llegada al país (departamentos de Santa Cruz y Oruro.) (Ver cuadro N.º 9.)

Al 31.03.20, la pandemia del coronavirus COVID-19 deja en Bolivia un saldo de 115 casos positivos y siete fallecidos a nivel nacional.

A la fecha, Santa Cruz tiene 64 casos, Cochabamba 20, La Paz sube a 16, Oruro se mantiene con 8 casos en un silencio epidemiológico de 13 días, Potosí tiene 4 y los departamentos de Chuquisaca, Pando y Tarija registran a 1 positivo cada uno.

Cuadro Nº 8

**Casos Confirmados de COVID – 19 en América Latina
(actualizado al 31.03.20)**

PAÍS	CASOS CONFIRMADOS	FECHA 1ER CASO	FALLECIDOS
Brasil	5717	26 de febrero	201
Argentina	1054	3 de marzo	27
Ecuador	2302	29 de febrero	79
Chile	2738	3 de marzo	12
Costa Rica	347	6 de marzo	2
Perú	1065	6 de marzo	30
México	1215	28 de febrero	28
República Dominicana	1109	1 de marzo	51
Colombia	906	6 de marzo	16
Paraguay	65	7 de marzo	3
Panamá	1181	9 de marzo	30
Bolivia	115	10 de marzo	7

Fuente: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

Cuadro N° 9

**Distribución de 1ros. casos importados en América Latina
Según país de Origen de Casos de COVID – 19**

PAÍS DE PROCEDENCIA	PAÍS DE RESIDENCIA
Italia	Brasil, México, República Dominicana, Argentina, Colombia, Bolivia
España	Ecuador, Perú, Panamá
Singapur	Chile
Estados Unidos	Costa Rica
Ecuador	Paraguay

4.1. PATOGENIA

Se tomaron muestras post mortem a pacientes con COVID 19 y el examen histológico mostró daño alveolar difuso bilateral con exudados de fibromixoides celulares. El pulmón mostró descamación evidente de neumocitos y formación de membrana hialina, lo que indica el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA). El tejido pulmonar también mostró exudación celular y fibromixoidea, descamación de neumocitos y edema pulmonar. Se observaron infiltrados inflamatorios mononucleares intersticiales, dominados por linfocitos, en ambos pulmones. Se identificaron células sincitiales multinucleadas con neumocitos agrandados atípicos caracterizados por núcleos grandes, citoplasma granular anofílico y nucléolos prominentes en los espacios intra-alveolares, que muestran cambios citopáticos virales. No se identificaron inclusiones virales intranucleares o intracitoplasmáticas evidentes.

5. ABORDAJE CLÍNICO

Los síntomas de COVID-19 no son específicos y la presentación de la enfermedad puede variar desde ningún síntoma (asintomático) hasta neumonía grave y muerte.

A partir del 20 de febrero de 2020, con base en 55924 casos confirmados por laboratorio, los signos y síntomas típicos incluyen: fiebre (87.9%), tos seca (67.7%), fatiga (38.1%), producción de esputo (33.4%), disnea (dificultad para respirar) (18.6%), odinofagia (dolor de garganta) (13.9 %), cefalea (dolor de cabeza) (13.6%), mialgia o artralgia (14.8%), escalofríos (11.4%), náuseas o vómitos (5.0%), congestión nasal (4.8%), diarrea (3.7%) y hemoptisis (0.9%), y congestión conjuntival (0.8%). (Ver cuadro N° 11.). También se han descrito recientemente alteraciones del olfato y gusto (anosmia, hiposmia, ageusia o disgeusia), sin otra causa aparente, como sintomatología sospechosa de COVID – 19.

Las personas con COVID-19 generalmente desarrollan signos y síntomas, que incluyen síntomas respiratorios leves y fiebre, en un promedio de 5-6 días después de la infección (período de incubación medio 5-6 días, rango 1-14 días.) La mayoría de las personas infectadas con el virus COVID-19 (81%) tienen una enfermedad leve y se recuperan.

Cuadro N° 10

SIGLOS Y SÍNTOMAS (ADMISIÓN)	PACIENTES (n=55924)
Fiebre	87.9%
Tos seca	67.7%
Fatiga	38.1%
Producción de esputo	33.4%
Disnea (dificultad respiratoria)	18.6%
Odinofagia (dolor de garganta)	13.6%
Cefalea (dolor de cabeza)	13.6%
Mialgias o artralgias	14.8%
Escalofríos	11.4%
Nauseas o vómitos	5%
Congestión Nasal	4.8%
Diarrea	3.7%
Hemoptisis	0.9%
Congestión conjuntival	0.8%

Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 16-24 February 2020

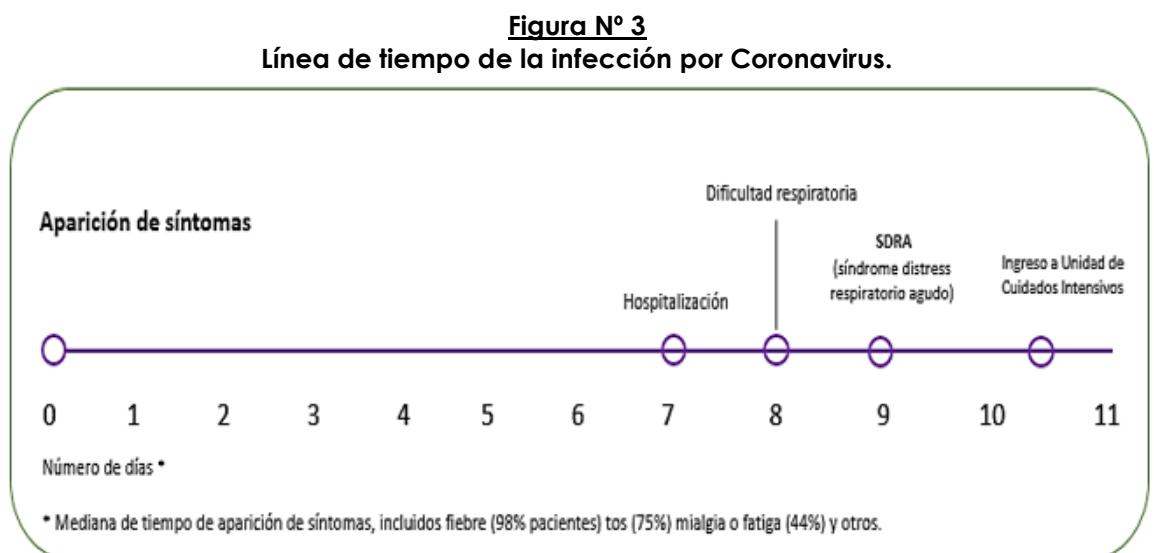
El 81% de los pacientes confirmados por laboratorio han tenido una enfermedad no complicada o leve, el resto 19% desarrollo algún tipo de complicaciones que amerito hospitalización.

Cuadro N° 11

Espectro de la enfermedad (n = 44.415 casos confirmados)

ESPECTRO DE ENFERMEDAD	CASOS CONFIRMADOS:	
	NÚMERO	%
Leve	36160	81%
Severo	6168	14%
Crítico	2087	5%

El tiempo promedio desde la aparición de los síntomas hasta el ingreso hospitalario fue de 7 días, hasta el inicio de la dificultad respiratoria 8 días, y hasta el ingreso a UTI 10,5 días. (Ver figura N°3.)



Adaptado de: Huang et al, The Lancet, Jan. 24, 2020.

Existe una variedad de formas de presentación o síndromes clínicos relacionados con la infección por SARS-CoV-2, que van desde formas leves como la enfermedad no complicada hasta cuadros severos como el SDRA, Sepsis y el Choque séptico. Para el abordaje y manejo de cada complicación deberá aplicarse la guía y protocolo respectivo.

Las definiciones correspondientes se detallan en el cuadro N° 12.

Cuadro N° 12

	SÍNDROMES CLÍNICOS ASOCIADOS CON INFECCIÓN POR SARS CoV 2 (*)
Enfermedad no complicada	Paciente con síntomas poco específicos como fiebre, tos, odinofagia, congestión nasal, mialgias, cefalea o malestar general (equivalentes a infección de tracto respiratorio superior.) Sin datos de sepsis o dificultad respiratoria.
Neumonía Leve	<ul style="list-style-type: none"> • FR: >20 rpm y <30 rpm • Saturación de O2: > 90% (aire ambiente) • Altitud mayor a 3000 msnm: Saturación de O2: entre 85 y 90% <p>Los niños con neumonía no grave presentan tos o dificultad respiratoria junto con taquipnea; taquipnea en los menores de 2 meses, ≥ 60; en los niños de 2 a 11 meses, ≥ 50; en los niños de 1 a 5 años, ≥ 40 sin signos de neumonía grave.</p> <p>Valorar factores de riesgo para definir plan de manejo y abordaje terapéutico.</p> <p>Acciones: MANEJO DE ACUERDO A FACTORES DE RIESGO, COMORBILIDADES Y DECISIÓN CLÍNICA DEL EQUIPO DE MANEJO.</p>

Neumonía Grave	<ul style="list-style-type: none"> • Disnea • FR:>30 rpm • sPO2:<90%(aire ambiente) • Altitud mayor a 3000 msnm: Saturación < a 85. <p>Niño con tos o dificultad respiratoria y al menos uno de los signos siguientes: cianosis central o SpO2 <90%; dificultad respiratoria grave (p. ej., quejidos, tiraje costal muy acentuado); signos de neumonía con un signo general de riesgo: dificultad para mamar o beber, letargo o inconsciencia o convulsiones. Puede haber otros signos de neumonía: tiraje costal, taquipnea (respiraciones/min).</p> <p><i>El diagnóstico es clínico; las exploraciones de imagen torácicas sirven para descartar complicaciones.</i></p> <p>Acciones: REQUIERE VALORACIÓN POR TERAPIA INTENSIVA DE ACUERDO A CRITERIO DE EQUIPO DE MANEJO.</p>
Síndrome de distress respiratorio agudo (SDRA)	<p>Síntomas respiratorios de nueva aparición o agravamiento de los preexistentes en la semana siguiente a la aparición del cuadro clínico. Imagen torácica (radiografía, tomografía computarizada o ecografía pulmonar): Opacidades bilaterales no atribuibles completamente a derrames, atelectasia pulmonar/lobular o nódulos.</p> <p>Insuficiencia respiratoria no atribuible completamente a una insuficiencia cardíaca o sobrecarga de líquidos. Requiere evaluación objetiva (p. ej., ecocardiograma) para descartar edema hidrostático si no hay factores de riesgo.</p> <p>Alteración de la oxigenación:</p> <p>Si la altitud es > 1000 msnm, corregir: $[PaO_2 FIO_2 \times (PB \text{ barométrica}/760)]$</p> <p>SDRA leve $200 < PaO_2 FIO_2 \leq 300$ con PEEP o CPAP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$</p> <p>SDRA moderado $100 < PaO_2 FIO_2 \leq 200$ con PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$</p> <p>SDRA grave $Pa O_2 FIO_2 \leq 100$ con PEEP $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$</p> <p>Acciones: manejo por terapia intensiva.</p>

Sepsis	<p>Adultos: disfunción orgánica con riesgo vital causada por una respuesta desregulada del huésped a una infección documentada o sospecha de infección, con disfunción orgánica. Los signos de disfunción orgánica son: alteración del estado mental, disnea o taquipnea, hipoxemia, oliguria, taquicardia, debilidad del pulso, extremidades frías, hipotensión, piel moteada o signos analíticos de coagulopatía, trombocitopenia, acidosis, lactoacidosis o hiperbilirrubinemia.</p> <p>Niños: infección documentada o sospecha de infección y al menos dos criterios de SRIS, uno de los cuales debe ser la alteración de la temperatura o de la cifra de leucocitos.</p> <p>Acciones: MANEJO POR TERAPIA INTENSIVA</p>
Choque séptico	<p>Adultos: hipotensión persistente a pesar de la reposición de la volemia que requiera vasopresores para mantener la Presión Arterial Media ≥ 65 mm Hg y lactato sérico >2 mmol/l.</p> <p>Niños : hipotensión (Presión arterial por debajo del quinto percentil o más de dos desviaciones estándar por debajo del valor normal para la edad) o dos-tres de los factores siguientes: alteración del estado mental; bradicardia o taquicardia (FC <90 lpm o >160 lpm en lactantes y FC <70 lpm o >150 lpm en niños de más edad); prolongación del tiempo de llenado capilar (>2 s) o vasodilatación con pulso capricante y calor; taquipnea; piel moteada, petequias o exantema purpúrico; elevación del lactato; oliguria; hipertermia o hipotermia.</p> <p>Acciones: manejo por terapia intensiva.</p>

* Las presentes son orientaciones de clasificación de enfermedad con base en las recomendaciones de la OMS, a partir de las cuales el equipo de manejo multidisciplinario de COVID – 19, deberá aplicar LOS PROTOCOLOS Y GUÍAS RESPECTIVAS A CADA CASO Y SEGÚN LA ESPECIALIDAD RESPECTIVA para lo cual se pueden consultar los consensos y tratados existentes para cada patología en particular.

El reconocer rápidamente a los pacientes sospechosos con COVID 19, permitirá:

- Instaurar con prontitud las medidas de bioseguridad pertinentes para este tipo de cuadros e identificar enseguida a los pacientes que presentan manifestaciones moderadas o graves,
- Administrar de inmediato los tratamientos sintomáticos optimizados.
- Gestionar cuanto antes el ingreso (o la derivación) a la unidad de cuidados intensivos según el protocolo asistencial del centro o del país.

5.1. SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO (SDRA)

Consiste en una insuficiencia respiratoria aguda secundaria a un edema agudo inflamatorio de pulmón, con aumento de la permeabilidad capilar y consiguiente pasaje de fluidos al intersticio pulmonar y luego a los espacios alveolares.

La consecuencia es la aparición de shunt intrapulmonar, es decir, de poblaciones alveolares perfundidas, pero no ventiladas; provocando hipoxemia profunda refractaria a las altas fracciones inspiradas de oxígeno (FIO₂), pero que responde a la utilización de presión positiva de fin de espiración. (PEEP, positive end-expiratory pressure.)

Cuadro Nº 13

Definición de Berlín del Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA)	
Origen del edema	Insuficiencia respiratoria no explicada totalmente por falla cardíaca o sobrecarga de fluidos. Se requiere una evaluación objetiva (ej. ecocardiograma) para excluir edema hidrostático, si no se identifican factores de riesgo.
Tiempo de aparición	Dentro de una semana de un insulto clínico identificado, o síntomas respiratorios nuevos que empeoran.
Radiografía de tórax o TC	Infiltrados bilaterales, no explicados totalmente por derrames, colapso lobar o pulmonar, o nódulos.
Alteración de la oxigenación Si la altitud es > 1000 m, corregir: [PaO₂FIO₂x (PB barométrica/760)]	SDRA leve 200 < PaO ₂ FIO ₂ ≤ 300 con PEEP o CPAP ≥ 5 cmH ₂ O SDRA moderado 100 < PaO ₂ FIO ₂ ≤ 200 con PEEP ≥ 5 cmH ₂ O SDRA grave Pa O ₂ FIO ₂ ≤ 100 con PEEP ≥ 5 cm H ₂ O

Clínicamente el SDRA se presenta con hipoxemia grave, infiltrados pulmonares bilaterales en la radiografía de tórax y gran caída de la distensibilidad o compliance pulmonar, que se expresa como requerimiento de altas presiones de insuflación durante la ventilación mecánica. La característica histopatológica del SDRA es el daño alveolar difuso, cuyos elementos son las membranas hialinas, edema, y necrosis de células alveolares y endoteliales. En estadios más avanzados se produce depósito de colágeno, proliferación de células tipo II y fibrosis organizada en los casos más graves. (Ver cuadro Nº 13.)

Este síndrome se desarrolla en aproximadamente 72 horas de evolución y es secundario a diversas causas tanto pulmonares como extrapulmonares.

5.2. MANEJO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

- 1) La oxigenoterapia mediante mascaras convencionales o cánula nasal de alto flujo (CNAFG) son una opción para las formas leves. La información sobre el uso SNAF es anecdótica, pero la teoría es algo útil para las formas leves de IRA hipoxémica.

- 2) El uso de VNI en insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica se desaconseja, en especial ante situaciones de enfermedades virales potencialmente transmisibles (por seguridad del personal de UTI). Si se optara por el uso VNI, se debe extremar el monitoreo y proceder a su intubación rápidamente si no mejoran los parámetros clínicos y de laboratorio. Prestando especial atención a la presencia de las contraindicaciones para el VNI (inestabilidad hemodinámica, deterioro de la conciencia, arritmias, secreciones con pobre tos, agitación, etc.)
- 3) La decisión de intubación traqueal debe ser precoz en presencia de deterioro hemodinámico o mala respuesta a las modalidades no invasivas. Pueden predominar los síntomas hemodinámicos a la hipoxemia (presencia de saturación menor a 90% (a nivel del mar), con inestabilidad hemodinámica, no debe retrasarse la intubación traqueal.
- 4) Las indicaciones de intubación traqueal son clínicas, como aumento del trabajo respiratorio, presencia de músculos accesorios, taquipnea, necesidad de altas concentraciones de oxigenoterapia, etc.
Predominando el juicio clínico al final. En presencia de falla cardíaca la intubación debe ser precoz.

5.3. MANEJO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPOXÉMICA EN SDRA

La insuficiencia respiratoria hipoxémica en el SDRA, se debe comúnmente a un desajuste de la relación ventilación perfusión intrapulmonar, y requiere por lo general ventilación mecánica ya sea invasiva (VMI) o no invasiva. (VMNI)

La VMNI se debe evaluar de acuerdo a condición clínica de base de cada paciente ya sea exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva, choque cardiogénico, inestabilidad hemodinámica, insuficiencia multiorgánica, o deterioro neurológico. Su empleo debe ser bien evaluado por riesgo de producir intubación tardía, volúmenes tidal y de presión transpulmonares altos que perjudicarían el manejo. Pacientes con SDRA, particularmente niños, obesos, mujeres embarazadas, deben realizar la intubación orotraqueal (IOT) en secuenciación rápida, pre-oxygenando con FiO₂ del 100% durante 5 min ya sea con máscara facial o VMNI antes de la IOT.

5.4. RECOMENDACIONES GENERALES DE VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES CON SDRA

Utilizar volumen tidal bajo (4-6mL/kg de peso corporal) y baja presión inspiratoria (<30 cmH₂O), evaluar de acuerdo a guías de ventilación mecánica y manejo de SDRA. Ajustando la frecuencia respiratoria de acuerdo según el pH (pH objetivo entre 7,20 y 7,40.)

La titulación del PEEP puede realizarse mediante las tablas del ARDS Network o mediante la colocación de un balón esofágico. Deben evitarse las presiones de distención excesiva, con objetivo de presiones meseta < 25 cmH₂O. Se debe evitar el uso de maniobras de reclutamiento sistemáticas, solo usarlas antes situaciones puntuales (al inicio, luego de la desconexión). Con objetivos de saturación de pulso de 88% - 94% (a nivel del mar). Evitar la hipoxemia innecesaria.

Los valores de PEEP elevado requieren de la evaluación del ventrículo derecho (evitar el desarrollo de Cor pulmonale agudo.)

Ante la presencia de PAFI < 150 y en especial < a 120 mmHg (a nivel de mar, realizar la corrección si la altitud es mayor a 1000msnm) se recomienda el uso de relajantes musculares por 48 horas y colocar al paciente en posición decúbito prono por 12 a 24 horas y nueva evaluación de situación al regresar al decúbito supino.

Al reducir los VC se aconseja el uso de humidificación activa para optimizar el espacio muerto instrumental y para evitar desconexión de la PEEP usar siempre circuitos de aspiración cerrada. Solo aspirar cuando clínicamente sea necesario.

En pacientes con SDRA moderado a grave se sugiere PEEP elevadas en lugar de bajas. Acortar la duración de la ventilación mecánica.

Cuadro Nº 14

Principios generales de las estrategias ventilatorias protectoras	
• Posible superioridad de los modos controlados por presión	
• Empleo de un volumen circulante<10ml/kg de peso ideal	
• Presión pausa<30cm de H2O	
• Frecuencia respiratoria pautada entre 15 y 25rpm	
• FiO2 <0,7 si PaO2 >90%	
• PEEP superior a 10-12cm de H2O (ajustada a la mecánica pulmonar y respuesta clínica medida como posibilidad de reclutamiento)	
• Valorar la posibilidad de soporte ventilatorio parcial	
• Emplear la mínima sedación posible manteniendo una adecuada interacción y sincronía paciente-ventilador	
• Minimizar la posibilidad de desreclutamiento en las aspiraciones	
• Emplear estrategias para disminuir la incidencia de Neumonía asociada a ventilación mecánica	

Supervisar estrechamente a los pacientes con cuadros graves para determinar si presentan signos de deterioro clínico, como insuficiencia respiratoria que empeora rápidamente, sepsis o choque séptico, y administrar de inmediato intervenciones de apoyo según protocolos específicos para cada patología o complicación. La administración oportuna de tratamientos sintomáticos eficaces y seguros es la piedra angular del tratamiento de los pacientes que presentan manifestaciones graves debidas a la COVID 19.

5.5. ESTUDIOS DE IMAGEN

Las enfermedades pulmonares intersticiales (EPI) o enfermedades pulmonares infiltrativas difusas (EPID) engloban a un grupo heterogéneo de procesos caracterizados por la aparición de una reacción inflamatoria en la pared alveolar, desencadenada por diferentes antígenos, entre estos SARS CoV 2. A continuación veremos el papel de la radiografía y de la tomografía.

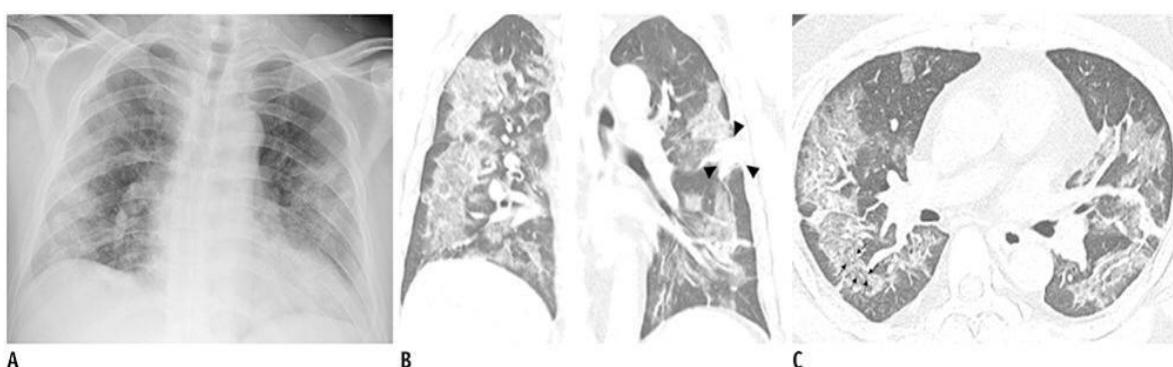
5.5.1. Radiografía simple

La radiografía simple es un método de diagnóstico económico y accesible, demuestra patología intersticial en el 45% de los casos de casos complicados (Neumonías graves, SDRA.) El patrón lineal de engrosamiento septal interlobular sería el signo más común en casos iniciales o consolidación y derrame en los avanzados. (Ver Figura N°4.)

En un informe inicial que incluía radiografías de tórax de un paciente obtenido 8 días después del inicio de los síntomas mostró consolidación pulmonar bilateral con preservación periférica relativa. Otra radiografía obtenida 3 días después mostró una consolidación pulmonar predominante basal más extensa con derrames pleurales correspondientes al empeoramiento clínico.

Un reciente estudio de cohorte de 41 pacientes con infección confirmada de SARS-CoV-2 incluyó un análisis limitado de los estudios de imágenes de tórax, se informó la mayoría de los pacientes tenían afectación pulmonar bilateral en las radiografías de tórax.

Figura N° 4



Son Ho Yoon , et al. Chest Radiographic and CT Findings of the 2019 Novel Coronavirus Disease (COVID-19): Analysis of nine patients treated in Korean J Radiol-2020;21:e24.

Imágenes representativas de radiografía de tórax (A) y tomografía computarizada (B, C) de la neumonía por COVID-19 que se manifiesta como opacidades confluentes de vidrio esmerilado mixto y consolidación en la tomografía computarizada. **A.** La radiografía de tórax anteroposterior muestra consolidaciones periféricas irregulares multifocales en pulmones bilaterales, excepto en la zona superior izquierda del pulmón. **B, C.** Las imágenes de TC de tórax coronal y axial muestran opacidades confluentes de vidrio esmerilado mixto y lesiones de consolidación bilateral periférica. Se observa una consolidación irregular discreta (puntas de flecha) en el lóbulo superior izquierdo. En la imagen axial de TC (**C**), las lesiones confluentes se distribuyen principalmente en el pulmón periférico a lo largo de los haces broncovasculares. La mayoría de las lesiones sobran el área yuxtapleural, y una proporción menor de las lesiones tocan la pleura. Las lesiones contienen múltiples broncogramas aéreos y el broncograma aéreo en el segmento superior del lóbulo inferior derecho está distorsionado (flechas). COVID-19 = enfermedad por coronavirus 2019, CT = tomografía computarizada.

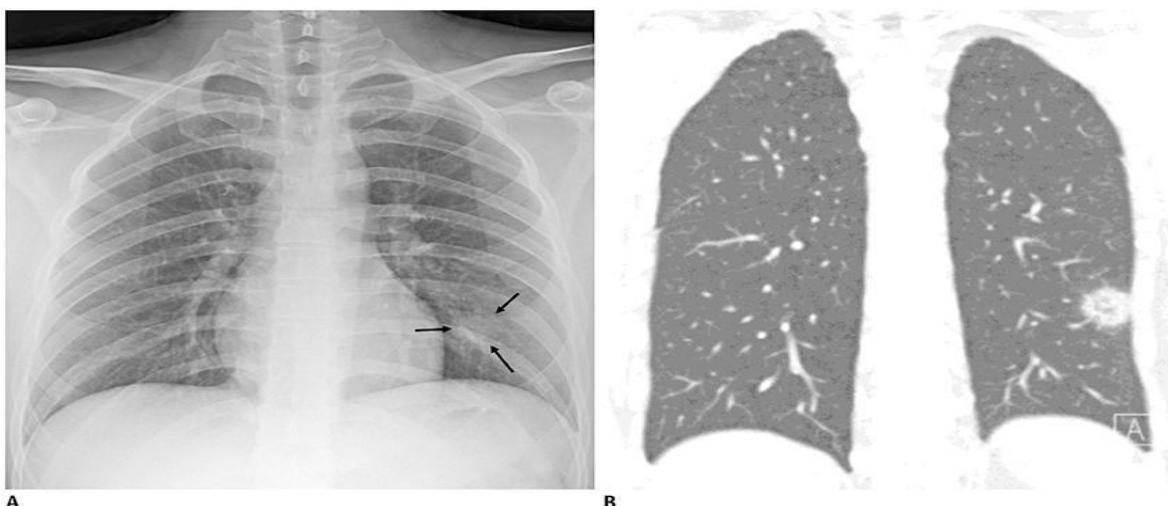
Figura N° 5



Son Ho Yoon , et al. Chest Radiographic and CT Findings of the 2019 Novel Coronavirus Disease (COVID-19): Analysis of nine patients treated in Korean J Radiol-2020;21:e24.

Imágenes representativas de radiografía de tórax (**A**) y TC (**B, C**) de neumonía por COVID-19 que se manifiestan como opacidades confluentes de vidrio esmerilado puro en la TC. **A.** La radiografía de tórax anteroposterior basal muestra opacidades irregulares de vidrio esmerilado en las zonas pulmonares superiores e inferiores derechas y consolidación parcheada en las zonas pulmonares izquierda media a inferior. Varios granulomas calcificados se observan incidentalmente en la zona superior izquierda del pulmón. **B, C.** Las imágenes de TC de tórax axial y coronal basales muestran opacidades confluentes de vidrio esmerilado puro que afectan a ambos pulmones. La mayoría de las opacidades confusas e irregulares de vidrio esmerilado sobre la pleura y la fisura en el pulmón periférico. Algunos granulomas calcificados se observan incidentalmente en el lóbulo superior izquierdo.

Figura N° 6



Son Ho Yoon , et al. Chest Radiographic and CT Findings of the 2019 Novel Coronavirus Disease (COVID-19): Analysis of nine patients treated in Korean J Radiol-2020;21:e24.

Imágenes radiográficas de tórax representativos (**A**) y tomografía computarizada (**B**) de neumonía por COVID-19 que se manifiesta como lesión nodular única. **A.** La radiografía de tórax anteroposterior muestra consolidación nodular única (flechas) en la zona pulmonar inferior izquierda. **B.** La imagen de TC de tórax coronal tomada el mismo día muestra una lesión nodular mal definida de 2,3 cm con signo de halo invertido con borde grueso en el lóbulo inferior izquierdo, colindante con la pleura adyacente.

5.5.2. Tomografía de alta resolución

La tomografía de alta resolución de tórax (TCAR) es el método diagnóstico preferente en las EPI producidas en el contexto complicaciones asociadas a COVID 19. El principal signo encontrado en la TCAR es el signo de **vidrio despullido** o esmerilado que asociado a engrosamiento septal interlobular producen el signo de empedrado o crazy-paving.

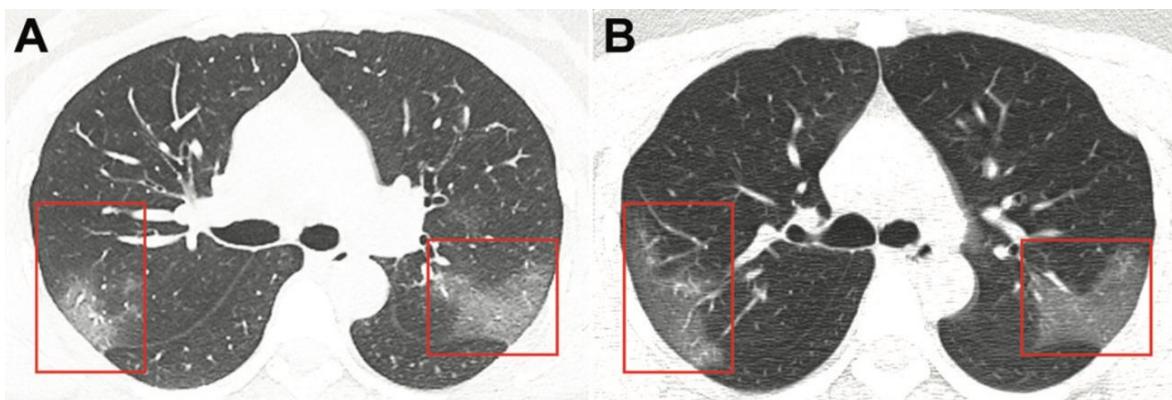
En un estudio de cohorte de 41 (*) pacientes con Novel coronavirus 19 se encontraron siguientes hallazgos por imágenes de TCAR. (Ver cuadro Nº15.)

Cuadro N° 15

Hallazgos de Tomografía de Tórax por infección del Novel Coronavirus 2019

Hallazgos por Tomografía	Frecuencia
Signo de vidrio despullido	86%
Consolidación	29%
Signo de crazy-paving (empedrado)	19%
Lineales	14%
Cavitación	0%
Nodulaciones pequeñas	0%
Derrame pleural	0%
Adenopatías	0%
Distribución bilateral	76%
Distribución periférica	33%

(*)Transcrito y traducido de Je rey P. Kanne, MD , Chest CT Findings in 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) Infections from Wuhan, China: Key Points for the Radiologist . Radiology.2020.pg.1-3

Figura N° 7

Jeffrey P. Kanne, MD , Chest CT Findings in 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) Infections from Wuhan, China: Key Points for the Radiologist . Radiology.2020.pg.1-3

Tomografía simple en corte axial de una mujer de 33 años. **A**, la imagen muestra múltiples opacidades en vidrio desplumado en pulmones de manera bilateral. Se observan opacidades en vidrio desplumado en el segmento posterior del lóbulo superior derecho y el segmento posterior apical del lóbulo superior izquierdo. **B**, la imagen obtenida 3 días después del seguimiento muestra opacidades progresivas de vidrio desplumado en el segmento posterior del lóbulo superior derecho y el segmento posterior apical del lóbulo superior izquierdo. El bilateralismo de las opacidades pulmonares periféricas, sin preservación subpleural, son hallazgos CT comunes de la neumonía por COVID – 19.

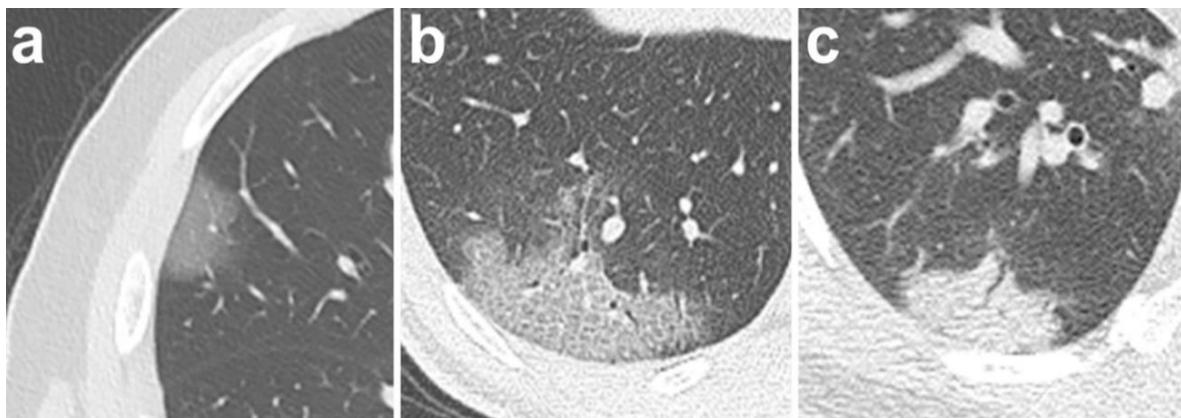
Los pacientes admitidos a la unidad de cuidados intensivos tenían más probabilidades de tener áreas más grandes de consolidación bilateral en las tomografías computarizadas, mientras que los pacientes que no requieren ingreso a la unidad de cuidados intensivos con enfermedad más leve tenían más probabilidades de tener opacidad en vidrio esmerilado y pequeñas áreas de consolidación, la última descripción sugiere un patrón de neumonía organizadora de lesión pulmonar.

Un estudio de tomografías computarizadas de 21 pacientes con COVID 19 mostró tres (**21%**) con **tomografías computarizadas normales**, 12 (57%) solo con opacidad de vidrio esmerilado y seis (29%) con opacidad del vidrio y consolidación, quince pacientes (71%) tenían dos o más lóbulos involucrados, y 16 (76%) tenían enfermedad bilateral. Curiosamente, tres pacientes (14%) tuvieron exploraciones normales en el momento del diagnóstico. Uno de esos pacientes todavía tenía una exploración normal en el seguimiento a corto plazo. Otros siete pacientes fueron sometidos a TC de seguimiento (rango, 1-4 días; media, 2.5 días); cinco (63%) tuvieron una progresión leve y dos (25%) tuvieron una progresión moderada.

En general los hallazgos de imágenes informados para COVID 19 son similares a los informados para SARS-CoV y MERS-CoV, lo que no sorprende ya que los virus responsables también son Coronavirus. Dado que los pacientes con COVID 19 desarrollan síndrome de dificultad respiratoria aguda, los estudios de imágenes de tórax que muestran una

consolidación extensa y opacidad de vidrio esmerilado, típicos de la lesión pulmonar aguda, no son inesperados. (Ver figura N° 8.)

Figura N° 8



Lian Yang, MD, et al. Time Course of Lung Changes On Chest CT During Recovery From 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) pneumonia . Radiology 2020 pg. 1-9

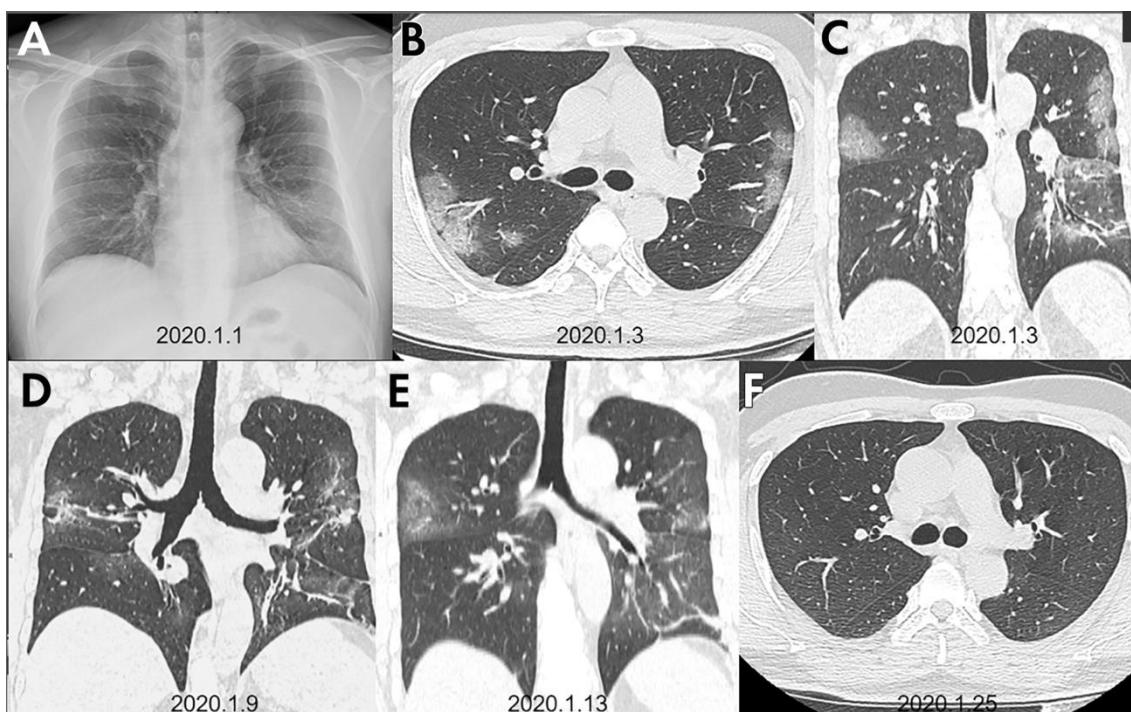
Hallazgos de TC de tórax de neumonía por COVID-19 en imágenes transaxiales. **(a)** GGO; **(b)** patrón de pavimentación local (GGO con engrosamiento septal inter e intralobular superpuesto); **(c)** Consolidación. Todas las imágenes tienen el mismo nivel de ventana de -600 y ancho de ventana de 1600.

Aún no se conocen las características de imagen a largo plazo de COVID - 19, pero presumiblemente se parecerán a las de otras causas de lesión pulmonar aguda. A medida que el número de casos reportados de COVID - 19 continúa aumentando, los radiólogos pueden encontrar pacientes con esta infección.

Un alto índice de sospecha y exposición detallada y antecedentes de viaje son críticos para considerar este diagnóstico. En el entorno clínico correcto, las opacidades bilaterales de vidrio esmerilado o la consolidación en las imágenes de tórax deben incitar al radiólogo a sugerir COVID 19 como posible diagnóstico. Además, una tomografía computarizada de **tórax normal no excluye el diagnóstico** de COVID -19.

5.5.3. Evolución por imagen de TCAR de un paciente tratado

Paciente que fue tratado con medicamentos antivirales y medicamentos antiinflamatorios, con atención de apoyo desde el 1 de enero de 2020 hasta su alta el 25 de enero de 2020. Los estudios de imágenes seriales en la Figura N° 9 ilustran al paciente mejora después de la terapia.

Figura N° 9

Lian Yang, MD, et al. Time Course of Lung Changes On Chest CT During Recovery From 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) Pneumonia . Radiology 2020 pg. 1-9

La radiografía de tórax obtenida el día 7 después del inicio de los síntomas muestra opacidades en los lóbulos superior izquierdo inferior y derecho. Las tomografías computarizadas **B** y **C** obtenidas el día 9 muestran opacidades bilaterales de vidrio esmerilado multifocales. **D**, la tomografía computarizada obtenida el día 15 muestra la evolución a un patrón mixto de opacidades y consolidación de vidrio esmerilado. **E**, la tomografía computarizada obtenida el día 19 muestra la curación de las consolidaciones y opacidades en vidrio esmerilado. **F**, la tomografía computarizada obtenida el día 31 muestra la resolución completa.

- La tomografía de alta resolución es el método de diagnóstico auxiliar de elección para enfermedad pulmonar intersticial provocada por el COVID 19 al inicio, durante y después del tratamiento.
- El signo de vidrio despolido, el de pavimento “crazy-paving”, la bilateralidad y el predominio periférico son los signos más importantes aunados al antecedente clínico y laboratorial.
- Una tomografía normal no descarta enfermedad por COVID 19 ya que se describe hasta en el 21% en un estudio de 41 pacientes positivos.
- Se observó consolidación extensa y derrame pleural en etapas avanzadas y pacientes en terapia intensiva.
- Se vio necesarios al menos 4 tomografías desde el ingreso hasta la culminación del tratamiento de un paciente, siendo el nivel de radiación de CTDIvol medio $8,4 \pm 2,0$ mGy (rango: 5,2-12,6 mGy).

6. TRATAMIENTO SINTOMÁTICO Y SEGUIMIENTO OPORTUNO

Oxigenoterapia: Administrar oxigenoterapia de forma inmediata a pacientes que lo requieran de acuerdo a criterio médico.

Iniciar oxigenoterapia con 5L/min, e ir ajustando progresivamente para alcanzar SpO₂ ≥ 90%; en mujeres embarazadas lograr SpO₂ ≥ 92- 95%. Utilizar con precauciones de contacto al manipular interfaces de oxígeno contaminado de pacientes con infección por SARS-CoV-2.

Reposición de líquidos: Tratar con precaución la reposición de líquidos intravenosos en pacientes que lo requieran.

Corticoides: No se recomienda su administración sistémica en pacientes con neumonía viral o SDRA.

Monitorización: Monitorizar a pacientes para identificar y tratar oportunamente complicaciones asociadas al mismo como SDRA, sepsis o choque séptico.

Antibióticos: Indicado para el manejo de complicaciones infecciosas bacterianas, que se indicaran dentro el contexto clínico del paciente, factores de riesgo asociados, prevalencia de infecciones nosocomiales en la institución, etc. Para lo cual deberá referirse a los protocolos de especialidad disponibles para cada caso en particular.

Antivirales: Al momento no se cuenta con tratamiento antiviral específico para la infección por SARS-CoV-2 que cuente con autorización nacional o internacional para su uso. De ser considera alguna intervención terapéutica específica de las que se encuentran en investigación, esta estará sujeta a la condición clínica del paciente y estudios científicos disponibles.

La indicación y uso terapéutico del fármaco elegido dependerá de la disponibilidad del mismo a nivel nacional, indicación por Médico Especialista o por Junta Médica y Consentimiento informado respectivo.

7. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO PARA SARS - CoV-2

Para los pacientes que cumplan con la definición de caso sospechoso de COVID-19 se debe solicitar pruebas de laboratorio para el diagnóstico respectivo. Siendo la prueba de RT – PCR la indicada para el diagnóstico de COVID – 19 así como para definir la condición de CURADO de la enfermedad.

Otro tipo de pruebas (serología IgM e IgG) evalúan la seroconversión del paciente frente a SARS – CoV – 2, y su uso e indicación se considerarán de acuerdo a su sensibilidad y especificidad según el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas, considerando que la presencia de Anticuerpos frente a COVID – 19, es detectable recién a partir del 7mo. día la enfermedad, por lo cual antes de este tiempo la probabilidad de falsos negativos es alta.

7.1. Toma De Muestras RT - PCR: COVID – 19

El personal que tome la muestra debe cumplir los protocolos de bioseguridad y cuidados básicos para este procedimiento.

7.1.1. Procedimiento para toma de muestra

Antes de tomar las muestras el profesional debe tener listo y a mano todo el material necesario para el procedimiento.

a) Debe utilizar:

- Bata de laboratorio desechable
- Protector respiratorio (N95)
- Guantes de nitrilo (en caso de no tener los de nitrilo, puede usar doble guante de látex)
- Gafas protectoras con cubierta lateral superior e inferior (antes y después de uso, estas deben ser desinfectadas con alcohol al 70%).

El laboratorio debe contar la siguiente información:

b) Datos del paciente

- Nombre el paciente
- Sexo
- Dirección
- Nombre del establecimiento de salud que remitió la muestra
- Número de habitación
- Nombre del médico tratante
- Datos de contacto

c) Información de la toma de muestra

- Fecha y hora de recolección de muestras
- Sitio anatómico y ubicación de la colección de muestras
- Pruebas solicitadas
- Síntomas clínicos y antecedentes relevantes del paciente. (Incluyendo vacunación, tratamientos anteriores, información epidemiológica, y factores de riesgo.)

d) Toma de muestra

Las muestras requeridas para el diagnóstico de SARS - CoV -2 son:

- Muestras recolectadas del tracto respiratorio inferior, incluidas el esputo, el lavado bronco alveolar
- Aspirado traqueal (cuando sea posible según los criterios médicos)
- Sin embargo, cuando la toma de una muestra del tracto respiratorio inferior no es posible, las muestras del tracto respiratorio superior también son útiles (hisopados nasofaríngeo y/o orofaríngeo)

7.1.2. Conservación de las muestras

Lavado broncoalveolar, aspirado traqueal. Recoja 2-3 ml en un recipiente estéril. Refrigere la muestra a 2-8 ° C hasta enviar al laboratorio.

Esputo: Haga que el paciente se enjuague la boca con agua y luego expectore directamente en un recipiente estéril. Refrigere la muestra a 2-8 ° hasta enviar al laboratorio.

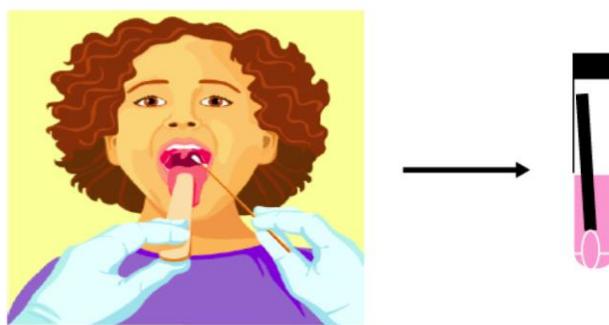
Procedimiento para la toma de muestras

- El profesional que realice la toma de muestras debe portar todos los elementos de protección personal descritos. Verificar de tener a mano todos los insumos necesarios para la recolección de las muestras (hisopos de dacron, es importante no utilizar hisopos con mango de madera o cabeza de algodón ya que pueden interferir en las pruebas de PCR) medio de transporte viral, material para identificar las muestras).

Procedimiento.

- Registre el tubo o los tubos con el nombre del paciente
- Lávese las manos antes de colocar los elementos de protección personal
- Realice la prueba de ajuste al protector respiratorio
- Solicite al paciente que abra la boca
- Sujete la lengua del paciente con el baya lenguas
- Introduzca el hisopo con firmeza hasta la pared posterior de la garganta (orofaringe) frote con movimientos circulares para obtener células infectadas, evite tocar la úvula para no provocar vomito al paciente (ver figura N° 10.)
- Una vez recolectada la muestra Introduzca el hisopo en el tubo que contiene el medio de transporte viral
- Cerrar el tubo perfectamente y mantenerlo de 2 a 8 °C hasta su recepción en el laboratorio
- Lavase las manos antes de retirarse del área donde se tomó la muestra
- Lavase las manos antes de retirar todos los elementos utilizados en la toma de muestras

Figura N° 10
Toma de muestra de exudado faríngeo

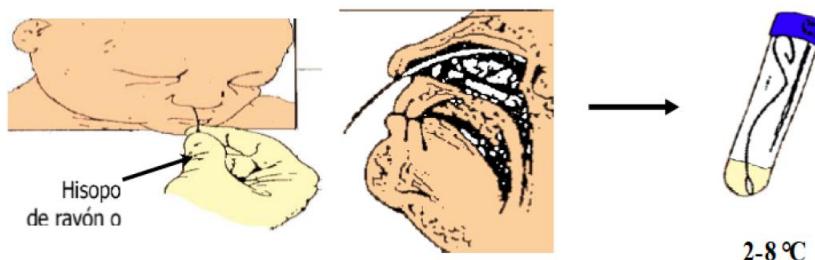


Exudado nasofaríngeo

La forma adecuada para tomarlo y obtener una buena muestra es la siguiente:

- Registre el tubo o los tubos con el nombre del paciente
- Higienizar las manos antes de colocar los elementos de protección personal
- Realice la prueba de ajuste al protector respiratorio
- Recostar al paciente y elevar un poco su cabeza
- Introducir por una fosa nasal, suavemente el hisopo, paralelo al paladar, casi en su totalidad hasta llegar a la nasofaringe (aproximadamente 2.5 cm en adultos y un poco menos en niños) Ver figura N° 11
- Rotar el hisopo suavemente para frotar la pared de la nasofaringe (al frotar se obtienen células infectadas por el virus)
- Retirar cuidadosamente sin dejar de rotar
- Introducir el hisopo en el tubo que contiene el medio de transporte viral
- Cerrar el tubo perfectamente y mantenerlo de 2 a 8 °C

Figura N° 11
Toma de exudado nasofaríngeo



7.1.3. Conservación y transporte

Las muestras deben mantenerse refrigeradas (4-8 °C) y enviarse al laboratorio donde se procesarán dentro de las 24-72 horas de la toma. Si no se pueden enviar muestras dentro de este período, se recomienda congelarlas a -70 °C (o menos) hasta que se envíen (asegurando que se mantenga la cadena de frío.)

El transporte de las muestras debe realizarse con geles o pilas congeladas, temperaturas superiores a 8°C degradan la partícula viral, obteniéndose falsos negativos. Muestras que lleguen al laboratorio con temperaturas superiores a 8°C, no serán procesadas.

Para el transporte de muestras debe usarse el sistema básico de Triple Empaque. De acuerdo a las normativas vigentes para el transporte seguro de sustancias infecciosas.

El embalaje debe constar de tres componentes:

- A) Recipiente principal o primario hermético: es el que contiene la muestra
- B) Embalaje secundario/contenedor secundario hermético: debe ser resistente y anti fugas
- C) Embalaje exterior rígido adecuado: cuenta con una superficie de una dimensión de al menos 10 cm x 10 cm.

Figura Nº 12
Alternativas de triple empaque



Diagrama de embalaje y etiquetado

El envío de la muestra debe coordinarse con la unidad de epidemiología de los SEDES. Todas las muestras deben enviarse con una copia de la ficha epidemiológica. (Ver anexo N° 20 y 21.)

8. PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

8.1. DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Se debe fortalecer la vigilancia epidemiológica de la infección producida por COVID – 19 para la generación de información y toma de decisiones oportunas por las diferentes instancias de gestión y atención del sistema de salud y los otros sectores involucrados.

Las acciones a cumplirse deben ser las siguientes:

8.1.1. Desarrollo de la vigilancia activa

- Vigilancia en punto de entrada:
 - Aéreos: Aeropuerto, líneas aéreas, migración, SENASAG, Salud animal y otros involucrados conforme protocolos establecidos.
 - Terrestres: Migración y aduanas, conforme a protocolo.
 - Fluviales: Migración y aduanas, conforme a protocolo.
- En unidades educativas
- Redes de Salud
- Red laboratorios
- Investigaciones de caso
- Capacitación de RRHH
- Otras actividades

8.1.2. Vigilancia regular/pasiva

- Reforzamiento de los mecanismos regulares de notificación
- Revisión del manual de vigilancia
- Vigilancia de los eventos respiratorios inusitados
- Capacitación del personal de salud
- Impresión y difusión de material para la vigilancia
- Uso de la plataforma de información diseñada para eventos respiratorios inusitados

8.1.3. Seguimiento y supervisión a la implementación de la vigilancia

- Monitoreo y difusión de la información generada por la vigilancia epidemiológica
- Elaboración de indicadores para medir los alcances de la vigilancia

8.1.4. Preparación de la respuesta

- Simulacro de atención y notificación de casos en los hospitales de referencia departamentales

8.1.5. De las redes de salud

- Fortalecer las capacidades de las Redes de Salud para el diagnóstico oportuno y atención integral y adecuada personas infectadas por el Coronavirus, conforme a normas y protocolos establecidos en el país

Las acciones a cumplirse de la red de salud, deben desarrollarse de la siguiente manera:

- a) Fortalecimiento de los RRHH de las Redes de Salud para la prevención, diagnóstico y tratamiento de casos.** Se establecerá contenido y metodología para la capacitación de los profesionales de salud que trabajan en los diferentes niveles de gestión y atención del sistema de salud, así como en la seguridad social y otras instancias que entregan servicios de salud.

b) Fortalecimiento de la red de laboratorios para el diagnóstico

- Se estandarizarán procedimientos referidos al manejo del laboratorio
- Se implementará un plan de capacitación de los recursos humanos de laboratorios seleccionados para fortalecer la capacidad diagnóstico
- Dotación de equipamiento y de insumos para el diagnóstico
- Desarrollo de fluograma de diagnóstico del coronavirus y diagnóstico diferencial

c) Equipamiento e infraestructura adecuada para la atención de pacientes

- Definición de establecimientos de salud para la atención de casos
- En cada departamento/SEDES se identificarán establecimientos de salud que atenderán los pacientes infectados por el Coronavirus
- Dotación de equipamiento para la atención de los pacientes
- Reconversión de servicios

d) Fortalecimiento de la gestión de medicamentos, insumos y reactivos

- Capacitación de los recursos humanos
- Definición de botiquines de atención
- Definición de mecanismos administrativos para compra de medicamentos e insumos.

e) Fortalecimiento del sistema de referencia y contra referencia

- Difusión de la información sobre la conformación de la Red de Establecimientos de salud y otros vinculados a la vigilancia epidemiológica que identifican y atienden casos sospechosos e infectados por el nuevo coronavirus
- Establecimiento de la Red de Ambulancia que debe cumplir con protocolos de bioseguridad
- Comunicación utilizando diversos medios que facilite la referencia y contra-referencia
- Capacitación de los recursos humanos

f) Fortalecimiento de acciones de bioseguridad

- Capacitación/actualización sobre de medidas universales sobre bioseguridad
- Elaboración y difusión de material con información precisa sobre medidas de bioseguridad
- Compra y entrega de material básico requerido para garantizar la bioseguridad. Poner en funcionamiento cajas de seguridad
- Desarrollo de procesos que aseguren la eliminación de residuos
- Supervisión y monitoreo del cumplimiento de la norma

g) Monitoreo y evaluación de las acciones

- Reuniones de evaluación
- Simulacros y Simulaciones en mesa, Parciales y General

8.2. ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

8.2.1. Detección

La detección de casos sospechosos se puede dar en los servicios de salud (Primer, segundo y tercer nivel de atención) sean estos públicos, seguridad social y privados o en puntos de ingreso de viajeros internacionales. Verificar estrictamente que cumpla la definición operacional de caso sospechoso de COVID – 19.

Las personas que se identifiquen como casos sospechosos de COVID – 19 deberán separarse de otras personas, se les pondrá una mascarilla quirúrgica y se los ubicará en un área específica para estudio del caso.

El personal de primer contacto en unidades médicas públicas y privadas de todo el país que identifique un caso sospechoso de COVID - 19, deberá llevar a cabo la atención bajo la aplicación de medidas de bioseguridad recomendadas.

El médico del establecimiento de salud que atiende el caso al primer contacto con el paciente debe elaborar la historia clínica, realizar el examen físico, considerando los diagnósticos diferenciales, llenado de la ficha epidemiológica y realizar la recolección de las muestras respiratorias según protocolo respectivo, que deben ser referidas de inmediato

a los laboratorios autorizados por el Ministerio de Salud en los diferentes Departamentos, en coordinación con los SEDES.

Para la toma de decisión se deberá seguir el flujograma recomendado. (Ver anexo Nº 3.)

8.2.2. Notificación de casos

El 30 de enero de 2020, la OMS declaró el brote por el nuevo Coronavirus en China (enfermedad denominada actualmente COVID-19), como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). Por lo tanto, en virtud al Reglamento Sanitario Internacional (RSI) constituye un evento inusitado de notificación obligatoria inmediata.

Con el objetivo de fortalecer y coadyuvar en la Vigilancia Epidemiológica de COVID-19 en Bolivia, detectar rápidamente la ocurrencia de casos en nuestro país y proporcionar información epidemiológica, el Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS – VE) en coordinación con la Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud, habilitó los instrumentos de notificación para casos sospechosos que pudieran llegar a presentarse en Bolivia.

8.2.2.1. Procedimiento de notificación de casos sospechosos

En cumplimiento de la gestión y flujo de información establecida por el SNIS – VE, los casos en investigación (sospechosos) de COVID - 19, deben ser informados inmediatamente a los responsables de vigilancia epidemiológica del establecimiento a cargo de la atención, que a su vez lo notificarán, de forma urgente a través de la Red de Salud al SNIS – VE tanto departamental (SEDES) como nacional (Ministerio de Salud)

Para realizar la notificación, el personal de salud, deberá completar la ficha establecida (Ver anexo 1), se incluirá el caso en la planilla de notificación inmediata (Anexo B) y en la planilla notificación semanal “Grupo de enfermedades de notificación obligatoria inmediata” al igual que en el formulario 302a del software 2020 del SNIS - VE.

La notificación inmediata debe realizarse dentro de las 24 horas de ocurrido el caso, utilizando para el envío de la planilla y ficha; el correo electrónico, fax o WhatsApp.

Para la notificación semanal, la planilla se transmite por correo electrónico o alternativamente WhatsApp y la información se carga en el software específico del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia y epidemiológica (formulario 302a)

Paralelamente, la notificación por las instancias mencionadas deberá realizarse de forma inmediata a la Unidad de Epidemiología del Servicio Departamental de Salud (SEDES) correspondiente y a la Unidad de Epidemiología Nacional del Ministerio de Salud.

Seguidamente, el personal de salud deberá iniciar acciones de control local de acuerdo a los protocolos instituidos por las instancias correspondientes y solicitarán apoyo para realizar la investigación y control respectivo.

8.2.2.2. Variable establecida en las herramientas de consolidación del SNIS - VE para la notificación de casos sospechosos

Los casos sospechosos (basados estrictamente en la definición de caso sospechoso establecida para nuestro país) deberán registrarse en la variable: “COVID - 19”. Misma que se encontrará en las herramientas de notificación establecidas por el SNIS – VE.

En los sistemas informáticos SOAPS y SICE, los casos que cumplan con la definición de caso sospechoso deben ser registrados bajo el código CIE 10 “**U07.1**”, establecido por la Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud (RELACSI) para estos casos.

8.2.3. Definiciones de caso

La información a reportarse en las herramientas del SNIS – VE (planilla de notificación inmediata, semanal y el formulario 302a) corresponde a los **casos sospechosos**.

8.2.3.1. CASO SOSPECHOSO

- A. Un paciente con INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (FIEBRE y al menos un signo/síntoma de enfermedad respiratoria, por ejemplo: tos, dificultad para respirar), **Y** sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica **Y** un historial de viaje o residencia en un PAÍS/ÁREA O TERRITORIO QUE REPORTÓ LA TRANSMISIÓN LOCAL DE LA ENFERMEDAD COVID-19 durante los 14 días anteriores a la aparición de síntomas; **Ó**
- B. Un paciente con alguna INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA **Y** que haya estado en contacto con un caso COVID-19 confirmado en los últimos 14 días antes del inicio de los síntomas; **Ó**
- C. Un paciente con INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (fiebre y al menos un signo/síntoma de enfermedad respiratoria (por ejemplo, tos, dificultad para respirar) **Y** que requiere hospitalización **Y** sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica.

8.2.3.2. CASO CONFIRMADO

Caso sospechoso con prueba de laboratorio RT – PCR para SARS-CoV-2 Positiva.

8.2.3.3. CASO DESCARTADO

Caso sospechoso con prueba de laboratorio RT – PCR para SARS-CoV-2 Negativa.

8.2.3.4. CASO PROBABLE:

- Un caso sospechoso para quien las pruebas para el virus COVID-19 no son concluyentes o
- Un caso sospechoso para quien las pruebas no pudieron realizarse por ningún motivo

8.2.3.5. CASO RECUPERADO

Caso confirmado que después de la remisión del cuadro clínico inicial presenta 2 pruebas negativas de R T – PCR para SARS - CoV – 2, con intervalo mínimo de 24 horas entre ambas pruebas (Ver Anexo N°32).

8.2.4. Investigación

La investigación de caso debe iniciarse inmediatamente notificado el caso por el médico, verificando que SI corresponde a la definición de caso sospechoso (sea de atención hospitalaria o en domicilio.)

El responsable de Epidemiología designado debe verificar que:

- Sí corresponde a la definición de caso sospechoso
- Se haya recolectado las muestras respiratorias
- Se realice la búsqueda de contactos
- Se establezca las acciones de prevención y control de acuerdo al contexto local y situación específica.

8.2.5. Atención de brotes

Ante la detección de un caso de un COVID-19, en un establecimiento de salud, se debe investigar la procedencia del mismo (nexo epidemiológico). Es necesario realizar la investigación de contactos (listado, seguimiento diario, educación, recomendaciones y signos de alarma) por parte del equipo local de vigilancia epidemiológica de acuerdo a protocolo.

8.2.6. Definición de Contactos

Un contacto es una persona que experimentó cualquiera de las siguientes exposiciones durante los 2 días anteriores y los 14 días después del inicio de los síntomas de un caso probable o confirmado:

1. Contacto cara a cara con un caso probable o confirmado dentro de 1 metro y durante más de 15 minutos;
2. Contacto físico directo con un caso probable o confirmado;
3. Atención directa para un paciente con enfermedad COVID-19 probable o confirmada sin usar el equipo de protección personal adecuado; O
4. Otras situaciones según lo indicado por las evaluaciones de riesgos locales.

Para casos asintomáticos confirmados, el período de contacto se mide como los 2 días anteriores a los 14 días posteriores a la fecha en que se tomó la muestra que condujo a la confirmación

Ante la identificación de casos sospechosos se deberá proceder a la identificación y seguimiento de la totalidad de los contactos durante los 14 días posteriores al inicio de síntomas del caso.

8.2.6.1. Estudio y Manejo de contactos:

En personas asintomáticas que cumplan la definición de contacto deberán ser informadas y se iniciará los procedimientos de la vigilancia epidemiológica respectivos, explicándoles las precauciones de higiene respiratoria, etiqueta de la tos y lavado de manos.

Se deberá REALIZAR UNA VALORACIÓN INDIVIDUALIZADA DE CADA SITUACIÓN, adaptando las recomendaciones a cada caso específico teniendo en cuenta el riesgo real de exposición. Todos los contactos, de casos confirmados por laboratorio, deben permanecer en cuarentena durante 14 días desde la última vez que estuvieron expuestos a un paciente con COVID-19.

No se recomienda la toma de muestra de rutina de los contactos.

Si durante los 14 días posteriores a la exposición desarrollara síntomas, deberá hacer autoaislamiento inmediato domiciliario y contactar de forma urgente con el responsable que se haya establecido para su seguimiento dentro del contexto y manejo de caso sospechoso.

El personal de salud les indicará dónde deben acudir si uno de los contactos presenta síntomas, qué medio de transporte es el más adecuado, cuándo y por dónde deben entrar al centro médico señalado y qué precauciones de control de la infección deben seguir:

- Notificar al centro de salud señalado que un contacto sintomático se dirige a sus instalaciones.
- Durante el desplazamiento, el enfermo debe llevar mascarilla quirúrgica.
- Evitar el transporte público en la medida de lo posible; llamar a una ambulancia o trasladar al enfermo en un vehículo privado, con las ventanillas abiertas si es posible.
- Debe indicarse al enfermo que siga en todo momento las medidas de higiene respiratoria y de manos y que se mantenga lo más alejado que pueda de las demás personas (al menos un metro de distancia), ya sea sentado o de pie, durante el desplazamiento y dentro del centro de salud.
- Tanto el contacto como los cuidadores deben seguir las medidas adecuadas de higiene de manos. (Ver anexo N° 9.)
- Las superficies que se manchen con secreciones respiratorias o fluidos corporales durante el desplazamiento habrán de limpiarse y desinfectarse con desinfectante corriente de hogar, compuesto por una solución de lavandina al 1% y 99% de agua.

Toma y transporte de muestras de casos sospechosos

Todas las muestras tomadas para detección por laboratorio de virus respiratorios deben ser manejadas como potencialmente infecciosas, y el personal que tome o transporte muestras clínicas debe cumplir con las guías nacionales del Protocolo Nacional de Vigilancia de Influenza y otros virus respiratorios.

La evidencia actual sugiere que las muestras de laboratorio de SARS CoV- 2 pueden ser manejadas como se procede para muestras sospechosas por virus Influenza.

Las pruebas para el SARS-CoV-2 deben considerarse únicamente para pacientes que cumplan la definición de caso sospechoso.

8.2.7. Control y prevención

Cuadro N° 16

A nivel de prevención y control de infecciones se recomienda:
Reconocimiento temprano y control del caso sospechoso
Aplicación de medidas de BIOSEGURIDAD recomendadas para todos los pacientes COVID-19 hospitalizados
Higiene de manos (Ver anexo N° 9)
Higiene respiratoria y etiqueta de tos (Ver anexo N° 10)
Uso de equipos de protección personal según evaluación de riesgo(Ver anexo N° 8)
Descarte seguro de materiales cortopunzantes
Manejo adecuado del ambiente y del desecho hospitalario
Esterilización y desinfección de dispositivos médicos y hospitalarios
Implementación de precauciones adicionales según mecanismo de transmisión

9. MANEJO DE CADÁVERES DE CASOS DE COVID-19:

Las recomendaciones sobre manejo de Cadáveres de casos de COVID – 19 se han elaborado en respuesta a la situación epidemiológica actual y con el conocimiento disponible hasta la fecha y podrán ser revisadas ante los cambios que se produzcan en el contexto de la enfermedad o las nuevas evidencias sobre el comportamiento del SARS-CoV-2, las recomendaciones sobre el tema se tratan específicamente en el documento GUIA DE PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO Y DISPOSICIÓN DE DISPOSICIÓN DE CADÁVERES DE CASOS DE COVID -19, que es parte de los documentos técnicos del Ministerio de Salud.

9.1. ORGANIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO EN CASO DE BROTE

Establecimiento de infraestructuras y actividades sostenibles

- Capacitación y educación de los trabajadores de salud
- Directrices sobre reconocimiento temprano de la infección respiratoria aguda potencialmente debido al SARS-CoV-2
- Acceso a pruebas de laboratorio rápidas para la identificación del agente etiológico
- Prevención del hacinamiento, especialmente en los servicios de emergencia
- Suministro de zonas de espera específicas para los pacientes sintomáticos y disposición adecuada de pacientes hospitalizados que promuevan una relación adecuada paciente/personal de salud
- Control del ambiente y de ingeniería
- Ventilación ambiental adecuada en áreas dentro de los establecimientos de salud
- Limpieza del entorno hospitalario
- Separación de al menos 1 metro de distancia entre los pacientes debe de ser respetada.

ANEXOS

ANEXO N° 1

DEFINICIÓN DE CASO

1. Caso sospechoso

- A. Un paciente con **INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA** (FIEBRE y al menos un signo/síntoma de enfermedad respiratoria (por ejemplo: tos, dificultad para respirar)), **Y**

SIN otra etiología que explique completamente la presentación clínica **Y**

un historial de viaje o residencia en un **PAÍS/ÁREA O TERRITORIO QUE REPORTÓ LA TRANSMISIÓN LOCAL DE LA ENFERMEDAD COVID-19** durante los 14 días anteriores a la aparición de síntomas; **Ó**

- B. Un paciente con alguna **INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y** que haya estado en **CONTACTO*** con un caso COVID-19 confirmado en los últimos 14 días antes del inicio de los síntomas: **Ó**

- C. Un paciente con **INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE** (fiebre y al menos un signo/síntoma de enfermedad respiratoria (por ejemplo, tos, dificultad para respirar) **Y** que requiere hospitalización **Y** sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica.

2. CASO CONFIRMADO

Caso sospechoso con prueba de laboratorio para SARS-CoV-2 Positiva.

3. CASO DESCARTADO

Caso sospechoso con prueba de laboratorio para SARS-CoV-2 Negativa.

4. CASO PROBABLE:

- A. Un caso sospechoso para quien las pruebas para el virus COVID-19 no son concluyentes o
- B. Un caso sospechoso para quien las pruebas no pudieron realizarse por ningún motivo

5. CASO RECUPERADO

Caso confirmado que después de la remisión del cuadro clínico inicial presenta 2 pruebas negativas de RT – PCR para SARS - CoV – 2, con intervalo mínimo de 24 horas entre ambas pruebas (Ver Anexo N°32).

***Definición de contacto. -**

Un contacto es una persona que experimentó cualquiera de las siguientes exposiciones durante los 2 días anteriores y los 14 días después del inicio de los síntomas de un caso probable o confirmado:

1. Contacto cara a cara con un caso probable o confirmado dentro de 1 metro y durante más de 15 minutos;
2. Contacto físico directo con un caso probable o confirmado;
3. Atención directa para un paciente con enfermedad COVID-19 probable o confirmada sin usar el equipo de protección personal adecuado; O
4. Otras situaciones según lo indicado por las evaluaciones de riesgos locales.

Los casos sospechosos deben notificarse de forma inmediata a través del sistema nacional de información en salud y vigilancia epidemiológica (SNIS-VE) en las planillas de notificación inmediata y semanal y el formulario 302 en la variable “COVID-19” (comunicarse con las siguientes direcciones). Asimismo, debe ser registrado por el laboratorio de Referencia en el Sistema de Eventos inusitados.

Se procesarán muestras sólo a pacientes que cumplan con Definición de Caso Sospechoso.

ANEXO N° 2

FICHA DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA



Gobierno del Estado Plurinacional de
BOLIVIA
Ministerio de
Salud

FICHA EPIDEMIOLÓGICA Y SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO COVID-19

pág. 1

Iniciales
del caso

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR

Establecimiento de Salud..... Cód.. Estab..... Red de Salud.....

Departamento Municipio Fecha de Notificación..... / / Sem Epidemiol.....

Caso detectado en un punto de entrada del país No Si Cuál???

2. IDENTIFICACION DEL CASO/PACIENTE

Nombre y Apellido..... Sexo: F M

Nº Carnet de Identidad /Pasaporte..... Fecha de Nacimiento..... / / Edad.....

Lugar de residencia ; Departamento..... Municipio..... País.....

Calle..... Zona..... N°.....

Teléfono.....

3. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

Ocupación Personal de salud Personal de Laboratorio Otro:.....

Antecedente de vacunación para influenza NO SI Fecha..... / /

Viajes u otras exposiciones de riesgo:

¿Estuvo fuera del país en los últimos 14 días? NO SI

¿Dónde (país y ciudad)?..... Desde..... / / Hasta..... / /

Fecha de Ingreso al país: / / Empresa: N° vuelo: N° asiento:

*¿Estuvo en otras regiones del país los últimos 14 días? NO SI

Departamento Municipio..... Desde / / Hasta / /

Dirección.....

***Zona de riesgo: ciudad o país con transmisión local o comunitaria**

Contacto con caso positivo de COVID-19

¿Tuvo contacto con un caso confirmado de COVID-19 en los 14 días previos al inicio de síntomas, en domicilio o establecimiento de salud

NO SI Fecha de contacto: / /

Nombre y Apellido (del caso positivo):..... CI/Pasaporte:.....

Lugar de exposición con el caso positivo:

País:..... Departamento/Estado:..... Municipio:..... ciudad /localidad:.....

Teléfono del (caso positivo):.....

Es un caso de transmisión : Local Importada Comunitaria

4. DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de 1ros síntomas / /

Semana epidemiológica.....

Fecha de 1^a consulta..... / /

Establecimientos de Salud 1ra consulta

Ambulatorio

Internado

Fecha de internación..... / /

Establecimiento de salud de Internación.....

Fecha de aislamiento..... / /

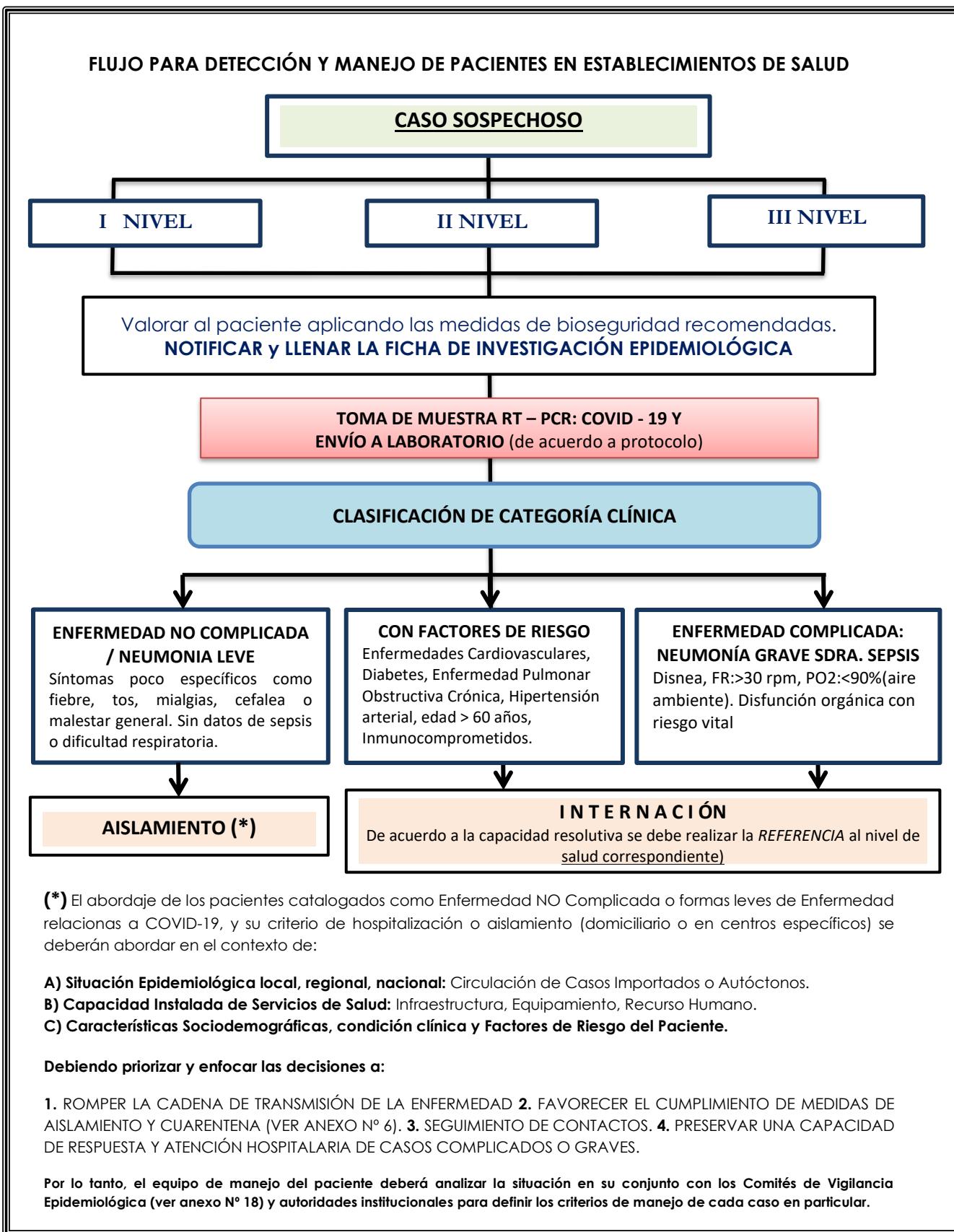
Terapia Intensiva No Si Fecha de Ingreso a UTI..... / /

Ventilación mecánica No

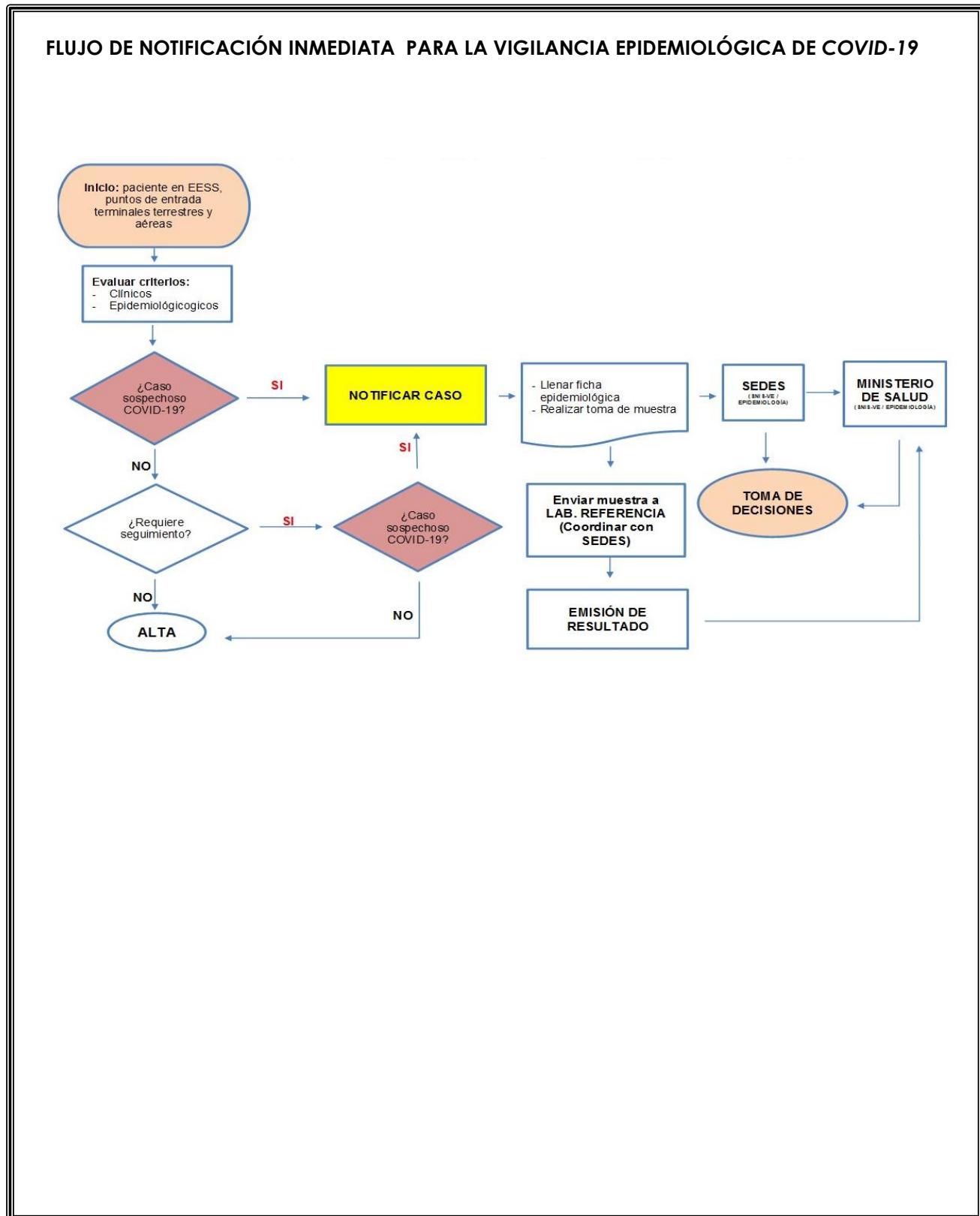
Si

 <p>Gobierno del Estado Plurinacional de BOLIVIA Ministerio de Salud</p>	FICHA EPIDEMIOLÓGICA Y SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO COVID-19		<p>pág. 2 Iniciales del caso</p>					
5. SIGNOS Y SINTOMAS								
Historia de Fiebre	<input type="checkbox"/>	Tos Seca	<input type="checkbox"/>	Dolor de garganta (odinofagia)	<input type="checkbox"/>			
Fiebre > a 38 °C	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>					
Otro especificar.....								
Estado actual del paciente								
Estado al momento del reporte								
Estable	<input type="checkbox"/>	Critico	<input type="checkbox"/>	Fallecido	<input type="checkbox"/>			
Fecha de defunción...../...../.....								
Diagnóstico clínico								
síndrome gripeal	<input type="checkbox"/>	Bronquitis	<input type="checkbox"/>	Neumonía	<input type="checkbox"/>			
Otro especificar.....								
6. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE								
Presenta	<input type="checkbox"/>	No presenta	<input type="checkbox"/>					
Inmunosupresión congénita o adquirida	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Oncológica		NAC previa	<input type="checkbox"/>			
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática		EPOC	<input type="checkbox"/>			
Obesidad	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Renal Crónica		Asma	<input type="checkbox"/>			
Embarazo	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial		Tuberculosis activa	<input type="checkbox"/>			
Puerperio	<input type="checkbox"/>	Enfermedades cardíacas		Otra enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/>			
Desnutrición	<input type="checkbox"/>	Bronquitis Previa		ninguna de las Anteriores	<input type="checkbox"/>			
Otros especificar.....								
Tratamientos								
Antibiótico	Fecha de inicio	/	/	Antiviral:	Fecha de inicio	/	/	
Evolución : En curso	<input type="checkbox"/>	Tratamiento Terminado		<input type="checkbox"/>	Evolución : En curso	<input type="checkbox"/>	Tratamiento Terminado	<input type="checkbox"/>
7. DATOS DE PERSONAS CON LAS QUE EL CASO SOSPECHOSO ESTUVO EN CONTACTO (desde el inicio de los síntomas)								
Nombre y apellidos	Edad	CI / Pasaporte	Teléfono	Dirección	Fecha de contacto	Relación	Lugar de contacto	
8. LABORATORIO								
Se tomó muestra para Laboratorio:		NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	¿Dónde?.....		
Tipo de muestra tomada:								
Aspirado		<input type="checkbox"/>	Hisopado Nasofaringeo	<input type="checkbox"/>	Lavado Bronco alveolar	<input type="checkbox"/>	Otra (especificar):	
Nombre de Lab. que procesa la muestra.....		Fecha de toma de muestra:		/		/		Fecha de envío...../...../.....
Responsable de Toma de Muestra		Firma y sello						
Observaciones								
Resultado de Laboratorio	Positivo	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	Fecha :			
DATOS DEL PERSONAL QUE NOTIFICA:								
Nombre y Apellido:					Tel. cel.			
Firma y sello:					Sello del EESS.....			

ANEXO N° 3

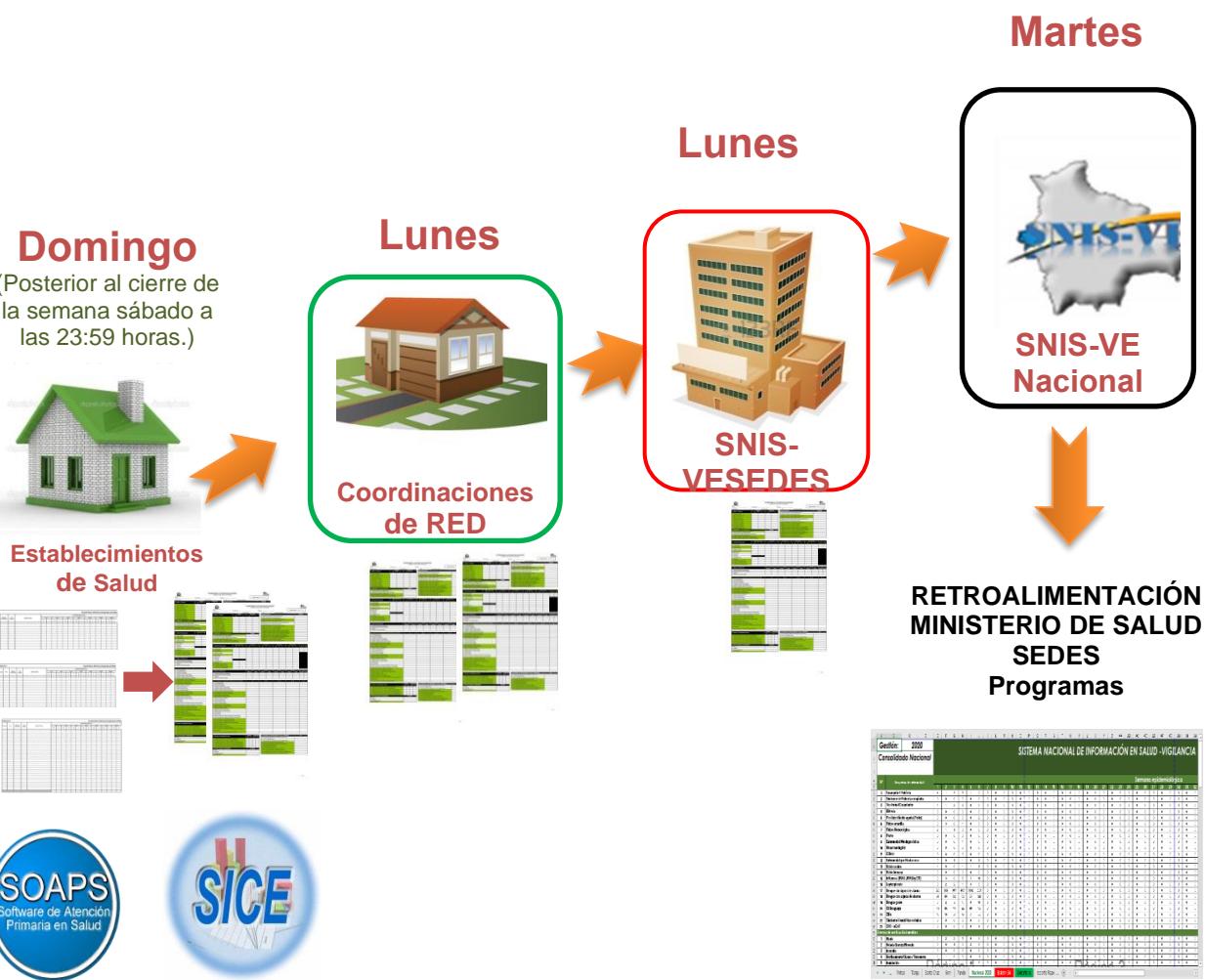


ANEXO N° 4



ANEXO N° 5

FLUJO DE NOTIFICACIÓN SEMANAL PARA LA VIGILANCIA DEL CORONAVIRUS (COVID-19)



ANEXO N° 6

CUARENTENA EN EL CONTEXTO DE LA CONTENCIÓN DE CORONAVIRUS (COVID-19)

El 30 de enero de 2020, el Director General de la OMS determinó que el brote de la enfermedad por Coronavirus (COVID-19) constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional. A medida que el brote continúa evolucionando, los países están considerando opciones para prevenir la introducción de la enfermedad a nuevas áreas o para reducir la transmisión de persona a persona en áreas donde el virus COVID-19 ya está circulando. Las medidas de salud pública para lograr estos objetivos pueden incluir la cuarentena, con el objetivo de controlar los síntomas y la detección temprana de casos.

Muchos países tienen autoridad legal para imponer cuarentena. Al hacerlo, la cuarentena debe implementarse como parte de un paquete integral de medidas de contención y respuesta de salud pública y, **según el Artículo 3 del Reglamento Sanitario Internacional (2005)**, ser totalmente respetuosa de la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas.

¿QUE ES LA CUARENTENA?

La cuarentena de personas es la restricción de actividades o la separación de personas que no están enfermas, pero que pueden estar expuestas a un agente infeccioso o a enfermedad, con el objetivo de controlar los síntomas y la detección temprana de casos.

A diferencia de la cuarentena, **EL AISLAMIENTO ES LA SEPARACIÓN DE PACIENTES INFECTADOS de otras PERSONAS para evitar la propagación de la infección o la contaminación.**

Antes de implementar la cuarentena, se debe comunicar y socializar adecuadamente la medida tanto al personal de salud, autoridades y población en general, a fin de reducir el pánico y mejorar el cumplimiento.

Las autoridades y personal de salud deben proporcionar a las personas directrices claras, actualizadas, transparentes y consistentes, e información confiable sobre las medidas de cuarentena;

Las personas en cuarentena recibirán atención médica, psicológica y nutricional, priorizando las poblaciones vulnerables.

CUANDO USAR MEDIDAS DE CUARENTENA

La cuarentena se debe llevar a cabo en el domicilio de las personas o en instalaciones dispuestas por las autoridades departamentales y/o municipales. Se deben cumplir requisitos mínimos para el monitoreo de la salud de las personas en cuarentena durante el período de cuarentena.

1. Condiciones de cuarentena adecuada para el período establecido

Las condiciones de cuarentena apropiadas incluyen lo siguiente:

- Ambiente adecuado que contemple:
 - Habitaciones individuales
 - Ventilación adecuada,
 - Con baño privado (higiene de manos e instalaciones sanitarias)

Si no tienen habitaciones individuales disponibles, las camas deben colocarse al menos a 1 metro de distancia tomando en cuenta las previsiones básicas de:

- Gestión de residuos
- Provisiones de alimentos, agua e higiene
- Apoyo médico apropiado
- Apoyo psicosocial; y orientación en alimentación adecuada
- Consideraciones especiales para personas mayores e individuos con condiciones comórbidas, debido a su mayor riesgo de enfermedad grave por COVID-19

Se considerarán posibles lugares de cuarentena: hoteles, dormitorios u otras instalaciones que atiendan a grupos, o la casa del contacto.

2. Medidas mínimas de prevención y control de infecciones

- Cualquier persona en cuarentena que desarrolle una enfermedad febril o síntomas respiratorios, debe ser tratado y manejado como sospechoso COVID-19.
- **Realice higiene de las manos** con frecuencia, especialmente después de contacto con secreciones respiratorias, antes de comer y después de usar el baño. La higiene de manos incluye ya sea limpiándose las manos con agua y jabón o con un desinfectante para manos a base de alcohol.
- Asegúrese de que todas las personas en cuarentena estén practicando higiene respiratoria.
- Abstenerse de tocar boca, nariz y ojos.
- No se requiere mascarilla quirúrgica para personas sin síntomas, no hay evidencia de que usar una máscara de cualquier tipo protege a las personas que no están enfermas.

Controles ambientales

Los procedimientos de limpieza y desinfección ambiental deben ser realizados consistentemente y correctamente. **El personal de limpieza necesita ser educado y protegido de la infección por COVID-19** y asegurar que las superficies ambientales estén regularmente limpiados a fondo durante todo el período de cuarentena:

- Debe **limpiarse y desinfectarse las superficies que se tocan con frecuencia**, como mesitas de noche, somieres y otros muebles de dormitorio **díariamente con desinfectante doméstico regular**.

3. Requisitos mínimos para la vigilancia de la salud de personas en cuarentena durante el período de cuarentena

Se debe realizar un seguimiento diario de las personas en cuarentena, dentro de la instalación de cuarentena, por la duración del tiempo establecido y debe incluir:

- La temperatura corporal diaria
- Detección de síntomas

Grupos de personas con mayor riesgo de infección y enfermedad grave pueden requerir más vigilancia de afecciones crónicas o médicas específicas.

4. Vigilancia activa

- Mantener un canal de comunicación con un profesional en salud asignado durante todo el periodo de observación.
- El personal de salud debe participar de la vigilancia epidemiológica en el entorno de los contactos por teléfono y de ser posible en persona, y a intervalos periódicos (por ejemplo, a diario), realizando las pruebas diagnósticas que sean necesarias.
- El profesional de salud indicará de antemano dónde deben acudir si uno de los contactos se enferma, qué medio de transporte y cuál centro de salud.
- Notificar al centro de salud que un contacto sintomático se dirige a sus instalaciones.
- Durante el desplazamiento, el enfermo debe llevar mascarilla médica.
- Evitar el transporte público en la medida de lo posible; llamar a una ambulancia o trasladar al enfermo en un vehículo privado, con las ventanillas abiertas si es posible. (Ver traslado de paciente, en anexo Nº 11.)

Coordinación con autoridades:

El equipo del SEDES a la cabeza de su Director, deberá realizar la coordinación previa y oportuna con el COED para informar y orientar en la preparación de la cuarentena tanto en información como en apoyo logístico con el objeto de garantizar su efectividad.

ANEXO N° 7

**EQUIPOS BÁSICOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y BIOSEGURIDAD EN PERSONAL DE SALUD
QUE ATIENDE PACIENTES CON COVID – 19**

La clave para la selección y el uso adecuado de los Equipos de Protección Personal (EPP) es comprender los peligros y los riesgos de exposición. Algunos de los factores importantes para evaluar estos riesgos en los establecimientos de salud incluyen la fuente, los modos de transmisión, los tipos de contacto, la duración y el tipo de tareas que debe realizar el usuario del EPP.

Objetivo de uso de EPP:

- Limitar la transmisión de persona a persona
- Reducir las infecciones secundarias
- Prevenir la transmisión a través de eventos de riesgo

Con relación al mecanismo de transmisión de COVID – 19:

Es similar a otros coronavirus (SARS-CoV y el MERS-CoV), a través de:

- Gotas
- Fómites

Lo que implica básicamente que su transmisión se realiza por gotas mayores a 5 µm, en este entendido y con relación al uso de elementos de protección para transmisión respiratoria por gotas, el elemento básico necesario para prevenir la transmisión de SARS-CoV-2 es: la mascarilla quirúrgica (barbijo común).

A partir del mecanismo de transmisión descrito (gotas, fómites), es **FUNDAMENTAL ORGANIZAR E IMPLEMENTAR UN ADECUADO Y EFECTIVO SISTEMA DE TRIAJE DE PACIENTES** (responsabilidad del Comité de Vigilancia Epidemiológica del establecimiento de Salud) para definir adecuadamente el tipo y lugar de atención que requiera el paciente al ingreso al establecimiento de salud para disminuir el riesgo de transmisión al personal de salud y optimizar el uso de EPP.

Clasificación de riesgo de transmisión de COVID – 19:

Las características y tipo de actividad asistencial que desarrolle el personal de salud que realice la atención al caso sospechoso o confirmado con COVID – 19, así como la elección del uso de EPP irá relacionada con los riesgos a los que este expuesto el personal de salud.

En este sentido se realizan las siguientes **RECOMENDACIONES** con base en los riesgos de exposición y transmisión de COVID – 19, mismas que **DEBERÁN SER EVALUADAS Y ANALIZADAS POR CADA COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA SU ADAPTACIÓN** según las condiciones propias y particulares de cada paciente, procedimientos a realizar y capacidades de cada establecimiento de salud.

a) Situaciones de Riesgo Alto:

Atención y procedimientos a pacientes sospechosos o confirmados en Unidades de Terapia Intensiva e Intermedia, Procedimientos generadores de aerosoles (Broncoscopia, Laringoscopia, Reanimación cardiopulmonar, Ventilación no invasiva: BiPAP, CPAP, HFOV, Cirugía, Intubación traqueal, Ventilación manual, Inducción de esputo, Aspiración traqueal, etc.), toma de muestras respiratorias (hisopado nasal, faríngeo.)

o Recomendación:

- Ambiente: Habitación individual con una infraestructura que considere: Acceso restringido, recomendado el uso de presión negativa o en su defecto utilizar sistemas de extracción de aire que permitan, como mínimo, 6-12 recambios de aire por hora o ventilación al exterior del establecimiento. (Ventanas)
- Equipos de Protección Personal Básicos: Aplicar precauciones estándar y Gorro, Guantes, Antiparras (gafas o mascara facial de protección), batas, Mascarilla N95 o FFP2, Botas.

b) Situaciones de Riesgo Moderado:

- Atención a pacientes confirmados hospitalizados (No Terapia intensiva, ni Terapia Intermedia) con procedimientos ó actividades que No generen aerosoles.

Recomendación:

- Ambiente: Preferentemente ubicar al paciente en habitación individual o en una misma habitación con otros pacientes con el mismo diagnóstico y agente etiológico (aislamiento en cohorte) bajo las siguientes condiciones: asegurando a su alrededor un área de al menos un metro (entre paciente y paciente), uso sistemas de extracción de aire que permitan, como mínimo, 6-12 recambios de aire por hora en dichos ambientes o ventilación al exterior del establecimiento. (Ventanas)
- Equipos de Protección Personal Básicos: Aplicar precauciones estándar y Gorro, Guantes, Antiparras o Protector facial, batas y Mascarilla N95 o FFP2 (*en caso de no disponer de Mascarillas N95, el uso de Mascarilla Quirúrgica (barbijo común) será el indicado, de acuerdo a las recomendaciones OMS/OPS.*)

c) Otras Situaciones:

Atención en salas de triaje, emergencias médicas, procedimientos que NO generen aerosoles.

Recomendación:

- Ambiente: Aplicar sistemas de triaje en Emergencias, uso sistemas de extracción de aire en consultorios y salas de espera o ventilación al exterior del establecimiento (Ventanas). Evitar concentración de pacientes.
- Equipo de Protección Personal Básico: Aplicar precauciones estándar y Mascarilla Quirúrgica (Barbijo común), gafas o protector facial.

Cuadro Nº 1

**EQUIPOS BÁSICOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y BIOSEGURIDAD EN PERSONAL DE SALUD
QUE ATIENDE PACIENTES CON COVID – 19**

TIPO DE ATENCIÓN	HIGIENE DE MANOS	USO DE BATAS	MASCARILLA QUIRÚRGICA	MASCARILLA N95 O FFP2	GAFAS O PROTECTOR FACIAL	GUANTES
Situaciones de Riesgo Alto	X	X		X	X	X
Situaciones de Riesgo Moderado. (*)	X	X		X	X	X
Otras situaciones	X		X		X	

(*) En caso de no disponer de Mascarillas N95, el uso de Mascarilla Quirúrgica será de elección de acuerdo a las recomendaciones OMS/OPS.

ANEXO N° 8

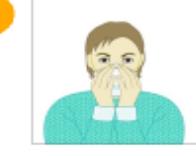
USO DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y SECUENCIA DE COLOCACIÓN Y RETIRO

El uso de equipos de protección, llevan lo siguiente:

Mascarilla quirúrgica

- Mascarilla quirúrgica o respirador de partículas.
- Protegen el trato respiratorio y la boca.
- Quitarla la mascarilla o respirador y colocarla en un recipiente para desechos y realizar higiene de las manos

Instrucciones de sellado de respiradores N-95/FFP2

	<p>1 Sostenga el respirador en la palma de su mano con la parte que cubre la nariz en la punta de sus dedos permitiendo que las bandas para la cabeza cuelguen libremente debajo de su mano.</p>
	<p>2 Coloque el respirador debajo de su mentón con el área que cubre la nariz hacia arriba.</p>
	<p>3 Estire la banda superior sobre su cabeza dejándola en la parte posterior. Estire la banda inferior sobre su cabeza y colóquela alrededor del cuello por debajo de las orejas.</p>
	<p>4 Coloque las puntas de los dedos de ambas manos en la parte superior del área metálica para la nariz. Moldee esta parte a la forma de su nariz, usando dos dedos de cada mano.</p>
	<p>5 Cubra el frente del respirador con ambas manos, cuidando de no alterar la posición del respirador.</p>

Guantes

- Se usan como barrera para proteger de la contaminación de las manos de la persona que los lleven puestos
- Previenen la transferencia de organismos ya en las manos
- Los guantes no estériles son adecuados para el cuidado rutinario
- Los guantes deben cubrir completamente los puños de la bata
- Los guantes deben ser usados una sola vez y desecharse

Protección facial

- Protegen la mucosa de los ojos, nariz o boca
- Utilizarlos según la evaluación de riesgo
- Las gafas no substituyen los protectores de ojos
- Quitar el protector de rostro, realizar su limpieza y desinfección y realizar higiene de las manos

Batas

- Protegen la piel y evitan que se ensucie la ropa durante las actividades con posibilidad de generar salpicaduras de sangre, fluidos corporales, secreciones, o excreciones
- Seleccione la bata adecuada a la actividad y la cantidad de fluido que se prevé encontrar. Si la bata no es resistente a líquidos, se debe usar un delantal impermeable
- Quitar la bata manchada cuanto antes, y colocarla en un recipiente para desechos o lavandería (según corresponda) y realizar higiene de las manos

PREPARACIÓN PARA LA SECUENCIA DE COLOCACIÓN Y RETIRO DEL EPP

- a) Antes de iniciar, se revisará que se disponga del EPP adecuado para el riesgo del contexto clínico evaluado, así como para la contextura del operador
- b) El operador se retirará relojes, aros, argollas, colgantes u otros objetos que puedan entorpecer las distintas etapas. Se asegurará el cabello de modo de evitar que se desplace sobre su rostro (por ejemplo, con un gorro de pabellón)
- c) Siempre contar con la supervisión de un profesional acompañante entrenado, con el fin asegurar, paso a paso, los movimientos a seguir y evaluar posibles quiebres de protocolo.
- d) Se recomienda uso de ropa clínica de circulación de la institución (no de casa) y calzado habitual (cerrado, de material resistente a humedad).

La colocación cumplirá con los siguientes principios:

1. Designar un área de colocación de EPP y otra diferente de retiro de EPP.
2. Debe resultar en que el EPP quede instalado como barrera que impida que material contaminado entre en contacto con puertas de entrada, es especial conjuntivas, boca, nariz y soluciones de continuidad de la piel.

3. Debe permitir el retiro en una secuencia lógica que minimice la posibilidad de contaminación del operador.
4. Un supervisor revisará que el EPP se encuentre bien colocado.

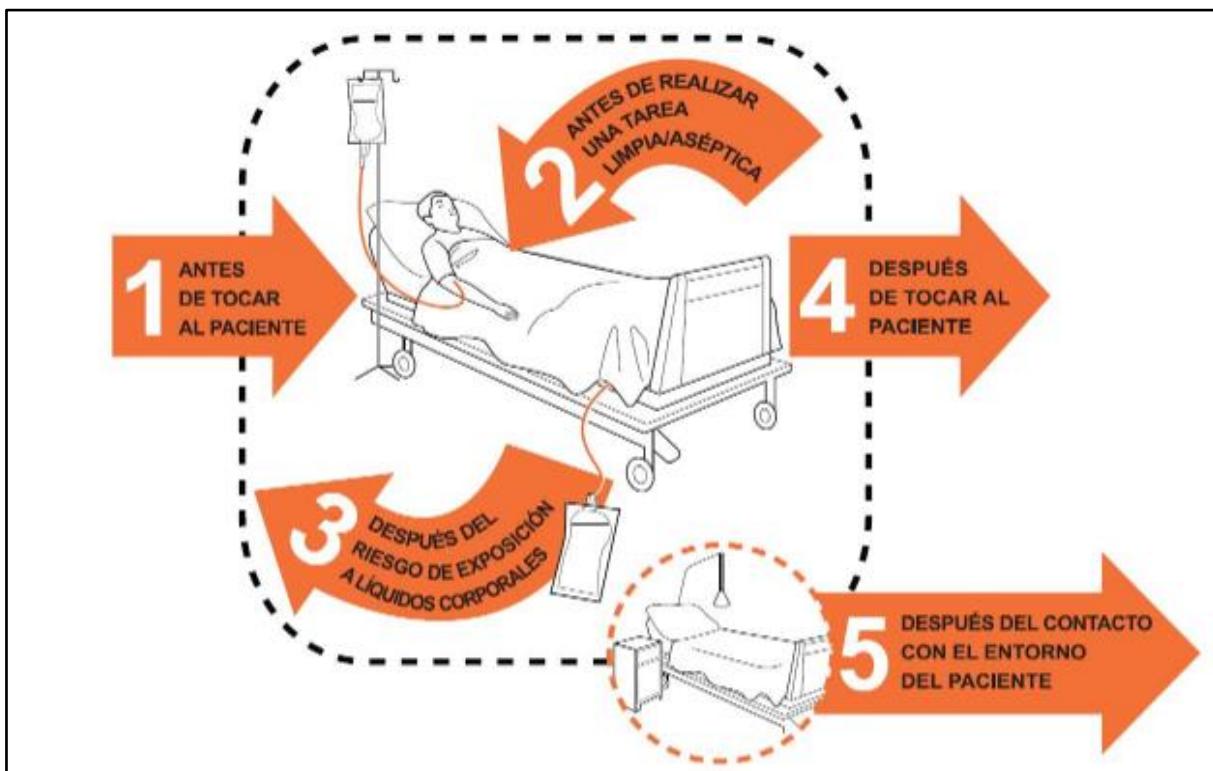
**SECUENCIA DE COLOCACIÓN DE EPP
(Planilla de verificación)**

ACTIVIDAD			
A	COLOCACIÓN DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL	SI	NO
1	Uso de uniforme de trabajo sin joyas, ni accesorios y cabello recogido.		
2	Higiene de manos con agua y jabón		
3	Colocación de bata impermeable		
4	Colocación de Mascarilla N95. Según riesgo		
5	Colocación de gafas protectoras o mascara facial		
6	Colocación de gorro		
7	Calzado de guantes, preferentemente de Nitrilo		
B	RETIRO DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL	SI	NO
1	Uso de desinfectante en manos enguantadas		
2	Retiro de bata. Eliminar en contenedor de residuos infecciosos		
3	Higiene de manos enguantadas con alcohol en gel		
4	Retiro de gorro		
5	Higiene de manos enguantadas con alcohol en gel		
6	Retiro de gafas protectoras, depositar en contenedor para su desinfección		
7	Higiene de manos enguantadas con alcohol en gel		
8	Retiro de Mascarilla N95: No tacar cara externa, tomarlas por las tiras, eliminar en contenedor		
9	Higiene de manos enguantadas con alcohol en gel		
10	Retiro de guantes con técnica adecuada y eliminar en contenedor		
11	Higiene de Manos con agua y jabón al salir del área		

ANEXO N°9

HIGIENE DE MANOS

1. LOS 5 MOMENTOS DE LA HIGIENE DE MANOS

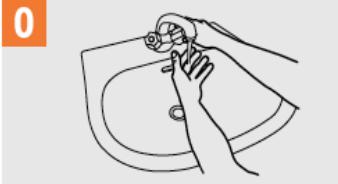
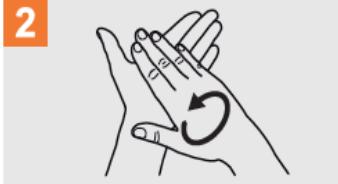
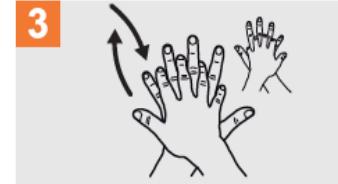
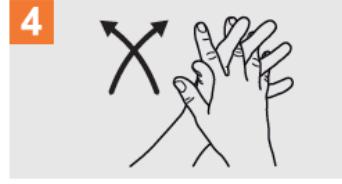
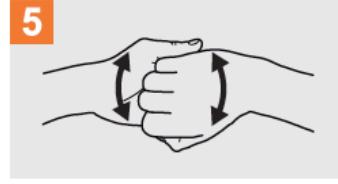
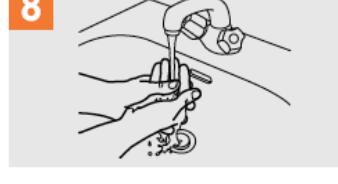
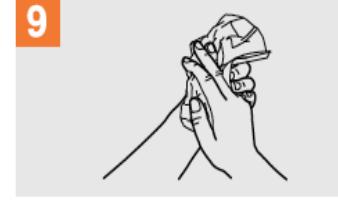
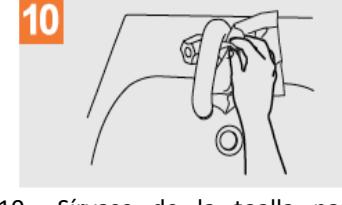
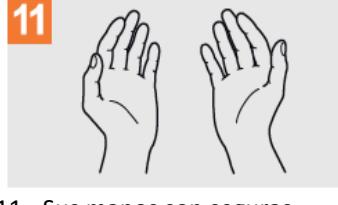


1	ANTES DEL CONTACTO CON EL PACIENTE	¿Cuándo? Lave sus manos antes de tocar a un paciente, cuando se aproxime a él. ¿Por qué? Para proteger al paciente contra los microorganismos que transportan sus manos.
2	ANTES DE UN PROCEDIMIENTO ASEPTICO	¿Cuándo? Lave sus manos inmediatamente antes de cualquier procedimiento aseptico. ¿Por qué? Para proteger al paciente contra los microorganismos que puedan entrar en su cuerpo, incluyendo los propios microorganismos del paciente.
3	DESPUES DE RIESGO DE EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES	¿Cuándo? Lave sus manos inmediatamente después de la exposición a fluidos corporales y luego del cambio de guantes. ¿Por qué? Para proteger al ambiente y a Usted de los microorganismos de los pacientes.
4	DESPUES DEL CONTACTO CON EL PACIENTE	¿Cuándo? Lave sus manos después de tocar al paciente y su entorno. ¿Por qué? Para proteger al ambiente y a usted de los microorganismos de los pacientes.
5	DESPUES DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE	¿Cuándo? Lave sus manos después de tocar cualquier objeto o mueble en el entorno del paciente, aun cuando el paciente no los haya tocado. ¿Por qué? Para proteger al ambiente y a usted, de los microorganismos de los pacientes.

2. TÉCNICA DE LAVADO DE LAS MANOS CON AGUA Y JABÓN

CÓMO LAVARSE LAS MANOS CON LOS SIGUIENTES PASOS

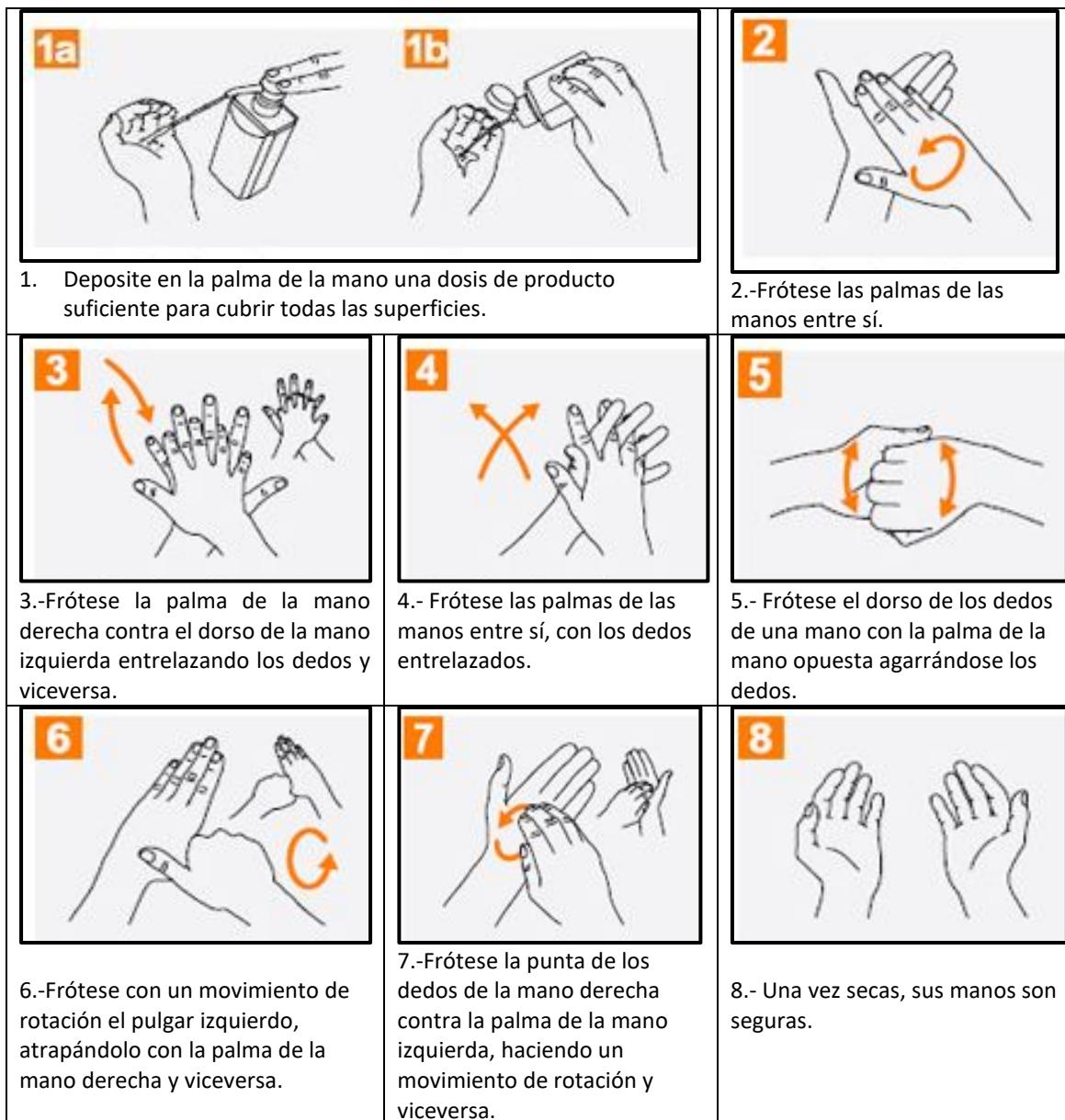
Duración de todo el procedimiento: 40 a 60 segundos

 <p>0.- Mójese las manos con agua</p>	 <p>1.- Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir toda la superficie de las manos</p>	 <p>2.- Frótese las palmas de las manos entre si</p>
 <p>3.- Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa</p>	 <p>4.- Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados</p>	 <p>5.- Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos</p>
 <p>6.- Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa</p>	 <p>7.- Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa</p>	 <p>8.- Enjuáguese las manos con agua</p>
 <p>9.- Séquese con una toalla desechable</p>	 <p>10.- Sírvase de la toalla para cerrar el grifo</p>	 <p>11.- Sus manos son seguras</p>

3. TÉCNICA DE HIGIENE DE LAS MANOS CON PREPARACIONES ALCOHÓLICAS

CÓMO DESINFECTARSE LAS MANOS

Duración de todo el procedimiento: 20 a 30 segundos



ANEXO Nº 10

PROTOCOLO PARA LA HIGIENE RESPIRATORIA Y ETIQUETA DE LA TOS

Todas las personas con síntomas de infección respiratoria deben implementar lo siguiente:

- Al toser o estornudar, cúbrase la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo desechable; tire el pañuelo inmediatamente y lávese las manos con agua y jabón o frote las manos con un desinfectante a base de alcohol.
- Utilizar mascarilla quirúrgica (barbijo o cubre bocas). No reutilice el barbijo. Tras utilizar la mascarilla o barbijo, tírelo a un basurero y lávese las manos con agua y jabón o frote las manos con un desinfectante a base de alcohol.
- Realizar el lavado de manos frecuente con agua y jabón.
- Mantenga al menos 1 metro de distancia entre usted y las demás personas, así evitará contagiar a otros, particularmente aquellas que tosen, estornuden y tengan fiebre.
- Evite tocarse los ojos, la nariz y la boca. Las manos tocan muchas superficies que pueden ser contaminadas con el virus. Si se toca los ojos, la nariz o la boca con las manos contaminadas, puede transferir el virus de la superficie a sí mismo, y viceversa.

Todas las personas en general, medidas de protección básicas:

- Lávese las manos con frecuencia con agua y jabón o frote las manos con un desinfectante a base de alcohol.
- Adopte medidas de higiene respiratoria. Al toser o estornudar, cúbrase la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo; tire el pañuelo inmediatamente y lávese las manos con frecuencia con agua y jabón o frote las manos con un desinfectante a base de alcohol.
- Mantenga el distanciamiento social al menos 1 metro de distancia entre usted y las demás personas, particularmente aquellas que tosan, estornuden y tengan fiebre.
- Evite tocarse los ojos, la nariz y la boca. Las manos tocan muchas superficies que pueden estar contaminadas con el virus. Si se toca los ojos, la nariz o la boca con las manos contaminadas, puede transferir el virus de la superficie a sí mismo.
- Si usted tiene síntomas respiratorios leves y ningún antecedente de viaje a/en China u otros países afectados por la enfermedad, practique cuidadosamente una higiene respiratoria y de manos básica y quédese en casa hasta que se recupere, si es posible.

Todos los viajeros

- **Durante su viaje y al llegar a destino:**
 - Si tiene fiebre, tos y dificultad para respirar, solicite atención médica a tiempo. Comunique a la tripulación y al médico sus antecedentes de viaje, o si ha tenido un contacto cercano con alguien que haya viajado a regiones con circulación del virus y tenga síntomas respiratorios.
 - Al toser o estornudar, cúbrase la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo desechable; tire el pañuelo inmediatamente y lávese las manos con agua y jabón o frote las manos con un desinfectante a base de alcohol.
 - Utilizar mascarilla quirúrgica (barbijo o cubre bocas). No reutilice el barbijo. Tras utilizar la mascarilla o barbijo, tírelo a un basurero y lávese las manos con agua y jabón o frote las manos con un desinfectante a base de alcohol.
 - Realizar el lavado de manos frecuente con agua y jabón.
 - Mantenga al menos 1 metro de distancia entre usted y las demás personas, así evitará contagiar a otros. particularmente aquellas que tosen, estornuden y tengan fiebre.
 - Evite tocarse los ojos, la nariz y la boca. Las manos tocan muchas superficies que pueden ser contaminadas con el virus. Si se toca los ojos, la nariz o la boca con las manos contaminadas, puede transferir el virus de la superficie a sí mismo, y viceversa.
- **Si viaja fuera del país:**
 - Si tiene fiebre, tos y dificultad para respirar, solicite atención médica a tiempo. Comunique al médico sus antecedentes de viaje, o si ha tenido un contacto cercano con alguien que haya viajado a China u otros países afectados por la enfermedad y tenga síntomas respiratorios.
 - Como precaución general, adopte medidas generales de higiene cuando visite mercados de animales vivos, mercados de productos frescos o mercados de productos animales.
 - Lávese periódicamente las manos con jabón y agua potable después de tocar animales y productos animales; evite tocarse los ojos, la nariz o la boca con las manos, y evite el contacto con animales enfermos o productos animales en mal estado. Evite estrictamente todo contacto con otros animales en el mercado (por ejemplo, gatos y perros callejeros, roedores, aves, murciélagos.) Evite el contacto con desechos o fluidos de animales posiblemente contaminados que se encuentren en el suelo o en estructuras de tiendas y mercados.
 - Evite el consumo de productos animales crudos o poco cocinados, especialmente carne, leche y huevos.

Para establecimientos de salud para contener las infecciones respiratorias:

- Alertas visuales en la entrada de los establecimientos de salud para instruir a los pacientes y a sus acompañantes (p.ej. familiares y amigos) a que, al momento del ingreso, informen al personal de atención médica de la presencia de

síntomas de infección respiratoria para que el caso sea atendido debidamente y se ponga en marcha el protocolo para la higiene respiratoria y la etiqueta de la tos.

- Seguir el protocolo para la higiene respiratoria y la etiqueta de la tos en todas las personas que presenten signos y síntomas de una infección respiratoria: Al toser o estornudar, cúbrase la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo desechable; tire el pañuelo inmediatamente y lávese las manos con agua y jabón o frote las manos con un desinfectante a base de alcohol; uso de barbijo; lavado frecuente de manos. Las instalaciones de atención médica deben garantizar que, en las salas de espera, los pacientes y visitantes dispongan de materiales necesarios para cumplir con lo estipulado en el Protocolo para la higiene respiratoria y etiqueta de la tos.

ANEXO Nº 11

CONSEJOS SOBRE LA UTILIZACIÓN DE MASCARILLAS EN EL ENTORNO COMUNITARIO, EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN EL CONTEXTO DEL BROTE DE COVID -19

1. Introducción

El presente documento contiene directrices provisionales sobre la utilización de mascarillas en comunidades que han notificado la aparición de brotes causados por el SARS-CoV-2. Está dirigido a profesionales, coordinadores sanitarios, trabajadores sanitarios y agentes de salud comunitaria que trabajen en la prevención y el tratamiento de las infecciones o en la esfera de la salud pública. El texto se irá revisando a medida que se disponga de más datos.

La información disponible parece indicar que la vía de transmisión entre personas del SARS-CoV-2 es el contacto cercano o las gotículas respiratorias. Toda persona que se encuentre cerca (a menos de un metro de distancia, aproximadamente) de otra que presente síntomas respiratorios (tos, estornudos, etc.) podría estar expuesta al contagio de este virus a través de las gotículas provenientes de la respiración.

Las mascarillas clínicas son las que se utilizan en cirugía y para realizar otros procedimientos. Pueden ser planas o plisadas (algunas tienen forma de taza) y se atan a la cabeza con cintas.

2. Consejos generales

El uso de una mascarilla clínica es una de las medidas profilácticas para limitar la propagación de determinadas enfermedades respiratorias, entre ellas la infección por el SARS-CoV-2, en las zonas afectadas. Sin embargo, una mascarilla no proporciona por sí sola suficiente protección y deben tomarse otras precauciones igualmente importantes. La mascarilla se debe combinar con una buena higiene de las manos y otras medidas de prevención y control de las infecciones para evitar la transmisión del SARS-CoV-2 entre personas. La OMS ha publicado orientaciones sobre estrategias de lucha anti-infecciosa para la atención a casos sospechosos de infección por el SARS-CoV-2, tanto en los hogares como en los centros de salud.

Cuando no está indicada, la utilización de mascarillas médicas da lugar a gastos innecesarios, obliga adquirir material y crea una falsa sensación de seguridad que puede hacer que se descuiden otras medidas esenciales, como la higiene de las manos. Además, si no se utiliza correctamente, la mascarilla no reduce el riesgo de transmisión.

3. En los entornos comunitarios

Para las personas que no presentan síntomas respiratorios:

- Evitar las aglomeraciones y no permanecer con frecuencia en espacios cerrados y abarrotados.
- Mantener al menos un metro de distancia de cualquier persona con síntomas respiratorios de infección por SARS-CoV-2 (por ejemplo, tos y estornudos).

- Lavarse las manos frecuentemente con un desinfectante a base de alcohol si no están visiblemente sucias, y con agua y jabón si están sucias.
- Al toser o estornudar, cubrirse la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo de papel, desechar este inmediatamente y lavarse las manos.
- Abstenerse de tocarse la boca y la nariz y los ojos.
- No es necesario usar mascarillas porque no se ha demostrado que protejan a las personas que no están enfermas. Sin embargo, es posible que se utilicen en algunos países donde se ha instalado esta costumbre.
- Si se utiliza una mascarilla, se deben seguir las prácticas óptimas sobre el modo de llevarla, retirarla y desecharla, así como las relativas a la higiene de las manos (más adelante en este documento se dan instrucciones sobre el uso correcto de las mascarillas).

Para las personas que presentan síntomas respiratorios:

- Usar mascarilla y procurar atención médica para la fiebre, la tos y la dificultad para respirar, lo antes posible o de acuerdo con los protocolos locales.
- Seguir los consejos que figuran más abajo sobre el manejo adecuado de mascarillas.

Durante la atención en el domicilio

A la luz de los datos disponibles sobre la enfermedad y su transmisión, la OMS recomienda aislar en un hospital a los casos sospechosos de infección por el SARS-CoV-2 y someterlos a vigilancia, ya que ello garantiza tanto la seguridad y la calidad de la atención en caso de empeoramiento de los síntomas como la seguridad para la salud pública.

Sin embargo, por diversas razones, por ejemplo, cuando no es posible o resulta riesgoso hospitalizar al paciente por no disponer de capacidad y de recursos para satisfacer la demanda de atención, o por que el paciente se niegue, a sabiendas, a ser hospitalizado, se debe considerar la posibilidad de atenderle en el hogar. En tales casos, se deben seguir las orientaciones específicas para la prevención y el control de las infecciones en la atención domiciliaria.

Para los individuos que presentan síntomas respiratorios leves en los que se sospecha la infección por SARS-CoV-2:

- Lavarse las manos frecuentemente con un desinfectante a base de alcohol si las manos no parecen sucias, y con agua y jabón si están visiblemente sucias.
- Mantener la máxima distancia posible con las personas sanas (al menos 1 metro).
- A fin de evitar que propaguen secreciones respiratorias, proporcionar a estas personas una mascarilla para que la utilicen con la mayor frecuencia posible, si la toleran. Las personas que no toleren la mascarilla deben respetar escrupulosamente las normas de higiene respiratoria, es decir, cubrirse la nariz y la boca con un pañuelo de papel desechable al toser o estornudar y deshacerse de él inmediatamente tras usarlo. Es necesario lavarse las manos de inmediato si se ha estado en contacto con secreciones respiratorias.
- Mejorar la ventilación de la vivienda abriendo las ventanas y las puertas todo lo posible.
- Desinfectar las superficies cercanas diariamente.

Para los familiares o cuidadores de personas que presenten síntomas respiratorios leves que hagan sospechar que están infectados por el SARS-CoV-2:

- Lavarse las manos frecuentemente con un desinfectante a base de alcohol si las manos no parecen sucias, y con agua y jabón si están visiblemente sucias.
- Mantener la máxima distancia posible con las personas sanas (al menos 1 metro).
- Usar mascarilla cuando se esté en la misma habitación que el enfermo.
- Desechar la mascarilla inmediatamente después de usarla.
- Lavarse las manos de inmediato si se ha estado en contacto con secreciones respiratorias.
- Mejorar la ventilación de la vivienda abriendo las ventanas y las puertas todo lo posible.
- Desinfectar las superficies diariamente.

En los centros de salud

Para las personas que presentan síntomas respiratorios:

- Usar mascarilla en las salas de espera o de priorización, o durante el transporte en el interior del centro.
- Usar mascarilla en los lugares donde se agrupe a los casos sospechosos o confirmados.
- No es necesario llevar mascarilla durante la estancia en una habitación individual, pero sí cubrirse la nariz y la boca con un pañuelo de papel desechable al toser o estornudar. Desechar el pañuelo correctamente y lavarse las manos inmediatamente después.

Manejo de las mascarillas

Si se usa una mascarilla, es fundamental utilizarla y desecharla correctamente para que sea eficaz y para evitar que aumente el riesgo de transmisión asociado con el uso y la eliminación incorrectos.

La información que figura a continuación sobre el uso correcto de las mascarillas se basa en las prácticas aplicadas en centros de salud:

- Colocarse la mascarilla minuciosamente para que cubra la boca y la nariz y anudarla firmemente para que no haya espacios de separación con la cara no tocarla mientras se lleve puesta.
- Quitársela con la técnica correcta (desanudándola en la nuca sin tocar su parte frontal).
- Después de quitarse o tocar inadvertidamente una mascarilla usada, lavarse las manos con un desinfectante a base de alcohol, o con agua y jabón si están visiblemente sucias.
- En cuanto la mascarilla esté húmeda, sustituirla por otra limpia y seca.
- No reutilizar las mascarillas de un solo uso.
- Desechar inmediatamente las mascarillas de un solo uso una vez utilizadas.

Las mascarillas de tela (por ejemplo, de gasa o de algodón) no se recomiendan en ninguna circunstancia.

ANEXO Nº 12

ATENCIÓN EN EL DOMICILIO DE PACIENTES COVID – 19 QUE TENGAN ENFERMEDAD NO COMPLICADA O SÍNTOMAS LEVES

Puesto que todavía se sabe poco de la enfermedad causada por el SARS-CoV-2 y de sus mecanismos de transmisión, LA OMS RECOMIENDA QUE SE APLIQUEN MEDIDAS DE AISLAMIENTO A TODOS LOS CASOS SOSPECHOSOS, en caso de que el paciente presente enfermedad no complicada o sintomatología leve y esté en condiciones de ser atendido por sus familiares, este PUEDE ser aislado y atendido en el domicilio. Según disposición de las autoridades nacionales respectivas de acuerdo a la situación epidemiológica local puede modificarse este criterio.

Además, será preciso educar al paciente y a las personas que convivan en el mismo domicilio sobre higiene personal, medidas básicas de prevención y control de infecciones, sobre la mejor manera de cuidar al presunto infectado y sobre prevención del contagio a los contactos domésticos, brindándoles apoyo, información y vigilancia constantes. El paciente y la familia, por su parte, deberán seguir las recomendaciones siguientes:

- Instalar al paciente en una habitación individual y bien ventilada.
- Limitar el número de personas que cuiden al paciente; idealmente, asignarle una persona que goce de buena salud y no tenga enfermedades de riesgo. No permitir visitas.
- Los demás habitantes del hogar deben instalarse en una habitación distinta; si ello no es posible, deben mantener una distancia mínima de un metro con el enfermo (por ejemplo, dormir en camas separadas).
- Limitar el movimiento del paciente y reducir al mínimo los espacios compartidos (por ejemplo, cocina, baño), garantizando en todo caso que estén bien ventilados (por ejemplo, dejando las ventanas abiertas).
- El cuidador deberá llevar una mascarilla médica bien ajustada a la cara cuando esté en la misma estancia que el enfermo. No hay que tocar ni manipular la mascarilla mientras se lleve puesta. Si se moja o se mancha de secreciones, habrá que cambiarla de inmediato. Habrá que desechar la mascarilla después de usarla y lavarse bien las manos después de sacársela.
- Aplicar las medidas de higiene de manos, 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. 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.
- Todas las personas deberán seguir medidas de higiene respiratoria en todo momento, sobre todo las que estén enfermas. Por higiene respiratoria se entiende 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.

- 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).
- Evitar el contacto directo con los fluidos corporales, sobre todo las secreciones orales y respiratorias, y con las heces. Utilizar guantes descartables en el contacto con la boca y la nariz y en la manipulación de heces, orina y desechos. Aplicar la higiene de manos antes y después de quitarse los guantes.
- Los guantes, los pañuelos, las mascarillas y todos los desechos que genere el enfermo o la atención al enfermo deberán colocarse en un recipiente con una bolsa, dentro de la habitación del enfermo, hasta que se eliminan junto con los residuos generales de la casa.
- 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.). Los platos y cubiertos deben lavarse con agua y jabón o detergente después de cada uso, pero no hace falta tirarlos.
- 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 diluida (1% de lavandina 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 (1% de lavandina 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.
- Usar guantes descartables y ropa protectora (por ejemplo, delantales 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.
- 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 seca, fatiga y dificultad respiratoria, se le debe realizar la investigación del caso.
- Uno de los contactos deberá estar en comunicación permanente con el personal de salud para el seguimiento y monitoreo de los casos.

ANEXO Nº 13

TRASLADO DEL PACIENTE - CASO SOSPECHOSO DE COVID-19

Las actuaciones relacionadas con el traslado del caso sospechoso a la zona de aislamiento del hospital de referencia serán las siguientes, de forma inicial NOTIFICACIÓN AL SEDES departamental respectivo:

- Se notificará de forma inmediata al Servicio de Ambulancia (por personal de SEDES), que se va a proceder al traslado de un caso sospechoso para que se active todo el procedimiento operativo necesario para el ingreso del paciente en la zona de aislamiento. UNA VEZ CONFIRMADA LA COMUNICACIÓN Y COORDINACIÓN DEL TRASLADO CON EL CENTRO DE REFERENCIA y verificada la capacidad de atención de acuerdo al nivel de complejidad del caso y condición clínica del paciente, se procederá a:
 - El traslado del paciente en una **AMBULANCIA ESPECIALMENTE DESIGNADA Y CON PERSONAL CAPACITADO**,
 - De la ambulancia se retirará todos los elementos que no sean necesarios para el transporte y con la cabina del conductor físicamente separada del área de transporte del paciente.
 - Se debe valorar la conveniencia de forrar con plástico el interior del habitáculo de la ambulancia (uniendo los plásticos con cinta hermética), así como el material, fijo o portátil necesario, de la ambulancia.
 - El personal del Servicio de Ambulancia deberá ser capacitado en el colocado y retiro del EPP. El personal designado del transporte deberá utilizar un **Equipo de Protección Personal (EPP)** frente a contacto, transmisión por gotas y aerosoles antes del contacto con el paciente y durante todo el transporte. Se contará además con bolsas de recogida de residuos biológicos.
 - El conductor de la ambulancia también utilizará un EPP, deberá limitar el contacto con el paciente, y será el responsable de abrir y cerrar el habitáculo de la ambulancia por la parte exterior. La cabina del conductor deberá mantenerse como **zona limpia** y disponer de algún EPP de repuesto por si fuera necesario.
 - Los profesionales que acompañen al paciente en el habitáculo deberán retirar y sustituir las botas y guantes, antes de la entrada en el mismo, si esas partes han tenido contacto con los fluidos del paciente.
 - Todo el material desechable que se utilice en el manejo del paciente y que pueda haber sido contaminado deberá introducirse en una bolsa de recogida de residuos biológicos. Las bolsas de residuos utilizadas se eliminarán en el contenedor de residuos potencialmente infecciosos del hospital, a la entrega del paciente.

- Se debe asegurar la **coordinación del transporte** del paciente entre el Servicio de Ambulancia y el personal del Hospital asignado, de manera que el personal de seguridad esté informado, la zona de aislamiento esté preparada, el conductor de la ambulancia sepa exactamente hasta donde debe llevar el vehículo y el procedimiento de traslado del paciente desde la ambulancia a la zona de aislamiento y el personal encargado de la recepción e ingreso del paciente en la zona de aislamiento estén listos para cuando llegue la ambulancia.
- Si se considera necesario que en el transporte del caso en investigación se incluya un acompañante, por ejemplo, si el caso es un niño pequeño, deberá utilizar EPP.
- Una vez en el hospital de referencia, se realizará la transferencia del paciente en la que participará solo el personal del habitáculo.
- En el traslado y recepción del paciente en el hospital de referencia solo participará el personal estrictamente necesario, que utilizará un EPP apropiado siempre que precise situarse a menos de 1 metro del paciente.
- Inmediatamente tras el ingreso del paciente en la zona de aislamiento, se realizarán las medidas adecuadas de limpieza y desinfección de las zonas del hospital por donde haya circulado el paciente.

Momento después de haber realizado la referencia

- El material no desechable de la ambulancia, que se haya utilizado para el traslado del paciente, será introducido en el habitáculo por el personal que haya acompañado al paciente, siendo el conductor el encargado de la apertura y cierre de la ambulancia por el lado exterior.
- Una vez cerrado el habitáculo, el personal regresará al hospital para la retirada y eliminación del EPP, según el procedimiento adecuado, según protocolo y en el lugar que se establezca.
- Una vez finalizado el transporte, la ambulancia será conducida a la zona donde se vaya a realizar la limpieza y desinfección del vehículo por el conductor de la ambulancia, que mantendrá el EPP hasta su llegada.
- En la zona designada se procederá a la limpieza y desinfección del habitáculo y materiales no desechables y a la gestión adecuada de los residuos producidos, incluyendo el forro de plástico si se ha utilizado. Dicha limpieza y desinfección se realizará, bien sea por el mismo conductor que aún mantendrá puesto el EPP, o por otro personal que utilizará un EPP apropiado (incluyendo protección frente a aerosoles).
- Tras la retirada del EPP, el personal que haya acompañado al paciente en el habitáculo volverá a su base, bien en otro vehículo o en la cabina de la ambulancia de transporte (en ese caso utilizando un EPP que asegure, como mínimo, protección de contacto).

ANEXO N° 14

**FLUJOGRAMA PARA LA DETECCIÓN Y MONITOREO DE CASOS SOSPECHOSOS DE COVID-19
EN LOS SERVICIOS DE MIGRACIÓN AEROPORTUARIA Y TERRESTRE**

Al terminar el proceso migratorio:



ANEXO N° 15

TARJETA PARA MONITOREO DE SINTOMAS

(Esta tarjeta debe ser llenada por ciudadanos bolivianos y extranjeros que hayan estado EN UN PAÍS/ÁREA O TERRITORIO QUE REPORTO LA TRANSMISIÓN LOCAL DE COVID-19 en los últimos 14 días y actualmente no presenten fiebre ni tos)

ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL

Nombre:				
	Nombre		Apellidos	
Tipo de documento de viaje	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Cédula de identidad <input type="checkbox"/>	Salvoconducto <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
Número de documento				
Nacionalidad				
Teléfonos o WhatsApp:				
Correos electrónicos:				
Direcciones previstas en donde estará en los próximos 14 días:				
Comentarios				

Es posible que el personal del Ministerio de Salud de Bolivia entre en contacto con usted para saber cómo está su estado de salud.

Si en los siguientes 14 días después de haber estado en UN PAÍS/ÁREA O TERRITORIO QUE REPORTO LA TRANSMISIÓN LOCAL DE COVID-19, presenta fiebre o tos, debe consultar a un establecimiento de salud.

ANEXO Nº 16

RECOMENDACIONES PARA LAS PERSONAS QUE HAN ESTADO EN UN PAÍS/ÁREA O TERRITORIO QUE REPORTO LA TRANSMISIÓN LOCAL DE COVID-19 Y ACTUALMENTE NO PRESENTAN SINTOMAS DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA.

- Debe mantenerse en cuarentena de 14 días en su domicilio.
- Si en los siguientes 14 días después de haber estado en regiones con casos confirmados de COVID-19 en los últimos 14 días presenta fiebre o tos, debe consultar a un establecimiento de salud más cercano a su domicilio o llamar CALL CENTER 800-10-1104 o 800-10-1104 o llamar al número telefónico de su Departamento.
- Comparta su historial de viajes.
- Recibirá atención médica y orientaciones gratuitamente en todo el territorio boliviano.
- Al toser y estornudar, cubra su boca y nariz con la cara interna del codo o un pañuelo desechable. (Higiene respiratoria y protocolo de la tos.)
- Si decide usar una mascarilla o barbijo, asegúrese de cubrirse la boca y la nariz.
- Lave sus manos con agua y jabón o límpielas con un gel a base de alcohol frecuentemente y después de toser o estornudar.
- Evite escupir en áreas públicas.
- Mantener distancia social de por lo menos un metro con alguna persona o familiar.

ANEXO Nº 17

LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS DE COMUNICACIÓN DE RIESGO

Un continuo proceso de comunicación al público y personal de salud de parte de las autoridades acerca de la carga de la enfermedad, el impacto y los efectos en la población; así como la respuesta al problema de salud pública. Incluye tener la capacidad de generar un proceso de movilización que permita identificar los comportamientos claves, a través del análisis situacional participativo, y la aplicación de una mezcla de intervenciones de comunicación estratégicas con el fin de lograr una acción rápida individual, familiar y comunitaria que posibilite la consideración, adopción y/o mantención de los comportamientos de salud recomendados.

Una estrategia de comunicación de riesgo que responde a una situación de brote, epidemia o pandemia debe ejecutarse por fases:

- PREPARATORIA.
- RESPUESTA INICIAL.
- CONTROL DE LA CRISIS.

Debe incluir, al menos, las siguientes medidas de intervención:

- **SISTEMA DE COMUNICACIÓN DE RIESGOS**, basado en planificación.
- **COORDINACIÓN INTERNA** y con aliados, basado en acuerdos sobre roles, responsabilidades y procedimientos operativos.
- **COMUNICACIÓN PÚBLICA**, basada en protocolos de anuncios tempranos, canales de difusión, voceros capacitados y oficializados, entre otros.
- **PARTICIPACIÓN COMUNITARIA**, basada en análisis del contexto y las percepciones de riesgo, así como en la respuesta adaptada a las necesidades.
- **ABORDAJE DE LA INCERTIDUMBRE**, las percepciones y gestión de la desinformación, basado en mecanismos de seguimiento y respuesta oportuna.
- **CREACIÓN O FORTALECIMIENTO DE CAPACIDAD**, basada en el suministro de orientaciones periódicas, retroalimentación y capacitación permanente de voceros.

Las ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN DE RIESGOS DEBEN REALIZARSE DE ACUERDO CON LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA para garantizar una comunicación temprana y transparente con la población sobre la estrategia de salud pública adoptada por el país. Debe proporcionar información completa sobre las medidas de protección que la sociedad en su conjunto y personal de salud en particular pueden tomar. Los mensajes entre los diferentes niveles de gobierno, entre organizaciones y los sectores involucrados en la preparación y la respuesta deben alinearse. Debe subrayarse la importancia de acceder a fuentes fiables de información a fin de mitigar la propagación de rumores y temores.

ANEXO Nº 18

REGLAMENTO DEL COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

El Ministerio de Salud, cuenta con el Reglamento del Comité de Vigilancia Epidemiológica, con Resolución Ministerial N 26 C – 2008, por lo cual todo hospital debe contar con el comité respectivo, como lo menciona en el documento.

La implementación y funcionamiento del Comité de Vigilancia Epidemiológica tiene como propósito contribuir a mejorar la calidad de la atención de los servicios, realizando acciones de asesoramiento, seguimiento, monitoreo y evaluación en el cumplimiento de la normativa y de prevención para disminuir el riesgo de adquirir una infección, en los pacientes, personal de salud y visitantes que acuden a un Establecimiento de Salud.

El Comité de Vigilancia Hospitalaria: por R.M. N° 0855 del 18 de noviembre del 2005, en su Artículo Primero Crea el Comité de Vigilancia Hospitalaria en todos los hospitales como ente asesor del Director, Artículo Segundo se crean los Subcomités operativos de los hospitales: **SUBCOMITÉ DE RESIDUOS HOSPITALARIOS, SUBCOMITÉ DE BIOSEGURIDAD, SUBCOMITÉ DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS), SUBCOMITÉ DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.**

El objetivo de los subcomités de asesoramiento es:

- Orientar las actividades dirigidas a modificar el comportamiento de las tendencias de morbilidad y mortalidad hospitalaria y atenuar el impacto negativo.
- Elaborar y promover intervenciones preventivas dirigidas a los grupos más susceptibles.
- Definir estrategias, planificar y dirigir intervenciones para el control y la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).
- Evaluar y medir el impacto en el manejo de residuos, bioseguridad e infecciones nosocomiales.

En este sentido los Comités de Vigilancia Epidemiológica y subcomités operativos, se constituyen en co-responsables directos del proceso de atención y respuesta nacional frente a la Pandemia de COVID-19.

ANEXO N° 19

CRONOLOGÍA COMPLETA DEL COVID-19

FECHA	EVENTO	Nº de Casos Confirmados	Nº de Muertes	Nº de Casos Recuperados	Nº de Casos Nuevos	Tasa de Letalidad	Tasa de Recuperación	Nº de Casos Confirmados fuera de China	Nº de Muertes fuera de China	% Infectados fuera de China	% Muertos fuera de China
31/12/2019	Informe del brote: En China se informa de casos de neumonía de origen desconocido. La mayoría de los casos se relacionan con un mercado de animales y mariscos de la ciudad de Wuhan.	27								0%	0%
3/1/2020	Se incrementaron los casos y el agente causal aún no se identificó.	44								0%	0%
7/1/2020	Se identifica el nuevo virus: coronavirus 2019 – nCoV.									0%	0%
9/1/2020	La OMS confirmó que un nuevo tipo de coronavirus había sido aislado en una persona hospitalizada. Primera muerte a causa del virus, hombre de 61 años, cliente regular del mercado de Wuhan.										
12/1/2020	China publica la secuencia genética del nuevo coronavirus.									0%	0%
13/1/2020	Se identifica primer caso fuera de China en Tailandia (no relacionado con el mercado).									0%	0%
15/1/2020	Primer caso en Japón, una persona que visitó Wuhan, pero no relacionada con el mercado.									0%	0%
17/1/2020	Segundo caso en Tailandia.	41								0%	0%
20/1/2020	Primer caso en Corea del Sur.	282	3					4		1,42%	0%
21/1/2020	Se confirma que la transmisión se produce de persona a persona (transmisión directa). Primeros caso tanto en Taiwán como en EEUU, ambos casos viajaron a la ciudad de Wuhan.	314	4		32	1,27%		5		1,59%	0%
22/1/2020	Se reportan 2 nuevos casos en Tailandia. Wuhan anuncia que cerrará "temporalmente" sus aeropuertos y estaciones de ferrocarril para los pasajeros que salen de la ciudad, tras la noticia de que el número de muertos por el coronavirus de Wuhan ha aumentado a 17.	547	17		599	3,11%		5		0,91%	0%
23/1/2020	Primera muerte fuera de la "zona cero". 20 millones de personas en cuarentena en 5 ciudades. Primer caso en India, Singapur y Vietnam.	581	17		267	2,93%		10		1,72%	0%

24/1/2020	Se amplía cuarentena a 40 millones de personas en 13 ciudades. Francia confirma los primeros 3 casos (Primeros casos en Europa).	846	25		265	2,96%		16		1,89%	0%
25/1/2020	23 Casos confirmados fuera de China, 21 de ellos con historial de viaje a China. Primer caso en Australia, tres casos en Malasia. Se restringen los viajes a 18 ciudades dentro de la provincia de Hubei.	1320	41		474	3,11%		23		1,74%	0%
26/1/2020	29 casos confirmados fuera de China en 10 países, 26 de los cuales estuvieron en Wuhan, China.	2014	56		694	2,78%		29		1,44%	0%
27/1/2020	Primer caso en Camboya. 37 casos fuera de China. Se estima el tiempo de incubación de 2 a 10 días, sin embargo se sospecha que el virus puede ser transmitido por pacientes asintomáticos o en periodo de incubación.	2798	80		784	2,86%		37		1,32%	0%
28/1/2020	56 casos confirmados en 14 países fuera de China. Alemania confirma 4 casos, primer caso en Sri Lanka.	4593	106		1795	2,31%		56		1,22%	0%
29/1/2020	Se implementan los scanner de temperatura en puntos de entrada de algunos países, para detectar casos sospechosos en viajeros que presenten fiebre. Finlandia confirma primer caso. 4 casos en Emiratos Árabes.	6065	132		1472	2,18%		68		1,12%	0%
30/1/2020	OMS declara "Emergencia Internacional". Primeros casos en Finlandia, India y Filipinas (todos con historial de viaje a Wuhan).	7818	170		1753	2,17%		82		1,05%	0%
31/1/2020	Italia confirma dos casos nuevos (turistas Chinos). Primer caso en España, dos casos en Rusia, dos casos en Reino Unido.	9826	213		2008	2,17%		106		1,08%	0%
1/2/2020	132 casos confirmados en 24 países, algunos de los cuales fueron por contagio de los casos importados.	11953	259		2127	2,17%		132		1,10%	0%
2/2/2020	Primera muerte fuera de China (hombre de 44 años en Filipinas)	14557	305		2604	2,10%		146	1	1,00%	0,33 %
3/2/2020	153 casos confirmados en 23 países fuera de China (7 casos nuevos).	17391	362		5438	2,08%		153	1	0,88%	0,28 %
4/2/2020	159 casos confirmados en 23 países fuera de China (6 casos nuevos).	20630	426		3239	2,06%		159	1	0,77%	0,23 %
5/2/2020	Bélgica reporta primer caso confirmado. 32 casos nuevos confirmados fuera de China.	24554	492	1029	3925	2,00%	4,19%	191	1	0,78%	0,20 %
6/2/2020	216 casos confirmados fuera de China (25 nuevos). 25 países afectados. Fallece oftalmólogo que alertó sobre el nuevo coronavirus.	28276	565	1382	3722	2,00%	4,89%	216	1	0,76%	0,18 %
7/2/2020	270 casos confirmados fuera de China (54 nuevos). 25 países afectados.	31481	638	1764	3205	2,03%	5,60%	270	1	0,86%	0,16 %

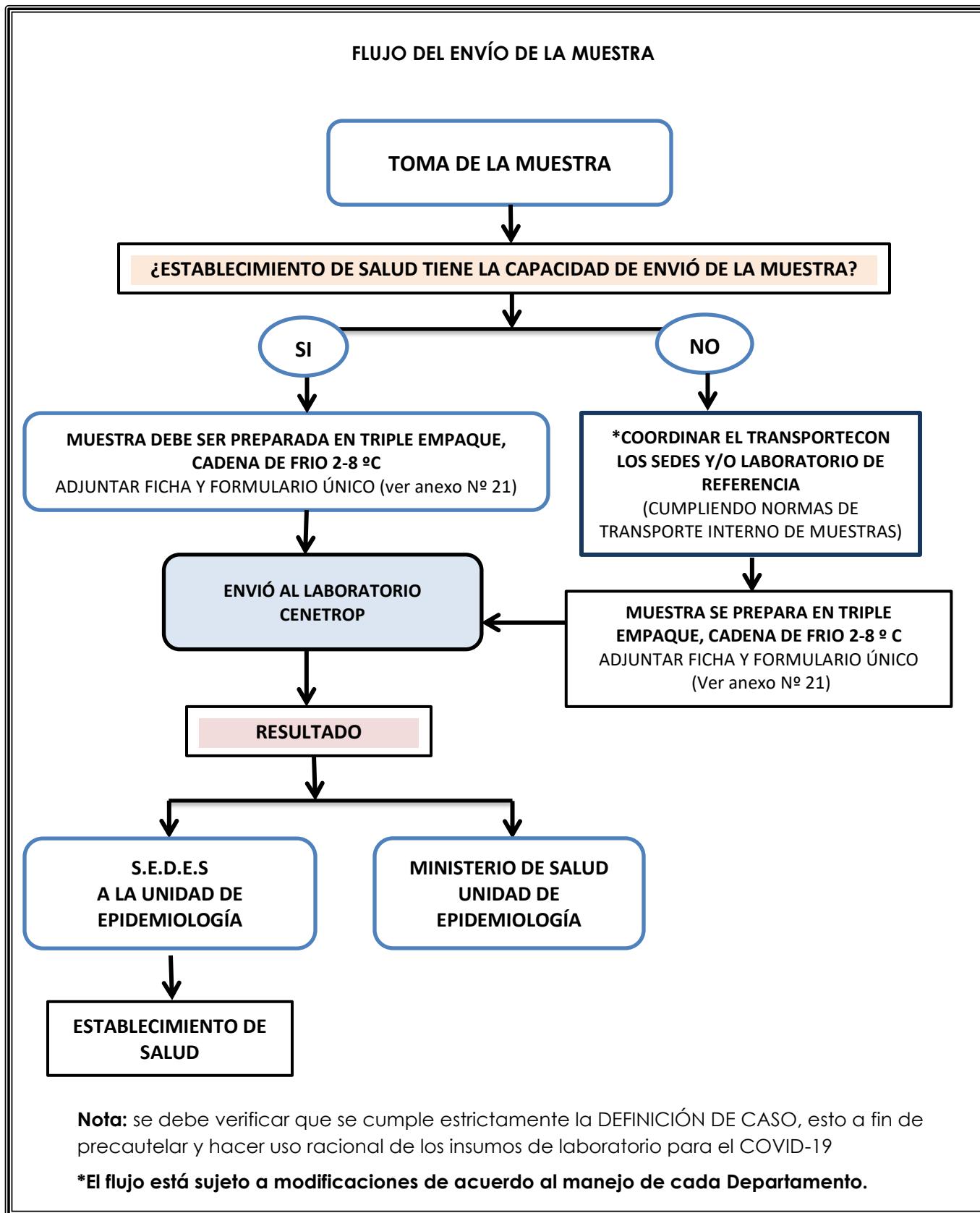
8/2/2020	288 casos confirmados fuera de China (18 nuevos). 25 países afectados.	34886	724		3419	2,08%		288	1	0,83%	0,14 %
9/2/2020	64 casos confirmados en el Crucero Diamond Princess.	37558	813		2676	2,16%		307	1	0,82%	0,12 %
10/2/2020	319 casos confirmados fuera de China (12 nuevos). 25 países afectados.	40554	910	3578	3085	2,24%	8,82%	319	1	0,79%	0,11 %
11/2/2020	La OMS ha denominado la enfermedad como COVID-19, abreviatura de "enfermedad por coronavirus 2019".	43103	1018	4284	2560	2,36%	9,94%	395	1	0,92%	0,10 %
12/2/2020	La ONU activó un Equipo de Gestión de Crisis (CMT) en el brote de COVID-19, a cargo de la OMS.	45171	1115	5127	2068	2,47%	11,35 %	441	1	0,98%	0,09 %
13/2/2020	Se reportaron 14840 casos nuevos, debido al cambio de definición de caso en el que se incluía casos solamente diagnosticados por clínica (13332 correspondían a éste tipo de clasificación) incluyendo dicha cifra la suma asciende a 60349 casos; sin embargo la OMS confirma de manera oficial sólo los casos confirmados por laboratorio (1826).	46997	1369	6243	1826	2,91%	13,28 %	447	1	0,95%	0,07 %
14/2/2020	1716 casos fueron confirmados en personal de salud, incluidas 6 muertes. La OMS reporta sólo los casos confirmados por laboratorio.	49053	1383		2056	2,82%	0,00%	505	2	1,03%	0,14 %
15/2/2020	Se confirma primer caso en Egipto. 526 casos confirmados por laboratorio fuera de China. 26 países afectados.	50580	1526		1527	3,02%	0,00%	526	2	1,04%	0,13 %
16/2/2020	Primera muerte reportada en Francia (turista Chino), la tercera fuera de China y primera de Europa.	51857	1663		1278	3,21%	0,00%	683	3	1,32%	0,18 %
17/2/2020	La OMS reporta el total de casos confirmados, incluyendo los casos diagnosticados por clínica.	71429	1775	11396	2162	2,48%	15,95 %	794	3	1,11%	0,17 %
18/2/2020	La OMS envió kits de laboratorio a 34 países en 3 regiones para facilitar el diagnóstico.	73332	1873	12982	1901	2,55%	17,70 %	804	3	1,10%	0,16 %
19/2/2020	Se elaboran estimaciones epidemiológicas a través de un equipo internacional de profesionales en estadística y matemáticas, como el periodo de incubación, índice de mortalidad y el R0, para la mejor comprensión y predicción de la enfermedad.	75204	2009	15030	1872	2,67%	19,99 %	924	3	1,23%	0,15 %
20/2/2020	5 muertes fuera de China. China evaluó la definición de caso, descartando la clasificación de casos confirmados por clínica, considerándolos sólo como casos sospechosos.	75748	2129	16910	548	2,81%	22,32 %	1073	8	1,42%	0,38 %

21/2/2020	Se estudia el rol potencial de la transmisión alimenticia del SARS-CoV-2, por lo cual se sugiere evitar el consumo de alimentos crudos de origen animal. Primera muerte en Italia.	76769	2247	18831	1021	2,93%	24,53 %	1200	8	1,56%	0,36 %
22/2/2020	Líbano e Israel reportan casos confirmados. 1402 casos confirmados fuera de China, incluidas 11 muertes. 29 países afectados.	77794	2359		599	3,03%		1402	11	1,80%	0,47 %
23/2/2020	1769 casos confirmados fuera de China, incluidas 6 muertes. 29 países afectados.	78811	2462		1017	3,12%		1769	17	2,24%	0,69 %
24/2/2020	Kuwait reporta primer caso confirmado. 2029 casos confirmados fuera de China, incluidas 23 muertes, 12 de ellas en Irán. 30 países afectados.	79331	2618		715	3,30%		2069	23	2,61%	0,88 %
25/2/2020	Afganistán, Iraq, Omán y Bahréin reportan casos confirmados. 2459 casos confirmados fuera de China, incluidas 34 muertes. 34 países afectados.	80239	2700		908	3,36%		2459	34	3,06%	1,26 %
26/2/2020	Primer caso en Brasil (Primero en Latinoamérica). Argelia, Austria, Croacia y Suiza reportan casos confirmados. 2918 casos fuera de China, incluidas 44 muertes. 38 países afectados.	81109	2762	30322	871	3,41%	37,38 %	2918	44	3,60%	1,59 %
27/2/2020	Brasil, Dinamarca, Estonia, Georgia, Grecia, Noruega, Pakistán, Rumanía y Macedonia reportan casos confirmados. 3664 casos fuera de China, incluidas 57 muertes. 47 países afectados.	82294	2804		1185	3,41%		3664	57	4,45%	2,03 %
28/2/2020	La OMS cambia la evaluación del riesgo a nivel mundial de Alto a Muy Alto. Bielorrusia, Lituania, Holanda, Nueva Zelanda y Nigeria reportan casos confirmados. 4691 casos fuera de China incluidas 67 muertes. Se confirma primer caso de COVID-19 en un canino.	83652	2858		1358	3,42%		4691	67	5,61%	2,34 %
29/2/2020	México y San Marino reportan casos confirmados. 6009 casos fuera de China incluidas 86 muertes. 54 países afectados.	85403	2924		1753	3,42%		6009	86	7,04%	2,94 %
1/3/2020	Azerbaiyán, Ecuador, Irlanda, Mónaco y Qatar reportan casos confirmados. 7169 casos fuera de China incluidas 104 muertes. 59 países afectados.	87137	2977		1739	3,42%		7169	104	8,23%	3,49 %

2/3/2020	Armenia, Rep. Checa, Rep. Dominicana, Luxemburgo, Islandia e Indonesia reportan casos de COVID-19. 65 países afectados. El Director General de la OMS manifiesta que las primeras medidas son claves para salvar vidas y detener la transmisión.	88948	3043	45175	1804	3,42%	50,79 %	8774	128	9,86%	4,21 %
3/3/2020	Argentina y Chile confirman sus primeros casos. Se reportan 4 nuevas muertes en EE.UU, todos en el estado de Washington. 73 países afectados.	90869	3112		1922	3,42%		10565	166	11,63 %	5,33 %
4/3/2020	Chile confirma su segundo caso de Coronavirus: la esposa del primer infectado; 217 y su tercer caso: una doctora de la Clínica Alemana. 77 países afectados.	93091	3198	50799	2223	3,44%	54,57 %	12669	214	13,61 %	6,69 %
5/3/2020	Primer caso detectado en Perú en un joven de 25 años que había regresado de Europa. Chile confirma su cuarto caso de coronavirus. 86 países afectados.	95333	3282	53255	2241	3,44%	55,86 %	14768	267	15,49 %	8,14 %
6/3/2020	Ciudad del Vaticano y Colombia confirman primer caso positivo de COVID-19. 89 países afectados.	98192	3380	54124	2873	3,44%	55,12 %	17481	335	17,80 %	9,91 %

Fuente: OMS, CDC, John Hopkins CSSE

ANEXO N° 20



ANEXO N° 21 – FORMULARIO ÚNICO DE ENVÍO DE LABORATORIO

FORMULARIO ÚNICO

TRANSPORTE DE MUESTRAS PROVINCIAL Y/O INTERDEPARTAMENTAL

	DATOS DEL REMITENTE			
	NOMBRE			
	INSTITUCION/LABORATORIO : INLASA			
	DIRECCIÓN:			
	TELÉFONO:			
	LOCALIDAD /CIUDAD :			
	DATOS DEL DESTINATARIO			
	NOMBRE:			
	INSTITUCIÓN - CENETROP			
	DIRECCIÓN:			
	TELÉFONO:			
	LOCALIDAD /CIUDAD :			
	DESCRIPCIÓN DEL ENVÍO			
	Nº de tubos	Cantidad aproximada	Descripción del envío	
	TEMPERATURA DE TRANSPORTE 2 - 8 °C			
	PRUEBAS SOLICITADAS			
	DATOS DE LA PERSONA QUE PREPARÓ EL ENVÍO			
	FECHA:			VoBo Bioseguridad
	NOMBRE:			
	FIRMA:			

NEXO N° 22

FLUJO DE MANEJO DE PACIENTE CRÍTICO (UTI)



ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

**MÁSCARA O CÁNULA NASAL CASOS LEVES
(PRECAUCIONES POR POTENCIAL
AEROSOLIZACIÓN)**

VENTILACIÓN NO INVASIVA (VN) O CÁNULA DE ALTO FLUJO **NO RECOMENDADA POR RIESGO PERSONAL DE SALUD POR AEROSOLES**

SI SE INSTAURA: EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL MÁXIMO (USAR HELMET SI ESTÁ DISPONIBLE), RESPIRADOR DE 2 RAMAS E IDEALMENTE HABITACIÓN CON PRESIÓN NEGATIVA.

SI NO HAY RÁPIDA RESPUESTA: VM INVASIVA.

VNI: ALTA TASA DE FALLO EN **MERS-CoV** (ARABI et al 2014)

INDICACIONES CLÍNICAS DE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL

AUMENTO DEL TRABAJO RESPIRATORIO TAQUIPNEA

HIPOXEMIA A PESAR DE ALTA FIO2

INESTABILIDAD HEMODINÁMICA

JUICIO CLÍNICO



PRECOZ

INTUBACIÓN OROTRAQUEAL EN COVID-19

Personal experimentado

Equipo de Protección Personal (EPP) máximo (protección ocular, N-95, camisolín resistente a fluidos).

Reducir al mínimo necesario personal presente en el procedimiento.

Preoxigenar con FiO₂ 100% con máscara-reservorio (no ventilación manual con AMBU en lo posible).

Secuencia de intubación rápida si no predictores de intubación difícil (Propofol o midazolam + succinilcolina o rocuronio).

No realizar intubación vigil o intubación guiada x fibrobroncoscopia de rutina.

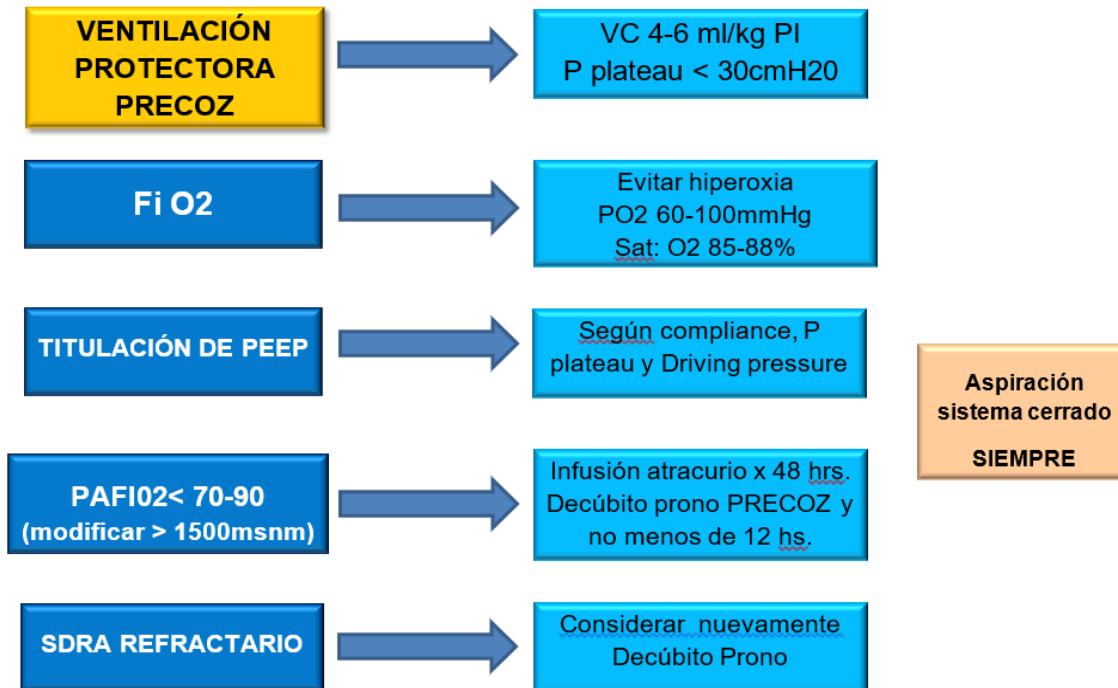
Comprobar Filtro de tubuladura del respirador ESTRICTO.

UTILIZACION DE CURCITO CERRADO POSTERIOR CONEXIÓN ESTRICTO

Remoción adecuada de EPP: Evitar tocarse cabello o cara antes de lavado de manos

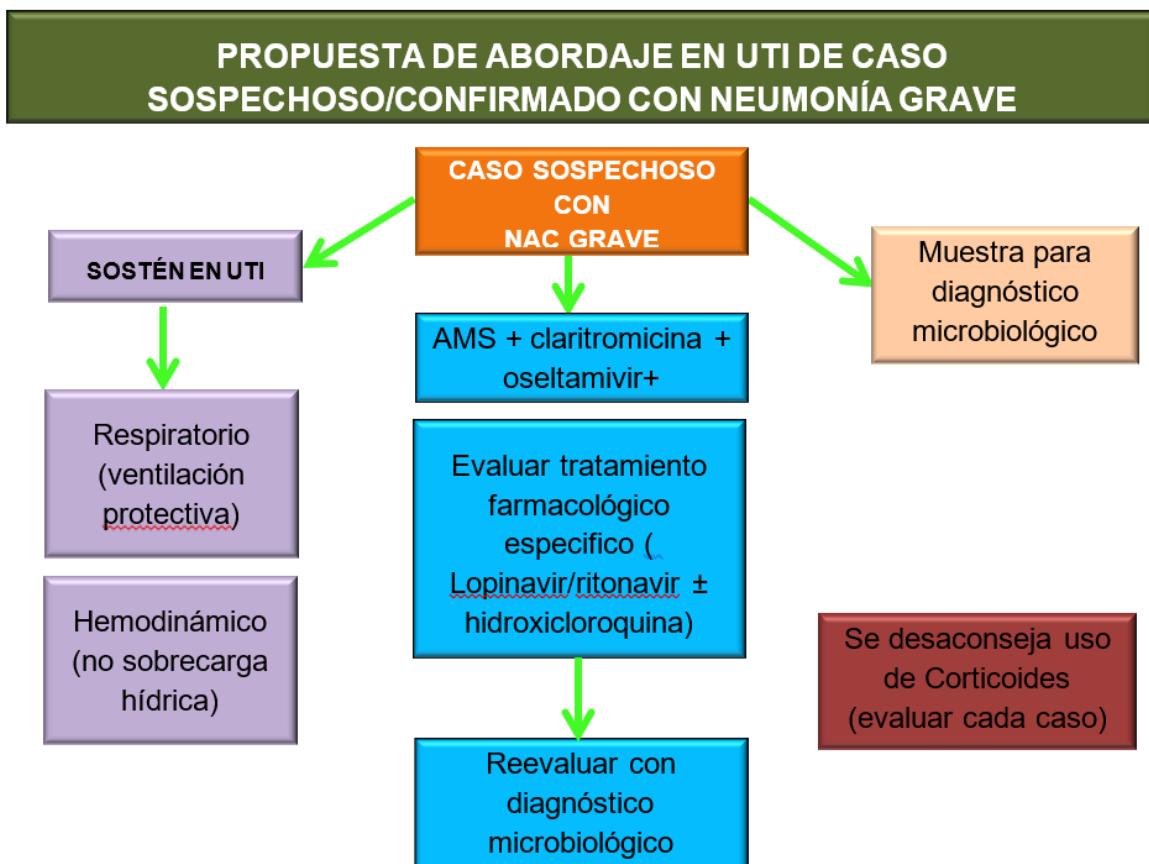
Desinfección adecuada de material usado (ej. Laringoscopio) con EPP.

VENTILACIÓN MECÁNICA



ABORDAJE DE LA FALLA HEMODINÁMICA





ANEXO Nº 23

RECOMENDACIONES PARA LA FAMILIA EN EL CUIDADO Y ATENCIÓN EN EL DOMICILIO DE PACIENTES AISLADOS

El paciente y la familia, por su parte, deberán seguir las recomendaciones siguientes:

- Una vez diagnosticado como caso sospechoso, el médico decidirá la conducta, aislamiento domiciliario u hospitalización.

MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE Y USO DE MASCARILLA QUIRÚRGICA

- Debe trasladarse al paciente sospechoso en una ambulancia con las medidas pertinente o en una movilidad particular (debe ir en la parte posterior con mascarilla quirúrgica y ventanas abiertas).

SI FUERA EN DOMICILIO EL AISLAMIENTO SE DEBE REALIZAR LO SIGUIENTE:

ELABORE UN PLAN DE ACCIÓN FAMILIAR Elabore un plan de acción familiar.

- Hable con las personas que necesitan ser incluidas en su plan. Reúnase con miembros del hogar, otros parientes para el cuidado del enfermo.
- Planifique formas de cuidar a aquellos que podrían estar en mayor riesgo de complicaciones graves
- **Identifique organizaciones de ayuda.** Elabore una lista de organizaciones locales con las que usted y su hogar pueden contactar en caso de que necesite acceso a información, servicios de atención médica urgente, apoyo y recursos. Considere incluir organizaciones que brinden servicios de salud mental o asesoramiento, alimentos y otros suministros.

Haga una lista de contactos de emergencia. Asegúrese de que su hogar tenga una lista actualizada de contactos de emergencia para familiares, amigos, vecinos, personal de salud, para alguna eventualidad.

PREPARA TU CASA

- Ubicar o separar **una habitación solo para el paciente** el cual debe cumplir las siguientes características:
 - Habitación ventilada, con VENTANA.
 - En lo posible con baño privado (si no lo tuviera realizar la higiene con un desinfectante (1% lavandina y 99% agua) de forma diaria y después de utilizar el enfermo.

- Contar con un recipiente con bolsa para la eliminación de: guantes, pañuelos, barbijos y todos los desechos que genere el enfermo, hasta que se eliminen junto con los residuos generales de la casa.
- Elementos de higiene personal para el enfermo (cepillos de dientes, toallas, esponjas, sábanas, etc.), estos no deben compartirse.
- Utensilios deben ser propios (platos, cubiertos) y deben lavarse con agua y jabón o detergente después de cada uso.
- Si en caso no tuviera habitaciones, separa por lo menos 2 metros de las personas en contacto (dormir en camas separadas).
- El enfermo debe estar con mascarilla quirúrgica.

RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADOR DEL ENFERMO

- Debe CONTAR CON EL NUMERO TELEFONICO DEL MÉDICO TRATANTE.
- Solo debe cuidar una persona en lo posible, debiendo ser una persona con buena salud que no tenga otra enfermedad.
- El cuidador debe estar **protegido con mascarilla quirúrgica** bien ajustado a la cara, y debe seguir lo siguiente:
 - No hay que tocar ni manipular el barbijo mientras se lleve puesta.
 - Si se moja o se mancha de secreciones, debe cambiarse de inmediato.
 - Se debe desechar el barbijo después de usarla y lavarse bien las manos después de sacársela.
- Evitar que el paciente se mueva (reducir movimiento) en los espacios compartidos (por ejemplo, cocina, baño).
- **Debe tener el menor contacto posible** con la habitación y el enfermo.
- **Debe lavarse las manos** con agua y jabone cuando realice lo siguiente:
 - Después del contacto con el enfermo y su habitación,
 - Al preparar alimentos
 - Antes de comer,
 - Después de usar el baño
 - También puede usar alcohol en gel.
- Evitar el contacto directo **con los fluidos corporales**, sobre todo las secreciones orales y respiratorias, y con las heces.
- **Utilizar guantes** descartables en el contacto con la boca y la nariz y en la manipulación de heces, orina y desechos. Realizar lavado de manos antes y después de quitarse los guantes.

- **Limpiar y desinfectar con diariamente** las superficies que hayan estado en **contacto con el enfermo**, como la mesa de noche, la cama y otros muebles de la habitación, con solución desinfectante a base de lavandina.
- Limpiar y desinfectar las superficies del baño y del retrete al menos una vez al día, con solución desinfectante a base de lavandina. Si en su casa no es posible es uso de un baño exclusivo para el paciente, el baño debe ser desinfectado posterior a cada uso del mismo, sobre todo posterior al uso del paciente.

Preparación de solución desinfectante: La familia debe preparar la solución desinfectante diariamente. Habilite un frasco con atomizador para que la solución que prepare se mantenga limpia internamente. Igualmente destine un paño o franela para la limpieza que será desecharido al final del día. La solución desinfectante debe tener 9 partes de agua y 1 parte de lavandina, es decir para un litro p.ej. 900 ml agua + 100 ml lavandina.

- **Lavar la ropa, sábanas, toallas, etc.** de las personas enfermas con agua y jabón, 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 con la piel y la ropa con los materiales contaminados.
- Usar guantes descartables y ropa protectora (por ejemplo, delantales 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.
- **Si presenta agravamiento de la enfermedad como dificultad respiratoria** debe COMUNICAR AL MEDICO QUE REALIZA EL SEGUIMIENTO DE FORMA INMEDIATA.
- Si usted presenta síntomas como: fiebre, tos seca, fatiga, debe COMUNICAR AL MEDICO QUE REALIZA EL SEGUIMIENTO DE FORMA INMEDIATA.

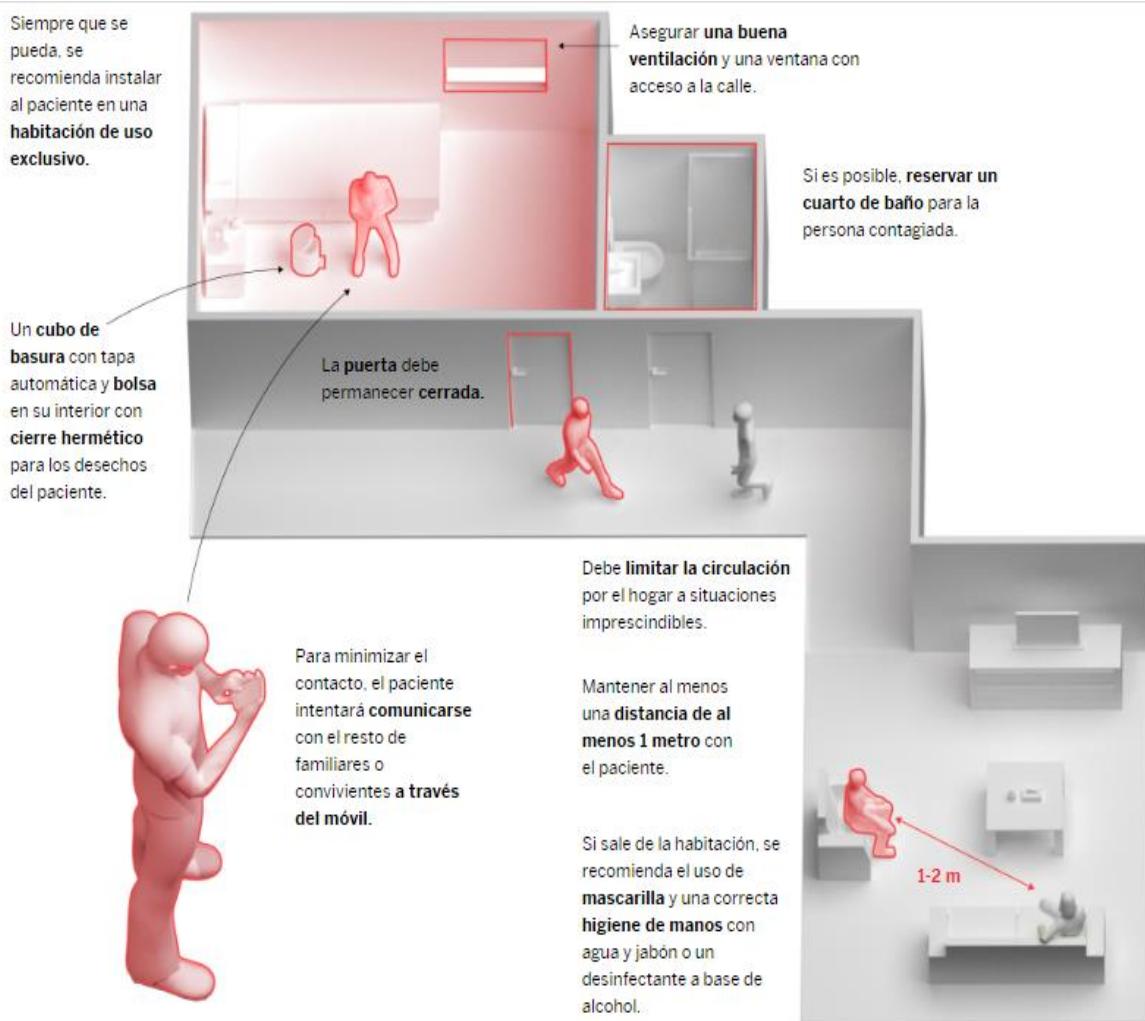
¿EL PERSONAL DE SALUD QUE DEBE HACER?

- Debe realizar seguimiento diario, sea telefónica o física, para el seguimiento y monitoreo de los casos de forma diaria.

TIEMPO DEL AISLAMIENTO DOMICILIARIO

- El tiempo de aislamiento es de 14 días.
- Una vez que la persona este sin síntomas, el Medico realizara la evaluación y tomara la decisión de continuar 14 días más el aislamiento o REALIZAR 2 PRUEBAS PARA COVID-19 antes de dar el alta médica.

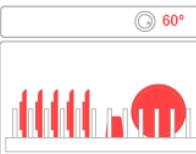
Es muy importante que una vez confirmado que la persona es negativa a COVID-19 debe continuar con las recomendaciones de protección y evitar aglomeraciones para prevenir una re-infección.



Fuente: https://elpais.com/sociedad/2020/03/11/actualidad/1583937410_948180.html

RECOMENDACIONES PARA LA PERSONA QUE REALIZA LA LIMPIEZA DEL HOGAR

Cuando convive con un caso confirmado para COVID-19 es muy importante la limpieza exhaustiva diaria que pueda evitar el contagio a otros integrantes e la familia o residentes de la casa. Muy especialmente a todas las superficies que han entrado en contacto con la persona aislada. El siguiente gráfico le muestra las recomendaciones más importantes para la persona que realiza la limpieza del hogar.

	 Para la limpieza debe usarse una solución de agua con lejía : una parte de desinfectante por cada 49 de agua.	 Limpie diariamente todas las superficies de contacto frecuente : picaportes, mesas, interruptores, grifos, inodoros, teléfonos y teclados.	 La vajilla y el menaje debe lavarse con agua caliente y jabón, preferiblemente en un lavaplatos para alcanzar los 60° .	 La ropa del paciente se puede lavar por separado con detergente habitual a una temperatura de entre 60° y 90°. Deje que se seque totalmente.
---	---	---	---	--

Fuente: https://elpais.com/sociedad/2020/03/11/actualidad/1583937410_948180.html

RECOMENDACIONES FINALES PARA LOS DESECHOS

Los residuos de un caso confirmado de COVID-19 que se producen (pañuelos, papel, utensilios desechables u otros) pueden ser peligrosos y para su seguridad y la de los demás integrantes o residentes. Por esta razón, tenga especial cuidado en la eliminación correcta. Es importante el uso de toallas, guantes u otros útiles de limpieza desechables, aislar correctamente y cerrar bien en una bolsa plástica de basura los desechos. Posterior a ellos la persona que realiza esta tarea debe tener seguir un proceso de higiene muy cuidadoso recomendado anteriormente.

  Tire los guantes y la mascarilla a la basura y lávese las manos a continuación.	 La basura debe estar dentro de una bolsa de plástico cerrada .	 La toalla del contagiado tendrá un único uso y se meterá en un cubo específico.
--	--	---

Fuente: https://elpais.com/sociedad/2020/03/11/actualidad/1583937410_948180.html

BIBLIOGRAFIA

El presente material ha sido elaborado en base a recomendaciones internacionales que puede consultar en las siguientes páginas:

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prepare/prevention-sp.html>

<https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

ANEXO Nº 24

RECOMENDACIONES PARA PERSONAS EN CUARENTENA QUE HAN VIAJADO A LAS ÁREAS CON COVID-19, O HAN ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CONFIRMADAS, SIN PRESENCIA DE SÍNTOMAS, NI ESTÁN ENFERMAS

¿Qué es el COVID-19?

Es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus recientemente descubierto (SARS-CoV-2) que produce síntomas similares a la gripe y en algunos casos Infección Respiratoria Aguda Grave.

¿Qué es aislamiento domiciliario (cuarentena)?

Es una restricción de las actividades que se realizan habitualmente fuera del domicilio, para aquellas personas que estuvieron expuestas a un agente infeccioso, y que actualmente no tienen síntomas. Pudiendo desarrollar la enfermedad y por lo tanto transmitirla a otras personas.

¿Por qué me indicaron estar en aislamiento domiciliario (cuarentena)?

1. Porque he regresado de un país o provincia que tiene un brote activo de COVID-19.
2. Porque estuve en contacto estrecho con un caso confirmado de COVID-19.

¿Para qué debo estar en aislamiento domiciliario (cuarentena)?

1. Para prevenir que en caso de enfermarme de COVID-19 contagie a otras personas.

¿Cuánto durará el aislamiento domiciliario (cuarentena)?

El aislamiento domiciliario (cuarentena) durará 14 días, desde que estuvo en contacto con una persona con COVID-19 en su periodo sintomático o desde la fecha de salida de un país que tiene un brote activo de COVID-19. Esto está determinado porque el periodo de incubación de COVID-19.

¿Qué cuidados debo tener durante la cuarentena domiciliaria?

1. No salir del hogar, no invitar visitas, ni realizar o participar de eventos sociales, tales como fiestas y encuentros.
2. Mantener un metro de separación de los otros miembros del hogar cuando se encuentre en compañía.
3. Mantener las siguientes medidas básicas personales:

- a) Realizar higiene de manos frecuente con agua y jabón o solución de alcohol (son igualmente efectivas).
 - b) No compartir artículos de higiene personal ni de alimentación con otros habitantes del hogar.
 - c) Si lo requiere, usar pañuelos desechables y eliminarlos en bolsas plásticas dentro de un basurero con tapa.
 - d) En caso de estornudar o toser, cubrir la nariz y boca el antebrazo. Use barbijo si es muy frecuente.
4. Ocupar una pieza solo, con ventana abierta y mantener una ventilación frecuente.
 5. En caso de no ser posible tener pieza individual, mantener distancia > 1 metro con otros miembros del hogar, limitando el uso de espacios comunes.
 6. Mantener ambientes limpios y ventilados.
 7. Limpiar y desinfectar frecuentemente superficies como veladores, mesas, inodoro, manijas, u otras superficies que toca a diario con elementos comunes de limpieza (detergente, solución desinfectante como cloro).
 8. Lavar la ropa, ropa de cama, toallas, etc, usando detergente de uso común y lavando la ropa a 70 °C o más por al menos 20 minutos. Si no tiene lavadora, lave a mano con su detergente habitual. NO SACUDA LA ROPA ANTES DE LAVARLA.

¿Durante el aislamiento domiciliario tengo restricción de actividades de esparcimiento dentro de mi hogar?

No, el aislamiento domiciliario (cuarentena) es una medida de prevención de salud pública para la prevención de COVID-19 en personas sanas. Por lo que, dentro de su hogar puede realizar sus actividades habituales, cumpliendo las recomendaciones anteriores.

Recuerde comer saludablemente, realizar algún tipo de actividad física dentro de su casa y conversar por vía telefónica con sus cercanos para evitar sensación de soledad.

¿Necesito usar yo o mi familia barbijo?

No. Si usted está en aislamiento domiciliario es porque no tiene síntomas, por lo que no es necesario el uso de barbijo en el hogar. El barbijo es solo para personas con síntomas o aquellos que cuidan a un paciente enfermo.

Recuerde mantener distanciamiento social > 1.5 metros.

Solo debe usar barbijo si comienza con síntomas. En ese caso, debe colocarse un barbijo y concurrir a recibir asistencia médica o llamar al 800-10-1104 y 800-10-1106.

¿Qué pasa si enfermo o tengo síntomas durante la cuarentena?

Todos los días que dure el aislamiento debe estar atento a la aparición de síntomas sugerentes de infección respiratoria, tales como fiebre, dolor de garganta, tos o dificultad para respirar.

Controle su temperatura cada 12 horas.

Si presenta los síntomas señalados, debe llamar consultar al centro asistencial más cercano y para el que tenga cobertura, recurrir por teléfono a su seguro de salud (si lo tiene). O llamar 800-10-1104 y 800-10-1106.

Si fuera necesario que se traslade, en lo posible, deberá ser realizado a través de un medio que involucre el menor contacto con personas, evitando particularmente el contacto con adultos mayores o pacientes con enfermedades crónicas. Para el traslado deberá usar barbijo, si no posee cúbrase nariz y boca con pañuelo personal, y avise al llegar al centro de salud y ellos le brindarán los implementos correspondientes.

¿Puedo trabajar durante la cuarentena?

Recuerde que usted está en cuarentena domiciliaria de manera preventiva y no tiene síntomas, por lo que puede realizar **teletrabajo o trabajo a distancia** si su ocupación lo permite.

¿Qué pasa si no desarrollo síntomas durante el aislamiento domiciliario?

Al día siguiente del término de la cuarentena domiciliaria, puede volver a retomar sus actividades normales. Debe informar o contactar al personal de salud para su evaluación.

¿Mi familia que no estuvo expuesta pero que convive conmigo, debe aislarse?

Solo las personas expuestas de manera directa deben aislarse y cumplir todas las medidas preventivas, y los familiares o convivientes deben realizar las actividades habituales sin aislarse.

Solo si la persona expuesta y que se encuentra en cuarentena presenta los síntomas, los convivientes se consideran contacto estrecho y deben guardar cuarentena por 14 días solo en ese momento.

ANEXO N° 25
CONSENTIMIENTO Y COMPROMISO PARA CUARENTENA
EN EL CONTEXTO DEL COVID-19

Ante la expansión del COVID-19, los países implementan acciones de prevención para evitar el riesgo de introducción, transmisión y propagación de la enfermedad en el territorio nacional. Las medidas de salud pública para lograr estos objetivos incluyen la cuarentena, con el objetivo de disminuir el riesgo de contagio y la diseminación de la enfermedad.

Los países tienen la autoridad legal para aplicar la cuarentena en sus territorios. El Artículo 3 del Reglamento Sanitario Internacional (2005), establece que la misma debe ser totalmente respetuosa de la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas.

La cuarentena de personas es la restricción de movimiento, desplazamiento o actividades o la separación de personas que no están enfermas, pero que pueden estar expuestas a un agente infeccioso o a enfermedad, con el objetivo de evitar, disminuir o retrasar la transmisión, en este caso, del COVID-19.

En este contexto y teniendo conocimiento de la información precedente:

Yo _____ C.I. _____

Domicilio: _____ Teléfonos: _____

Doy mi consentimiento y me comprometo a cumplir estrictamente el protocolo de la cuarentena impuesta por la Autoridad de Salud del Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia.

En caso de no cumplir o interrumpir, de faltar o transgredir con la cuarentena, asumiré todos los costos y gastos que se hubieren realizado en el transporte, hospedaje, alimentación y otros que contemple la cuarentena. Asimismo, de no cumplir con la cuarentena y comprobarse en forma posterior que tengo el diagnóstico de COVID-19, seré pasible a proceso legal por atentar contra la salud pública.

Croquis de domicilio: _____ Firma: _____

ANEXO Nº 26

PROTOCOLO PARA SEGUIMIENTO DE VIAJEROS BOLIVIANOS, EXTRANJEROS Y/O CUERPO DIPLOMÁTICO EN CASO DE SOSPECHA DE COVID-19

El seguimiento de los viajeros bolivianos, extranjero, y/o cuerpo diplomático, que hayan estado de viaje o que residen en un país o territorio que reporto la transmisión local de la enfermedad COVID - 19 en los últimos 14 días, y actualmente no presenten fiebre ni tos, deben seguir lo siguiente:

ACCIONES DEL PERSONAL DE SALUD:

- Asegurar las medidas de prevención de contacto (contención).
- Realizar y registrar en una planilla los contactos para el rastreo del mismo.
- El lugar donde se traslade o resida el viajero debe estar acondicionado y contar con las medidas mínimas de aislamiento.
- Realizar el seguimiento y monitoreo continuo (todos los días), sea por vía telefónica o visita al mismo (proporcionara el N° telefónico al viajero).
- Educar y entregar las indicaciones de autocuidado.
- Notificar a su embajada o consulado correspondiente.

INDICACIONES A LOS VIAJEROS BOLIVIANOS, EXTRANJEROS Y/O CUERPO DIPLOMÁTICO.

- Aislamiento por 14 días a partir de su exposición del riesgo, según valoración del personal de salud en domicilio o en un centro de salud (lugares específicos de aislamiento).
- Mantener distancia social de por lo menos un 1 ½ metro con alguna persona o familiar.
- No debe compartir artículos de higiene personal, ni de alimentos con otras personas que habiten en el hogar.
- Debe realizar higiene de manos frecuentemente (lavado con agua y jabón o uso de alcohol en gel).
- Usar pañuelos desechables y eliminarlos en forma adecuada en basurero con tapa.
- En caso de estornudar o toser, cubrir la nariz y boca con pañuelo desechable o el antebrazo.
- Mantener ambientes limpios y ventilados.
- **REALICE AUTO-MONITOREO DE SÍNTOMAS** sugerentes de **infección respiratoria**, tales como **FIEBRE, TOS SECA, FATIGA y otros**.
- Control de temperatura corporal cada 12 horas.
- Si en caso presentara **ALGÚN SÍNTOMA como FIEBRE, TOS, FATIGA, y otros** **COMUNICARSE AL 800-10-1104** o al N° telefónico que le administraron **el personal de salud**.

EN CASO DE INICIAR SINTOMAS, QUE DEBE HACE EL PERSONAL DE SALUD

- Si el viajero boliviano, extranjero y/o cuerpo diplomático en seguimiento presenta síntomas (fiebre, Tos, fatiga u otros) el viajero cambiara a categoría de caso sospechoso según definición de caso vigente.
- REALIZAR LA NOTIFICACIÓN INMEDIATA (SEDES a la Unidad de VE y de acuerdo al conducto regular), LLENADO DE FICHA EPIDEMIOLOGICA Y TOMA DE MUESTRA (si está capacitado, si no lo estuviera solicitar el apoyo de los laboratorios de referencia en coordinación con los SEDES).
- El personal de salud debe gestionar:
 - La evaluación de salud (derivación o referencia a un establecimiento de salud).
 - Traslado del paciente (ver traslado del paciente en el anexo N°13 de la guía y lineamientos de manejo del COVID-19).
- Realizar la lista de los contactos y seguimiento de los mismos.
- Realizar llamada al COE Nacional, para que se encarguen de solicitar a la línea aérea, a la compañía de buses la lista de pasajeros para ubicar a los contactos si corresponde.

EGRESO DEL SEGUIMIENTO DE LOS VIAJEROS (PERSONAL DE SALUD)

- Si el viajero después de los 14 días aislados no reporta fiebre ni otra sintomatología compatible al COVID-19, se cerrara la actividad de monitoreo.
- Debe dar una consejería de cuidados al viajero.

BIBLIOGRAFIA

1. Recomendaciones actualizadas de la OMS para el tráfico internacional en relación con el brote de COVID-19): directrices provisionales, 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
https://www.who.int/ith/2019-nCoV_advice_for_international_traffic-rev/es/sti%u00f3n
2. La gestión de los viajeros enfermos en los puntos de entrada – aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres internacionales-en el contexto del brote de COVI-19; Directrices provisionales 16 de febrero 2020. Ginebra: Organización Mundial de Salud
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331193/WHO-2019-nCoV-POEmgmt-2020.1-spa.pdf?ua=1>

ANEXO Nº 27

CRITERIO PARA LA HABILITACIÓN DE SALAS DE AISLAMIENTO PARA PACIENTES CON COVID-19

Una sala de aislamiento es una habitación o sección dentro de un hospital, requerida para el tratamiento de pacientes con probabilidades de transmitir una enfermedad infectocontagiosa, sea esta por contacto o por transmisión por gotas.

Existen salas de aislamiento de presión positiva y las de presión negativa.

Las Salas de presión positiva. - son para pacientes inmunodeprimidos, los cuales pueden contagiarse de alguna enfermedad.

Las Salas de presión negativa. - son utilizadas en los casos de pacientes infectocontagiosos, estas salas tienen el objetivo de evitar la propagación de la enfermedad infecciosa que posee el paciente.

Preparación de las salas de aislamiento

1. Condiciones de la habitación

- Las habitaciones de aislamiento deben ser alejadas de los demás salas hospitalarias, ser individuales en lo posible (en los casos que no se contara con habitación individual, la distancia de un paciente y otro debe ser al menos de 1 ½ metro).
- Debe contar con un baño privado, para que el paciente tenga acceso directamente desde la habitación, así mismo deberá contar con un extractor de aire, para así purificar el ambiente de la zona.
- Instalaciones necesarias para cumplir precauciones estándares (higiene de manos: lavado de manos; soluciones en base de alcohol).
- Asegure una ventilación adecuada de la sala, deberá disponer de un sistema de presión negativa, si no se dispone este tipo de habitación, por lo que se justifica el abrir las ventanas siempre con la puerta de la habitación cerrada.
- Contar con un espacio para colocar el EPP antes de ingreso a sala (pasillo o antesala). Prepare un carrito o un estante donde se encuentre el EPP en un envase secundario y de acuerdo a la lista de control (modelo), para garantizar que todo el equipamiento esté disponible.
- Lugar donde descartar EPP una vez usado.
- Retire todo el mobiliario no esencial; los muebles restantes deben ser fáciles de limpiar y no deben encubrir ni retener suciedad o humedad dentro ni alrededor de ellos. f
- Coloque un aviso en la puerta (identificación de la sala)

2. Del equipamiento y suministros necesarios

- El equipo menor de atención del paciente como ser: estetoscopio, termómetro, esfigmomanómetros y otros, deben estar destinados para uso exclusivo del paciente, y deben ser individuales para cada paciente.
- Contar con el Equipo de Protección Personal (EPP): Guantes desechables de látex, gorros, protección ocular, mascarilla N95, bata de uso individual, si no existiera batas desechables disponibles, usar de textil y mantener dentro de la sala para uso exclusivo en la atención de un mismo paciente hasta su egreso.
- Todo el equipamiento para atención de pacientes que sea requerido para el uso de otros pacientes deben limpiarse y desinfectarse minuciosamente antes del uso.
- Coloque bolsas para desechos adecuadas en un contenedor. Si es posible, use un contenedor que no se deba tocar. Los contenedores sucios deben permanecer dentro de las salas de aislamiento. f
- Coloque un contenedor a prueba de perforaciones para desechar objetos cortantes dentro de la sala de aislamiento. f
- Coloque un contenedor adecuado con tapa al otro lado de la puerta para el equipamiento que necesite desinfección o esterilización. f

3. Control y restricción

Antes de ser autorizados a las áreas de aislamiento:

- Enfermería es responsable de llevar un registro de las visitas.
- Se debe tener una nómina del personal que trabaja en las áreas de aislamiento en caso de una investigación potencial de brote y rastreo de contacto. f
- Las visitas deben consultar al personal de enfermería a cargo para el ingreso a la sala de aislados, y deberá ser bajo estricta supervisión, de forma restringida.

4. Limpieza

- Todas las terminaciones de la sala, pisos, paredes y cielorrasos, deberán ser lisos, sin salientes y de materiales no porosos que faciliten la limpieza y sean resistentes a los agentes desinfectantes químicos.
- Contar con el equipamiento adecuado, necesario para limpieza y desinfección dentro de la sala de aislamiento y asegúrese de que se limpie minuciosamente la sala/el área de aislamiento a diario.

- El área del lavabo, debe contar con los suministros adecuados para el lavado de las manos, y con solución para manos a base de alcohol cerca del lugar de atención y de la puerta de la habitación. f

5. En cuanto al paciente

- Las pertenencias del paciente deben limitarse a lo más imprescindible. Mantenga las jarras y vasos, los pañuelos de papel, y todos los elementos necesarios para la higiene personal al alcance del paciente.
- Se debe colocar un teléfono u otro método de comunicación (celular) en la sala de aislamiento para permitir que los pacientes o miembros de la familia/visitantes se comuniquen.

Lista de Chequeo para áreas de aislamiento

Nº	Descripción de la lista	SI	NO
1	Protector facial		
2	Guantes		
3	Mascarillas quirúrgicas		
4	Mascarillas N95		
5	Batas descartables de mangas largas		
6	Solución para manos a base de alcohol (alcohol en gel)		
7	Jabón común líquido para manos (higiene de manos)		
8	Toallas descartables para secado de mano		
9	Contenedores para elementos cortantes		
10	Detergente para limpieza – desinfectante para superficies		
11	Bolsa de plásticos grandes'		
12	Bolsas para desechos.		
13	Bolsas para ropa blanca		
14			

ANEXO N° 28
PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO A CONTACTOS DE CASO POSITIVO
PARA COVID-19

LOS CONTACTOS

Son las personas (incluidos los cuidadores y el personal de salud) expuestas a casos positivo del COVID-19.

Se consideran contactos aquellas personas que hayan mantenido alguna de las formas de exposición siguientes:

- 1) Exposición asociada a la atención de salud, bien por atender directamente a pacientes con COVID-19, por trabajar con profesionales de salud infectados por el virus causante de la enfermedad o por visitar a pacientes enfermos o permanecer en un mismo entorno con ellos.
- 2) Exposición por trabajar cerca de un paciente con COVID - 19 o estudiar en la misma aula que él.
- 3) Exposición por viajar en cualquier tipo de vehículo con un paciente afectado por la COVID -19.
- 4) Exposición por haber convivido en el mismo domicilio con un paciente con COVID-19 en los 14 días posteriores a la aparición de sus primeros síntomas.

QUE SE DEBE HACER ANTE UN CONTACTO

- Establecer un canal de comunicación entre los cuidadores y los profesionales de salud durante todo el período de observación.
- El personal de salud deberá controlar periódicamente el estado de salud de los contactos:
 - Por vía teléfono
 - Visitas diarias para que puedan realizarse pruebas diagnósticas específicas en caso necesario y si corresponde.
- El profesional de salud deberá explicar de antemano a los contactos los siguiente:
 - Cuándo y dónde solicitar atención de salud si enferman,
 - Qué medio de transporte es el más adecuado,
 - Cuándo y por dónde debe entrar al establecimiento de salud señalado.
 - Qué precauciones de prevención y control de la infección deben seguir.
- Cuando un contacto presente síntomas, deberán tomarse las siguientes medidas:
 - Comunicar al establecimiento de salud de la llegada de un contacto sintomático.

- Durante el desplazamiento hasta el establecimiento de salud, el enfermo deberá llevar una mascarilla quirúrgica.
- Si es posible, el contacto deberá evitar el uso del transporte público; se puede llamar a una ambulancia o transportar al contacto en un vehículo privado, con todas las ventanillas abiertas si fuera posible.
- Se deberá indicar al contacto sintomático que aplique en todo momento medidas de higiene respiratoria e higiene de manos y que permanezca lo más alejado posible de otras personas (al menos un metro) durante el transporte y en el interior del establecimiento de salud.
- Cualquier superficie que se manche con secreciones o fluidos corporales durante el transporte deberá limpiarse con jabón o detergente y a continuación desinfectarse utilizando lavandina doméstica ordinaria diluida hasta una concentración del 0,5%.

SEGUIMIENTO A CONTACTO POR EL PERSONAL DE SALUD

El seguimiento a contacto se realiza de acuerdo al rastreo de los contactos.

Rastreo de los contactos

El rastreo de contactos, que abarca la identificación y el seguimiento de la salud de los contactos de las personas para quienes la infección del COID-19 se considera o se confirma mediante pruebas de laboratorio, constituye una medida crítica para minimizar las oportunidades de transmisión posterior.

La observación de estos contactos tras la exposición a una persona infectada por COVID-19 ayuda a que reciban atención, y evitar una mayor transmisión del virus.

El proceso de seguimiento de los contactos, en el rastreo se divide en tres etapas:

1. Identificación de los contactos

Una vez que se confirma que alguien está infectado por el COVID-19, los contactos se identifican de la siguiente manera:

- Investigando las actividades del paciente
- Las actividades y funciones de quienes le han rodeado desde el inicio de la enfermedad.

Los contactos pueden ser cualquiera que haya estado en contacto con la persona infectada:

- Familiares,
- Compañeros de trabajo,

- Amigos,
- Profesionales de salud.

2. Elaboración de una lista de contactos

- En esa lista deben incluirse *todas las personas que se considere que han tenido contacto con la persona infectada*.
- Se debe *identificar a todas las personas incluidas en la lista*.
- Se debe Informar de lo siguiente al contacto:
 - Que se encuentran *clasificadas como contactos*,
 - Que significa ser un contacto (persona con alta probabilidad de ser caso sospechoso del COVID-19).
 - Medidas que se tomarán a continuación (aislamiento domiciliario u hospitalario entre otras acciones).
 - De la importancia de que reciban una atención precoz en caso de que presenten síntomas.
 - Deben recibir información sobre la prevención de la enfermedad.
 - En los contactos de alto riesgo, su aislamiento en domicilio o en un establecimiento de salud.

3. Seguimiento de los contactos

Se debe efectuar un seguimiento regular de todos los contactos (en los domicilios) para detectar síntomas y signos que sean compatibles con el COVID-19, aplicando la **tarjeta de monitoreo de síntomas y de seguimiento individual de contacto y casos sospechosos de COVID-19**.

**TARJETA DE MONITOREO DE SINTOMAS Y SEGUIMIENTO INDIVIDUAL DE CONTACTOS
Y CASOS SOSPECHOSOS DE COVID-19**

Nombre:..... Edad:.....

Fecha Inicio Seguimiento:.....

Lugar: (domicilio/seguimiento telefónico):.....

Fecha fin de seguimiento:.....

DÍA SEGUIMIENTO	FECHA	TEMPERATURA * (º C)	TOS	DIFICULTAD RESPIRATORIA	RESPONSABLE
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

Si cumple definición de caso, REALIZAR REFERENCIA O DERIVAR

Lugar de referencia o derivación:.....

Fecha:.....

Nombre y firma de quien deriva:.....

BIBLIOGRAFIA

1. Atención en el domicilio a pacientes presuntamente infectados por el nuevo coronavirus (COVID-19) que presentan síntomas leves, y gestión de sus contactos: orientaciones provisionales, 4 de febrero de 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; WHO/nCov/IPC/ HomeCare/2020.2

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331397/WHO-nCov-IPC-HomeCare-2020.2-spa.pdf>

2. Actualización epidemiológica nuevo coronavirus (2019-nCoV): 5 de febrero 2020. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS 2020.

<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/3AlertaOPS.pdf>

<https://www.who.int/features/qa/contact-tracing/es/>

ANEXO N° 29

RECOMENDACIONES PARA LAS PERSONAS QUE SON CONTACTOS DE UN CASO SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE COVID-19

LOS CONTACTOS

Se consideran contactos aquellas personas que hayan mantenido alguna de las formas de exposición siguientes:

- 5) Exposición asociada a la atención de salud, bien por atender directamente a pacientes con COVID-19, por trabajar con profesionales de salud infectados por el virus causante de la enfermedad o por visitar a pacientes enfermos o permanecer en un mismo entorno con ellos.
- 6) Exposición por trabajar cerca de un paciente con COVID - 19 o estudiar en la misma aula que él.
- 7) Exposición por viajar en cualquier tipo de vehículo con un paciente afectado por la COVID -19.
- 8) Exposición por haber convivido en el mismo domicilio con un paciente con COVID-19 en los 14 días posteriores a la aparición de sus primeros síntomas.

RECOMENDACIONES PARA LA PERSONA QUE ES CONTACTO

Las principales recomendaciones para las personas que son contactos ante un caso sospechoso o positivo de COVID-19, es lo siguiente:

- Una vez informado **de la posibilidad de ser UN CONTACTO**. (información por diferentes vías: televisión, radio, periódico, rumores u otros), **acudir inmediatamente a un establecimiento de salud más cercano** (el transporte debe ir la parte posterior con ventanas abiertas y en lo posible que sea un transporte individual), o contactarse por vía telefónica al CALL CENTER (800-10-1104 o 800-10-1106) o teléfono de su Departamento.
- Aislamiento por 14 días a partir de su contacto con la persona enferma de COVID-19, con la finalidad de evitar contagiar a sus familiares o personas cercanas.
- Debe realizar los cuidados correspondientes:
 - Cubrirse con mascarilla quirúrgica (barbijo)
 - Debe realizar higiene de manos frecuentemente (lavado con agua y jabón o uso de alcohol en gel).

- Mantener distancia social de por lo menos un metro con alguna persona o familiar.
 - No debe compartir artículos de higiene personal, ni de alimentos con otras personas que habiten en el hogar.
 - Usar pañuelos desechables y eliminarlos en forma adecuada en basurero con tapa.
 - En caso de estornudar o toser, cubrir la nariz y boca con pañuelo desechable o el antebrazo.
 - Mantener ambientes limpios y ventilados.
- **REALICE AUTO-MONITOREO DE SÍNTOMAS** sugerentes de **infección respiratoria**, tales como **FIEBRE, TOS SECA, FATIGA y otros.**
- Control de temperatura corporal cada 12 horas.
- Si en caso presentara ALGÚN SÍNTOMA como FIEBRE, TOS, FATIGA, y otros COMUNICARSE AL TELEFONO ANTERIOR (CALL CENTER).

ANEXO N° 30

PROTOCOLO PARA REUNIÓN DE PERSONAS Y OTROS

1. INTRODUCCIÓN

Ante la emergencia de enfermedades de transmisión interpersonal, aerosoles y por contacto con superficies contaminadas, como influenza y actualmente COVID-19, es prioritario adoptar nuevos comportamientos y decidir por acciones que minimicen el riesgo de contagio interpersonal, principalmente en eventos donde puedan concentrarse más de dos personas, de diferente procedencia, pudiendo ser los unos portadores asintomáticos y los otros huéspedes susceptibles; por tanto, es necesario modificar la rutina y adaptar protocolos a la prioridad de evitar el contagio.

2. CONCEPTOS BÁSICOS

- **Ambientes comunes** como áreas de ingreso, pasillo de circulación, auditorios, oficinas y otros de atención a personas ajenas a la institución son entornos no sanitarios que son visitados por el público en general u ocasionalmente por personal de la institución que llega desde sus hogares (auditorios).
- **Limpieza** es la eliminación de suciedad e impurezas, incluidos los gérmenes, de las superficies. La limpieza no mata los gérmenes, pero si disminuye su número y el riesgo de propagación de la infección.
- **Desinfección** es el uso de productos químicos para eliminar bacterias, parásitos y virus en las superficies después de la limpieza, garantizando la reducción de riesgos de propagación de la infección.

3. OBJETIVO

Reducir el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión interpersonal, por aerosoles y/o contacto con superficies contaminadas como COVID-19, en reuniones definidas como necesarias y perentorias para la toma de decisiones.

4. ACCIONES

4.1 Decisiones y acciones previas a la reunión

- a) Los **temas prioritarios** para convocar a reuniones de staff, en cualquier nivel, deben estar relacionados con la toma de decisiones sobre la emergencia (COVID-19) como:
 - Asignación y uso de recursos, como desplazamiento de personal,
 - Continuidad de servicios en situación de emergencia,
 - Participación institucional durante la emergencia,
 - Cadena de mano y flujo de comunicaciones, formación o no de brigadas / cuadros responsables.
 - Mecanismos de control, supervisión, monitoreo e información del progreso de la emergencia.
- b) **Evitar** reuniones con más de 13 participantes, ubicados en asientos separados por un metro, determinado en cada uno de los 4 lados. Personas mayores de 60 años de edad y todos los afectados por enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial,

enfermedades autoinmunes y del colágeno, cáncer en tratamiento) no deben estar presentes en la reunión, de ser posible, participaran por medios virtuales.

- c) **Asegurar** que todos los participantes tienen acceso a servicios higiénicos, con lavatorio, dispensadores de jabón líquido y toallas desechables de papel. De la misma manera, disponer de alcohol gel en cantidad suficientes para los participantes.
- d) **Garantizar** que el personal responsable de la limpieza y desinfección cuenta con equipos de protección personal, así como con insumos y enseres apropiados para cumplir sus labores antes y después de la reunión.

4.2 Control de ingreso

- a) El personal responsable de controlar el ingreso de participantes a la reunión debe usar barbijo quirúrgico de manera obligatoria, todo el tiempo que permanezca en funciones.
- b) El responsable de controlar el ingreso de participantes debe ubicarse a 1.2 metros del punto por donde pasarán los visitantes
- c) El ingreso y salida de los participantes, debe ser en fila manteniendo una distancia de 1,2 metros entre las personas. Para ingresar a los ambientes comunes, todo participante y visitante debe usar barbijo.
- d) Mientras dure la pandemia y el estado de emergencia sanitaria en Bolivia, debe suspenderse la entrega de credenciales a la persona ajena a la institución (visitas externas).
- e) Toda persona que ingrese debe recibir una porción de alcohol gel en las manos, antes de manipular documentos u otro material que intercambie con el responsable de controlar el ingreso.
- f) Luego de recibir y manipular documentos, cédula de identidad u otro material entregado por el visitante, el responsable de control de ingreso debe desinfectarse las manos con alcohol gel.
- g) Despues de abrir y cerrar el portón y/o la puerta de entrada, el responsable de controlar el ingreso debe lavarse las manos con agua y jabón.
- h) Luego de utilizar el teléfono y/o intercomunicador, debe desinfectar sus manos con alcohol gel. De la misma manera, debe desinfectar el aparato, principalmente las partes que estuvieron próximas o en contacto con sus manos, oídos y boca, utilizando una toalla de papel desechable embebida en alcohol de 70°.
- i) El responsable de controlar el ingreso debe evitar tocar la parte externa del barbijo, así como tocarse el rostro, ojos, frente y boca.

4.3 Ingreso de vehículos

- a) Al ingresar al vehículo, todas las personas, incluido el conductor, deben desinfectar sus manos con alcohol gel.
- b) Si el vehículo transporta sólo 1 a 2 personas, incluido el conductor, no es imprescindible portar barbijo quirúrgico. El acompañante deberá ubicarse en el asiento de atrás en oposición al conductor.
- c) Si el transporte de los participantes se realiza en una movilidad con capacidad mayor de 5 personas, incluido el chofer, todos sin excepción deben usar barbijo quirúrgico.

4.4 Conducta de los participantes durante la reunión

- Ningún participante podrá mover su asiento para aproximarse a otra persona.

- Si la distancia entre asientos es menor de 1 metro, los participantes, sin excepción, deben usar barbijo quirúrgico de forma correcta: cubrir nariz y boca, ajustar la banda metálica o plástica sobre el tabique de la nariz
- Si alguno de los participantes tiene fiebre, tos o malestar, debe abandonar inmediatamente el ambiente y buscar apoyo médico.
- Evitar saludos de contacto como dar la mano, abrazos, palmadas y/o besos.
- Respetar y usar la etiqueta de la tos y estornudo
- Evitar tocar superficies de paredes y muebles existentes en el ambiente.
- Desinfectar frecuentemente ambas manos con alcohol gel. Si el ambiente cuenta con acceso a agua y jabón, cada participante debe lavarse las manos a intervalos de 45 a 60 minutos.

4.5 Conferencia de prensa

Si se tiene previsto conferencias de prensa con más de 13 participantes, es necesario adoptar las siguientes conductas:

- La persona que da la información a la prensa debe situarse al menos a 2.0 metros de los participantes; sentada en una mesa o de pie detrás de un atril. Durante la entrevista no tocar superficies de mesa ni atril.
- La persona que da información a la prensa debe portar consigo un frasco de bolsillo con alcohol gel
- Si colocaron micrófonos en la mesa o atril, no tocarlos en todo momento, aunque estuvieren en interferencia.
- En todo momento, la persona que da la información a la prensa debe usar barbijo quirúrgico de manera correcta: cubrir nariz y boca, ajustar la banda metálica o plástica sobre el tabique de la nariz.
- Cuando hable evite bajar el barbijo debajo de la nariz o hacia la papada
- Todos los representantes de la prensa, sin excepción, deben usar barbijo quirúrgico de manera correcta. Entre los periodistas, fotógrafos y camarógrafos debe existir una separación de por lo menos 1.2 metros en todos los sentidos.
- En ningún momento se justifica que la persona que encara a los representantes de la prensa vista implementos de **protección personal que son de uso exclusivo para personal que está trabajando en establecimientos de salud y atención de pacientes confirmados con covid-19 (batas, overoles, protectores respiratorios, barbijos n95, guantes y gafas de protección)**.
- Al finalizar la conferencia de prensa, lavarse las manos con agua y jabón, aunque haya utilizado alcohol gel.
- Abandonar la sala o el lugar donde se interactuó con la prensa sin tocar paredes, puertas ni ningún objeto del ambiente.

4.6 Desinfección de ambientes, muebles y equipos

Al terminar la reunión, debe procederse a la limpieza de pisos de la sala principal, ambientes auxiliares (estar, comedor) y servicios higiénicos con agua y jabón, para luego desinfectar utilizando hipoclorito de sodio (lavandina) al 0,5%, dejando actuar en las superficies por el lapso de 10 minutos. La limpieza y desinfección también debe llegar a las perillas de puertas y de muebles con una solución de alcohol al 70%, utilizando toallas desechables de papel.

- a) **Limpieza y desinfección de superficies duras (no porosas).** Todas las superficies deben limpiarse con agua y jabón antes de la desinfección, que se realizará con una solución de hipoclorito de sodio al 0,5%, dejando actuar por al menos 10 minutos
- b) **Limpieza y desinfección de superficies suaves (porosas).** Para superficies blandas (porosas) como piso alfombrado, tapetes y cortinas, elimine la contaminación visible si está presente y límpielas con los limpiadores apropiados indicados para usar en estas superficies. Después de limpiar, si los artículos se pueden lavar, lave los artículos de acuerdo con las instrucciones del fabricante utilizando agua tibia y jabón, luego secarlos por completo.
- c) **Limpieza y desinfección de equipos electrónicos.** Para dispositivos electrónicos como tabletas, pantallas táctiles, teclados, controles remotos y cajeros automáticos, elimine la contaminación visible si está presente con un paño embebido en agua y jabón, evitando mojar partes sensibles como enchufes, lentes, cremalleras. Para la desinfección, utilice toallas o aerosoles a base de alcohol que contengan al menos 70% de alcohol. Luego de 2 a 3 minutos, secar bien las superficies para evitar la acumulación de líquidos.

ANEXO Nº 31

RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO Y ATENCIÓN DE PACIENTES AISLADOS, CON SINTOMAS LEVES.

Una vez diagnosticado como caso COVID-19, el médico decidirá la conducta, aislamiento domiciliario o su internación en establecimiento de salud de primer, segundo o tercer nivel de atención, de acuerdo con la valoración médica.

Alternativamente se puede considerar, el aislamiento de pacientes sin complicaciones y síntomas leves, en instalaciones adecuadas que reúnan requisitos mínimos sanitarios.

CONDICIONES DEL AMBIENTE

- Habitaciones o salas amplias y ventiladas, con ventanas.
- En caso habitaciones o salones amplios para albergar varios pacientes: las camas deben estar separadas una de otra por lo menos 2 metros.
- De superficies que puedan ser fácilmente lavadas y desinfectadas.
- En lo posible con baño privado.
- Si es baño compartido, señalizar claramente la ruta de acceso, realizar la higiene y desinfección con desinfectante (1% lavandina y 99% agua) de forma diaria y después de cada uso.
- Disponer lo necesario para la higiene frecuente de manos: lavabos con agua y jabón, alcohol en gel, toallas desechables.
- Disponer para cada cama, recipientes plásticos con bolsa para la eliminación de residuos: guantes, pañuelos, barbijos y todos los desechos que genere el enfermo, que periódicamente deben ser retirados por el personal de limpieza, cumpliendo las normas de bioseguridad.
- Disponer para cada paciente equipo de protección personal (bata, barbijo, guantes, botas desechables).
- Disponer para cada cama, mesa de noche o mesa auxiliar.
- Los elementos de higiene personal del paciente (cepillos de dientes, toallas, esponjas, etc.), deben estar en resguardo personal.
- Disponer la alimentación regular diaria, según las indicaciones médicas.
- El personal de salud y personal de servicio debe cumplir estrictamente las medidas de bioseguridad.

TRASLADO DEL PACIENTE

- Debe trasladarse al paciente en una ambulancia con las medidas pertinente o en otro vehículo, cumpliendo las medidas de bioseguridad respectivas.

RECOMENDACIONES PARA LOS CUIDADORES DEL PACIENTE

- Debe contar con números telefónicos de familiares del paciente.
- El cuidador debe estar **protegido con mascarilla quirúrgica** bien ajustado a la cara, y debe seguir lo siguiente:

- No hay que tocar ni manipular el barbijo mientras se lleve puesta.
- Si se moja o se mancha de secreciones, debe cambiarse de inmediato.
- Se debe desechar el barbijo después de usarla y lavarse bien las manos después de sacársela.
- Evitar que el paciente se mueva (reducir movimiento) en los espacios compartidos.
- **Debe tener el menor contacto posible** con la habitación y el enfermo.
- **Debe lavarse las manos** con agua y jabón cuando realice lo siguiente:
 - Despues del contacto con el enfermo y su habitación,
 - Al preparar alimentos
 - Antes de comer,
 - Despues de usar el baño
 - Tambien puede usar alcohol en gel.
- Evitar el contacto directo **con los fluidos corporales**, sobre todo las secreciones orales y respiratorias, y con las heces.
- **Utilizar guantes** descartables en el contacto con la boca y la nariz y en la manipulación de heces, orina y desechos. Realizar lavado de manos antes y despues de quitarse los guantes.

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN CON FRECUENCIA DIARIA las superficies que hayan estado en **contacto con el enfermo**, como la mesa de noche, la cama y otros muebles de la habitación, con desinfectante (1% de lavandina y 99% de agua)

Limpiar y desinfectar las superficies del baño y del retrete al menos una vez al día, con un desinfectante (1% de lavandina y 99% de agua).

LAVADO DE LA ROPA, SÁBANAS, TOALLAS, ETC. de las personas enfermas con agua y jabón, 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 con la piel y la ropa con los materiales contaminados.

Usar guantes descartables y ropa protectora (por ejemplo, delantales de plástico) para limpiar y manipular superficies, ropa o sábanas manchadas con fluidos corporales. Aplicar la higiene de manos antes y despues de quitarse los guantes.

Si presenta agravamiento de la enfermedad como dificultad respiratoria debe COMUNICAR AL MEDICO QUE REALIZA EL SEGUIMIENTO DE FORMA INMEDIATA.

TIEMPO DEL AISLAMIENTO

- El tiempo de aislamiento es de 14 días, salvo indicación médica.
- Una vez que remita el cuadro clínico, el Medico realizará la evaluación y tomará la decisión de continuar 14 días más el aislamiento o REALIZAR 2 PRUEBAS PARA COVID-19.

ANEXO Nº 32
CRITERIOS DE ALTA PARA CASO CONFIRMADO COVID-19

El presente documento ayuda a proporcionar algunos antecedentes y criterios a considerar para decidir si un caso confirmado de COVID-19 puede ser seguro (es decir, no ser infeccioso) para ser dado de alta del hospital o dado de alta del aislamiento del hogar.

1. ANTECEDENTES

DURACIÓN DE LA DISEMINACIÓN DEL VIRUS SARS-CoV-2 EN FLUIDOS CORPORALES DE PACIENTES SINTOMÁTICOS POSTERIOR A LA REMISIÓN DE SÍNTOMAS.

El virus del SARS-CoV-2 puede detectarse inicialmente 1-2 días antes del inicio de los síntomas en las muestras del tracto respiratorio superior; el virus puede persistir durante 7 a 12 días en casos moderados y hasta 2 semanas en casos graves, según un reporte de la OMS. En las heces, se detectó ARN viral en hasta el 30% de los pacientes desde el día 5 después del inicio y hasta 4 a 5 semanas en casos moderados. La importancia del desprendimiento viral fecal para la transmisión aún es clara.

La eliminación viral prolongada de los aspirados nasofaríngeos, hasta al menos 24 días después del inicio de los síntomas, fue reportada entre pacientes con COVID-19 en Singapur. Investigadores de Alemania también reportaron un desprendimiento viral prolongado con alta carga viral de esputo después de la recuperación en un paciente convaleciente. Ellos reconocen, sin embargo, esa viabilidad de SARS-CoV-2 detectada por qRT-PCR en este paciente no ha sido probada por cultivo viral.

Se ha observado la propagación prolongada del virus en niños convalecientes después de infecciones leves, en vías respiratorias, muestras del tracto (22 días) y heces (entre dos semanas y más de un mes).

Un cambio de muestras positivas de torunda oral durante la infección temprana a muestras positivas de torunda rectal durante la infección tardía se observó en pacientes chinos; los autores expresaron su preocupación por el hecho de que los pacientes con COVID-19 eran dado de alta del hospital sobre la base de hisopos orales negativos.

Investigadores de China informan que, en las muestras de las vías respiratorias superiores, el patrón de desprendimiento de ácido nucleico viral en Los pacientes infectados con SARS-CoV-2 se asemejan a los pacientes con influenza; También parece ser diferente del patrón observado en pacientes infectados con SARS-CoV-1.

Comentario del ECDC: aunque la ruta oral-fecal no parece ser un motor de transmisión, su importancia queda por determinar. Se debe aconsejar a los pacientes dados de alta que sigan estrictamente las precauciones de higiene personal para proteger los contactos del hogar. Esto se aplica a todos los pacientes convalecientes, pero particularmente a los convalecientes niños.

2. DURACIÓN DE LA ELIMINACIÓN DEL VIRUS SARS-CoV-2 EN FLUIDOS CORPORALES DE PACIENTES ASINTOMÁTICOS.

Diferentes estudios han reportado la presencia de pacientes asintomáticos, o con signos muy leves de la infección, principalmente en la población infantil. En algunos pacientes se puede observar una erupción leve o faringitis mínima, afebriles incluso 7 días después de contraída la infección. Los pacientes asintomáticos pueden tener la misma carga viral que un paciente sintomático que lo hace un medio potencial de transmisión hasta 19 días de contraída la infección.

Comentario del ECDC: siempre que haya recursos suficientes, existe un claro beneficio en las pruebas asintomáticas pacientes antes de ser liberados del aislamiento. Sin embargo, en el contexto de recursos limitados para la asistencia sanitaria y laboratorios durante la epidemia de COVID-19, las pruebas de personas sintomáticas deben tener prioridad sobre la prueba de pacientes asintomáticos antes de la liberación del aislamiento.

3. PRUEBAS QUE DEBEN PARA DOCUMENTAR LA REMISIÓN DE INFECTIVIDAD

Siguiendo las recomendaciones de la OMS el diagnóstico y la confirmación del SARS-CoV-2 se describen en una página web exclusiva de la OMS. Una sola prueba positiva debe confirmarse mediante un segundo ensayo de RT-PCR dirigido a un gen diferente de SARS-CoV-2. Una sola prueba negativa de SARSCoV-2 (especialmente si proviene de una muestra del tracto respiratorio superior) o un resultado positivo de otra prueba respiratoria.

4. TRANSMISIÓN MÁS LARGA DOCUMENTADA EN PERSONA ASINTOMÁTICA

El ARN viral puede persistir durante largos períodos de tiempo en fluidos corporales. Esto no necesariamente significa que la persona sigue siendo infecciosa.

Una descripción general de las recomendaciones para el des-aislamiento de pacientes con COVID-19 de organismos nacionales en países que haber experimentado transmisiones locales de SARS-CoV-2 se presenta en la siguiente tabla.

A pesar de algunas diferencias en la práctica, existe un consenso para combinar los siguientes criterios para **un ALTA al paciente con COVID-19**:

- a) Ausencia del ARN viral en el tracto respiratorio superior.
- b) Resolución clínica de los síntomas.

Para verificar estas dos condiciones se debe cumplir:

- Al menos **dos muestras del tracto respiratorio superior negativas** para SARS-CoV-2, deben ser recolectadas a intervalos de ≥ 24 .
- Para pacientes sintomáticos después de la resolución de los síntomas, las muestras deben recogerse al menos siete días después de la confirmación o después de que el paciente tenga más de 3 días sin fiebre.
- Para las personas infectadas por SARS-CoV-2 asintomáticas, las pruebas para documentar la eliminación del virus deben tomarse en un mínimo de 14 días después de la prueba positiva inicial.

- Italia indica que las pruebas de serología para documentar anticuerpos IgG específicos para el SARS-CoV-2 podrían ser valiosas.

TRANSMISIÓN MÁS LARGA DOCUMENTADA EN PERSONA ASINTOMÁTICA SEGÚN LOS PAISES

PAÍS	CASOS SINTOMÁTICOS / HOSPITALIZACIÓN	CASOS ASINTOMÁTICOS / PERSONAS AISLADAS EN DOMICILIO
ITALIA Ministero della salute, Consiglio Superiore di Sanità, Italy (28 February 2020)	<p>Un paciente con COVID-19 puede considerarse curado después de la resolución de síntomas y 2 pruebas negativas para SARSCoV-2 con intervalos de 24 horas.</p> <p>Para pacientes que se recuperan clínicamente antes de los 7 días después del inicio, se recomienda un intervalo de 7 días entre la primera y la prueba final.</p> <p>Nota: la eliminación del virus se define como desaparición del ARN viral de fluidos corporales de personas sintomáticas y asintomáticas, acompañadas de aparición de IgG específica.</p>	Prueba negativa para ARN de SARS-CoV-2 a los 14 días después de la primera prueba (fin del periodo de cuarentena).
CHINA CDC Diagnosis and treatment protocol for COVID-19 patients (trial version 7, revised)	<p>Los pacientes que cumplen los siguientes criterios pueden ser dados de alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin fiebre por > 3 días, • Mejora de los síntomas respiratorios, • La imagen pulmonar muestra una absorción evidente de inflamación y • PCR negativas para el tracto respiratorio dos veces consecutivas (intervalo de muestreo ≥ 24 horas). <p>Después del alta, se recomienda a los pacientes que continúen 14 días en aislamiento y monitoreo clínico, usar una máscara, vivir en una habitación individual con buena ventilación, reducir el contacto cercano con miembros de la familia, comer por separado, mantener las manos limpias y evitar actividades al aire libre.</p> <p>Se recomienda que los pacientes dados de alta deban tener visitas de seguimiento después de 2 y 4 semanas.</p>	
SINGAPUR National Centre for Infectious Diseases (NCID) Singapore	Dar de alta al paciente con asesoramiento y seguimiento clínico si está indicado y con llamadas de seguimiento hasta el día 14	

De-isolation of COVID-19 suspect cases https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa179/5758073	después de la última posible exposición, en las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none">• Afebril \geq 24 horas,• 2 muestras respiratorias con resultado negativo para SARS-CoV-2 por PCR en \geq 24 horas,• Día de la enfermedad desde el inicio \geq 6 días, o...• Se encontró otra patología concomitante (p. Ej., Influenza, bacteriemia) o• No es un contacto cercano de un caso COVID-19• No requiere atención hospitalaria por otros motivos.	
CDC USA Interim guidance for discontinuation of transmission-based precautions and disposition of hospitalized patients with COVID-19: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/disposition-hospitalized-patients.html	Los resultados negativos de rRT-PCR de al menos 2 series consecutivas en hisopado nasofaríngeo y de garganta recogidos \geq 24 horas de un paciente con COVID-19 (un total de cuatro muestras negativas). Y resolución de la fiebre, sin el uso de medicamentos antipiréticos, mejora de los signos y síntomas de la enfermedad. Nota: la decisión se debe tomar caso por caso en consulta con los médicos y los funcionarios de salud pública.	

5. CONSENSO DE APLICACIÓN DE CRITERIOS EN EL AMBITO BOLIVIANO

Según la literatura ya expuesta, las decisiones en cuanto al alta del paciente con COVID-19, deben ser basadas en un contexto técnico y con el apoyo de documentos científicos, además de investigaciones de casos locales.

El alta del paciente debe ser analizada en los comités técnicos de manejo clínico de pacientes (juntas médicas), sin olvidar las características sociodemográficas y factores de riesgo del paciente, los cuales pueden influir de forma negativa en el periodo de convalecencia.

Por todo lo mencionado, no existe un consenso único para el alta, por lo cual se deben tomar decisiones conjuntas, dentro de los comités y según la evolución del paciente.

ANEXO Nº 33

PROCEDIMIENTO PARA REPATRIACIÓN Y REGRESO DE CONNACIONALES PROVENIENTES DE PAISES O ZONAS DE RIESGO PARA COVID-19

La Repatriación y retorno de connacionales es el proceso por el cual una o más personas son devueltas o retornadas a su lugar de origen o ciudadanía.

Son un derecho personal en condiciones específicas descritas en varios instrumentos internacionales.

En el contexto de la Pandemia del COVID-19, se establece la entrada a territorio boliviano de connacionales por vía aérea (aeropuertos) y terrestre (frontera).

A. ENTRADA POR VÍA AÉREA

Preparación de los connacionales antes del traslado:

Todos los connacionales repatriados deberán estar en contacto con las autoridades migratorias y sanitarias del país antes de realizar la operación, para efectos de seguimiento previo al viaje de repatriación.

1. La tripulación de la aeronave debe estar debidamente informada, equipada y capacitada, así como conocer los signos y síntomas para detectar COVID-2019. Asimismo, deberán prepararse en los procesos que se realizarán durante el operativo, a fin de evitar exposiciones que los pongan en riesgo de contaminación.
2. La tripulación debe contar con una lista de verificación equipo de protección personal que se debe llevar para el abordaje de los connacionales, de acuerdo con los procedimientos recomendados de bioseguridad y elementos de protección personal recomendados.
3. Antes de la salida, es recomendable que los connacionales se sometan a un examen médico que incluya la medición de temperatura y la aplicación de un cuestionario clínico estandarizado y estudio epidemiológico para la detección temprana de los síntomas. Esta información debe ser participada a la tripulación y al equipo médico que acude a la recepción de los connacionales.
4. Se debe confirmar el vuelo de repatriación (hora y día, lugar o ciudad de arribo).

5. Los Servicios de Salud correspondientes, deben capacitar a las familias de los repatriados sobre el procedimiento de cuarentena / aislamiento al que serán sujetos en territorio nacional, así como las medidas preventivas que se deben implementar durante dicho aislamiento o cuarentena.

NOTA: Por prevención, solo podrán abordar el vuelo de repatriación, aquellas personas que a la fecha de retorno estén asintomáticos.

Previo al traslado:

1. La tripulación contará con el listado de connacionales incluyendo número de documento de identificación.

2. Los connacionales deberán contar con los documentos de viaje requeridos por las autoridades locales de los países en donde se realicen las escalas.

Evaluación de los connacionales previo al vuelo:

Se realizará una entrevista y evaluación rápida a los connacionales a repatriar, para verificar las condiciones de salud antes de subir al avión de traslado. Esta evaluación se realizará en un lugar adecuado designado para la operación por las autoridades de salud del aeropuerto de salida.

a. Recomendaciones al equipo de salud:

1. Designar asientos y rutas de movimiento de pasajeros. Considerar distancias recomendadas entre pasajeros (1 a 2 metros).
2. Reconocer instalaciones y áreas designadas para connacionales.
3. Verificar que se encuentren insumos y equipo de protección personal distribuidos en paquetes para entregar a cada uno de los connacionales e incluir rótulo para equipaje de mano.
4. Acudir al sanitario previo a la colocación del equipo de protección personal y realizar lavado de manos con agua y jabón.
5. Colocar equipo de protección personal (EPP) (Equipos de Protección Personal: Gorro, Guantes, Antiparras (lentes de protección), batas, mascarilla N95 o FFP2 y botas.), siguiendo una lista de verificación

**SECUENCIA DE COLOCACIÓN DE EPP
(Planilla de verificación)**

ACTIVIDAD			
A	COLOCACIÓN DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL	SI	NO
1	Uso de uniforme de trabajo sin joyas, ni accesorios y cabello recogido.		
2	Higiene de manos con agua y jabón		
3	Colocación de bata impermeable		
4	Colocación de Mascarilla N95. Según riesgo		
5	Colocación de gafas protectoras o mascara facial		
6	Colocación de gorro		
7	Calzado de guantes, preferentemente de Nitrilo		

6. Dirigirse a la zona de recepción de las personas que abordarán el vuelo.
7. Evaluar a las personas que serán repatriadas utilizando:
 - Lista de cotejo de síntomas clínicos y registro de signos vitales; corroborar que las personas se encuentren asintomáticas y en condiciones adecuadas para viajar.

- Para la toma de signos vitales se deberá de realizar la desinfección del estuche diagnóstico y cualquier equipo antes y después de la valoración de cada uno de los connacionales con toallas alcoholadas, hipoclorito de sodio o peróxido de hidrógeno activado. Entre cada valoración realizar cambio de guantes del personal, haciendo higiene de manos con solución alcoholada a una concentración superior al 60%. (alcohol en gel).

- En caso de identificar que los connacionales no son aptos por cuestiones clínicas para su traslado, se informará a las autoridades competentes.

8. En caso de no existir contraindicación clínica para continuar con el proceso de repatriación, se dará a conocer el consentimiento informado en el cual se le informará al connacional cuáles serán las indicaciones durante el vuelo y a su ingreso en el país (seguir indicaciones de tripulación, personal médico, uso de precauciones y protocolo al ingreso al territorio nacional).

9. Antes del abordaje, se recomienda el consumo de un refrigerio y acudir al sanitario indicado por las autoridades y posterior lavado de manos con agua y jabón.

b) Previo al viaje, se indicará lo siguiente a los connacionales:

1. Colocar su equipaje de mano en una bolsa impermeable. Sellarlía con una cinta adhesivo y registre sus datos personales. En una bolsa aparte introducir sus documentos personales.

2. Realizar higiene de manos con soluciones base alcohol gel 70%.

3. Colocar bata desechable

4. Colocar mascarilla quirúrgica.

6. Realizar higiene de manos con alcohol gel.

7. Colocar guantes.

Ingreso a la aeronave

Al ingreso a la aeronave se indicará a cada connacional su asiento designado, el cual deberá estar separado en la medida de lo posible de otros pasajeros, de preferencia dos filas entre cada uno.

1. Durante todo el viaje, los connacionales repatriados permanecerán en las sillas asignadas y solo podrán desplazarse en un área autorizada.

2. Una vez en su lugar se les proporcionará el kit de viaje (alcohol gel, otra mascarilla quirúrgica, pañuelos desechables, botella con agua, bolsa para vómito, bolsa para desechos) y se les indicarán las medidas de seguridad durante el vuelo, además de recordarles las indicaciones sobre las medidas preventivas que se deben mantener durante todo el proceso de repatriación.

a. En caso de inicio de síntomas durante el vuelo: En caso de que un pasajero comience a presentar síntomas, dadas las características de la aeronave, deberá reportar al personal

de salud encargado de la aeronave. El personal le indicará al connacional se cambie de mascarilla quirúrgica, la deseche en la bolsa exclusiva para esto y se coloque el respirador N95, y se desinfectará las manos con la solución base alcohol.

b. En caso de alguna otra contingencia médica, el personal de salud aplicará los procedimientos y medidas pertinentes según la necesidad de atención médica.

c. En caso de vómito

- El personal de salud con equipo de protección personal cubrirá el vómito con compresas con solución clorada al 0.1% para su inactivación. Se colocarán las compresas en bolsa de plástico que se sellará.
- La bolsa de plástico se colocará en zona identificada de la aeronave para colocación de desechos por el equipo de salud cuidando de no contaminarse.
- Realizar cambio de mandil y de guantes posterior a este procedimiento, realizando higiene de manos.
- Se entregará al connacional una toalla alcoholada, con cloro o con peróxido activado para limpieza en caso de que fuese necesario y se realizará cambio de EPP colocando el material potencialmente contaminado en bolsa de plástico.

d. En caso de uso de sanitarios durante el vuelo: En caso de requerir uso de sanitario seguir las siguientes recomendaciones:

- Se deberá asegurar el cierre de la puerta (se entregará solución clorada al pasajero que utilice el sanitario para realizar inactivación de excretas en el excusado).
- Posterior a la inactivación de excretas el pasajero deberá retirarse el equipo de protección personal (bata, guantes y mascarilla quirúrgica) y colocarlo en una bolsa de plástico.
- Realizar higiene de manos con agua y jabón.
- Al salir del baño el pasajero deberá colocar la bolsa con EPP potencialmente contaminada dentro de una bolsa limpia que tendrá el equipo de atención.
- El pasajero deberá realizar higiene de manos y colocarse el nuevo equipo de protección personal siguiendo el protocolo.
- Regresar a su lugar.

En caso de que se moje la mascarilla quirúrgica, realizar su cambio de acuerdo a lo siguiente:

- Desinfecte los guantes con toalla alcoholada.
- Retire los guantes.
- Realice higiene de manos con solución alcoholada.

- Retire mascarilla quirúrgica sin tocar el centro de la misma.
 - Coloque la mascarilla en una bolsa de plástico que será entregada por el equipo de atención.
 - Realice higiene de manos
 - Coloque nueva mascarilla, asegúrese de amarrar bien los sujetadores y cubrir perfectamente la barbilla.
 - Realice higiene de manos
 - Coloque guantes limpios.
- e) Las indicaciones para el manejo de residuos se harán conforme normas establecidas del avión.
- f) El comandante de la aeronave hará reporte periódico sobre la situación a bordo a través de los canales oficiales de comunicación aeronáutica.

Después del viaje (Recepción en territorio nacional):

1. Antes del aterrizaje, el comandante de la aeronave hará la declaración de salud correspondiente con base en el análisis de la situación por parte del equipo de salud, identificando claramente el estado de salud de cada connacional.

Dicho reporte se hará con la suficiente antelación para que las autoridades aeroportuarias y de salud en tierra desplieguen las acciones de respuesta necesarias.
2. Al momento del aterrizaje, la aeronave será dirigirá a la zona asignada por el aeropuerto y las autoridades para el desembarque y posterior limpieza y desinfección.
3. La Dirección Nacional de Migración contará previamente con el listado de personal abordo (connacionales repatriados y tripulación), y realizará el procedimiento de ingreso a territorio nacional de acuerdo a sus lineamientos.
4. Todo personal que vaya a tener contacto con los pasajeros al momento del aterrizaje deberá usar equipo de protección personal para su evaluación.
5. Previo al descender y salir al área indicada, se instruirá a los connacionales repatriados realizar desinfección de manos con soluciones base alcohol y dirigirse al lugar designado para su atención.
6. El personal que asistió el vuelo procederá a retiro de EPP en zona designada siguiendo instrucciones en el cuadro.

SECUENCIA DE RETIRO DE EPP
(Planilla de verificación)

B	RETIRO DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL	SI	NO
1	Uso de desinfectante en manos enguantadas		
2	Retiro de bata. Eliminar en contenedor de residuos infecciosos		
3	Higiene de manos enguantadas con alcohol en gel		
4	Retiro de gorro		
5	Higiene de manos enguantadas con alcohol en gel		
6	Retiro de gafas protectoras, depositar en contenedor para su desinfección		
7	Higiene de manos enguantadas con alcohol en gel		
8	Retiro de Mascarilla N95: No tacar cara externa, tomarlas por las tiras, eliminar en contenedor		
9	Higiene de manos enguantadas con alcohol en gel		
10	Retiro de guantes con técnica adecuada y eliminar en contenedor		
11	Higiene de Manos con agua y jabón al salir del área		

B. ENTRADA POR VÍA TERRESTRE

Consideraciones:

- Todos los connacionales deberán estar en contacto con las autoridades migratorias y sanitarias del país antes de realizar la operación, para efectos de seguimiento previo al regreso y entrada.
- Los connacionales deberán considerar y acatar la recomendación del Gobierno Nacional: **Por prevención, solo podrán retornar e ingresar al país, aquellas personas que estén asintomáticos.**
- Los pasajeros del vehículo (bus, autobús, u otro.) debe estar debidamente equipada con Equipo de Protección Personal, estar informados, equipados y capacitados, así como conocer los signos y síntomas para detectar COVID-19, a fin de evitar exposiciones

Previo al traslado y durante el traslado:

1. Los connacionales deberán contar con los documentos de viaje requeridos en respectivo orden.
2. Se realizará una entrevista y evaluación rápida a los connacionales a repatriar o retornar, para verificar las condiciones de salud.
3. Asignar asientos y rutas de movimiento de pasajeros. Considerar distancias recomendadas entre pasajeros (1 a 2 metros).

4. Proveer insumos y equipo de protección personal, distribuidos en paquetes para entregar a cada uno de los pasajeros.
5. Previo a la colocación del equipo de protección personal, realizar lavado de manos con agua y jabón.
6. Durante todo el viaje, los connacionales permanecerán en las sillas asignadas y solo podrán desplazarse en un área autorizada.
7. En caso de inicio de síntomas durante el viaje: se le indicará al connacional se cambie de mascarilla quirúrgica, la deseche en la bolsa exclusiva para esto y se coloque el respirador N95, y se desinfectará las manos con la solución base alcohol (alcohol en gel).

Después del viaje (Recepción en territorio nacional):

1. El vehículo será dirigirá a la zona asignada por las autoridades para el descargue correspondiente y su posterior limpieza y desinfección.
2. El encargado del transporte debe realizar la declaración de salud correspondiente, identificando claramente el estado de salud de cada connacional.

C. RECEPCIÓN, REVISIÓN Y ENTRADA DE CONNACIONALES

- La Dirección Nacional de Migración, Fuerza Policial o Militar realizará los procedimientos de ingreso a territorio nacional de acuerdo a sus lineamientos. Para esto contará con el apoyo y asesoramiento de personal de salud, con las medidas correspondientes de protección.
- Todo personal que vaya a tener contacto con los pasajeros deberá usar equipo de protección personal para su evaluación.
- Previo a la revisión de documentos y realizar los procesos administrativos, se instruirá a los connacionales repatriados realizar desinfección de manos con soluciones base alcohol (alcohol en gel) y dirigirse al lugar designado para su atención.
- Luego de cumplir los procesos migratorios, pasarán a la evaluación de salud por personal de salud.

Procedimiento de atención a repatriados procedentes de áreas de riesgo de contagio de COVID-19.

- En área adecuada, el personal de salud cumpliendo las normas de bioseguridad, realizará el procedimiento de revisión, evaluación y derivación de las personas.
- Para esto, deberá contar en lo posible, con todas las herramientas, insumos y equipo para la valoración, registro, toma de muestras, derivación, traslado, según la circunstancia.
- Registro de personas.
- Datos personales, dirección de domicilio en territorio nacional, familiares o personas de contacto.
- Establecer nexo epidemiológico: procedencia, explorar posibilidad de contactos.
- Examen Clínico: temperatura, signos y síntomas. Además, establecer factores de riesgo, enfermedades de base.

En caso de no presentar sintomatología:

- Considerando la procedencia, se procede a la Cuarentena, por proceder de zona o país de contagio comunitario (alto riesgo).
- La Cuarentena se cumplirá en:
 - ✓ **Domicilio**, cuando el paciente cuente con una habitación individual en su domicilio además de apoyo familiar.
 - ✓ **Albergue**, cuando el paciente no cuente con habitación individual en su domicilio y no tenga apoyo de algún familiar.
- Se le proporcionara toda la información preventiva, además de contacto para vigilancia epidemiológica en caso de presentar sintomatología.
- Tiempo de la cuarentena: 14 días.
- Se proporcionará seguimiento médico epidemiológico diariamente.
- Si antes de los 14 días presentase síntomas, evaluar y determinar si es caso sospechoso con síntomas y signos compatibles de COVID-2019. Proceder como caso sospechoso.
- Si luego de los 14 días no presenta sintomatología, dar alta.

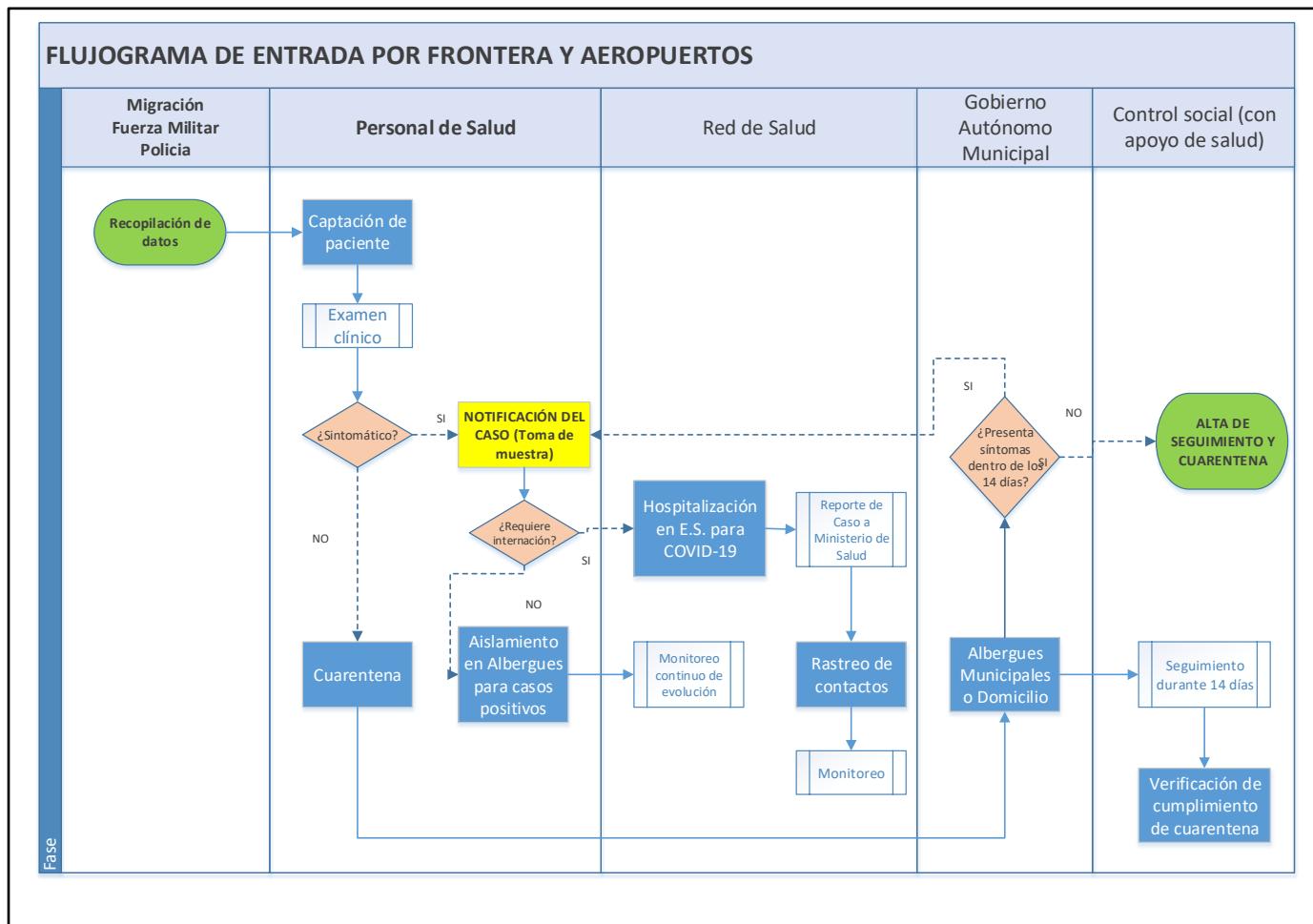
En caso de presentar sintomatología:

- Evaluación médica para determinar etiología. Se definirá en este sitio y momento, si es caso sospechoso dependiendo de la presencia de signos o síntomas compatibles con COVID-19.

Caso sospechoso:

- Notificación de Caso: llenar de forma completa la Ficha de Vigilancia Epidemiológica.
- Toma de la Muestra: según protocolo establecido y cumpliendo las normas de bioseguridad.
- Envío de la Muestra: por los conductos regulares establecidos, cumpliendo el protocolo respectivo.
- De acuerdo con la valoración médica, se determinará el estado del paciente para su derivación a:
 - ✓ **Albergue para casos sospechosos o positivos**, para pacientes con síntomas leves.
 - ✓ **Hospitalización en establecimiento de salud**, según gravedad y requerimiento de asistencia médica (segundo o tercer nivel), para pacientes con Neumonía leve y Neumonía grave, pacientes con factores de riesgo (enfermedad pulmonar crónica, enfermedades cardiovasculares, diabetes, Inmunocomprometidos, mayores de 60 años).
- De acuerdo con las posibilidades y la logística que se disponga, los pasos de Notificación de Caso y Toma de muestra se podrían diferir y realizar una vez el paciente se encuentre en el albergue o establecimiento de salud.
- De acuerdo con los resultados de las pruebas realizadas:
 - ✓ Con resultado Negativo: Alta.
 - ✓ Con resultado Positivo: Atención y seguimiento según protocolos.

ANEXO N° 34
FLUJOGRAMA DE ENTRADA POR FRONTERA Y AEROPUERTOS



ANEXO Nº 35

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DEL COVID-19 EN EL ÁMBITO LABORAL O DE TRABAJO

1. INTRODUCCION

En enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró como emergencia de salud pública de importancia internacional el brote de enfermedad por un nuevo coronavirus en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei (China). La OMS indicó que existe un alto riesgo de que la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) se propague a otros países del mundo. El 11 de marzo de 2020 la OMS lo declaró como Pandemia.

Las autoridades de salud de todo el mundo están adoptando medidas para contener el brote de COVID-19. Sin embargo, todos los sectores de la sociedad, incluidas las empresas y los empleadores, deben asumir sus responsabilidades si queremos detener la propagación de la enfermedad.

2. INFORMACION GENERAL COVID-19

Los coronavirus son una gran familia de virus que pueden causar enfermedades en humanos, desde un simple resfriado común hasta enfermedades más graves como el Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS) y el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS).

El nuevo Coronavirus se denomina **SARS-CoV-2** (Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Grave); en tanto, la enfermedad que causa este virus se llama **COVID-19** (enfermedad del coronavirus 2019).

Se estima que el período de incubación (tiempo comprendido desde la exposición al virus hasta desarrollar los síntomas) varía desde 2 hasta 14 días. Sin embargo, un reciente estudio publicado en febrero por investigadores chinos halló que el período puede prolongarse hasta los veinticuatro días.

Las personas infectadas pueden estar asintomáticas o presentar síntomas que pueden ser desde leves a muy graves, entre ellos fiebre, tos seca, fatiga y dificultad respiratoria, como los más comunes. La diarrea, dolor muscular, estornudos, dolor de garganta, dolor de cabeza, en menor frecuencia. Las complicaciones más frecuentes son neumonía y fallo multiorgánico que en ocasiones provocan la muerte, siendo la población de mayor riesgo los mayores de 60 años, personas con patología de base como diabetes e hipertensión, personas con inmunosupresión.

3. TRANSMISIÓN COVID-19

Se transmite a través de gotas (a través de la tos o exhalación se despiden gotículas de líquido infectado) y fómites (cualquier objeto carente de vida que, si se contamina con algún patógeno viable, tal como bacterias, virus, hongos o parásitos, es capaz de transferir dicho patógeno de un individuo a otro) durante el contacto sin protección entre una persona infectada y otra expuesta. La propagación en el aire no se ha informado para SARS-CoV-2 y no se cree que sea un importante impulsor de la transmisión según la

evidencia disponible, sin embargo, se consideraría posible, si se llevan a cabo procedimientos de generación de aerosoles.

Cuando una persona con COVID-19 tose o exhala, despidé gotículas de líquido infectado. La mayoría de estas gotículas caen sobre los objetos y superficies que rodean a la persona, como escritorios, mesas o teléfonos. Otras personas pueden contraer la COVID-19 si tocan estos objetos o superficies contaminados y posteriormente se tocan los ojos, la nariz o la boca. También pueden contagiarse si se encuentran a menos de un metro de distancia de una persona con COVID-19 e inhalan las gotículas que ésta haya esparcido al toser o exhalar. Es decir, se propaga de manera similar a la gripe.

La excreción fecal: en algunos pacientes se ha identificado el virus viable en un número limitado. Aun cuando no es muy considerable, se debe tomar las precauciones correspondientes.

4. MEDIDAS PARA PREVENIR LA PROPAGACIÓN DE COVID-19 EN EL LUGAR DE TRABAJO

Los empleadores y empresarios, en instituciones públicas y privadas, deben adoptar medidas de seguridad para evitar y prevenir casos de transmisión de COVID-19 en las oficinas/ambientes y con el personal de dependencia y, eventualmente puedan detener o frenar la propagación si se registran casos en uno de sus ambientes de trabajo.

Las siguientes medidas ayudarán a prevenir la propagación de infecciones, en su lugar de trabajo y a la vez protegerá a sus clientes y empleados.

- **Considerar y programar, reducir el número de días de trabajo, establecer turnos u otras alternativas que favorezcan las medidas de distancia social interpersonal.**
 - ✓ La distancia recomendada entre personas es mayor a 1 metro, idealmente 1.5 a 2 metros.
El distanciamiento evita la transmisión a través de gotas.
- **Asegurar que sus lugares de trabajo estén limpios y sean higiénicos.**
 - ✓ Las superficies (por ejemplo, escritorios y mesas) y los objetos (por ejemplo, teléfonos y teclados) deben limpiarse con desinfectante frecuentemente.
La contaminación de las superficies que tocan los empleados y los clientes es una de las vías principales de propagación de la COVID-19.
- **Promover el lavado frecuente de manos entre los trabajadores y los clientes.**
 - ✓ Disponer dosificadores de desinfectante de manos en lugares visibles en el lugar de trabajo. Asegurar que los dosificadores se recarguen frecuentemente.
 - ✓ Colocar carteles que fomenten el lavado de manos.
 - ✓ Combinar estas medidas con otras de comunicación. El área de salud y seguridad del trabajo debería capacitarse para brindar orientación y sesiones informativas al personal y organizarlos.
 - ✓ Asegurar que el personal y los clientes tengan acceso a lugares donde puedan lavarse las manos con agua y jabón.
Lavarse las manos elimina el virus y previene la propagación del COVID-19.

- **Promover una buena higiene respiratoria en el lugar de trabajo.**
 - ✓ Colocar carteles que fomenten la higiene respiratoria (etiqueta de tos). Combine esta medida con otras de comunicación: el área de salud y seguridad del trabajo debería capacitarse para brindar orientación y sesiones informativas al personal y organizarlos.
 - ✓ Disponer de mascarillas quirúrgicas (comunes) y/o pañuelos de papel en sus lugares de trabajo para aquellos que desarrollen rinitis, estornuden o tosan en el trabajo, junto con recipientes de basura con tapa para deshacerse higiénicamente de ellos.
Una buena higiene respiratoria previene la propagación del COVID-19.
- **Recomendar a los trabajadores que cumplan las disposiciones de la autoridad de salud.**
- **Informar a los empleados y clientes de que, en caso de que el COVID-19 empiece a propagarse en la comunidad (etapa de transmisión comunitaria), toda persona con tos leve o fiebre (temperatura de 37,3 °C o más) debe permanecer en casa.**
 - ✓ Realice el seguimiento a estas personas y recomiende que debe quedarse en casa, aplicar higiene respiratoria, lavado de manos, distanciamiento social (al menos 1 metro), y comunicar al personal de salud para su evaluación.
 - ✓ Los trabajadores que presenten estos síntomas tendrán licencia del trabajo por enfermedad, precautelando la salud de los demás.

5. RECOMENDACIONES PARA TRABAJADORES QUE ATIENDEN / TIENEN CONTACTO CERCANO CON PÚBLICO EN GENERAL

Las siguientes recomendaciones se enfocan para trabajadores que atienden a público en general, como ser, cajeros, cobradores, personal de tiendas, mercados, farmacias, etc., que por la naturaleza y funciones de su trabajo están expuestos por mantener contacto y cercanía con diferentes personas de forma frecuente y, a la vez pueden ser puente para transmitir y diseminar la infección.

- Higiene de manos de forma frecuente. Uso de agua y jabón o solución de alcohol al 70%.
- Al iniciar su actividad, lavado de manos con agua y jabón.
- Mantener una distancia social con el público o cliente de al menos 1 metro (ideal de 1.5 a 2 metros).
- Se recomienda hacer uso de barbijo quirúrgico de manera apropiada y correcta, si está expuesto a la atención de varias personas de forma continua.
- Cada vez que manipule objetos comunes con el público o clientela, debe realizar higiene de manos.
- Realizar de manera frecuente la limpieza y desinfección de objetos a su alrededor como ser, mostrador, escritorio o gabinete, instrumentos de trabajo de uso frecuente.
- Debe establecer que el público o clientes, mantengan una distancia de 1 metro (ideal de 1.5 a 2 metros) entre ellos.
- Disponer de los clientes tengan acceso a lugares donde puedan lavarse las manos con agua y jabón o alcohol al 70%.

- Disponer de carteles que fomenten y orienten al público y clientes, la higiene de manos e higiene respiratoria (etiqueta de tos).
- Al concluir la actividad, lavado de manos con agua y jabón, limpieza y desinfección de la estación o lugar de trabajo y el ambiente.

6. MEDIDAS ANTE LA POSIBLE LLEGADA DE COVID-19 A SU COMUNIDAD Y LUGAR DE TRABAJO

- **Se debe elaborar un plan de medidas ante un presunto caso de COVID-19 en el lugar de trabajo.**
 - ✓ El plan consiste en aislar a la persona sospechoso o enferma en una sala o zona donde no tenga contacto con otras personas en el lugar de trabajo, limitar el número de personas que tengan contacto con la persona enferma y ponerse en contacto con las autoridades locales de salud.
 - ✓ Considerar cómo identificar a las personas que puedan estar en riesgo y bríndoles apoyo, sin fomentar la estigmatización ni la discriminación en su lugar de trabajo. Pueden ser personas que hayan viajado recientemente a una zona donde se hayan notificado casos o hayan estado en contacto con personas con COVID-19, y que padeczan afecciones como diabetes, cardiopatías o enfermedades pulmonares) o sean de edad avanzada, factores que las pueden hacer más vulnerables a cuadros graves de la enfermedad.
 - ✓ El plan debe incluir la comunicación de estos casos a la autoridad local de salud, a quienes reportaran el caso y solicitaran su ayuda.
- **Elaborar un plan de contingencia y de continuidad de las actividades de la empresa en caso de que se declare un brote en las comunidades (transmisión comunitaria) donde opera la empresa.**
 - ✓ El plan ayudará a preparar su organización ante la posibilidad de un brote de COVID-19 en sus lugares de trabajo o comunidad. También puede ser válido para otras emergencias sanitarias.
 - ✓ El plan debería abordar cómo mantener su empresa en funcionamiento, aunque un número considerable de empleados y proveedores no acudan a su lugar de trabajo, ya sea por las restricciones locales a los viajes o porque están enfermos.
 - ✓ Informe a sus empleados acerca del plan y asegúrese de que están al corriente de lo que deben —o no deben— hacer con arreglo al mismo. Haga hincapié en los puntos clave, como la importancia de no acudir al trabajo, aunque solo presente síntomas leves o hayan tenido que tomar medicamentos simples (por ejemplo, paracetamol o ibuprofeno) que puedan enmascarar los síntomas.
 - ✓ Asegúrese de que su plan aborda las consecuencias sociales y de salud mental que podría acarrear un caso de COVID-19 en el lugar de trabajo o en la comunidad y ofrezca información y apoyo al respecto.
 - ✓ En el caso de pequeñas y medianas empresas que carecen de servicios internos de salud y bienestar para el personal, establezca colaboraciones y planes de actuación con sus proveedores locales de servicios sanitarios y sociales.

BIBLIOGRAFÍA:

- Prepare su lugar de trabajo para la COVID-19, OMS, febrero de 2020
- <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>
- <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

Las recomendaciones contenidas en este documento podrán ser revisadas, actualizadas y/o modificadas ante cambios en el contexto o nuevas evidencias sobre el comportamiento del SARS-CoV-2.