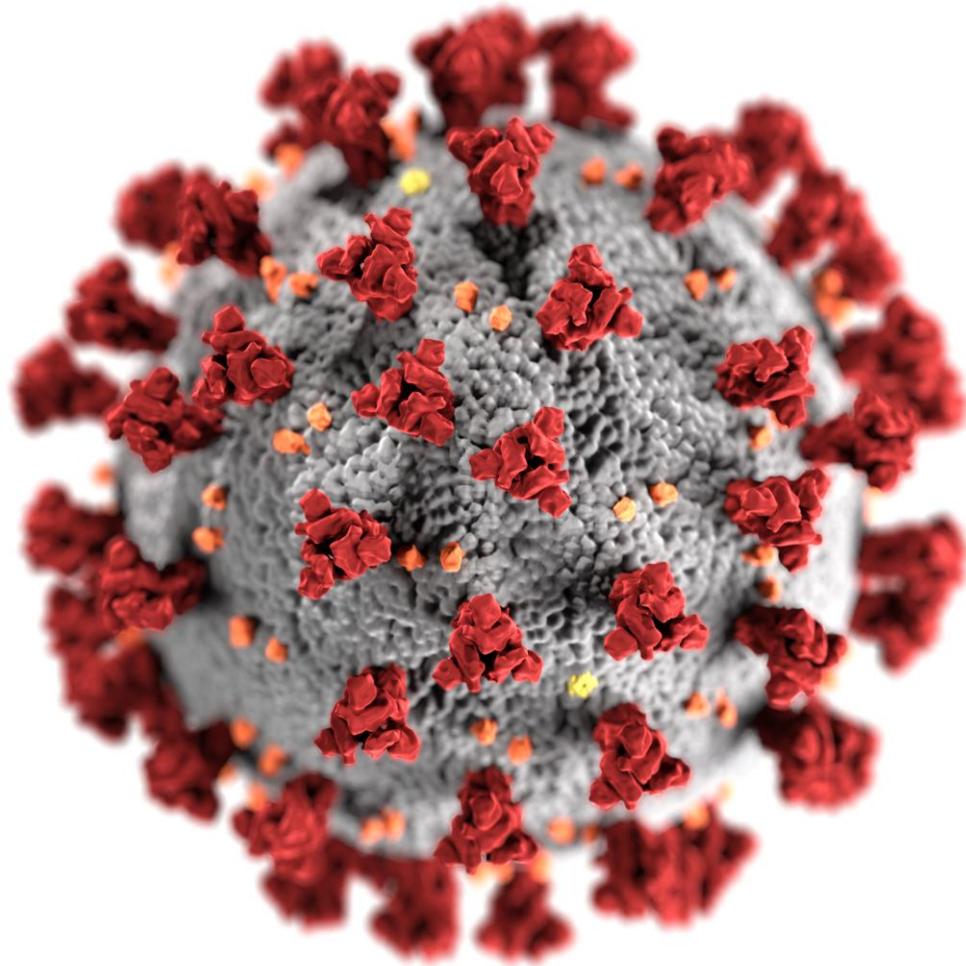




Ministerio de
**SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL**

**GOBIERNO
NACIONAL**

*Paraguay
de la gente*



PLAN DE RESPUESTA NACIONAL AL EVENTUAL INGRESO DEL CORONAVIRUS (COVID-19) v1.0

Marzo 2020



Ministerio de
**SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL**

 **GOBIERNO**
 **NACIONAL**

*Paraguay
de la gente*

El presente documento de trabajo fue elaborado en el marco de una investigación bibliográfica participativa y la experiencia acumulada por los técnicos de las áreas involucradas en la respuesta a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) .

El documento constituye una guía orientativa de trabajo, que debe ser ajustado y adaptado a los niveles operativos, para garantizar el cumplimiento de los objetivos, ya que la vigilancia de esta infección está construyéndose a medida que la OMS comparte la información recabada y analizada. Puede ser revisado parcial o totalmente en el caso que la situación epidemiológica lo amerite.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).

Asunción, marzo 2020



Autoridades

Dr. Julio Daniel Mazzoleni Insfran

Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

Dr. Julio Javier Rolón Vicioso

Viceministro de Salud Pública
Coordinador COE

Dr. Juan Carlos Portillo

Director General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud

Dr. Victor Guillermo Sequera

Director General de Vigilancia de la Salud

Dra. Lizzie Carolina Aquino Etcheverry

Directora General de Laboratorio Central de Salud Pública

Ing. Luis Leguizamón

Dirección General de Salud Ambiental

Lic. Martín Cajja-Maguiña

Director General de Comunicación en Salud

Dra. Adriana Amarilla

Directora General de Promoción de la Salud



PRESENTACIÓN:

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) son un conjunto de enfermedades que suelen cursar con fiebre y síntomas respiratorios (tos y disnea o dificultad para respirar). En los casos más graves, pueden causar neumonía, síndrome respiratorio agudo severo, insuficiencia renal e, incluso, la muerte. Se constituyen en la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad en niños y niñas menores de 5 años, las personas de tercera edad y las que tienen comprometido su sistema inmunológico.

Las recomendaciones habituales para no propagar la infección son la buena higiene de manos y respiratoria (cubrirse la boca y la nariz al toser y estornudar) y la cocción completa de la carne y los huevos. Asimismo, se debe evitar el contacto estrecho con cualquier persona que presente signos de afección respiratoria, como tos o estornudos.

Los incrementos en la circulación de los virus respiratorios con potencial pandémico han sido asociados con el incremento en la ocurrencia de enfermedades respiratorias agudas, mayor demanda consulta médica, hospitalizaciones y muertes.

Los coronavirus (CoV) son una amplia familia de virus que pueden causar diversas afecciones, desde el resfriado común hasta enfermedades más graves, como ocurre con el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) y el que ocasiona el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS-CoV). Un nuevo coronavirus es una nueva cepa de coronavirus que no se había encontrado antes en el ser humano. Se pueden contagiar de los animales a las personas (transmisión zoonótica). De acuerdo con estudios exhaustivos al respecto, sabemos que el SRAS-CoV se transmitió de la civeta al ser humano y que se ha producido transmisión del MERS-CoV del dromedario al ser humano. Además, se sabe que hay otros coronavirus circulando entre animales, que todavía no han infectado al ser humano.

Al 2 de marzo, en la Región de las Américas, se han notificado un total de 81 casos de COVID-19 provenientes de seis (6) países: Brasil (2), Canadá (24), Ecuador (6), México (5), República Dominicana (1)) y los Estados Unidos de América (43). Adicionalmente, Estados Unidos informó que 48 personas resultaron positivas para COVID-19 entre las personas repatriadas desde Wuhan, China (3) y el crucero Diamond Princess (45).

Con el propósito de contribuir y unificar acciones sistemáticas en el abordaje y tratamiento de estas patologías, y en especial los procedimientos de acción para el CoVid-19, este Plan contempla una serie de delineamientos para la atención oportuna de los pacientes con cuadros respiratorios agudos. Es un documento técnico para guiar el manejo de los pacientes que sean casos en investigación, probables o confirmados de COVID-19 con un doble objetivo: lograr el mejor tratamiento del paciente que contribuya a su buena evolución clínica; y garantizar los niveles adecuados de prevención y control de la infección para la protección de los trabajadores sanitarios y de la población en su conjunto.

Dr. Julio Mazzoleni Insfrán

Ministro de Salud Pública



ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO

-INTRODUCCIÓN

-ANTECEDENTES

-OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS

-COMPONENTES:

COMPONENTE A: Coordinación, planificación y monitoreo a nivel de país.

COMPONENTE B: Comunicación de riesgos y participación de la comunidad-

COMPONENTE C: Vigilancia epidemiológica y laboratorial.

COMPONENTE D: Acciones en los servicios



INTRODUCCION

El 31 de diciembre de 2019, autoridades de Salud de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó sobre un conglomerado de 27 casos de neumonía de etiología desconocida con inicio de síntomas el 8 de diciembre, incluyendo siete casos graves, vinculados por la exposición común a un mercado mayorista de marisco, pescado y animales vivos en la ciudad de Wuhan. El mercado fue cerrado el día 1 de enero de 2020.

El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron un nuevo virus de la familia *Coronaviridae*, como agente causante del brote. Fue denominado “nuevo coronavirus”, 2019nCoV. La secuencia genética fue compartida por las autoridades chinas el 12 de enero.

Desde el inicio del brote hasta el 27 de enero, la OMS en su reporte de situación n° 7 informa 2.801 casos de nuevas infecciones por coronavirus (2019-nCoV), incluidas 80 muertes (TL:2.9%). El 99% de los casos fueron informados desde China. Se han notificado casos de 30 provincias y 3 Regiones Administrativas Especiales (Hong Kong = 8 casos, Macao = 5 casos y Taiwán = 4 casos), sin embargo, el epicentro del Brote (51%) se encuentra en la Provincia de Hubei (1.423 casos).

Entre los casos confirmados, trabajadores de salud se vieron afectados y transmisión de persona a persona se evidenció en casos de cuarta generación.

A la misma fecha se han confirmado 39 casos de infección por 2019-nCoV en 11 países, incluyendo: Australia (n = 4), Canadá (n = 2) Francia (n = 3), Japón (n = 4), Nepal (n = 1), Malasia (n = 4), la República de Corea (n = 3), Singapur (n = 3), Tailandia (n = 8), los Estados Unidos de América (n = 5) y Vietnam (n = 2)

Hasta la fecha, al menos cincuenta (50) de los casos detectados fuera de China continental tenían historial de viaje a la ciudad de Wuhan, y uno en Vietnam, no tenía historial de viaje, pero estaba en contacto con un caso confirmado (su padre con historial de viaje para Wuhan), resultando en la transmisión de humano a humano dentro de una familia.

El Comité de Emergencia de OMS para el RSI-2005 se reunió por primera vez el 22 y 23 de enero en relación al brote por nuevo coronavirus 2019-nCoV, no considerando por el momento que constituya una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional.

Hasta el momento, se desconoce la fuente de infección y hay incertidumbre respecto a la gravedad y a la capacidad de transmisión. Por similitud con otros coronavirus conocidos se piensa que el 2019-nCoV se transmite principalmente por las gotas respiratorias de más de 5 micras y por el contacto directo con las secreciones infectadas. El periodo de incubación de la enfermedad de los primeros casos se ha estimado entre 2 y 12 días, pero basado en el conocimiento de otros Betacoronavirus, MERS-CoV y SARS-CoV, podría ser de hasta 14 días.

El 30 de enero de 2020, el Director General de la OMS, en base a las recomendaciones del Comité de Emergencia, y sustentado en las atribuciones que le otorga del Reglamento Sanitario Internacional (2005), declara Evento de Salud Pública de Importancia



Internacional al Brote de infección por el nuevo Coronavirus (2019-nCoV) en la República de China, con importación a otros países.

Para el 11 de febrero el Grupo de Estudio de Coronavirus del Comité Internacional de Taxonomía de Virus designó formalmente al virus como coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV2) y la Organización Mundial de la Salud dio a la enfermedad causada por este virus el nombre de COVID-19.

Esta es una situación en evolución y cambiante, por lo que las directrices serán actualizadas a medida que la evidencia y la información estén disponibles.

ANTECEDENTES

Los coronavirus son una **familia de virus ARN** que se descubrió en la década de los 60, algunos de los cuales puede ser causa de diversas enfermedades humanas, que van desde el resfriado común hasta el SRAS (síndrome respiratorio agudo severo). Son comunes a varias diferentes especies de animales, que incluyen a camélidos, felinos, bovinos y murciélagos.

Pertencen al orden Nidovirales. Se subdivide en los géneros Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus. Estos incluyen genogrupos filogenéticamente similares de virus ARN monocatenario positivos envueltos y con una nucleocápside de simetría helicoidal. Cuentan con una superficie característica, los viriones tienen una apariencia de corona bajo el microscopio electrónico, razón por la cual llevan el nombre 'corona'.

Afecta a las células epiteliales en el tracto respiratorio y gastrointestinal como objetivo primario, por lo que la eliminación viral es a través de estos sistemas y la transmisión puede ocurrir en diferentes rutas: fómites, aire o fecal-oral.

Se tienen identificados 4 coronavirus capaces de infectar a los humanos, denominados coronavirus humanos comunes: Betacoronavirus, HCoV-OC43 y HCoV-HKU1; así como el Alfacoronavirus HCoV-229E que causan enfermedades leves a moderadas de las vías respiratorias superiores, pero también graves infecciones del tracto respiratorio en los grupos de edad más jóvenes y de mayor edad; mientras que Alfacoronavirus HCoV-NL63 se considera una causa importante de (pseudo) crup y bronquiolitis en niños. Las infecciones en humanos con coronavirus comunes raramente causan enfermedad grave.

Se han identificado a lo largo de los años, 2 Coronavirus asociados al síndrome respiratorio agudo severo:

- SARS-CoV, (2003) el cual pegó el salto a humanos a través de la transmisión desde una especie de felinos (cibetas) y;



- MERS-CoV, (2012) quien está asociado a camélidos como reservorios. Estos Coronavirus han demostrado una alta tasa de letalidad en brotes (9.6% y 34.4% respectivamente).

A finales del 2019, se identificó un Brote de Neumonía grave en la ciudad de Wuhan, Provincia de Hubei, China, causado por un nuevo coronavirus al que, por su similitud genética con el SARS CoV, fue denominado SARS CoV-2 y definido como causante de la Enfermedad por Coronavirus-19 o COVID-19

Este brote inició a principios de diciembre de 2019 y continúa su dispersión y el aumento en el número de casos.

OBJETIVO GENERAL

Prevenir y/o disminuir en la población el impacto negativo en términos de morbilidad, mortalidad de las enfermedades respiratorias agudas, incluyendo el Coronavirus, a través de acciones de prevención, preparación y respuesta concertadas y coordinadas entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

FASE DE CONTENCIÓN

- 1.- Establecer las directrices de vigilancia epidemiológica y laboratorio de COVID-19 dentro del Sistema Nacional de Vigilancia, que permita detectar los casos en el país y evaluar los riesgos para generar información epidemiológica de calidad, que oriente a la toma de decisiones.
- 2.- Detectar precozmente la emergencia del virus en el país, (casos importados o autóctonos)
- 3.- Investigar oportunamente, y retrasar la dispersión en el territorio nacional.
- 4.- Disponer de recurso médico que garantice el diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas graves.
- 5.- Mantener los servicios básicos de Salud incluyendo una reserva estratégica de recurso humano, medicamentos e insumos
- 6.- Disminuir la morbimortalidad, mediante las estrategias de prevención, detección y control, a través de la coordinación con otros centros.



7.- Proporcionar lineamientos para el seguimiento y monitoreo, en forma conjunta y coordinada, de las actividades administrativas y operativas.

8.- Mantener la coordinación, toma de decisiones y comunicación efectiva y oportuna a nivel intra e interinstitucional, ante un evento provocado por el novel Coronavirus.

9.- Establecer el mecanismo de coordinación, toma de decisiones y comunicación efectiva entre los diferentes niveles intervinientes.

FASE DE MITIGACION

1.- Brindar información para describir las características epidemiológicas y factores de riesgos de los casos en Paraguay.

2.- Monitorear el curso de la Pandemia a través de la Vigilancia Sindrómica por planilla semanal.

3.- Evaluar los parámetros de Trasmisibilidad, Severidad e Impacto utilizando la plataforma establecida en la Vigilancia Centinela de ETI e IRAG



COMPONENTE A: COORDINACIÓN, PLANIFICACIÓN Y MONITOREO A NIVEL DE PAÍS

Según la Resolución SG N° 76, del 28 de febrero del corriente año, POR LA CUAL SE CONFIRMA EL CENTRO DE OPERACIONES DE EMERGENCIA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL PARA DAR RESPUESTA NACIONAL DE LA EVENTUAL PANDEMIA POR CORONAVIRUS (COVID-19) y se dispone la urgente activación del Plan Nacional de Respuesta a la Pandemia a Virus Respiratorios 2020 con una estrategia multisectorial capaz de mitigar el impacto que podría ocasionar a la población en general.

Los próximos pasos describen acciones inmediatas a ser realizadas:

Pasos	Acciones a tomar
1	Activar mecanismos de coordinación multisectoriales y de socios múltiples para apoyar la preparación y la respuesta.
	Comprometerse con las autoridades nacionales y los socios claves para desarrollar un plan operativo específico para el país, con los requisitos de recursos estimados para la preparación y respuesta de COVID-19
	Realizar una evaluación inicial de la capacidad y un análisis de riesgos, incluido el mapeo de poblaciones vulnerables.
	Establecer sistemas de monitoreo y evaluación de la efectividad y el impacto de las medidas planificadas.
2	Establecer un equipo de gestión de incidentes, incluido el despliegue rápido de personal designado y de instituciones asociadas, dentro de un centro de operaciones de emergencia (COE) de salud pública.
	Identificar, entrenar y designar portavoces.
	Participar con los donantes locales y los programas existentes para movilizar / asignar recursos y capacidades para implementar el plan operativo.
	Revisar los requisitos reglamentarios y la base legal de todas las posibles medidas de salud pública.
3	Realizar revisiones operativas periódicas para evaluar el éxito de la implementación y la situación epidemiológica, y ajustar los planes operativos según sea necesario.
	Realizar revisiones posteriores a la acción de acuerdo con el RSI (2005) según sea necesario.
	Utilizar el brote de COVID-19 para evaluar / aprender de los planes, sistemas y ejercicios de aprendizaje de lecciones existentes para informar futuras actividades de preparación y respuesta.



RESOLUCIÓN MINISTERIAL. COMPONENTE A.

"Sesquicentenario de la Epopeya Nacional: 1864 - 1870"



*Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 46-*

POR LA CUAL SE CONFORMA EL CENTRO DE OPERACIONES DE EMERGENCIA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL PARA DAR RESPUESTA NACIONAL DE LA EVENTUAL PANDEMIA POR CORONAVIRUS (COVID-19).

Asunción, 28 de febrero de 2020

VISTO:

La Alerta Epidemiológica N° 1/2020 emitida por la Dirección General de Vigilancia de la Salud sobre Epidemia del Nuevo Coronavirus (COVID-19), que se propaga actualmente por numerosos países, obligando a esta Cartera de Estado, tomar las medidas preventivas urgentemente, conforme la recomendación dada por la Organización Mundial de la Salud que establece: "Se alienta a los países a continuar fortaleciendo su preparación para emergencias sanitarias de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005)"; y

CONSIDERANDO:

Que, ante el riesgo de que la enfermedad se expanda también al territorio paraguayo, corresponde que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social disponga la urgente activación del Plan Nacional de Respuesta Nacional a la Pandemia a Virus Respiratorios 2020, a través del cual se establece una estrategia multisectorial capaz de mitigar el impacto que la epidemia por el Nuevo Coronavirus podría ocasionar a la población nacional.

Que, es necesario conformar un equipo técnico del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, que tenga a su cargo la ejecución y coordinación de todas las acciones dispuestas por el Gabinete, en el marco del plan operativo de preparación para dicha epidemia.

Que, en concordancia con lo dispuesto por la Constitución Nacional en el Artículo 242, el Decreto N° 21376/98 establece en su Artículo 20, numeral 7, que al Ministro de Salud Pública y Bienestar Social corresponde dictar Resoluciones que regulen las actividades de los diversos programas, dependencias y servicios.

POR TANTO, en ejercicio de sus atribuciones legales;

**EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
RESUELVE:**

Artículo 1°. Conformar el Centro de Operaciones de Emergencia del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para dar respuesta nacional de la eventual Pandemia por Coronavirus (COVID-19).

Artículo 2°. Disponer que dicho grupo técnico esté integrado de la siguiente forma:

COORDINADOR GENERAL

➤ **Dr. Julio Rolón Vicioso**, Viceministro de Salud Pública

COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y DE LA SALA DE SITUACIÓN Y CENTRO NACIONAL DE ENLACE

➤ **Dr. Guillermo Sequera**, Director General de Vigilancia de la Salud.

➤ **Dra. Andrea Ojeda**, Directora del Centro Nacional de Enlace.

COORDINACIÓN DE COMUNICACIÓN SOCIAL

➤ **Lic. Martín Cajja - Maguñía**, Director General de Comunicación en Salud



"Semiseculo de la Epopeya Nacional: 1864 - 1870"



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 46

POR LA CUAL SE CONFORMA EL CENTRO DE OPERACIONES DE EMERGENCIA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL PARA DAR RESPUESTA NACIONAL DE LA EVENTUAL PANDEMIA POR CORONAVIRUS (COVID-19).

28 de febrero de 2020
Página N° 02/03

COORDINACIÓN DE SEGURIDAD HOSPITALARIA Y PROTOCOLOS

- **Dra. Doris Royg**, Directora de Coordinación de Regiones Sanitarias
- **Dra. Nathalia Meza**, Directora de Calidad

COORDINACIÓN DE PROMOCIÓN Y CAPACITACIÓN

- **Dra. Adriana Amarilla**, Directora General de Promoción de la Salud

COORDINACIÓN DE SERVICIOS

- **Dr. Juan Carlos Portillo**, Director General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud
- **Dr. Julio Borba**, Director de Coordinación de Hospitales Especializados
- **Dr. Felipe González**, Director General del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente - INERAM

COORDINACIÓN DE INSUMOS

- **Dr. Nery Rodríguez**, Director General de Gestión de Insumos Estratégicos

COORDINACIÓN DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN AL PERSONAL DE SALUD Y RIESGO

- **Dr. Hernán Rodríguez**, Director de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles
- **Dra. Viviana de Egea**, Coordinadora de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles
- **Dra. Soraya Araya**, Directora del Programa Nacional de Enfermedades Inmunoprevenibles y PAI.

COORDINACIÓN PREHOSPITALARIA Y CALL CENTER

- **Dr. Pablo Zapatini**, Director del Servicio de Emergencia Médica Extrahospitalaria (SEME)

COORDINACIÓN DE LABORATORIO

- **Dra. Lizzie Carolina Aquino**, Directora General del Laboratorio Central de Salud Pública
- **Dr. Santiago Insaurrealde**, Director de Coordinación de Redes de Laboratorios

ASUNTOS ADMINISTRATIVOS

- **C.P. Alcides Velázquez**, Director General de Administración y Finanzas

ASUNTOS JURÍDICOS

- **Abg. Gustavo Irala**, Director General de Asesoría Jurídica

ASUNTOS INTERNACIONALES Y AGENCIAS DE COOPERACIÓN

- **Q.M. María Antonieta Gamarra**, Directora General de Relaciones Internacionales



"Sesquicentenario de la Epopeya Nacional: 1864 - 1870"



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 46-

POR LA CUAL SE CONFORMA EL CENTRO DE OPERACIONES DE EMERGENCIA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL PARA DAR RESPUESTA NACIONAL DE LA EVENTUAL PANDEMIA POR CORONAVIRUS (COVID-19).

28 de febrero de 2020
Página N° 03/03

ASESORES DEL CENTRO DE OPERACIONES DE EMERGENCIA

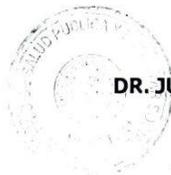
- > **Dr. José Fusillo**
- > **Dra. Martha Von Horoch**

Artículo 3°. Establecer que el Centro de Operaciones de Emergencia desempeñe la labor que se le encomienda, en el marco de la normativa contenida en el Plan Nacional de Respuesta Nacional a la Pandemia a Virus Respiratorios 2020 y en el Reglamento Sanitario Internacional, así como de las recomendaciones emanadas de los organismos internacionales de salud, como la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.

Artículo 4°. Disponer que los Coordinadores del Equipo Operativo informen diariamente al Gabinete acerca del cumplimiento de su cometido.

Artículo 5°. El Centro de Operaciones de Emergencia conformado en el Artículo 1° podrá solicitar a las Fuerzas Armadas de la Nación, a la Policía Nacional y a otras dependencias de la Administración Central para la ejecución del Plan Nacional de Respuesta a la Pandemia a Virus Respiratorios 2020.

Artículo 6°. Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.



DR. JULIO DANIEL MAZZOLENI INSFRÁN
MINISTRO

/br



COMPONENTE B: COMUNICACIÓN DE RIESGOS Y PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD

Este componente define aspectos esenciales de la correcta transmisión de información, antes y durante una epidemia, mediante consejos que servirán a las autoridades sanitarias, comunicadores institucionales, y voceros, a confeccionar mensajes en cada periodo identificado, de manera entendible y aplicable.

El documento se basa en los indicadores sobre las enfermedades respiratorias, estacionales y emergentes, extraídas desde la Organización Mundial de la Salud, así como los datos epidemiológicos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Con esto se prevé cumplir con

1. Establecer estrategias de acciones de comunicación;
2. Desarrollar propuestas de comunicación de riesgo relacionadas con la influenza humana, teniendo en cuenta las pautas de orientación de la OMS;
3. Definir mecanismos de información para las diversas audiencias: los profesionales y técnicos involucrados, los medios de comunicación y el público.
4. Abordar el escenario de posible introducción del nuevo Coronavirus (COVID 19), a territorio paraguayo.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social establece acciones operacionales de respuesta que se deben llevar a cabo frente a cada escenario tales como: la identificación de los responsables a vocería, coordinación de apoyo logístico, coordinación interinstitucional; a los mensajes a divulgar de acuerdo a las fases y situaciones, así como la identificación de los sectores directamente involucrados en la preparación y respuesta ante una epidemia.

La preparación ante enfermedades respiratorias, así como la planificación de la comunicación, sirve como plataforma para fortalecer la infraestructura básica de salud pública, no sólo para una epidemia, sino para futuras crisis sanitarias de importancia nacional e internacional. Las guías de comunicación de brotes de la OMS declaran que "la meta principal de salud pública es tener cuanto antes el brote bajo control, con la menor afectación social posible. La comunicación eficaz de los brotes es una herramienta para alcanzar esa meta".

Además, el Reglamento Sanitario Internacional, el cual entró en vigencia en el 2007, exige a los países que notifiquen ciertos brotes de enfermedades a la OMS. El RSI también colabora con países para fortalecer sus capacidades existentes en vigilancia de salud pública y respuesta, en donde incluye la comunicación de riesgos.

Este manual contempla una estrategia de comunicación, así como, acciones por escenario. Cada escenario requiere de una intervención en particular para desarrollar y ejecutar los indicadores previstos en cada fase de la pandemia.



Dentro de estos indicadores se encuentran los mensajes claves, formas para el manejo con los medios de comunicación y aspectos básicos de la comunicación de riesgo.

PÚBLICOS OBJETIVO

Público Interno:

Funcionarios del Ministerio de Salud:

Directores generales,

Directores regionales,

Directores de hospitales,

Centros de Salud;

Funcionarios permanentes y personal contratado de todas las regiones sanitarias.

Público Externo:

Población del territorio nacional.

Grupos concentrados, tales como: colegios, FF.AA., Policía Nacional, cárceles, iglesias, organizaciones civiles.

Empresas turísticas.

Medios masivos de comunicación

Aliados Estratégicos:

- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
- Medios de comunicación.
- Gobernaciones.
- Municipios.
- Centros comerciales, supermercados, fundaciones de apoyo privado y cadenas de cine.
- Consejos Regionales y locales de Salud.
- Sanidad Militar.
- Sanidad Policial.
- Universidad Nacional y sus servicios médicos.
- Instituciones académicas y profesionales de la salud (colegios profesionales, sociedades científicas, asociaciones, academias profesionales).
- Organizaciones No Gubernamentales (ONG's).
- Organismos de Cooperación Internacional.
- Líderes de opinión, políticos y de espectáculo.



Influenza

Es una enfermedad respiratoria contagiosa provocada por los virus de la influenza. Puede causar una enfermedad leve a grave. Los resultados graves de la infección por influenza pueden ser la hospitalización o la muerte. Algunas personas como los adultos mayores, niños pequeños y las personas con ciertas afecciones corren un alto riesgo de presentar graves complicaciones por la influenza.

La mejor manera de evitar contraer la influenza es vacunarse todos los años.

¿Cuáles son los síntomas?

La influenza es diferente al resfrío. Por lo general, la influenza comienza de repente. Las personas con influenza, a veces sienten algunos o todos estos síntomas:

- Fiebre o sentirse afiebrado/con escalofríos (no todas las personas con influenza tienen fiebre.)
- Tos
- Dolor de garganta
- Mucosidad nasal o nariz tapada
- Dolores musculares y corporales
- Dolores de cabeza
- Fatiga (cansancio)
- Algunas personas pueden tener vómitos y diarrea, aunque esto es más común en los niños que en los adultos.

¿Cómo se contagia la influenza?

De persona a persona. El virus de la influenza viaja a través de las gotitas de saliva que se expulsan al hablar, toser o estornudar hasta a un metro de distancia. También se contagia por tocar superficies contaminadas con este virus, por ejemplo: manijas, juguetes, teléfonos, barandales.

¿Cuáles son las medidas preventivas?

a) Lavarse las manos con frecuencia

Usar agua corriente y jabón, frotarlas muy bien, enjuagarlas completamente y secarlas con una toalla limpia.

b) Aprender a toser y estornudar

Cubrirse la boca y la nariz con un pañuelo desechable o con el brazo o la manga. No usar las manos, para no infectar los objetos y a las personas.

c) Mantener limpios los objetos de uso común como picaportes de las puertas, baños, pasamanos, teléfonos, celulares, botones de los ascensores e interruptores de luz, muebles, y agarraderas del transporte público.

d) No refregarse los ojos.

e) Si en la casa se encuentra alguien con síntomas de gripe, evitar el contacto con otros miembros de la familia e indicar reposo.

f) En lo posible, evitar concurrir a lugares cerrados o de aglomeración de personas.

¿Es necesario usar tapabocas para salir a la calle?

Sólo si la persona se encuentra enferma por influenza y se comprueba una transmisión sostenida en la comunidad.

¿Se puede compartir el tereré o mate?

El compartir la misma bombilla de por sí ya es una práctica poco higiénica, pero en este caso sería recomendado no compartir el tereré cuando haya casos positivos de la enfermedad, dentro del país y una transmisión dentro de la comunidad.



Medidas para disminuir la transmisión de la influenza en la casa

Cuando cuide de un familiar que esté enfermo de influenza en el hogar, las principales medidas de protección para usted y las demás personas que no están enfermas son:

- Mantener a la persona enferma alejada de los otros lo más posible.
- Recordar a la persona enferma que se cubra la boca cuando tose y que se lave a menudo las manos con agua y jabón o con una loción para manos a base de alcohol, especialmente después de toser o estornudar.
- Hacer que todos los miembros del hogar se laven a menudo las manos con agua y jabón o frotándose con una loción para manos a base de alcohol.
- Consultar con el profesional médico si las personas que viven con un enfermo de influenza, particularmente las que tengan afecciones crónicas, deben tomar medicamentos antivirales, ejemplo oseltamivir para prevenir contraer la influenza.

¿En dónde debe permanecer una persona enferma en la casa?

- Mantenga a la persona enferma en una habitación separada de las áreas comunes de la casa. (Por ejemplo, una habitación aparte que tenga su propio baño, si es posible.) Mantenga cerrada la habitación del enfermo.
- A menos que tenga que ir al médico, una persona con influenza no debe salir de la casa cuando tenga fiebre o durante la etapa en que suele ser más contagiosa (7 días después de que aparecen los síntomas en los adultos, y 10 días después de que aparecen los síntomas en los niños).
- Si las personas con influenza necesitan salir de la casa (por ejemplo, para ir al médico) deben cubrirse la boca y la nariz cuando tosan o estornuden y usar mascarillas holgadas (quirúrgicas) si es posible.
- Haga que la persona use una mascarilla quirúrgica si tiene que estar en áreas comunes de la casa o cerca de otras personas.
- De ser posible, la persona enferma debe usar un baño aparte. El baño debe estar limpio todos los días con un desinfectante.

Aviso de alerta para viajeros

Los síntomas de la influenza estacional común pueden incluir los siguientes síntomas:

- Fiebre (mayor que 37.8 °C).
- Dolor de garganta.
- Tos.
- Congestión nasal.
- Escalofríos.
- Fiebre y dolores musculares.
- Fatiga.

Consejos a los viajeros que van a zona de transmisión comunitaria sostenida de influenza

Las enfermedades respiratorias, como los resfriados y la gripe, son causadas por virus que infectan la nariz, la garganta y los pulmones. Estas enfermedades se propagan generalmente de una persona a otra cuando alguien que está infectado tose o estornuda.

Si una persona viaja a una zona de transmisión comunitaria sostenida, es muy importante que tenga en cuenta estos consejos:

1. Extreme el cuidado de su higiene personal, lavándose frecuentemente las manos con agua y jabón.
2. Evite contacto con personas enfermas,



3. No comparta alimentos, vasos o cubiertos.
4. Se cubra nariz y boca al toser o estornudar con un pañuelo o estornude sobre el ángulo interno del codo. Tire el pañuelo desechable en una bolsa de plástico.
5. Evite tocarse los ojos, la nariz o la boca.
6. No se desplace si tiene los síntomas o cree que está enfermo, quédese en la habitación del hotel o la casa. Busque atención médica si está enfermo de gravedad (por ejemplo, si tiene problemas para respirar). Hay medicamentos antivirales para la prevención y el tratamiento de la influenza que su médico le puede recetar.
7. Practique buenos hábitos de higiene.

RECOMENDACIONES PARA POBLACIÓN ESPECÍFICA

PARA NIÑOS:

- Mantenga las actividades tan rutinarias y normales como sea posible aun cuando haya cambios en su actividad diaria (debido al ausentismo en guarderías o escuelas).
- Los niños siempre necesitan sentirse protegidos y amados. Cuando tienen inquietudes sobre alguna situación y están asustados, puede que necesiten más afecto y atención.
- Limite la exposición a los medios de comunicación y las conversaciones entre adultos sobre la influenza y sus consecuencias.
- Según corresponda, promueva la adopción de conductas saludables: comer y dormir bien, jugar al aire libre.

Concéntrese en lo que el niño puede hacer para evitar contraer la enfermedad.

- Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón durante 20 segundos. Recuerde hacerlo usted también para que sea un buen ejemplo.
- Toser y estornudar en un pañuelo desechable. (Después de usar el pañuelo, se debe botar inmediatamente a la basura). Recuerde hacerlo usted también para que sea un buen ejemplo.
- Permanecer por lo menos a una distancia de seis pies (1,82 metros) de las personas que estén enfermas.
- Quedarse en casa y no ir a la escuela si está enfermo y mantenerse alejado de las personas enfermas hasta que se mejoren.

PARA COLEGIOS Y GUARDERIAS

Los proveedores de cuidados infantiles en todos los establecimientos de la comunidad, tanto en centros o guarderías como en casas, deben hacer lo siguiente:

- Informe a los padres de familia sobre las pautas para mantener a los niños enfermos en casa. Los niños que presenten síntomas similares a los de la influenza no deben ir a la escuela. Los síntomas de la influenza pueden ser:
 - Fiebre, tos.
 - Dolor de garganta.
 - Dolores musculares.
 - Dolor de cabeza, escalofríos, fatiga.
 - Diarrea, en algunos casos.

El pediatra del niño determinará si le deben hacer pruebas de detección de la influenza y cuándo podrá regresar a la guardería.

- En la mayoría de los lugares, los niños con otros síntomas leves, como alergias, pueden asistir a la guardería o escuelas mientras se sientan bien para realizar actividades infantiles. Estos niños no deben requerir más cuidados de los que puede dispensar el personal habitual sin que se comprometa la salud y seguridad de los otros niños.



- Indique al personal que no se presente a trabajar si tiene síntomas de enfermedad respiratoria. Sus empleados deben consultar con el médico para que les digan si necesitan hacerse una prueba para determinar si tienen influenza.

Recuérdelo al personal que trabaja en guarderías o centros de cuidados infantiles que limpie o desinfecte con frecuencia las superficies de contacto en el establecimiento.

Informe a los padres sobre las medidas que pueden tomar para prevenir la influenza. (Distribuya la hoja informativa anexa a cada padre de familia o cuélguela a la entrada del establecimiento.)

REGRESO A CLASES Y PREVENCIÓN DE LA INFLUENZA

Filtro Escolar

Propósitos:

Proteger a toda la comunidad educativa, de un posible contagio de gripe, respetando siempre sus derechos e identificar síntomas relacionados con esta enfermedad.

Primer filtro: familia

Consiste en mantener en la casa a las hijas/os si algunos de ellos u otros miembros del hogar presentan síntomas de enfermedad respiratoria. Asegurarse de que sus hijas/os se presenten a la escuela aseados y con las uñas de las manos limpias.

Filtro en la puerta de la escuela

¿Quién lo realiza? Un comité integrado por madres y padres de familia, personal docente y administrativo.

Consiste en observar y aplicar una guía con seis preguntas para identificar síntomas de infección respiratoria.

Guía de preguntas:

- 1) ¿Tienes fiebre?
- 2) ¿Sientes dolor de cabeza?
- 3) ¿Sientes dolor muscular y / o de articulaciones?
- 4) ¿Tienes tos y / o estornudas?
- 5) ¿Tienes congestión nasal y/o catarro?
- 6) ¿Sientes dolor de garganta al deglutir (tragar)?

Si en la aplicación del filtro. el niño presenta algún síntoma, los padres serán notificados para que acudan a la escuela por él o ella y lo lleve a la unidad de salud para su valoración médica.

Las acciones del filtro escolar se reforzarán mediante las acciones de monitoreo que el colectivo docente el director realizan en las aulas y demás instalaciones.

PARA EMBARAZADAS

¿Qué pasa si tengo influenza y estoy embarazada?

Las mujeres embarazadas son más propensas a enfermarse que otras personas y a tener problemas más graves a consecuencia de la influenza o gripe estacional. Estos problemas pueden incluir un parto prematuro o neumonía grave.

¿Qué puedo hacer para protegerme, proteger a mi bebé y a mi familia?

Recomendar estos pasos para ayudar a prevenir la transmisión de gérmenes y proteger su salud:

- Cúbrase la nariz y la boca con un pañuelo desechable cuando tosa o estornude, o estornude en su manga. Tire el pañuelo usado a la basura.
- Lávese con frecuencia las manos con agua y jabón, en especial después de toser o estornudar. Los geles desinfectantes para manos con alcohol también son eficaces.



- Evite tocarse los ojos, la nariz o la boca. Esta es la manera en que se propagan los gérmenes.
- Evite el contacto cercano con las personas enfermas. (Si usted está embarazada y vive con una persona que tiene influenza, o tiene contacto cercano con ella, pregúntele a su médico qué medicamentos puede tomar para tratarlo).
- Tome provisiones para cuidar de los miembros enfermos de su familia.
- Haga una reserva de productos caseros, médicos y artículos para emergencias como agua y alimentos no perecederos.

¿Cuándo debo buscar atención médica de emergencia?

Si tiene uno de los signos siguientes, busque de inmediato atención médica de emergencia:

- Dificultad para respirar o falta de aliento.
- Dolor o presión en el pecho o el abdomen.
- Mareo repentino.
- Confusión.
- Vómitos fuertes o constantes.
- Su bebé se mueve menos o no se mueve.

PARA LACTANTES

¿Qué puedo hacer para proteger a mi bebé?

Tome precauciones todos los días. Además, sea especialmente cuidadosa y lávese las manos a menudo con jabón y no tosa ni estornude en la cara del bebé mientras lo está amamantando o en cualquier otro momento en que usted esté cerca de él. Si está enferma, tosiendo o estornudando, considere usar una mascarilla.

¿La lactancia materna protege a los bebés contra la influenza?

Las madres que amamantan pasan los anticuerpos protectores a sus bebés. Los anticuerpos son un tipo de proteína que produce el sistema inmunitario del cuerpo y ayudan a combatir las infecciones.

La influenza puede ser muy grave para los bebés pequeños. Los bebés que no son amamantados se enferman de infecciones como la influenza más a menudo y más gravemente que los bebés que toman leche materna.

¿Debo dejar de amamantar a mi bebé si tengo influenza?

No. Debido a que las madres producen anticuerpos para combatir las infecciones con las que entran en contacto, la leche materna está hecha para que también combata las infecciones a las cuales están expuestos los bebés. Esto es muy importante para los bebés pequeños cuyo sistema inmunitario todavía está en desarrollo. La lactancia materna también ayuda al bebé a crear su propia capacidad para combatir infecciones.

¿Está bien si amamanto a mi bebé aun que esté enferma?

Sí. Esto es muy importante.

No deje de amamantar a su bebé. Lo recomendable es que los bebés menores de 6 meses sean alimentados con leche materna. Comience la lactancia lo más pronto posible y a menudo. Limite la alimentación con leche en fórmula para bebés tanto como pueda. Esto ayudará a proteger a su bebé contra las infecciones.

Si usted está muy enferma para amamantar a su bebé, extraiga la leche y haga que alguien se la dé a su bebé.

Si mi bebé está enfermo, ¿está bien si lo amamanto?

Sí. Una de las mejores cosas que puede hacer por su bebé enfermo es seguir amamantándolo.



No deje de amamantar si su bebé está enfermo. Ofrezcale leche muchas veces durante la enfermedad. Los bebés enfermos necesitan más líquidos que cuando están sanos. Los líquidos que los bebés reciben de la leche materna son mejores que cualquier otra cosa, aún mejores que el agua, o el jugo porque también ayudan a proteger su sistema inmunitario.

Si su bebé está muy enfermo para amamantar, puede darle la leche materna con una taza, un biberón, una jeringa o un cuentagotas.

¿Se pueden tomar medicamentos para tratar o prevenir la influenza durante la lactancia?

Sí. Las madres que amamantan deben seguir alimentando a sus bebés mientras reciban tratamiento contra la influenza.

PREVENCIÓN DE LA INFLUENZA POR VACUNA

El propósito primordial de la inmunización contra la influenza estacional es evitar los casos graves de la enfermedad o sus complicaciones. Como se sabe, en algunos casos, esta afección respiratoria puede ocasionar la muerte de quienes sufren enfermedades crónicas o están en situación de alta vulnerabilidad, especialmente en los extremos de la vida, niños y adultos mayores.

Las recomendaciones de vacunación se establecen inicialmente a grupos prioritarios:

- Embarazadas (mayor prioridad).
- Niños menores de 3 años a partir de los 6 meses de edad.
- Adultos mayores.
- Trabajadores de salud.
- Personas con condiciones preexistentes y enfermedades crónicas.
- Población con servicios públicos (policías, militares, personal de blanco, periodistas.)

Paraguay, junto con al resto de los países de la Región de las Américas, efectúa un proceso continuo de fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de la influenza que permite generar evidencias sobre la carga de la enfermedad, su estacionalidad, el tipo de virus circulante, la efectividad de la vacuna y su impacto en beneficio de la población.

Con base en la evidencia generada por el sistema mundial de vigilancia y respuesta de la influenza, la OMS realiza la recomendación a las autoridades nacionales de salud pública, a las autoridades reguladoras y a los fabricantes de vacunas acerca de la composición idónea de la vacuna para la siguiente temporada. A diferencia de otras, los virus en las vacunas contra la influenza deben ser evaluados y actualizados con frecuencia ya que estos agentes evolucionan y mutan continuamente.

En el caso específico de la vacuna influenza estacional para el hemisferio sur, la recomendación sobre la composición se hace en el mes de setiembre para la siguiente temporada de influenza. Toma aproximadamente entre 6 a 8 meses producir y aprobar las vacunas. Es por esta razón que la vacuna está disponible en Paraguay entre abril y mayo de cada año.

Además de vacunarse contra la influenza estacional, las personas de todas las edades deben cumplir sencillas medidas de prevención tales como el lavado de manos, seguir la etiqueta del estornudo, alimentarse debidamente, mantenerse hidratado y evitar contacto con personas enfermas. Si se ha contraído la influenza, es importante la consulta en el servicio de salud más próximo.



ESCENARIOS DE ACCIÓN

El Ministerio de Salud cuenta con los elementos correspondientes para una correcta comunicación desde las primeras fases, preparativas, a brotes y eventuales epidemias de influenza que pudieran registrarse en periodos específicos de tiempo.

Los mensajes en cada escenario deben ser concretos, directos y en esencia, deben demostrar la capacidad preparativa y resolutive institucional que se debe poseer para dar tranquilidad y acogida a la población.

Período de alerta

En esta primera fase se debe presentar el plan de acción institucional y llegar a un consenso general entre las autoridades sanitarias y los estamentos de salud sobre las líneas a seguir.

Seguidamente, es importante informar al público y aumentar la conciencia sobre la influenza estacional, o en su defecto el tipo de influenza que hubiere en circulación a modo de preparar a la sociedad sobre las maneras de prevenir o mitigar la repercusión de la influenza.

El componente comunicacional debe estar incluido dentro de estos lineamientos institucionales preestablecidos a los efectos de contar con los aliados y los medios de comunicación para reducir en lo posible los efectos perturbadores y la turbulencia social y económica de una epidemia.

Es vital suministrar información que pueda reducir el riesgo de infección por el precursor pandémico, el virus de la influenza.

Actividades:

Conformación de una Sala de Situación en la que estén presentes todos los referentes que tengan que ver con la respuesta ante una epidemia o circulación de Influenza.

Ese equipo deberá ser un grupo transversal, interinstitucional que, entre otras cosas, apoye las metas principales de comprender, informar, prevenir y concientizar antes de que se produzca una pandemia o durante la misma.

Parte del trabajo de este grupo incluirá la preparación de las formas para crear mensajes coherentes sobre la influenza, potenciar los recursos gubernamentales, realizar actividades, coordinar la planificación de los medios de comunicación y llegar a su público; así como, lograr una respuesta coordinada por parte del gobierno. Se debe crear un calendario de reuniones.

Cada sector debe definir su público, incluso si se incluyen a otras instituciones, tales como el Ministerio de Educación y Ciencias, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Municipio, etc. Aquí se deben nombrar y capacitar a los portavoces (o voceros), aun cuando en el país existan varias personas actuando como portavoces. Se velará por que los portavoces tengan capacitación en la comunicación de riesgo y brotes. La comunicación de brotes es esencialmente un intento de la comunidad de salud pública de suministrar información que permita a los interesados directos tomar las mejores decisiones posibles durante una crisis. Incluye múltiples mensajes acerca de la naturaleza del riesgo, siendo cada vez más un reto cuando se hace rápidamente. Requiere que los expertos en salud pública reconozcan las incertidumbres y las dudas.

La meta de la comunicación de brotes es mantener la confianza durante una crisis y evitar respuestas inducidas por el temor. Los cinco componentes de las Normas de Comunicación de Brotes son: la confianza, el anuncio temprano, la transparencia, la implicación del público y la planificación.



Capacitación a otros funcionarios de alto nivel en la comunicación de riesgos y brotes, recalcando la importancia de la franqueza, de actuar rápidamente, de la empatía y la confianza.

Durante la conformación de la Sala de Situación se debe crear una línea jerárquica para cada público que describa cómo se comunicará, con quién lo hará, cuándo y qué dirán. Por ejemplo, en caso de pandemia ¿con quién se comunicará el Ministro de Salud o quién se pondrá en comunicación con él? ¿Cómo se comunicarán los responsables de hospitales con el personal de blanco y el administrativo? ¿Quién comunicará al público el estado de los hospitales? Es necesario especificar quién se comunicará con el Ministro de Salud, las escuelas, los hospitales, otros proveedores, los medios de comunicación, etc. ¿Qué sucede con la respuesta al aumento de la demanda?

Se presentará el plan de acción para especificar quién hará qué y cuándo, en especial en caso de un brote real o de sospecha de epidemia. ¿Quién hablará con otros funcionarios del gobierno? ¿Conoce el personal su ubicación física al momento de un alerta? ¿Quién definirá los mensajes? ¿Quién se coordinará con la comunidad internacional? Se incluirá el nombre y el título del grupo responsable, así como la información de contacto actual.

Evaluación de la preparación actual, teniendo en cuenta los cambios de personal en curso y si se dispondrá de recursos humanos y económicos suficientes para todas las fases de una pandemia. Esto se aplica al personal de comunicación así como a los demás miembros del personal. ¿Quién puede ayudar? ¿Hay una manera de atraer a voluntarios?

Colaborar estrechamente con las autoridades técnicas para apoyar las actividades que se centran en la prevención, las posibles pérdidas económicas y los preparativos para la continuidad de las operaciones, los preparativos escolares, las actividades de contención, el estado de los medicamentos y las vacunas y la respuesta rápida.

Buscar los mecanismos de tener un diálogo formal e informal con la comunidad para vigilar lo que necesitan y quieren y para informar sobre lo que el gobierno puede proporcionar. Por ejemplo, podrían establecerse reuniones en la municipalidad o debates de grupos de expertos. Se hará participar a los medios empresariales en la preparación para una pandemia y se encontrará la forma de que apoyen una respuesta de salud pública. Se debe determinar en quién confía la comunidad para proporcionar información fiable.

Tratar de llegar a socios, como representantes de grupos de la comunidad, grupos juveniles, escuelas, intendentes, sindicatos, iglesias y asociaciones. Hay que incluirlos en la planificación de los preparativos y conseguir su apoyo desde el principio, de modo que puedan ayudar posteriormente a mantener informado al público.

Coordinar las actividades de los médicos de atención primaria, las enfermeras, y los promotores de salud de la comunidad, que son clave en la promoción y la transmisión de información acerca de la influenza. Se debe comprobar que comprenden la posible gravedad de la influenza pandémica. Hay que pedirles sugerencias en cuanto a sus necesidades y a los materiales que en su opinión pueden usarse en la comunicación y la educación.

Crear mensajes de preparación para el público que se basen en la investigación de las actitudes y los conocimientos sobre la influenza. En todos los casos, los mensajes deben ser claros, concisos y coherentes, como por ejemplo, algunos temas podrían ser los mensajes de higiene personal que promuevan el lavado frecuente de las manos y que insten a las personas a taparse la boca cuando tosan o estornuden. Otros mensajes deben explicar en qué consisten las vacunas y los antivíricos y deben preparar al público sobre las



medidas que deben tomarse en caso de una pandemia, como quedarse en casa en caso de fiebre.

Comunicarse con celebridades, personalidades importantes y líderes a los que hayan recurrido en pasadas campañas de comunicación y hacerlos participar. Se colaborará con ellos ahora para elaborar mensajes de preparación así como mensajes que puedan transmitirse acerca de los planes contra la influenza pandémica.

Crear materiales informativos, como notas descriptivas y comunicados de prensa que pueden ser usados por medios de comunicación, consultorios médicos, hospitales, escuelas y oficinas gubernamentales que expliquen qué es la influenza pandémica y cómo prevenirla, así como la diferencia entre otras afecciones respiratorias. Se deben dar sugerencias respecto a lo que el público puede hacer y lo que debe hacer. La acción ayuda a superar la sensación de impotencia.

Las notas descriptivas pueden presentarse en forma de preguntas y respuestas, preguntando y respondiendo a cuestiones básicas: ¿Qué es la influenza estacional? ¿Por qué hay que preocuparse ahora por una posible influenza pandémica?

Los comunicados de prensa son notas cortas, que responden a preguntas —quién, qué, dónde, cuándo, cómo— para explicar y transmitir mensajes sobre las medidas que están tomando los funcionarios gubernamentales o sanitarios o que quieren que el público tome.

Se elaborarán anuncios de servicio a la comunidad para su impresión, difusión en televisión y radio, (según disponibilidad presupuestaria) y se explotará la gratuidad de las redes sociales para transmitir mensajes referentes a la prevención y la educación ahora y en el caso de que se declare una epidemia. Estos mensajes, si se destinan a la difusión radiotelevisiva, deben ser breves y destinados a promover una acción. Por ejemplo: el lavado de las manos es una buena manera de evitar muchas enfermedades; o recomendaciones sobre cuándo hay que quedarse en casa.

Decidir qué canales de comunicación se usarán para distribuir sus mensajes: correo electrónico, radio, internet, televisión, carteles, vallas publicitarias, correo directo, perifoneo. Encontrar la forma de llegar a poblaciones vulnerables y aisladas, incluidas las maneras de superar los retos relacionados con la tecnología, el idioma y la cultura. Se debe enviar a estos grupos concretos mensajes en su lengua, población guaraní parlante y otras lenguas como las indígenas. Incluya en la planificación a representantes de estos grupos para determinar las ideas lo que ellos creen que hará que los mensajes se capten en su comunidad.

Actualizar las listas de medios de comunicación y la información de contacto, buscando los mejores canales y los más fiables para llegar a los periodistas. Cuando sea apropiado, considerar medios no tradicionales.

Es importante implicar a los medios de comunicación ahora y colaborar con ellos para formar su capacidad profesional y sus conocimientos sobre el tema. La participación temprana de los medios de comunicación en su planificación puede ayudar a superar posteriormente las lagunas informativas.

Es conveniente planificar sesiones de capacitación de los medios de comunicación que incluyan simulaciones y determinar así el manejo de la información. Se debe ayudar a los periodistas a que comprendan las complejidades científicas acerca de los virus de la influenza.

Decidir cómo se afrontarán y se dará respuesta a los rumores sin demora. Es importante abordar por adelantado los informes que suscitarán temores infundados o expectativas



poco realistas. Llame a los periodistas tranquilamente para corregir los rumores. Establezca un calendario para informar a los periodistas y los editores tanto ahora como durante las etapas posteriores.

Fase de respuesta o pre epidémica

Ante un escenario en que los casos aumentan y se avizora una epidemia, se debe inculcar y mantener la confianza del público en el sistema de salud pública, y transmitir expectativas realistas sobre su capacidad de responder al brote inicial de una transmisión eficaz de un virus pandémico y controlarlo.

Aquí es importante suministrar información exacta, oportuna, coherente e integral acerca de las actividades de contención. Deseche los rumores, las inexactitudes y las concepciones erróneas y prevenir la estigmatización de los grupos afectados.

Actividades:

En esta fase se debe integrar al personal de comunicación en todos los debates con respecto al plan de contención y coordinar en las reuniones de Sala de Situación las tareas descritas en el plan de comunicación para, que a través del portavoz, se pueda hacer públicos los mensajes preparados. Se procurará garantizar la coherencia de los mensajes. Coordinar conferencias de prensa para mantener la transparencia y la credibilidad. Se ofrecerán sugerencias concretas de acción para el público y se detallarán los datos epidemiológicos existentes.

Sensibilizar al público respecto a los primeros síntomas, como la fiebre y la tos, y explicar cómo uno mismo puede controlar la fiebre.

Fase de epidemia declarada

Actividades:

Lograr una comunicación rápida entre las dependencias sanitarias y gubernamentales y reflejar la transparencia con el público para ganarse su confianza, es el objetivo primordial en esta página. Se debe transmitir al público mensajes coherentes acerca de la evolución de la pandemia, de manera completa, oportuna y transparente; reducir la morbilidad, la mortalidad y la perturbación social mediante una respuesta coordinada e identificar las inquietudes de los medios de comunicación y del público.

Actividades

En este escenario se deberá trabajar sin tregua a los efectos de cubrir las necesidades de emisión de información, poner en marcha medidas de mando y control de comunicaciones, como el sistema de notificación, la notificación a las autoridades internacionales, y el aviso a los medios de comunicación.

Al analizarse los datos y determinada la situación, el portavoz debe dar rápidamente la información al público, aunque sea de manera preliminar. Debe responderse abierta y rápidamente a las preguntas iniciales. La credibilidad depende de la reacción y la respuesta tempranas a un brote.

Informar al portavoz de las medidas de comunicación de crisis y brotes que deben aplicarse en conformidad con las normas implementadas en el Plan Nacional de Comunicación sobre Influenza.

Transmitir dos o tres mensajes preparados a los medios de comunicación al conocerse los primeros casos de transmisión entre seres humanos para que la ansiedad pública sea mínima y brindar información oportuna, precisa y actualizada. Los mensajes deben ofrecer sugerencias sobre lo que el público debe hacer: por ejemplo, quedarse en casa en el caso de tener fiebre alta, o dónde obtener más información.



Buscar mecanismos de asistencia de manera a evitar congestionamiento de servicios de salud y evitar portadas de diarios con grandes cabeceras haciendo alusión a inacción por parte del Ministerio de Salud o hacinamiento en los servicios, sin ocupación de las autoridades hospitalarias.

Dentro de este plan se contemplan las prácticas a ser emitidas a las instituciones educativas y religiosas con el fin de transmitir los pasos para la acción y reducir la inquietud. Deben saber con antelación que han de distribuir sus mensajes sobre lo que debe hacerse.

Colaborar con el sector de la salud privado, especialmente con los médicos, en los mensajes que darán al público, y con los agentes de atención de salud que ayudan a los enfermos.

Activar la vigilancia de las comunicaciones con los comunicadores del Estado a todos los niveles para realizar una vigilancia de rumores, inquietudes, actitudes y los casos reales.

Estar preparado para reunirse con un medio de comunicación posiblemente hostil. Recuerde tres cosas: no mienta, no tranquilice en exceso y reconozca las incertidumbres.

Los medios de comunicación querrán saber lo que el público debe hacer, lo que el gobierno está haciendo y cuándo se habrá acabado todo. No especule sobre cifras. Céntrese en el establecimiento de la confianza y la credibilidad.

Es importante hacer que los funcionarios gubernamentales de alto nivel se dirijan al público para promover la calma y reflejar el grado de interés. Puede ser necesario incluir al representante más importante del gobierno, dependiendo de la gravedad de la pandemia. Es esencial la capacitación en la comunicación de riesgos y crisis.

Crear un canal para que el público pertinente pueda llegar al gobierno para compartir puntos de vista, como una línea telefónica de asistencia urgente, una línea de radio transmisión, una página Web de Internet.

Continuar educando a los medios de comunicación, asegurándose de que comprendan los términos que se están usando, como “casos probables”. Al mismo tiempo, evitar la jerga y la terminología técnica al tratar con los periodistas.

Crear medidas para asistir a los adultos mayores y a las personas aisladas de modo que puedan recibir ayuda aunque no hayan contraído la enfermedad.

COMPONENTES DE COMUNICACIÓN

Elementos fundamentales de la comunicación en salud pública

Los buenos productos para la comunicación en el ámbito de la salud pública se ciñen a los puntos que captan la atención de las personas, mediante mensajes novedosos, atractivos, simples y directos. Esto hace que la información entregada llegue con más facilidad y por sobre todo que sea aprendida por los receptores de la noticia.

Atraen la atención

Los productos eficaces para la comunicación atraen la atención. Eso se logra yendo al punto central rápidamente y usando argumentos persuasivos, hechos e imágenes emotivas.

Aclaran el mensaje

Una vez que usted ha captado la atención de la gente, tiene que aclarar lo que quiere decir.
¿Qué significa esa cifra? ¿Quiénes corren riesgo? ¿Cuál es el costo de no hacer nada?
¿Cómo se puede hacer algo?

Explican los beneficios



Este es uno de los errores más comunes en la comunicación. Debemos ser **EXPLÍCITOS** acerca de los beneficios para nuestro público, por ejemplo, diciendo: “su niño crecerá sano” o “esto lo protegerá a usted y a su familia”, etc.

Son congruentes

Debemos ser congruentes con respecto a todo el contenido, los hechos y los llamamientos a la acción. Se debe mantener la congruencia a lo largo del tiempo y en todos los sectores. Ser incongruentes daña la reputación y la credibilidad con mucha rapidez, y socava nuestra capacidad para hacer nuestro trabajo incluso en otras áreas de interés.

Se dirigen al CORAZÓN y a la CABEZA

Por lo general sabemos examinar bien el contenido de nuestras comunicaciones. ¿Son correctos los hechos? ¿Están respaldados por pruebas o hay acuerdo con respecto a ellos? Pero también tenemos que acordarnos de prestar la misma atención a las necesidades emocionales de nuestro público. La gente escucha con los ojos, los oídos y el corazón. Los temas y los mensajes que llegan al corazón de la gente o que resultan conmovedores tienen mayores probabilidades de ser escuchados y comprendidos, y de inducir una reacción, lo que lleva a la acción y al cambio.

Fomentan la confianza

Un contenido técnico sólido, el respeto de los valores de los destinatarios, la credibilidad de la Institución o del mensajero y las expresiones de preocupación por los demás fomentan la confianza. Anunciar una situación enseguida, ser transparentes y estar disponibles para ofrecer aclaraciones fomenta la confianza. Las expresiones genuinas de preocupación por los demás y de empatía también ayudan a mantener la confianza.

Llaman a la acción

Todas las comunicaciones de salud pública **DEBEN** contener un llamamiento a la acción. Por ejemplo: “vacune a su hijo”, “use condón”, “llame al servicio de urgencia”, “consulte a su médico”, etc.

Estos consejos se aplican a todas las formas de comunicación, llámense afiches, folletos, videos, entrevistas, etc.

El relacionamiento con los periodistas

El rol del vocero oficial que se constituye en comunicador de riesgo es traducir la información de una manera sencilla y clara para que la población la entienda.

Primero, el comunicador debe entender la información y su mensaje, y planear los mensajes claves, lo recomendable es que no pase de tres.

- Use el tiempo previo a la entrevista para obtener datos de antemano para clarificar sus ideas. Pregunte al periodista cuál es el interés principal del tema, el formato, si hay otros invitados (quién).
- No hay nada “extraoficial”: no cuando el periodista hace una pausa y usted siente la necesidad de agregar detalles que finalmente son innecesarios a su respuesta, mucho menos si está acompañando al periodista a la puerta.
- Identificarse claramente con nombre, cargo y organización; use una camisa o chaqueta con el logotipo de la institución visible a la cámara; vístase de acuerdo al momento (si está en hospitales no use ropa ni joyas, si está haciendo trabajo de campo, vístase como se vestiría para el trabajo de campo).

Elaboración de mensajes

Se tomarán en cuenta los siguientes criterios para la elaboración y difusión de los mensajes que se produzcan, de manera a que se garanticen no sólo la recepción oportuna y



pertinente, sino, la incidencia en el desarrollo de comportamientos específicos a nivel individual, familiar y social, por ello es necesario:

- a) Identificar a las personas que deben estar informadas, mediante el uso de pautas o protocolos de comunicación.
- b) Identificar el público al que se dirige la información y conocer los canales que le son más cercanos para producir piezas que respondan a esas necesidades – se elegirán canales de distribución confiable, certificada.
- c) Validar los lenguajes, canales y medios a utilizar, con la misma comunidad y promoviendo la realización de piezas comunicacionales propias.
- d) Elegir adecuadamente el momento en el cual se emite cada mensaje para preparar las recomendaciones acordes con las fases de la pandemia.
- e) Informar al público dentro de las 24 horas de detectada una situación anómala.
- f) En esa información debe quedar claro que “No lo sabemos todos: en cuestiones como la salud los resultados pueden ir cambiando, eso es normal, siempre y cuando se advierta que eso puede ocurrir”
- g) Tener unidad de enfoque y de campaña, con el objeto de que gracias al manejo unificado del tono de la comunicación, la concepción y la estructura se hable el mismo lenguaje. Esto será igual tanto para el mensaje interno como para el externo.
- h) Identificar qué piensa, qué siente y cómo actúa la gente para poder establecer piezas de comunicación que lleven información en función de estos datos.
- i) Identificar aquellos personajes visibles, de responsabilidad y confianza para los diferentes públicos que deben transmitir información a tiempo – mensajes de pares, referentes sociales, comunitarios, culturales, líderes naturales de la comunidad.
- j) Evitar ser triunfalista o menospreciar la situación: no es prudente enviar mensajes del tipo – aquí no ha pasado nada y no hay que preocuparse o decir que estamos a las puertas de un evento incontrolable. Cada mensaje deberá ser lo más realista posible, informando la situación y proponiendo acciones que pueden emprender las personas involucradas.
- k) Utilizar información técnica, veraz y entendible.
- l) Los mensajes deben ser positivos, aún en la adversidad.
- m) El entrevistado debe mantener la calma en todo momento.
- n) Siempre: debe haber un comunicado escrito.
- o) Deben anticiparse las preguntas críticas y tener respuesta clara.
- p) Entregar información rápida, buena, completa, suficiente y sincera, (establecer un horario, si es preciso).
- q) En lo posible, entregar material de apoyo (fotografías, boletines, recomendaciones).

La construcción de los mensajes deberá utilizar como columna vertebral de todos los mensajes emitidos la propuesta de la OMS de apelar a las 7C, a saber:

1. Captar la atención.
2. Ser Claros en el mensaje
3. Comunicar presentando un beneficio.
4. Lograr Consistencia en el mensaje.
5. Conectarse con el corazón y razón.
6. Crear confianza.
7. Clamar por la acción.

Cada mensaje clave puede escribirse como una declaración, luego provea evidencias que respalden la declaración, luego haga un resumen usando de nuevo la declaración original. Cada mensaje clave debe ser resumido entre 11 y 17 palabras (una cita corta); esto porque



los secretarios de redacción o periodistas cortan la información innecesaria y usan lo que quieren. Si les da menos información, pero enfocada justamente a lo que usted quiere transmitir, probablemente se usarán los mensajes que usted desea.

- Durante una entrevista, no llene el espacio al aire que queda al final de la declaración, cuando el reportero continúa con el micrófono en alto. Deje de hablar cuando termine de hacer el resumen de su declaración.
- Lleve un registro de sus mensajes clave monitoreando los informes de los medios de comunicación en coordinación con la Dirección General de Comunicación en Salud.
- Preste mucha atención a la pregunta y no se apure para dar una respuesta, especialmente para una entrevista grabada. Puede tomarse su tiempo para analizar cuidadosamente la pregunta y responda haciendo un puente a su mensaje clave.
- Cuando le realizan la entrevista de manera muy crítica a toda lo que está informando, practique autocontrol, sea profesional y esfuércese por personificar la misión de su institución en su respuesta.
- Diga la verdad, hable y actúe con integridad.
- Forje diálogos constructivos: No le dé vuelta al asunto, o perderá credibilidad con su audiencia.
- Anticipe las preguntas y esté preparado.

Manejo de situaciones hostiles

- Reconozca el ambiente de hostilidad.
- Practique autocontrol.
- Esté preparado.
- Sea enfático y compasivo.
- Monitoree sus respuestas en coordinación de la Dirección General de Comunicación en Salud.
- Entienda los motivos detrás de la hostilidad.
- Mantenga control sobre los intercambios de ideas volátiles; no se vuelva defensivo.
- Evite poner a las personas nerviosas, tímidas, arrogantes o agresivas en situaciones de entrevista.

CONSEJOS PARA EL TRABAJO CON LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

En el manejo con los medios de comunicación debe buscar mensajes que deban motivar a los periodistas a replicar en sus respectivos espacios.

Recuerde estas 10 reglas de oro para lograr una comunicación eficaz:

1. Nunca mienta.
2. Nunca diga: “No tengo ningún comentario”.
3. No existen los comentarios “off de record”.
4. Sea conciso, vaya al grano y piense siempre en su público.
5. Manténgase calmado y seguro, y mantenga el control de la situación.
6. Use un lenguaje sencillo y evite la jerga.
7. Tenga calor humano y sonría cuando corresponda.
8. Está bien decir: “No sé, pero se lo averiguaré”.
9. No especule.
10. Cuidado con las tácticas de los periodistas.

Lo que los periodistas quieren

Los periodistas quieren:



Cifras, cifras, cifras... (“actualizadas” y “fiables”);

Algo nuevo;

Algo inesperado, sorprendente o que vaya contra la corriente;

Que les contesten las llamadas con rapidez;

Acceso a un experto o vocero que “vaya al grano”;

Material informativo y hasta adaptado para medios

Buenas citas, análisis e información actualizada;

Fotos y videos;

Relatos de interés humano o notas coloridas.

Una manera de colaborar con los medios de comunicación y lograr que se difunda un mensaje claro es preparar citas breves, es decir, frases cortas, focalizadas y claras que sean fáciles de repetir y que la gente recuerde después de escucharlas.

Preparar citas breves le ayudará a focalizar su mensaje y a llegar a su público.

Usan un lenguaje sencillo, sin jerga;

Usan verbos positivos, activos y audaces;

Se adhieren a la regla ideal de 27/9/3:

› 27 palabras,

› 9 segundos,

› 3 mensajes;

Están dirigidas a personas de un nivel de cuarto a sexto grado; contienen acción y emoción; no usan el humor; contienen una analogía o ejemplo memorable; y han sido ensayadas una y otra vez para que fluyan naturalmente de su boca.

Cómo elaborar materiales y productos para la comunicación

El funcionario de prensa institucional deberá recurrir siempre a la información oficial dada por el organismo técnico correspondiente para abordar temas específicos, llámese datos epidemiológicos, suministro de reactivos para análisis laboratoriales, stock de medicamentos, consultas e internaciones, etc.

Para la elaboración de la noticia debe utilizarse el recurso periodístico por excelencia. La pirámide invertida, que es una estructura que sugiere escribir organizando la información con los datos presentados de mayor a menor importancia a través de la respuesta a las denominadas 5W (del inglés): qué (what), quién (who), cuándo (when), dónde (where), por qué (why) y cómo (how). Esta estructura trata de mantener la atención del receptor de la información, dosificando los puntos de interés.

También la pirámide invertida es la representación gráfica, el esquema, el mapa del modo correcto de escribir noticias. Se usa una pirámide invertida para contraponer a la pirámide normal, que es la representación gráfica de géneros de ficción: el cuento, la novela, la pieza teatral. En general, la pirámide invertida reconoce tres tramos: Clima, Interés secundario y Detalles.

Esta estructura encorseta excesivamente el estilo del periodista haciéndolo monótono y estereotipado. Es un riesgo que hay que correr dado que, en compensación, ofrece evidentes ventajas.

Por ejemplo, primero es el título (letra grande), después la entrada (letra mediana), hacia el final el cuerpo de la noticia (letra pequeña).

La noticia directa

La noticia directa con estructura de pirámide invertida cuenta con dos grandes partes:

- El lead o entrada, (para otros entradilla y también bajada), es el primer párrafo y donde se escribe la idea básica de la noticia.



- El cuerpo, es el que contiene el resto de la información.

El cuerpo de la noticia, a su vez, se divide en:

- 1) Segundo párrafo: suele llamárselo apoyo y desarrollo del encabezamiento por considerarse que el primer párrafo es el encabezamiento de la noticia. Tiene como función completar la idea presentada en la entrada y ampliar algunos aspectos de ésta.
- 2) Desarrollo: se desgranar los datos en orden decreciente a su importancia.
- 3) Remate: es el último párrafo donde irá una idea secundaria.

La pirámide invertida está dividida en tres partes, la primera dice título (letra grande), la segunda subtítulo (letra mediana), y la tercera, cuerpo de la noticia (letra más pequeña).

Las noticias, entonces, se escriben en orden decreciente de importancia. Los datos más importantes van en la base o parte más ancha de la pirámide. Los también importantes pero subordinados respecto de la cabeza van en la parte media, y los menos importantes, llamados datos iniciales, en la última parte. La razón no es caprichosa. Esta estructura de redacción permite facilitar la lectura. En uno o dos párrafos informa la esencia del hecho contestado todas o algunas de las preguntas básicas: qué, quién, dónde, cómo, cuándo, por qué.

Brinda un servicio eficaz a los lectores apurados que, en pocos minutos, pueden reconocer todas las noticias y tener una idea sucinta de los sucesos del día.

Responder a las preguntas del lector en un orden lógico y con fuerza suficiente como para invitarlo a seguir la lectura. Es evidente que el periodista o comunicador del Estado, al descartar toda la fuerza de los hechos en el arranque, crea una expectativa mayor que si redacta la noticia empezando por sus detalles triviales. En este género, el lema es “lo importante primero”.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

La Dirección General de Comunicación en Salud se encargará del monitoreo de las actividades de movilización institucional que se programen, así como será la encargada de la correcta entrega del material informativo a las entidades del sector Salud y a los medios de comunicación, y verificará que a nivel nacional se sigan los lineamientos establecidos en el presente Plan de Comunicación.

También será la encargada de recibir los documentos técnicos y plan de comunicación elaborados sobre epidemias, de las Direcciones de Salud y las Regiones Sanitarias, para su revisión y aprobación.

Monitoreo de informaciones

De igual manera, la Dirección General de Comunicación, mediante la oficina de Monitoreo de Medios, elaborará informes periódicos sobre noticias relacionadas a influenza, las clasificará en positivas, negativa o neutras, y realizará un seguimiento de las redes sociales para conocer el impacto de la epidemia y el manejo de la información.

Coronavirus

- Informar a la población sobre los riesgos y medidas de protección, y prevención en caso de tener contacto con personas que hayan estado en zonas de circulación del virus.
- Informar a la población sobre los síntomas del coronavirus, en especial para viajeros internacionales.
- Transparentar la información de las autoridades dirigidas a la población informando sobre los elementos de incertidumbre asociados a los riesgos.



- Difundir los datos de contacto con centros de atención del ministerio de salud y del sistema de vigilancia.

Audiencias	Mensajes claves	Canales	Productos
<p>Personal de salud</p> <p>(escenario de brote)</p> <p>Sin brote, tener los cuidados estándares y habituales de seguridad hospitalaria y del paciente.</p>	<p>Implemente precauciones estándar como el lavado de manos y el uso correcto del equipo de protección personal estándar (EPP) (como guantes de examen, máscaras quirúrgicas y batas) para todos los pacientes en todo momento. Dado que 2019-nCoV es inicialmente difícil de distinguir de muchas otras enfermedades respiratorias, esto es esencial para proteger a los trabajadores de la salud y a los pacientes de las infecciones. También evitará la transmisión de muchas otras enfermedades.</p> <p>Al tratar pacientes sospechosos o confirmados de 2019-nCoV, se puede requerir una medida adicional. El EPP recomendado por la OMS para los trabajadores de la salud incluye guantes, gafas, mascarilla, exfoliantes y bata. Se debe usar una mascarilla (N95 o superior) al realizar procedimientos generadores de aerosoles.</p> <p>El médico privado debe saber que si su paciente viene de China, debe informar inmediatamente al servicio público para que desde ahí se proceda al aislamiento.</p> <p>-¿Los profesionales de la salud, ¿corren riesgo de contraer un nuevo coronavirus?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sí, puesto que tienen más contacto con pacientes que la población general. La OMS les recomienda que respeten en todo momento las medidas de prevención y control de las infecciones. 	<p>Redes sociales</p> <p>Canales internos del Ministerio de salud</p>	<p>Flyers para redes sociales y canales internos</p> <p>(reuniones informativas, grupos de WhatsApp, e-mail)</p>
<p>Población en riesgo</p> <p>-</p>	<p>Evite el contacto cercano sin protección con cualquier persona que desarrolle síntomas similares a los del resfriado o la gripe y busque atención si tiene fiebre, tos y dificultad para respirar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si Ud. viene de una zona donde está confirmada la transmisión (China), al tener síntomas respiratorios, para su seguimiento. 	<p>Aeropuertos Puertos Redes sociales</p> <p>(Ciudad del este – Asunción)</p> <p>Medios de comunicación</p> <p>Redes sociales</p>	<p>Póster impresos</p> <p>Redes sociales</p>



<p>Población en general</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Protéjase a sí mismo y a los demás de enfermarse: - lávese las manos - después de toser o estornudar - cuando cuida a los enfermos - antes, durante y después de preparar la comida - antes de comer - después de usar el baño - cuando las manos están visiblemente sucias - después de manipular animales o desechos animales #coronavirus - Para autorreportes en caso de tener síntomas respiratorios y haber viajado hace un mes o menos a zonas donde circula el coronavirus, llamar al - El Ministerio de Salud recuerda la notificación obligatoria de casos sospechosos de #coronavirus por parte del personal de salud al Centro Nacional de Enlace del Ministerio de Salud 	<p>Redes sociales</p> <p>Medios de comunicación</p>	<p>Mensajes claves difundidos a través de redes sociales</p>
<p>Medios de prensa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Preguntas y respuestas frecuentes sobre el coronavirus. - https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/q-a-coronaviruses?fbclid=IwAR1Y2ZhrcRsSL6t1babz-XIH2g_XWoiLodHrSeSaQhJkwmn5_9KILnHLC4s 	<p>e- mail</p> <p>grupo de WhatsApp</p> <p>Redes sociales (twitter)</p>	<p>Comunicados</p> <p>Reportes de situación</p> <p>Mensajes claves (preguntas y respuestas)</p>

¿Cómo se está preparando el MSPyBS para el Coronavirus?

- La OPS está trabajando con el Ministerio de Salud para detectar tempranamente, aislar y cuidar a pacientes infectados con el nuevo coronavirus, ante la posibilidad de recibir viajeros provenientes de países donde hay transmisión del virus.
- El Ministerio de Salud está tomando todas las medidas necesarias ante casos sospechosos y/o confirmados de coronavirus, para contener y responder a la situación.
- Toda la transmisión de persona a persona ha sido en familias cercanas y en entornos de atención médica.



- Para las personas que puedan estar preocupadas por haber estado en contacto o tener el nuevo virus: “Como le aconsejamos en cualquier momento, si tiene fiebre, tos y dificultad para respirar, busque atención médica temprana y comparta el historial de viajes anterior con su médico”.
- Si bien la OMS no recomienda restricciones a los viajes o el comercio en relación con este evento, estos son asuntos para los gobiernos nacionales, teniendo en cuenta sus contextos específicos.

Vocería

- Dr. Luis Roberto Escoto, Representante de la OPS/OMS en Paraguay.
- Por el Ministerio de Salud, el Ministro, Dr. Julio Mazzoleni.
- Profesionales epidemiólogos autorizados por la máxima autoridad sanitaria.

Monitoreo de medios

- Seguimiento de noticias relacionadas en medios locales e internacionales
- Clipping de medios con noticias.
- Identificar fake news y alertar al equipo técnico.



COMPONENTE C: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y LABORATORIAL:

SISTEMA OPERATIVO POR FASES

I. FASE DE CONTENCIÓN

a) ALTO RIESGO DE CASOS IMPORTADOS

Vigilancia Epidemiológica, Respuesta Rápida y Laboratorio:

Vigilancia Humana

1. Vigilancia intensificada en puntos de entrada al país, adaptar, si es necesario, la definición de caso.
2. Activar los Equipos de Respuesta Rápida a nivel nacional.
3. Aumentar de la capacidad de vigilancia y seguimiento de viajeros de zonas de riesgo.
4. Organizar las actividades de vigilancia de puertos, aeropuertos y fronteras, así como la hospitalaria y de control de infecciones intrahospitalaria, inicialmente en capital y extender a regiones de frontera y todo el país.
5. Mantener el sistema de vigilancia en alerta para detección, notificación e investigación oportuna de brotes y de formas graves de infección respiratoria en personas oriundas de regiones o territorios afectados.
6. Incorporar a COVID-19 en Vigilancia rutinaria, a través de la plataforma de la Vigilancia Centinela de ETI e IRAG.

Vigilancia Laboratorial

1. Establecer las pruebas diagnósticas en el país.
2. Agilizar la provisión de reactivos e insumos para los laboratorios.
3. Capacitar nuevos técnicos de laboratorio para el diagnóstico del SARS CoV-19.
4. Recolectar y enviar la información necesaria para preparar o adaptar los reactivos de diagnóstico y las vacunas prototípicas.
5. Incorporar la vigilancia del SARS CoV-2 en el algoritmo de la Vigilancia Centinela de Influenza y otros virus respiratorios.

b) CASOS IMPORTADOS CONFIRMADOS EN EL PAÍS Y/O TRANSMISIÓN LOCALIZADA

Vigilancia Humana

1. Ampliar y adaptar las actividades del período de alerta pandémica al máximo grado y declarar la emergencia de salud pública de importancia nacional.
2. Asegurar el seguimiento de contactos de los primeros casos confirmados.
3. Notificar el progreso de la propagación, por medios apropiados, incluido el Reglamento Sanitario Internacional, como una emergencia de salud pública de interés internacional.
4. Ampliar la difusión de los protocolos para investigación de casos sospechosos y medidas a ser adoptadas.



5. Capacitar a especialistas que colaboraran en la investigación de casos sospechosos en cualquier punto del territorio nacional.
6. Intensificar al máximo grado las medidas de vigilancia para la detección temprana.

Vigilancia Laboratorial

1. Ampliar la capacitación de los profesionales de laboratorio sobre la correcta y necesaria utilización de los equipos para influenza (EPI) durante la pandemia.
2. Asegurar la provisión de EPI para todos los profesionales de laboratorio involucrados en el análisis de las muestras del virus pandémico.
3. Capacitar a laboratorios de la Red para la adecuada toma de muestra y envío seguro al Laboratorio de Referencia Nacional.
4. Asegurar la provisión de insumos a los laboratorios de la red regional.
5. Intensificar el intercambio de información y cepas con la OMS y otros laboratorios internacionales para la obtención de paneles con cepas pandémicas.

II. FASE DE MITIGACIÓN

c) TRASMISIÓN COMUNITARIA SOSTENIDA*

Vigilancia Humana

1. Pasar exclusivamente a la Vigilancia a través del Programa de Vigilancia Centinela de Enfermedad Tipo Influenza e Infección Respiratoria Aguda Grave.
2. Monitorear el curso de la Pandemia a través de la Vigilancia Sindrómica por planilla semanal, con datos agregados de la notificación de los casos por regiones sanitarias y de acuerdo a grupos etarios.
3. Evaluar los parámetros de Trasmisibilidad, Severidad e Impacto utilizando la plataforma establecida en la Vigilancia Centinela de ETI e IRAG, a través de PISA.
4. Colaborar con las organizaciones internacionales y países fronterizos en la notificación de la información.
5. Informar semanalmente la información integrada epidemiológica y virológica a través de las plataformas FLUId y FLUMart a la OMS/OPS.

Vigilancia Laboratorial

1. Una vez comprobada la transmisión comunitaria, pasar a la modalidad Centinela y tomar las muestras según cuota semanal (5 a 10 muestras por semana por Centro) establecida para los Centros Centinelas de ETI y las IRAG según protocolo establecido en la Guía Operativa para la Vigilancia Centinela de ETI e IRAG.
2. Informar semanalmente la información virológica a través de la plataforma FLUnet a la OMS/OPS.

***Trasmisión Comunitaria sostenida:** Se define como la incapacidad de relacionar casos confirmados a través de una cadena de transmisión,



La identificación de 5 muestras positivas para SARS CoV-2 detectadas a través de la Vigilancia Centinela. (es decir de muestras no conectadas a ninguna cadena de transmisión conocida).

ESTRATEGIAS

I. FASE DE CONTENCIÓN: Vigilancia Intensificada

- a) ALTO RIESGO DE CASOS IMPORTADOS**
- b) CASOS IMPORTADOS CONFIRMADOS EN EL PAÍS Y/O TRANSMISIÓN LOCALIZADA**

En la Fase de Contención se implementará la Vigilancia Intensificada en:

- Viajeros procedentes de zonas de riesgo, siguiendo el protocolo para **Puntos de Entrada al país.**
- **Vigilancia Basada en Eventos:** Investigación de rumores, autorreportes.

1. DEFINICIONES DE CASOS:

1.1. Caso a Investigar: Se investigará a toda persona proveniente de zona/s de riesgo. (transmisión localizada)

1.2. Caso Sospechoso:

1.2.1.- Toda persona con enfermedad respiratoria aguda (Fiebre y al menos un signo o síntoma de enfermedad respiratoria: Tos o dificultad respiratoria), Y con historia de viaje o residencia en los países o territorios que reportan transmisión localizada de COVID-19, en los 14 días previos al inicio de síntomas.

1.2.2.- Cualquier persona con enfermedad respiratoria aguda y que esté o haya estado en contacto estrecho con un caso sintomático confirmado o probable en los 14 días previos a la aparición de síntomas.

1.2.3.- Durante esta fase, además se investigará: Toda persona que presente una Infección Respiratoria aguda Grave **Y**, se encuentre **hospitalizada en UCI en uno de los Centros Centinelas**, **Y** cuyas pruebas para detección de virus estacionales resultaran negativas.

Se define **contacto** como:

Cualquier persona que haya participado en cualquiera de las siguientes:

- Brindar atención directa sin el equipo de protección personal (EPP) adecuado para pacientes con COVID-19.
- Permanecer en el mismo entorno cercano de un paciente COVID-19 (incluido el lugar de trabajo, el aula, el hogar, las reuniones).
- Viajar juntos en estrecha proximidad (1 m) con un paciente COVID-19 en cualquier tipo de transporte dentro de un período de 14 días después del inicio de los síntomas en el caso bajo consideración.



- 1.3. **Caso Probable:** caso sospechoso cuyos resultados de laboratorio para SARS CoV-2 son no concluyentes o solo son positivos para una prueba genérica de coronavirus.
- 1.4. **Caso Confirmado:** Toda persona con confirmación por PCR de screening positiva y PCR de confirmación en un gen alternativo al de screening también positiva para SARS-CoV-2.
- 1.5. **Caso descartado:** caso en investigación cuyas pruebas de laboratorio resultan negativas para detección del SARS CoV-2.

PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE CASOS

3.1.- Fuentes probables de ingreso de la notificación:

- ✓ **Puntos de Entrada:**
- ✓ **Reporte por Profesional de Salud del Sistema Público, Privado o Mixto:**
- ✓ **Autorreporte**

3.2.- Los casos sospechosos **se notificarán, de forma urgente** a la **Guardia Epidemiológica** y ésta al **Centro Nacional de Enlace (CNE)** del Ministerio de Salud Pública, quien verificará el cumplimiento de definición de caso sospechoso.

3.3.- El CNE activará al **Equipo de Respuesta Rápida (ERR)**, quien procederá a realizar la evaluación de riesgo y llenará el formulario de caso sospechoso bajo investigación. **(Anexo 1**

3.4.- El ERR, además, realizará el levantamiento del censo de contactos.

3.5.- De acuerdo al resultado de la evaluación clínica y de riesgo, se clasificará al caso sospechoso bajo investigación en: **(Anexo 2)**

- a) **Paciente con criterios de gravedad:** El paciente será trasladado al Centro de Referencia Nacional INERAM para su atención clínica, toma de muestra y hospitalización en aislamiento.
- b) **Paciente sin criterios de gravedad clínico Y CON riesgo Social:** El paciente que no presenta signos clínicos de gravedad, pero en la evaluación se identifica riesgo social, será trasladado al Centro de Referencia Nacional o al lugar donde las Autoridades de Salud Pública establezcan.
- c) **Pacientes sin criterios de gravedad y sin riesgo social:** Si el paciente no presenta gravedad o criterios para permanecer internado, el aislamiento podrá ser domiciliario. En este caso, el ERR visitará en su domicilio al paciente y procederá a la toma de muestra correspondiente.

3.5.- Vigilancia epidemiológica a nivel hospitalario universal:

3.5.1. **Detección de caso:** La detección de casos sospechosos se dará tras la alta sospecha clínica que pueda tener el personal de salud que atiende el caso, para lo cual es indispensable tener en cuenta y preguntar el antecedente de viaje. La consulta se puede dar en el servicio de urgencias o en consultorios de prestadores de salud.



3.5.2. Notificación: El médico tratante notificará en forma inmediata mediante la ficha de notificación de caso. Además, vía telefónica inmediata se notificará al epidemiólogo regional con el fin de iniciar la investigación de campo correspondiente a nivel comunitario u Hospitalar y coordinar el seguimiento de contactos.

Investigación de casos en transmisión a nivel hospitalario

La investigación epidemiológica del caso sospechoso de COVID-19 en personal de salud que atiende a casos hospitalizados o en personal de laboratorio que manipulan muestras clínicas de casos presuntos de COVID-19 se notificará en forma inmediata mediante la ficha de notificación de caso.

La investigación epidemiológica intrahospitalaria deberá ser realizada por el responsable de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria en conjunto con el Comité de Infecciones Intrahospitalarias de forma inmediata antes de las 24 horas posteriores a la detección del caso.

4.- DIRECTRICES PARA TOMA Y ENVIO DE MUESTRAS

Se recomienda realizar un diagnóstico diferencial completo, para descartar otras causas de neumonía.

Las muestras clínicas serán enviadas al Laboratorio Central de Salud Pública (LCSP) quienes se encargarán del envío al Centro de Control de Enfermedades (CDC) donde se realizará el diagnóstico de confirmación.

En simultáneo el LCSP, investigará los siguientes diagnósticos diferenciales: virus de Influenza estacionales (A/H1N1 2009, A/H3N2, B Yamagata y Victoria), virus de Influenza Aviar (H5N1 y H7N9), Otros virus respiratorios (VSR, Adenovirus, Parainfluenza y Metapneumovirus humano).

Las **muestras recomendadas** son:

4.1.- Muestras del tracto respiratorio:

- a. **Superior** exudado nasofaríngeo/orofaríngeo en pacientes ambulatorios.
- b. **Inferior** preferentemente lavado broncoalveolar, esputo (si es posible) y/o aspirado endotraqueal especialmente en pacientes con enfermedad respiratoria grave.

4.2.- Otras muestras: Se podrán extraer muestras adicionales como sangre, orina o heces.

4.3.- Pareja de sueros tomadas con al menos 14-30 días de diferencia, recogiendo el primer suero en la primera semana de enfermedad (fase aguda). Si se recoge solamente una única muestra de suero se debe tomar al menos 14 días después del inicio de los síntomas para poder confirmar la presencia de anticuerpos específicos.

4.4.- Otras muestras a considerar en casos no resueltos: Se pueden considerar otras muestras como la biopsia/autopsia (incluyendo muestras de pulmón), muestras de sangre completa, y muestras de orina. Estas muestras pueden ser analizadas posteriormente en caso



de requerirse una confirmación del caso o que se implementen otros protocolos de trabajo por la OMS.

Las muestras recomendadas pueden ser modificadas en función de la información disponible.

Las muestras clínicas deben ser tratadas como potencialmente infecciosas y se consideran de categoría B (deben ser transportadas en triple embalaje).

Para el transporte de las muestras es suficiente la aplicación de las precauciones estándar para esta categoría de muestras.

5.- SEGUIMIENTO DE CONTACTOS

5.1.- Se define **contacto estrecho** como:

- Cualquier contacto que haya proporcionado cuidados a un caso confirmado mientras el caso presentaba síntomas: trabajadores sanitarios que no utilizaron las medidas de protección adecuadas, o miembros familiares, o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar;
- Cualquier contacto (< 2 metros) que estuviera en el mismo lugar (ej. convivientes, visitas) que un caso confirmado mientras el caso presentaba síntomas.
- Pasajeros de un vuelo que hayan estado situados en un radio de dos asientos alrededor del caso bajo investigación sintomático durante el vuelo y a la tripulación y pasajeros que hayan tenido contacto con dicho caso.

5.2.- A todos los contactos se les recogerán los datos epidemiológicos básicos según formulario de seguimiento y monitoreo de contactos.

5.3.- Cualquier persona asintomática que cumpla la definición de contacto deberá ser informada y se iniciará una vigilancia activa.

No se recomienda tomar muestras de rutina de los contactos asintomáticos.

5.4.- **Todos los contactos que desarrollen alguna sintomatología durante su seguimiento, dentro de los 14 días siguientes a la exposición**, aunque no cumpla con los criterios clínicos de caso, deberán ser investigados para descartar infección por el SARS CoV-2 considerándoles caso sospechoso y deberá llenarse el formulario de notificación individual.

II. FASE DE MITIGACIÓN: Vigilancia Centinela de ETI e IRAG

c) TRASMISIÓN COMUNITARIA SOSTENIDA

Una vez confirmada la Trasmisión comunitaria sostenida se pasará a la modalidad de Vigilancia Centinela, utilizando la plataforma de la Vigilancia Centinela de ETI e IRAG, según protocolos establecidos para el efecto. (Guía Operativa para la Vigilancia Centinela de ETI e IRAG)



DEFINICIONES DE CASO:

Vigilancia Centinela de ETI e IRAG

Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Toda persona que manifieste un cuadro Respiratorio Agudo con:

- aparición súbita de temperatura axilar superior o igual a 38 °C y,
- tos o dolor de garganta,
- con inicio dentro de los últimos 10 días.

Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG): Toda persona de cualquier edad o sexo que presente un cuadro respiratorio agudo:

- con historia de fiebre o fiebre medida de ≥ 38 C°;
- y tos;
- con inicio en los últimos diez días;
- y que requiere hospitalización

TABLA 1

Ejes, Municipios y Establecimientos seleccionados como Unidades Centinelas de ETI e IRAG de Paraguay

Ejes	Centros
Sur	Hospital Regional de Encarnación
Norte	Hospital Regional de Pedro Juan Caballero
Centro Oriental	Hospital Regional de Ciudad del Este
	Hospital Regional de Coronel Oviedo
Centro Occidental	Hospital General de Barrio Obrero
	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente (INERAM)
	Instituto de Medicina Tropical (IMT)
	Hospital Central del IPS “Dr. Emilio Cubas”
	Hospital General Pediátrico “Niños de Acosta Nú”
	Hospital Nacional de Itauguá.

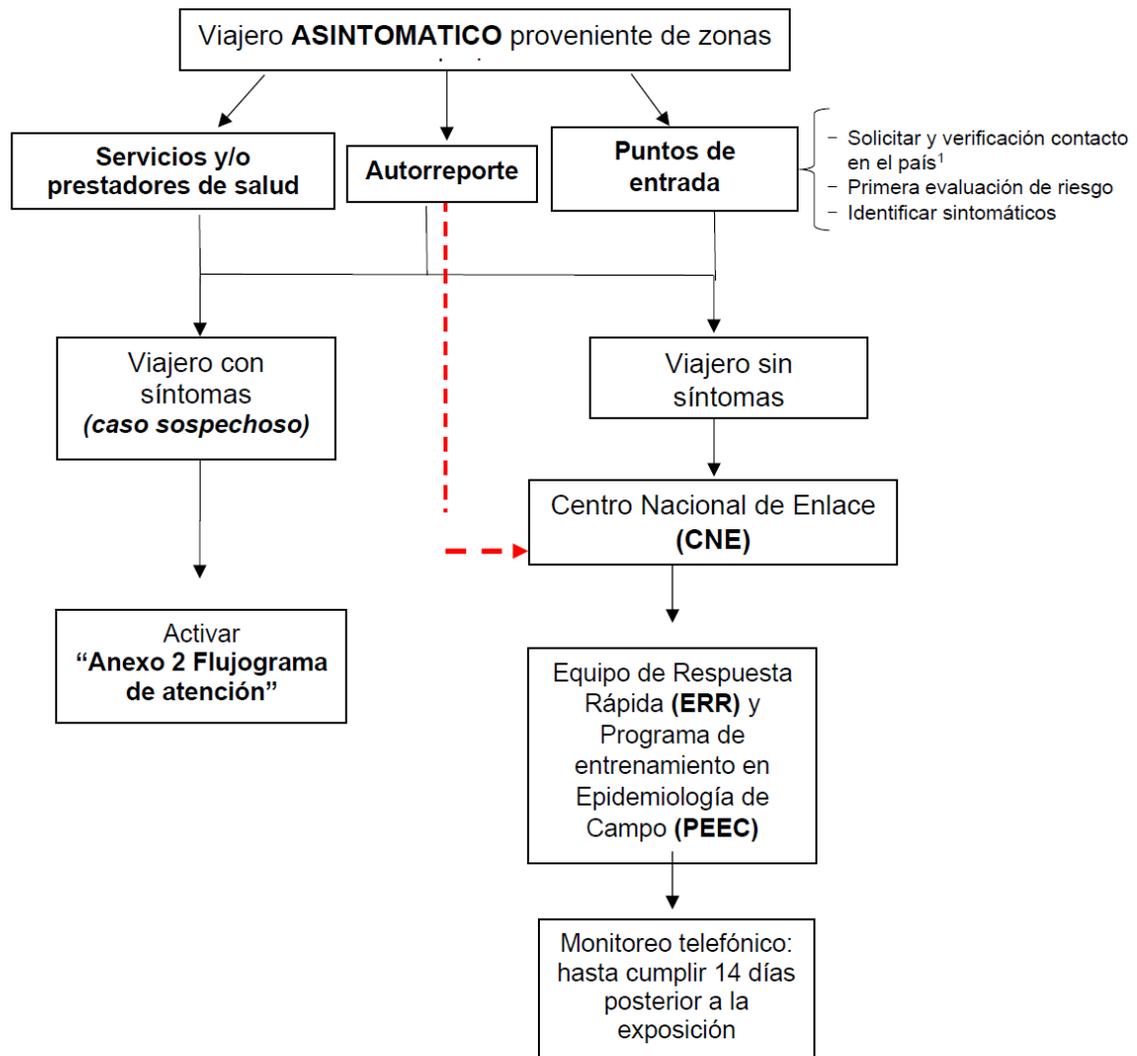


PROCEDIMIENTOS

En esta fase, se seguirán los lineamientos de la Vigilancia Centinela de ETI e IRAG, según protocolo establecido en la **Guía Operativa para la Vigilancia Centinela de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) e Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)**.

ANEXO 1

Flujograma de personas asintomáticas provenientes de zonas de Riesgo



Referencia

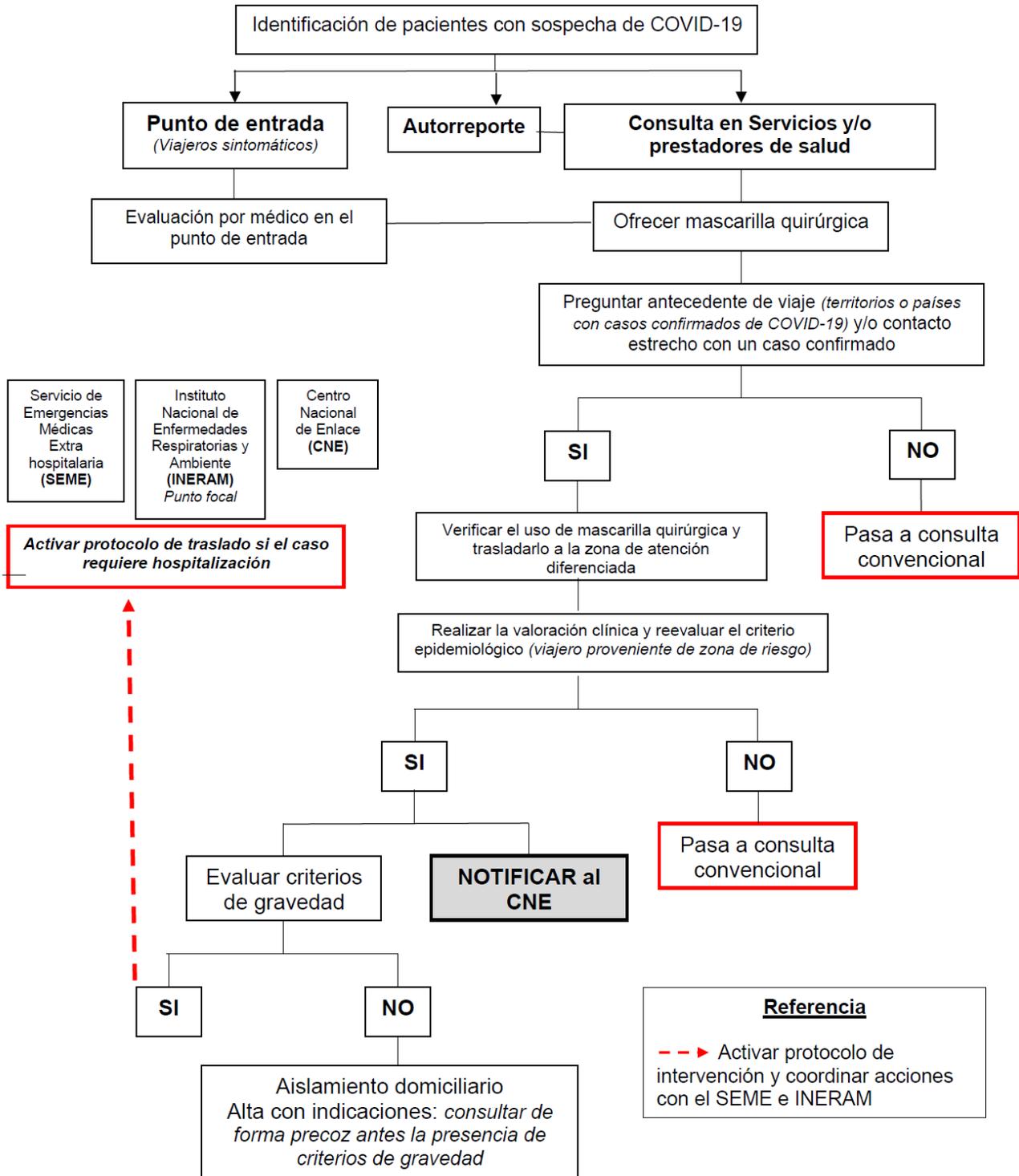
¹ El viajero debe aguardar la verificación de los datos de contacto (teléfono, hospedaje) antes de abandonar el aeropuerto

- - - ▶ En caso que el viajero no hable español se avisa al CNE y se aguarda traductor el tiempo que fuere necesario



ANEXO 2

Flujograma de atención caso sospechoso





ANEXO 3

Ficha de Notificación de caso sospechoso de COVID-19



(Marcar con una cruz según corresponda si – no)					
Factores de riesgo	Si	No	Factores de riesgo	Si	No
Cardiopatía crónica			Inmunodeficiencia por enfermedad o tratamiento		
Enfermedad pulmonar crónico			Enfermedad neurológica o neuromuscular crónica		
Asma			Síndrome de Down		
Diabetes			Obesidad		
Enfermedad renal crónica			Enfermedad hepática crónica		
Otros (especificar)					
Embarazada: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Trimestre de embarazo: _____ Puérpera: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Vacunación influenza: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de vacunación: ____/____/____					
4.- ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS					
¿Ha viajado o residido en una zona de riesgo conocida fuera del país en los últimos 14 días previos al inicio de síntomas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
¿Dónde?.....Desde / / Hasta / / (País y ciudad) Si ha visitado más de un sitio, liste todos los visitados en los últimos 14 días.					
Viajó en avión <input type="checkbox"/> Barco <input type="checkbox"/> Ómnibus <input type="checkbox"/> Compañía de Transporte:					
Asiento N°:..... Verificar Ticket de viaje: Verificado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de ingreso al país: / /					
¿Ha concurrido a un centro de salud que ha asistido casos confirmados por 2019-nCoV dentro de los 14 días previos al inicio de los síntomas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
En caso afirmativo, Nombre del centro: Ciudad: Fecha: / /					
¿Estuvo en contacto con animales dentro de los 14 días previos al inicio de los síntomas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Cerdos <input type="checkbox"/> Aves <input type="checkbox"/> Camélidos <input type="checkbox"/> Mercado de animales vivos					
Otros (especificar):					
¿Tuvo contacto cercano con personas con cuadro respiratorio dentro de los 14 días previos al inicio de síntomas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> En entorno asistencial <input type="checkbox"/> En entorno familiar <input type="checkbox"/> En entorno laboral Otros (especificar):					
¿Tuvo contacto estrecho con casos probables o confirmados dentro de los 14 días previos al inicio de síntomas?					
Apellido y nombre del caso: Documento N°:					
País y área en la que tuvo la exposición:					
5.-EXAMENES DE LABORATORIO					
Toma de muestra: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de recepción de la muestra: ____/____/____ Fecha de resultado: ____/____/____					
Tipo de Muestra:					
Hisopado nasal:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha de toma de muestra	____/____/____		
Hisopado faríngeo:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha de toma de muestra	____/____/____		
Aspirado nasofaríngeo:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha de toma de muestra	____/____/____		
Lavado Broncoalveolar :	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha de toma de muestra	____/____/____		
Aspirado Traqueal:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha de toma de muestra	____/____/____		
Sangre:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha de toma de muestra	____/____/____		
Tejidos (Biopsia/Autopsia):	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha de toma de muestra	____/____/____		
Otras muestras: Especificar..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de toma de muestra ____/____/____					



6.- CENSO DE CONTACTOS

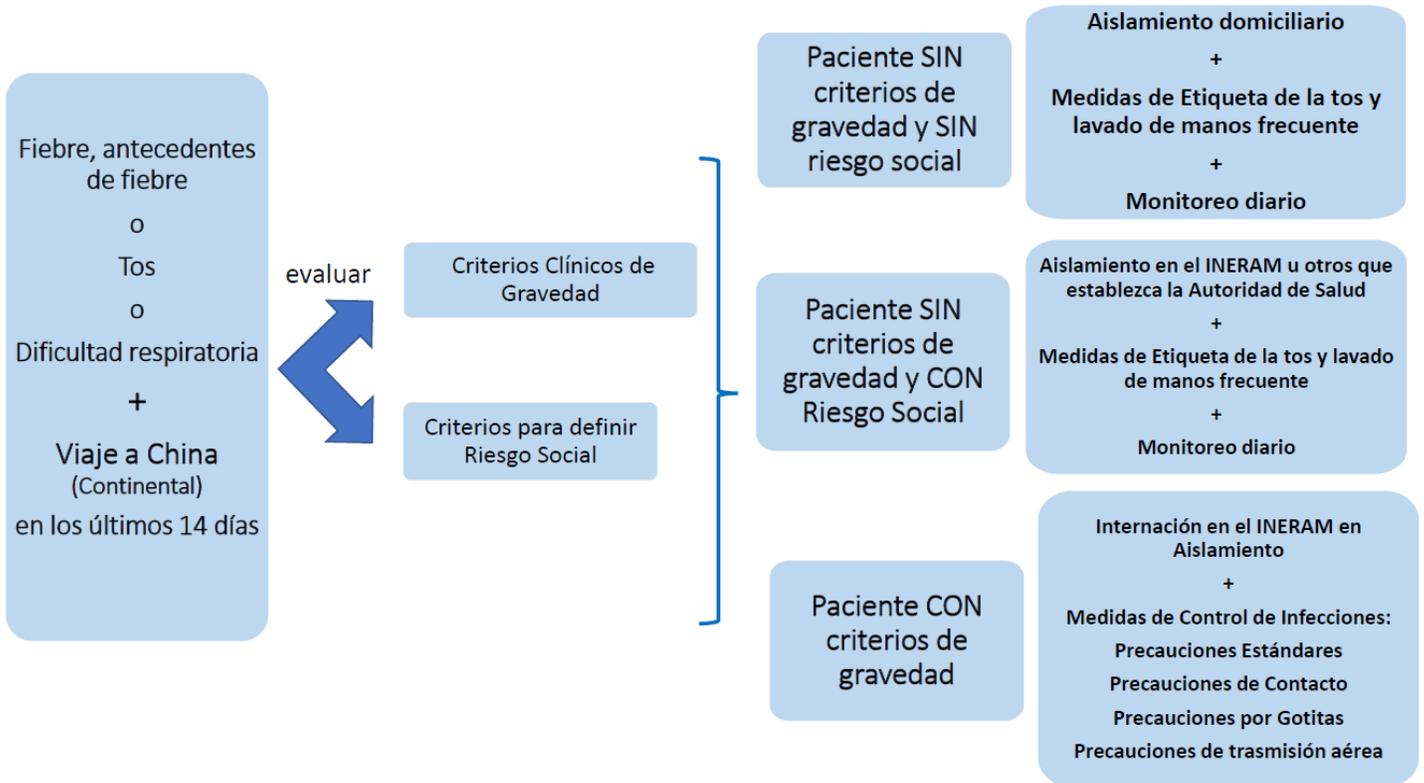
NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO N°	TELEFONO	DOMICILIO	FECHA DE ULTIMO CONTACTO	TIPO
OBSERVACIONES:					

Se define contacto estrecho como:

- Toda persona y personal de salud que haya proporcionado cuidados a un caso sospechoso probable ó confirmado mientras el caso presentaba síntomas y que no hayan utilizado las medidas de protección adecuadas.
- Cualquier persona que haya permanecido a una distancia < 2 metros, (ej. convivientes, visitas) con un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas.
- Se considera contacto estrecho en un avión a los pasajeros situados en un radio de dos asientos alrededor de casos sintomáticos durante el vuelo y a la tripulación y pasajeros que haya tenido contacto con dichos casos.



ANEXO 4 FLUJOGRAMA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CASO SOSPECHOSO



CRITERIOS PARA DEFINIR RIESGO SOCIAL

- Vivienda no posibilita el aislamiento del paciente: habitación individual bien ventilada y baño propio.
- Paciente poco colaborador y reacio al monitoreo diario.
- Paciente y/o familiares incapaces de aplicar de forma correcta y consistente las medidas básicas de higiene, prevención y control de la infección (Incluido presencia de cualquier déficit cognitivo, no manejar el idioma).
- Paciente vive solo o no tiene forma de comunicar signos de gravedad clínica en forma inmediata.

CRITERIOS DE GRAVEDAD CLINICA

- Dificultad respiratoria evidenciada por:
 - Disnea
 - Taquipnea
 - Aleteo nasal
 - Uso de músculos accesorios y/o quejido
 - Saturación por oxímetro de pulso <90%
 - Cianosis
 - Signos de deshidratación
 - Letargia, alteración de la conciencia o convulsiones
 - Sudoración profusa
 - Taquicardia
- En niños, además, rechazo alimentario.
- En pacientes con comorbilidad: Signos de descompensación de la comorbilidad.



ANEXO 5 PROCEDIMIENTOS DE TOMA DE MUESTRAS

Tipo de muestras

En los casos que impliquen un caso sospechoso bajo investigación, se harán hisopados nasales y faríngeos tanto para los adultos como para los niños de cinco años de edad o más.

Para los menores de cinco años, se recomienda el aspirado nasofaríngeo. También se recomienda el aspirado para los niños de cinco o más años y adultos graves, que presenten limitaciones para hacer el hisopado.

En caso de pacientes fallecidos por IRAG, se podrán tomar muestras de secreciones respiratorias dentro de las cuatro horas del fallecimiento y una muestra de 5cc de sangre.

Técnicas para la obtención de muestras

Hisopado nasal

1.- Deberán ser utilizados hisopos de rayón o de fibra de poliéster; no se deben utilizar hisopos de alginato de calcio ni de algodón, ni aquellos con palillos de madera.

Inclinar la cabeza del paciente.

2.- Insertar un hisopo seco en la fosa nasal y llevarlo hacia atrás, a la nasofaringe.

3.- Detenerse allí por unos segundos.

4.- Retirar el hisopo con movimiento rotatorio presionando contra el tabique nasal.

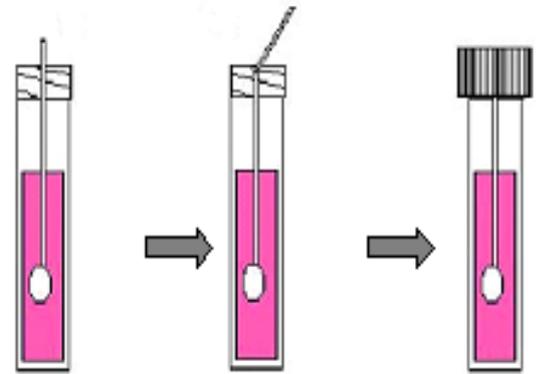
5.- Repetir lo mismo en la otra fosa nasal con el mismo hisopo.

6.- Una vez tomada la muestra de ambas narinas, introducir el hisopo en un tubo conteniendo 2-3 ml de medio de transporte viral.

7.- Romper el extremo del hisopo y cerrar el tubo herméticamente.

8.- Rotular correctamente las muestras.

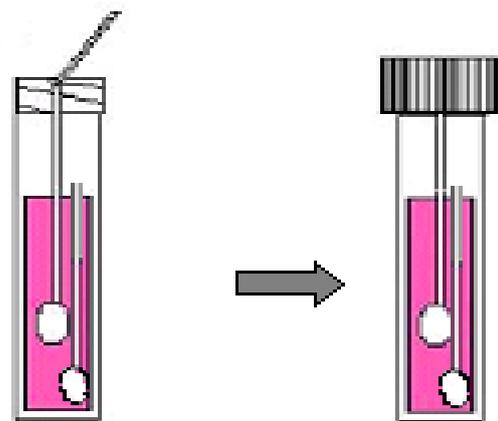
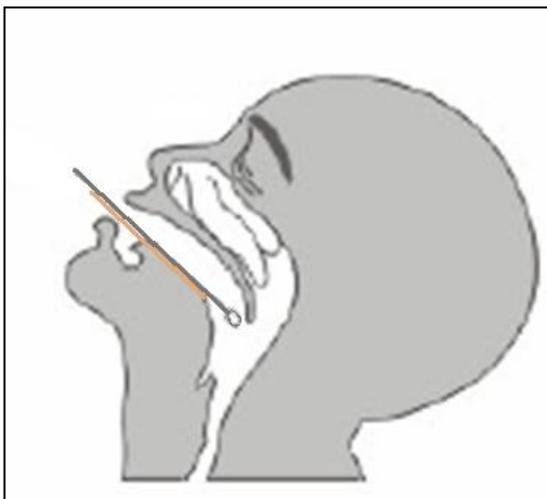
Figura 1: Obtención de hisopado nasal



Hisopado faríngeo

- 1.- Pedirle a la persona que abra la boca y bajar la lengua con el depresor;
- 2.- Con un hisopo, tomar una muestra de la faringe posterior, evitando el contacto con las amígdalas;
- 3.- Introducir el hisopo en el medio de transporte. Los dos hisopos (nasal y faríngeo) pueden incorporarse en el mismo medio de transporte.

Figura 2: Obtención de hisopado faríngeo

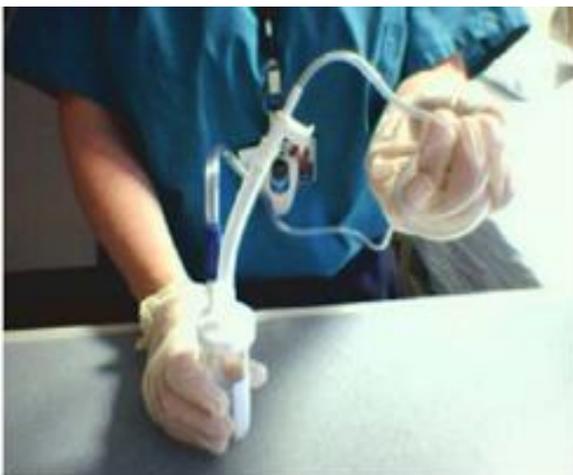




Aspirado nasofaríngeo

- 1.- Revisar la fecha de expiración del medio de transporte, tubo de aspiración y bomba de vacío.
- 2.- Romper el sobre que contiene el Kit de aspiración y conectar el final del tubo con diámetro menor a una sonda estéril.
- 3.- Medir con la sonda la distancia de la nariz hasta la base del oído; la mitad de esta distancia corresponde a la distancia entre la nariz y la orofaringe del paciente.
- 4.- Conectar el otro extremo de diámetro mayor a la bomba de vacío.
- 5.- Insertar la sonda por la fosa nasal del paciente.
- 6.- Retirar la sonda, girando suavemente.
- 7.- Repetir el procedimiento en la otra fosa nasal.
- 8.- Aspirar un volumen aproximado de 8-10 ml de solución tampón pH 7,2 frío a través de la sonda para arrastrar toda la secreción.
- 9.- Cambiar la tapa del tubo colector, identificar con los datos del paciente.

Figura 3: Obtención del aspirado nasofaríngeo





Muestras de sangre

Se tomarán en los casos de pacientes fallecidos por IRAG, la muestra para estudios serológicos es sangre (suero) y deberá ser colectada de la siguiente manera:

- 1.- Colectar de 5 a 10mL de sangre total utilizando una jeringa descartable.
- 2.- Pinchar directamente el tapón de goma del tubo vacutainer.
- 3.- Esperar que el contenido de la jeringa sea descargado en el tubo hermético.
- 4.- Descartar la jeringa en un contenedor rígido.

Figura 4: Manipulación de muestras de sangre



Manipulación, conservación y transporte de muestras

Las muestras de las vías respiratorias serán procesadas por técnicas de biología molecular, según protocolo recomendado por la OMS.

En condiciones ideales, las muestras respiratorias deberían mantenerse y enviarse refrigeradas al laboratorio (sin



congelación previa), en medio de transporte viral (MTV), junto con los formatos de recolección y dentro de las primeras 24 a 48 horas de colección.

El tiempo máximo de almacenamiento a 4°C es 48 horas. Si las muestras no pueden procesarse dentro de las primeras 48–72 horas, deben mantenerse (en lo posible) congeladas a -70°C.

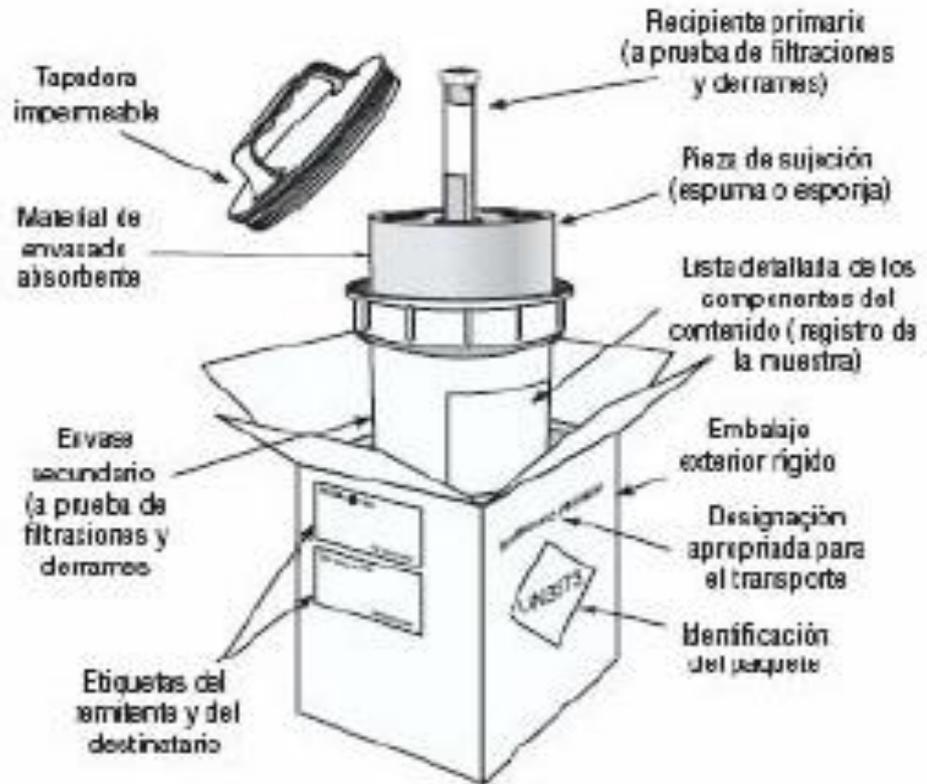
Se deben evitar los ciclos repetidos de congelación/descongelación que puedan generar pérdida de la viabilidad viral y daño en la integridad del ARN.

No almacene las muestras en congeladores domésticos (-20°C) con ciclos de congelación- descongelación (defrost); es preferible mantener una muestra a 4°C hasta por una semana, que someterla a cambios bruscos de temperatura (congelación/descongelación).

En cuanto al transporte de muestras

- 1.- Desinfectar el exterior de los tubos con hipoclorito de Sodio al 1% o alcohol al 70% inmediatamente después de extraer los especímenes clínicos.
- 2.- Colocar los tubos en bolsas de plástico y luego en un contenedor hermético.
- 3.- Mantener refrigerado el contenedor cerrado herméticamente hasta el momento de ser remitido al LCSP. Los especímenes deberán ser remitidos al LCSP dentro de las 72 hs.
- 4.- Las muestras se remitirán refrigeradas y empaquetadas en triple embalaje acompañadas de la ficha de notificación epidemiológica (Formulario I) debidamente llenada.
- 5.- La ficha de notificación se colocarán en bolsa de polietileno y fuera del contenedor de la muestra de tal manera a resguardarla de la humedad del refrigerante y de cualquier contacto accidental con la muestra. Tener en cuenta las guías de la OMS para el transporte seguro de sustancias infecciosas y muestras de diagnóstico. Seguir las normas locales para el traslado de material infeccioso

Figura 5: Empaquetamiento de muestras (Triple envase)



**AN
EX**

O 6

**FORMULARIO DE SEGUIMIENTO DE PERSONAS EN
AISLAMIENTO DOMICILIARIO**



Seguimiento de personas en asilamiento en el hogar. 2019-nCoV

Fecha de llamada o visita ____/____/____

Entrevistador _____

Nombre y apellido del caso: _____ ID del caso _____ (iniciales + CI)

Clasificación del caso:

- Caso sospechoso bajo investigación
- Persona asintomática proveniente de zona de riesgo
- Contacto de caso confirmado ID del caso confirmado _____ (iniciales + CI)

Datos epidemiológicos (primera visita de evaluación):

Fecha de arribo a Paraguay ____/____/____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Visitó la ciudad de Wuhan, China?	
Fecha de ingreso a Wuhan ____/____/____ Fecha de salida de Wuhan ____/____/____	
¿Visitó otras ciudades de China? <i>Agregar fecha de salida de la ciudad</i>	
¿Cuáles?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1 _____ Fecha ____/____/____ 2 _____ Fecha ____/____/____	
3 _____ Fecha ____/____/____ 4 _____ Fecha ____/____/____	

Evaluación de riesgo (primera visita de evaluación):

Vive solo/a	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Vive lejos de un servicio de salud	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Vive en hacinamiento o no tiene habitación propia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Maneja correctamente el idioma local (para el caso de los extranjeros)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Incapaz de cumplir con el aislamiento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Tiene alguna enfermedad de base (<i>comorbilidad</i>) Especificar: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Toma algún medicamento de forma habitual. Especificar: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO



Días de seguimiento a partir del ingreso al país: _____

Preguntas durante el seguimiento:

¿Tuvo fiebre o sensación febril?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
¿Su fiebre fue graduada?	<input type="checkbox"/> SI T°: ___ <input type="checkbox"/> NO		
¿Tuvo tos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
¿Tuvo dolor de garganta?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
¿Tuvo alguna dificultad respiratoria?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Falta de aire <input type="checkbox"/> Cansancio al caminar <input type="checkbox"/> Rinorrea <input type="checkbox"/> congestión nasal <input type="checkbox"/>			
¿Tuvo diarrea?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Otros síntomas: _____			
Visitó un servicio de salud?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Cuál fue el motivo?			
A cuál acudió?	Fecha: _____		
¿Salió de su hogar? En caso afirmativo, liste los sitios que ha visitado	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
1)	Fecha: _____		
2)	Fecha: _____		
3)	Fecha: _____		
¿Estuvo en contacto (<2 metros de distancia) con otras personas desde su arribo al país?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Nombre y apellido	Fecha de contacto	Teléfono	e-mail
¿Alguna persona que estuvo en contacto con Usted presentó síntomas parecidos a los suyos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Ni		
Nombre y apellido	Fecha de contacto	Teléfono	e-mail

Resultado del monitoreo:

Continúa con síntomas	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Sigue monitoreo telefónico	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Completó seguimiento – Alta del caso	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

Se define contacto estrecho como:

*Cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso confirmado mientras el caso presentaba síntomas: trabajadores sanitarios que no utilizaron las medidas de protección adecuadas, o miembros familiares, o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar; o contacto (< 2 metros) que estuviera en el mismo lugar (ej. convivientes, visitas) que un caso confirmado mientras el caso presentaba síntomas;

*Personas de un vuelo en el cual se identificó un caso confirmado: a los pasajeros situados dos asientos alrededor de casos sintomáticos durante el vuelo y a la tripulación que haya tenido contacto con dichos casos.



ANEXO 7

Recomendaciones para aislamiento domiciliario - 2019-nCoV

¿Cuál es el propósito del aislamiento domiciliario?

- Utilizando la estrategia de aislamiento domiciliario se ayuda a bajar el riesgo de contagiar a otras personas con 19-nCoV.
- Permite al paciente quedarse en su propia casa durante la etapa infecciosa de la enfermedad, estrechamente monitoreado por personal de salud calificado.

¿Cuáles son los beneficios del aislamiento domiciliario?

- Permite al paciente quedarse en la comodidad de su propia casa con su familia y/o cuidadores.
- Disminuye la proporción de ingresos hospitalarios innecesarios.

INDICACIONES PARA LOS CUIDADOS DURANTE EL AISLAMIENTO DOMICILIARIO

MEDIDAS PREVENTIVAS GENERALES PARA CUIDADORES Y PARA LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Si vive o presta atención en el hogar a una persona que está siendo evaluada y en seguimiento ante el riesgo de una infección por el nuevo coronavirus (2019-nCoV), debe adoptar estrictamente las siguientes medidas:

- Asegúrese** de comprender bien las instrucciones y ser capaz de ayudar a la persona en seguimiento a seguir las instrucciones brindadas por el Ministerio de Salud para su atención.
- Si en algún momento tiene alguna duda del procedimiento, llame al 021-222012 (de 07:00 a 19:00 hs de Lunes a Viernes) o al 0983 – 879275.
- Se debe asignar a una sola persona, que tenga buena salud, sin enfermedades de base, para ayudar a la persona en seguimiento con las necesidades básicas en el hogar y brindar apoyo para obtener alimentos y otras necesidades personales.
- Durante el periodo de seguimiento, asegúrese de **NO recibir visitas**, sólo los miembros familiares que conviven en el domicilio pueden estar en el hogar.

El paciente debe mantener el aislamiento en una habitación individual, bien ventilada y con su baño propio.

- Los demás miembros del hogar deben permanecer en habitaciones diferentes. Si algún miembro comparte la misma habitación, durante este periodo debe abandonar la misma y ubicarse en otro ambiente de la casa. Se aplica esta indicación si el afectado fuera pareja o se trate de un matrimonio, en tal caso, no se debe compartir la cama ni la habitación durante el periodo de seguimiento.



- Limite el movimiento del paciente dentro del hogar a lo estrictamente indispensable.
- Asegúrese de que los espacios compartidos por los demás miembros (Por ej. Cocina, baño, sala de TV, etc) estén bien ventilados.
- El cuidador debe usar una mascarilla (Tapabocas) cubriendo la boca y la nariz, ajustada a la cara, cuando ingrese a la habitación de la persona en seguimiento.
- Las máscaras no deben tocarse ni manipularse durante el uso. Si la máscara se moja o humedece, debe ser cambiada de inmediato.
- Deseche la máscara después de su uso y lávese las manos de forma inmediata.
- No se toque la cara, boca, ojos sin antes lavarse las manos.**
- Realice el lavado de manos después de todo contacto con la persona en seguimiento o su entorno inmediato.
- El lavado de manos también debe realizarse antes y después de la preparación de las comidas, antes de comer, después de ir al baño y cuando se vean sucias.
- Si las manos no están visiblemente sucias, se puede usar un desinfectante para manos en base a alcohol. Realice el lavado de manos con agua y jabón cuando las manos estén visiblemente sucias.
- Lo recomendable es el uso de toallas de papel desechables para el secado de las manos. Si no está disponible, use las toallas de tela y reemplácelas cuando se mojan.
- La Etiqueta Respiratoria debe ser practicada por todos, en todo momento, esto se refiere a: - Cubrirse la boca y la nariz cuando tose o estornuda con la flexura del codo o pañuelos desechables, seguido del lavado de las manos con agua y jabón.
- Deseche los materiales utilizados (máscaras, pañuelos desechables y toallas desechables) en un basurero con bolsa destinado para el fin. Una vez que sea necesario el cambio de la bolsa, se ata y desecha como cualquier otro residuo doméstico.
- Evite el contacto directo con fluidos corporales, particularmente orales, secreciones respiratorias y heces.
- Evite otros tipos de posible exposición a personas enfermas.

MANEJO E HIGIENE DE ROPAS, UTENSILIOS Y DEL HOGAR.

- NO comparta** utensilios para comer, platos, bebidas, toallas, paños o ropa de cama. Estos deben ser apartados de los utilizados por el resto del grupo familiar y ser destinados para **uso exclusivo** de la persona en seguimiento.
- Los utensilios y platos utilizados para comer deben limpiarse con agua y detergente, para ello:
 - Llenar el fregadero con agua fría. Es aconsejable utilizar entre ocho y doce litros de agua.
 - Añadir una cucharada (2 ml) de hipoclorito de sodio por cada 4 litros de agua.
 - Colocar los platos ya lavados en la solución de agua e hipoclorito de sodio. Dejar remojar por lo menos dos minutos.
 - Nunca colocar los platos, vasos o cubiertos de nuevo en el cajón o el gabinete mientras estén mojados. Dejar reposar los objetos y permitir



que el agua y el hipoclorito de sodio que quedan en ellos se evaporen. No hay necesidad de enjuagar después del remojo.

- ❑ Limpie y desinfecte las superficies que se tocan con frecuencia, como mesitas de noche, somieres, picaporte y otros muebles del dormitorio en forma diaria con un desinfectante o un cloro comercial (Lavandina) de concentración 5%-6% (Debe diluirse en una proporción 1:10, es decir: 1 parte de cloro por 9 de agua (ejemplo: 1 taza de cloro y 9 tazas de agua).

❑ **Limpieza de pisos:**

Paso 1: La limpieza para pisos, se realiza mediante una primera pasada con una mezcla de soluciones jabonosas o de detergentes comunes o especialmente formulados con agua. Se efectúa el fregado mediante el palo repasador y el trapo.

Paso 2: Finalizada la limpieza, debe efectuarse el enjuague con agua directa o mediante trapeado.

Paso 3: Luego de la etapa de limpieza, le sigue en forma rigurosa la etapa de desinfección, mediante la acción del agua lavandina al 5%, recién preparada. Esta lavandina se logra disolviendo ½ litro de lavandina concentrada en 10 litros de agua. Trapear las superficies con esta lavandina al 5 % (1:20) y dejar actuar como mínimo 10 minutos para que ejerza su poder desinfectante.

❑ **Limpieza de baños:**

Paso 1: La limpieza de baños, especialmente de los artefactos como inodoros, retretes, mingitorios y lavatorios, que incluye sus pisos y paredes azulejadas, debe efectuarse en

medio acuoso mediante fregado y expulsión de la suciedad, con soluciones de detergentes o jabones tal como se explicó para pisos y paredes de mosaicos.

Paso 2: Posterior a la expulsión de la materia orgánica, pueden emplearse polvos abrasivos con o sin cloro.

Paso 3: Luego de la etapa de limpieza, le sigue en forma rigurosa la etapa de desinfección, mediante la acción del agua lavandina diluida, sola, sin agregados, dejando actuar 10 minutos como mínimo. Las concentraciones de agua lavandina para baños puede llegar a ser entre un 5 % y un 10 % según sea el grado de contaminación.

Las superficies de los baños, tales como grifos, botones o palancas de descarga de cisternas, picaportes de las puertas, taza, etc., requieren limpieza y desinfección al menos una vez al día y siempre que estén sucios.

Consejos para la utilización de la Lavandina:

1.- Manipular siempre con guantes de goma: La lavandina es un producto muy corrosivo que puede provocar irritaciones cutáneas. Se debe utilizar siempre guantes de goma para proteger tus manos.

2.- Seguir las indicaciones del fabricante: Todos los envases deben contar con las indicaciones de la cantidad que se debe utilizar para cada



tarea y el tiempo durante el cual se debe dejar actuar el producto para una correcta desinfección.

3.- NO mezclarla con otros productos: La mezcla de lavandina con sustancias ácidas (como el vinagre) libera cloro, el cual es un gas muy tóxico. Mientras que **si la mezclas con detergente** (práctica muy frecuente) **pierde su poder desinfectante**. Por lo tanto, la mezcla debe incluir solo agua y lavandina, evitando agregar cualquier otro producto.

4.- NO utilizar agua caliente: La acción bactericida del hipoclorito disminuye al aumentar la temperatura. Para una buena desinfección se debe utilizar siempre agua fría.

5.- NO utilizar en ambientes cerrados: Los vapores que produce el empleo de lavandina son irritantes para las mucosas. Debe ser utilizada en lugares bien ventilados y nunca en ambientes cerrados.

6.- NO usar en superficies o recipientes metálicos: El hipoclorito de sodio puede ser corrosivo para los metales. Emplear siempre sobre recipientes de plástico y no utilizarla para desinfectar objetos de metal.

7.- Prestar atención a las condiciones de almacenamiento: Debe conservarse en su recipiente original, bien tapado y alejado del calor para asegurar su efectividad, ya que se descompone fácilmente, y por supuesto debe estar fuera del alcance de los niños.

Limpieza de las Ropas:

- Coloque la ropa sucia en una bolsa de ropas, no agite la bolsa y evite el contacto directo con la piel. Use guantes protectores y delantal de plástico. Realizar lavado de manos antes y después de retirarse los guantes.
- El lavado de las ropas, ropa de cama, toallas de baño de las personas en seguimiento se deben lavar con agua caliente y jabón o lavarropas a 60-90°C con detergente de uso doméstico.
- Seque las ropas en secadora o al sol y acomódelas de nuevo el dormitorio destinado a la persona en seguimiento.

FINALMENTE:

Todos los miembros del hogar deben considerarse contactos y por tanto deben monitorear su salud como se describe a continuación:

- Si un miembro del hogar o la persona en seguimiento presenta alguno de los siguientes síntomas:
 - Fiebre,
 - Tos,
 - Dolor de garganta,
 - Congestión nasal o rinorrea,
 - Dificultad para respirar
 - Diarrea,
 - Náuseas o vómitos
 - Dolor muscular



Llame de forma inmediata al número de la Guardia Epidemiológica y recibirá las instrucciones.

GUARDIA EPIDEMIOLOGICA

0983- 879 275

ANEXO 8 PROTOCOLO DE RECEPCIÓN DE VIAJEROS PROCEDENTES DE ZONAS DE RIESGO

DEFINICIÓN DE CASO SOSPECHOSO

Todo viajero procedente de zonas de riesgo con historia de viaje en un periodo de 14 días desde su salida de un país que reporta transmisión localizada.

I) CAPTACIÓN DE VIAJEROS EN DESEMBARQUE

- Por el personal de migraciones al momento de sus trámites migratorios y serán derivados al personal de control sanitario del Ministerio de salud Pública y Bienestar Social. (en los puntos de entrada donde no se cuente con personal del Ministerio de Salud o no tenga guardias 24hs, el funcionario de migraciones comunicará al Epidemiólogo de la Región Sanitaria la presencia de un viajero procedente de China Continental, hasta que no esté presente el funcionario de salud no se le realizará el trámite migratorio. **(Migraciones y Relaciones Exteriores deberán preguntar a todos los viajeros si viajó o estuvo los últimos 14 días por los países seleccionados)**)
- Por el funcionario de Relaciones Exteriores al momento que el viajero solicite su VISA de arribo.
- Por el personal de control sanitario del Ministerio de salud Pública en desembarque o paso de frontera.
- Información previa recaba a través de otras instituciones

VIAJERO ASINTOMÁTICO DESEMBARQUE

En el momento que esté realizando su trámites migratorios el funcionario de migraciones identificará la procedencia del viajero de China Continental y remitirá al personal de control sanitario del Ministerio de Salud para la entrevista de salud.



El personal de control sanitario del Ministerio de Salud, estará presente en desembarque observando si algún viajero presenta signos y síntomas respiratorios y verificará la procedencia del viajero.

ENTREVISTA Y EVALUACIÓN MÉDICA

Una vez identificado el viajero procedente de China Continental, personal de control sanitario del Ministerio de Salud Pública acompañará a la sala de evaluación al viajero/s. En la sala de evaluación el personal de control sanitario entregará mascarillas (tapa bocas) a todos los casos.

Procedimientos a seguir:

1. A un metro de distancia realizará la entrevista con EPI (Guantes, Tapa Boca, delantal)
2. Completará la ficha de riesgo con letra clara y legible
3. De acuerdo a la información de la ficha de riesgo seguirá los siguientes procedimientos:

3.1. Viajero sin síntomas dentro del periodo de incubación (14 días)

- a) Explicará claramente que debe quedarse en aislamiento durante 14 días desde que salió de China
- b) Brindará recomendaciones sobre la presencia de algún signo o síntoma que pueda tener el viajero durante su estadía en el país.
- c) Indicará Auto reportarse al Numero de Tel. de la guardia epidemiológica (0983) 879275 ante la presencia de cualquier cambio en su estado de salud.
- d) Entregará un material educativo en inglés y español con recomendaciones en relación a la enfermedad y un N° de Tel. para el auto reporte.
- e) Verificará el número de contacto para el monitoreo y el Hotel o la dirección donde se quedará el viajero durante su estadía en el país.
- f) Esperará que venga una persona que se responsabilice del viajero y brindará recomendaciones



- g) Acompañará al viajero a un vehículo particular y corroborará que se siente atrás con la mascarilla puesta (tapa boca) y las ventanillas del vehículo abiertas
- h) Notificará de acuerdo al flujo de notificación.

3.2 Viajero con síntomas dentro del periodo de incubación

- a) Comunicará al médico de la DINAC para que realice un examen médico al viajero, al mismo tiempo comunicará al médico del Ministerio de Salud.
- b) Comunicará a SEME para el traslado al Hospital de referencia.
- c) Terminado el examen médico, se comunicará a migraciones para los trámites migratorios.
- d) El personal de migraciones realizará el trámite migratorio en la sala de evaluación con tapa boca y guates.
- e) Una vez terminado los trámites migratorios, el paciente será remitido al Hospital de referencia (INERAM), en la ambulancia de SEME, para una evaluación médica por el especialista, tratamiento y exámenes laboratoriales.
- f) Notificará de acuerdo al flujo de notificación
- g) El equipaje facturado del viajero sospechoso NO necesita ningún procedimiento especial.

II) VIAJERO SINTOMÁTICO EN VUELO (MANUAL DE PROCEDIMIENTOS AISP)

ESCENARIO 1 – FASE 0: DETECCIÓN EN VUELO DE PASAJERO CON SINTOMAS DE INTERES PARA LA SALUD PÚBLICA.

A. Procedimiento de la Aerolínea

Cuando se reporten pasajeros a bordo con sintomatología de interés para la salud pública, se implementarán las siguientes acciones en coordinación con las autoridades responsables de la gestión del aeropuerto.

EN VUELO

1. Ante la detección de un pasajero sintomático en vuelo, la tripulación de cabina procederá a distribuir la Ficha de Salud del viajero a todos los pasajeros, asegurándose que los pasajeros de la misma fila, así como



aquellos que se encuentren dos filas por delante y dos por detrás hayan completado correctamente sus datos de contacto.

2. La Ficha de Salud del viajero debe ser completada por los pasajeros y la tripulación. La Ficha será recogida por la tripulación antes del aterrizaje de la aeronave, quien procederá a separar aquellas correspondientes a pasajeros que se encuentran en la misma fila, así como aquellos que están situados dos filas adelante y dos filas atrás.

a. El Comandante de la aeronave emitirá una Alerta a la dependencia de Servicios de Tránsito Aéreo – ATS, informando que abordo se encuentra(n) pasajero(s) con síntomas, así como la siguiente información (ANEXO 7): Identificación de la aeronave

b. Aeropuerto de salida

c. Aeropuerto de destino

d. Hora prevista de llegada

e. Número de personas abordo

f. Número de casos sospechosos abordo

g. Signos y Síntomas principales detectados por la tripulación

h. Necesidades para la atención del enfermo

i. Información facilitada al resto de pasajeros por parte de la tripulación (ANEXO10)

3. La tripulación de cabina procederá a:

a. Reubicar al pasajero enfermo, apartándolo de los demás pasajeros, en la medida de lo posible. Si presenta síntomas respiratorios ofrecer una mascarilla

b. Reasignar las tareas de la tripulación de la cabina, es decir designar a un miembro de la tripulación para que atienda al pasajero enfermo en forma exclusiva en la medida de lo posible

c. Los miembros de la tripulación responsables de atender al pasajero enfermo deberán utilizar apropiadamente el Equipo de Protección Personal (guantes, mascarilla y delantal).

d. La estrategia para el descenso de pasajeros sospechosos será la siguiente: Si, el Paciente sospechoso se encuentra cerca de la salida,



bajará primero; si el paciente sospechoso, se encuentra alejado de la salida, bajará último si la condición clínica lo permite.

e. La tripulación debe informar al pasajero que recibirá apoyo médico una vez que la aeronave se encuentre en tierra y de los trámites para el resto de los pasajeros según fase de alerta.

EN TIERRA:

1. El Jefe de cabina deberá entregar las fichas de salud del viajero, de ser posible, separando las Fichas de pasajeros con un riesgo mayor, es decir las de la misma fila del pasajero enfermo y dos filas por delante y atrás. Serán entregadas al responsable del Control Sanitario que esperará a la salida de la aeronave.
2. El Comandante de la aeronave deberá entregar la Declaración General de la aeronave, Anexo 9 del RSI (ANEXO 11) a la Oficina de Notificación de Servicios de tránsito Aéreo (ARO) (Resolución DINAC R306/2003) y este a su vez al Servicio de Tránsito, que lo comunicará al Puesto de Control Sanitario.

PROCEDIMIENTO QUE REALIZARÁ EL EQUIPO DE SALUD (MANUAL DE PROCEDIMIENTOS AISP)

A. A LA LLEGADA DE LA AERONAVE

1. Recepción de reporte y preparación del equipo de salud
 - 1.1 Una vez recibida la información de parte de la dependencia de servicio de Tránsito Aéreo - ATS, sobre la situación en vuelo, así como las características de/los pasajero/s enfermo/s (ANEXO 7) inmediatamente el Funcionario del Puesto de Control Sanitario, coordinará con el equipo del Dpto. médico para los preparativos de la verificación del vuelo y la evaluación del pasajero.
 - 1.2 Procederá a comunicar la información al Centro Nacional de Enlace-CNE, a la Dirección de Control Sanitario, solicitará Ambulancia del Servicio de Emergencia Extra Hospitalaria y comunicará al Hospital de referencia según la situación y sintomatología hallada.



2. Acceso a la aeronave para valoración del pasajero

2.1 El equipo de salud conformado, deberá acceder a la aeronave con el Equipo de Protección Personal adecuado (gafas de protección, mascarillas N95, bata quirúrgica desechable o traje tyvek y guantes de látex desechables).

Antes de abordar el avión recibirá la ficha de salud de los pasajeros y de los contactos con sintomatología de interés o bajo sospecha.

2.2 Al interior de la aeronave, el médico deberá abocarse a la valoración de los pasajeros reportados como sintomáticos y los demás a la valoración d

el resto de los pasajeros.

2.3 El pasajero o pasajeros sintomáticos deberán ser remitidos al hospital de referencia previo trámites migratorios de acuerdo a su protocolo de migraciones

2.4 Se Comunicará la situación encontrada al comandante, para que este informe a los pasajeros, sobre la necesidad de demora y en base a la situación encontrada se decidirá sobre el procedimiento de desembarque.

2.5 El equipo de salud comunicará al Centro Nacional de Enlace-CNE y la Dirección de vigilancia de la Salud sobre la situación hallada y recibirá instrucciones, además de solicitar refuerzo de personal si así lo requiere

3. **Evaluación de los pasajeros en zona de aislamiento** (Pasajeros, Contactos y Resto de Pasajeros) ANEXO 14

3.1 Pasajeros que tras la valoración médica se haya detectado un evento de interés de salud pública, se realizará lo siguiente:

- Explicación clara al pasajero sobre la enfermedad que presenta, la importancia de la atención médica oportuna para su tratamiento.
- Orientación sobre las medidas de bioseguridad que debe adoptar.
- Recomendaciones para su familia.
- Los pasajeros que hayan cumplido hasta aquí el proceso y no se detecten signos y/o síntomas podrá continuar al área de migraciones, aduanas y salir de la terminal.



- El resto de los pasajeros y tripulación que no presenten sintomatología podrán continuar sus trámites

4. Información a los pasajeros

Se informará a los pasajeros que estuvieron en contacto con una persona enferma, que deberán estar atentos a la aparición de síntomas y acudir a su médico a una consulta de seguimiento, refiriendo el antecedente del viaje. Traslado de pasajeros que presentan un Evento de Importancia Salud de Pública

5. Los pasajeros serán trasladados en ambulancias del Servicio de Emergencias Médicas Extra hospitalarias (SEME) a los servicios de salud de referencia conforme a lo acordado. Es fundamental garantizar el acceso de las ambulancias en las cercanías de la aeronave.

6. Notificación de Eventos a las autoridades (ANEXO 13)

Los casos sospechosos deberán ser notificados en forma inmediata al Ministerio de Salud, mediante la Ficha de Notificación de acuerdo al flujograma de notificación establecido en las Pautas de Vigilancia de la Salud.

III) **CASOS EXCEPCIONALES**

- a. En caso de que un extranjero no cuente con la documentación válida y esté con síntomas de una enfermedad de importancia internacional y tenga que ser asistido en un servicio de salud del País, se empleara la figura de desembarco condicional establecida en el Art.57 de la ley de Migraciones 978/96.

PROCEDIMIENTOS DE DESINFECCION DE MEDIOS DE TRANSPORTE

(aeronave y ambulancia): VER MANUAL DE PROCEDIMIENTOS AISP, ANEXO 9



ANEXO 9 FORMULARIO DE TAMIZAJE EN PUNTOS DE ENTRADA AL PAIS



4- DATOS SOBRE SU ACTIVIDAD LABORAL

4.1 En los últimos 15 días que tipo de trabajo realizó o está realizando en su País o en los países que estuvo visitando. _____

5. TIPO DE ALOJAMIENTO DONDE ESTUVO

5.1 Departamento () Camping () Hotel () Crucero () Casa () Otro
especificar _____

6. DATOS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN DURANTE LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS

- 6.1 Durante su viaje estuvo en contacto con personas con Coronavirus de China: SI () NO ()
- 6.2 Trabajó o visitó a alguien en un hospital donde se tratan personas con Coronavirus : SI () NO ()
- 6.3 Estuvo en contacto con alguna persona con enfermedad respiratoria : SI () NO ()
- 6.4 Sabe si hay personas enfermas de cuadros respiratorios en su entorno (vecinos o familiares):
SI () NO ()
- 6.5 Especificar si sabe con qué enfermedad _____
- 6.6 Estuvo en contacto con animales y/o manipuló tejido de animales vivos: SI () NO ()
- En caso de exposición a Animal sospechoso, indique cual/cuales
- 6.7 Aves () Murciélago () Víboras () Monos ()
- Otros _____

7: Datos sobre su estado de salud en los últimos 15 días

- 7.1 Presentó algún síntoma en los últimos 15 días: SI () NO ()
- 7.1 Si la respuesta es sí favor marque los síntomas
- 7.2 () Fiebre 7.3 () Dolor de garganta 7.4 () Dolor de cabeza 7.5 () Dolor de cuerpo 7.6 ()
Diarrea 7.11 () Vómitos 7.12 () Tos 7.13 () Dificultad para respirar
- 8-Realizó alguna consulta médica cuando presentó síntomas: SI () NO ()
- 8.2 Si la respuesta es (si) favor refiera el diagnóstico:

11. DATOS IMPORTANTES EN PARAGUAY QUE DEBEN SER VERIFICADOS

11.1 Dirección donde se hospedará o residirá en Paraguay:

11.2 Número de teléfono, nombre y apellido de un responsable en el país:

11.3 Verifico contacto y dirección: SI () NO ()



Ministerio de
**SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL**

**GOBIERNO
NACIONAL**

*Paraguay
de la gente*



**TETÁ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL**

*Paraguay
tehyguarã
mb'e*

11.4 Motivo de estancia en Paraguay: Por motivos laborales () Académicos () Turismo () Visita Familiar () Otros especificar _____

Especificar nombres del vínculo Laboral y/o Académico (Nombres de Empresas o Instituciones Educativas) _____

Si no cuenta con un número de contacto en el país y reserva de hotel No ingresa y comunicar inmediatamente de acuerdo al flujograma de comunicación

Declaro bajo juramento que he completado todas y cada una de las preguntas con la verdad, responsabilizándome por su exactitud, así como por cualquier omisión en la descripción de los mismos.

Firma.....



BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. Statement on the meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). 23 January 2020. [https://www.who.int/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Cluster of pneumonia cases caused by a novel coronavirus, Wuhan, China; – 17 January 2020. ECDC: Stockholm; 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Risk%20assessment%20%20neumonia%20Wuhan%20China%2017%20Jan%202020.pdf>
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Criteria to initiate testing for 2019-nCoV. Laboratory testing of suspect cases of 2019 nCoV using RT-PCR. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/laboratory-testing-suspect-cases-2019-ncov-using-rt-pcr>
4. WHO. Global Surveillance for human infection with novel coronavirus (2019-nCoV). Interim guidance 21 January 2020. [https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov))
5. WHO. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance 12 January 2020. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/clinical-management-of-novelcov.pdf?sfvrsn=bc7da517_2
6. WHO. Laboratory testing for 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in suspected human cases. Interim guidance. 14 January 2020. [https://www.who.int/publications-detail/laboratory-testing-for-2019-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-in-suspected-human-cases](https://www.who.int/publications-detail/laboratory-testing-for-2019-novel-coronavirus-(2019-ncov)-in-suspected-human-cases)
7. WHO. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance- January 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330375/WHO-2019-nCoV-IPC-v2020.1-eng.pdf>
8. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Last update: July 2019 <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines-H.pdf>
9. WHO. Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts. [https://www.who.int/internal-publicationsdetail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/internal-publicationsdetail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts)
10. Procedimiento de actuación frente a casos de Infección por el nuevo Coronavirus (2019nCoV), enero 2020. Instituto Carlos III, Ministerio de Sanidad, Gobierno de España.



Componente D: Acciones en los Servicios

D.1-

Lista de verificación de condiciones de los establecimientos

(Basado en la Lista de verificación de alistamiento para la respuesta al nCoV 2019 en Hospitales OPS/OMS)

Datos del establecimiento	Fecha de evaluación:			
	Nombre del hospital:			
	Ciudad:		Departamento:	
	Dependencia administrativa: estatal	<input type="checkbox"/>	privada	<input type="checkbox"/>
			universitaria	<input type="checkbox"/>
			otra	<input type="checkbox"/>
	Número de Camas:		Egresos anuales:	
	Días de camas ocupados anuales:			
	Camas de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI):		Laboratorio de Microbiología: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
	No. Camas UCI adultos:		Número de aislamientos / año:	
	No. Camas UCI pediátricos:		Número de antibiogramas / año:	
	No. Camas UCI neonatales:			
	Nombre y cargo de las personas entrevistadas:			
Nombre de los evaluadores:				

Lista de alistamiento					
Funciones para la respuesta	Objetivo	Acciones de alistamiento para la respuesta	Verificación		
			Cumple	No Cumple	En Proceso
Liderazgo	Garantizar la gestión integral de la respuesta hospitalaria ante la emergencia.	1 <i>Activación del mecanismo de respuesta a emergencias: Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres y/o Sistema Hospitalario de Gestión de Incidentes.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		2 <i>Designación de un responsable operativo de la respuesta</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		3 <i>Establecimiento de un área física segura y equipada, protegida y de acceso fácil, con capacidad operativa inmediata para la coordinación de la respuesta (Centro de Operaciones de Emergencia), dando particular atención a la gestión de comunicación interna y externa.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		4 <i>Asignación de roles y responsabilidades para las diferentes funciones de la respuesta con personal capacitado, suficiente y disponible asegurando la continuidad operativa; incluyendo el directorio telefónico y de correo electrónico actualizado.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		5 <i>Designación de voceros oficiales.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		6 <i>incorporación de los mecanismos de salud ocupacional que aseguren el bienestar y seguridad del personal durante la respuesta, incluyendo el monitoreo del personal expuesto.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		7 <i>Distribución de información a todo el personal, de forma continua, sobre la situación de la emergencia, los roles y responsabilidades del personal y del hospital, así como las acciones que se llevan a cabo y las que se realizarán.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Funciones para la respuesta	Objetivo	Acciones de alistamiento para la respuesta	Verificación		
			Cumple	No Cumple	En Proceso
Coordinación	Garantizar el funcionamiento de los mecanismos de coordinación	8 <i>Identificación y establecimiento de los mecanismos de coordinación con las autoridades de salud y de gestión de emergencias</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		9 <i>Activación de los mecanismos de coordinación, comunicación y colaboración con la red integrada de servicios de salud a nivel local, considerando atención de pacientes, requerimientos de medicamentos insumos o equipos, y traslado de pacientes.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Información	Recopilar, cotejar, y analizar información sobre la evolución de la emergencia, gestión de la respuesta y demás datos contextuales relacionados con los riesgos y necesidades existentes.	10 <i>Disponibilidad de procedimientos y personal para recoger, verificar y validar datos e información derivada de la emergencia.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		11 <i>Disponibilidad de un formato estandarizado para entrega de informes sobre: actividad de la emergencia, ocupación hospitalaria incluyendo servicios críticos, incidencia de casos sospechosos y confirmados, situación clínica y defunciones.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logística y operaciones	Facilitar la ejecución de la respuesta a la emergencia apoyada en las capacidades logísticas del establecimiento.	12 <i>Establecimiento de un espacio físico para el triaje de pacientes con sintomatología respiratoria aguda; considere un espacio con condiciones optimizadas para prevención y control de infecciones.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		13 <i>Identificación de las áreas que pueden utilizarse para aumentar la capacidad de atención de pacientes (capacidad de expansión), considerando personal, equipo e insumos suficientes</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		14 <i>Identificación de los servicios no esenciales que podrían suspenderse en caso necesario, y que permitirían aumentar las capacidades del hospital en cuanto a recursos humanos, materiales, equipo y espacio físico</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		15 <i>Disponibilidad de un responsable y un procedimiento para la gestión de la cadena de suministro de insumos y medicamentos que considere un aumento en la demanda a la cadena de abastecimiento y distribución, respetando las especificaciones técnicas y en función de los protocolos establecidos.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		16 <i>Existencia de un procedimiento y un responsable para la gestión de los equipos de trabajo, incluidas sus áreas de descanso, transporte seguro y bienestar del personal.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		17 <i>Sistemas de telecomunicación probados y disponibles en el establecimiento.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administración y finanzas	Ejecutar los mecanismos de apoyo financiero gerencial y administrativo necesarios para el funcionamiento de la respuesta.	18 <i>Disponibilidad de un procedimiento y un responsable para la gestión de ambulancias para transporte interhospitalario y el inventario de los vehículos disponibles.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		19 <i>Activación de los mecanismos administrativos y financieros legalmente disponibles y autorizados para la gestión de la emergencia, así como los procedimientos para compras y adquisiciones de suministros y contratación de servicios.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Funciones para la respuesta	Objetivo	Acciones de alistamiento para la respuesta	Verificación		
			Cumple	No Cumple	En Proceso
Identificación rápida	Contener la transmisión al interior del establecimiento y generar la información sobre el paciente, para otorgar tx oportuno	20 <i>Personal de salud entrenado para la identificación rápida correcta y notificación oportuna al nivel correspondiente, de casos sospechosos en cualquier área del hospital.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		21 <i>Sistema de comunicación y monitoreo que permita la alerta y notificación oportuna de casos sospechosos en cualquier área del hospital incluidos los puntos de entrada o llegada de pacientes a la instalación, a fin de ajustar acciones de prevención y control.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		22 <i>Establecimiento de un procedimiento de triaje en el área de emergencias, con enfoque en la identificación rápida de pacientes con sintomatología respiratoria aguda.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diagnóstico	Asegurar el procedimiento para la confirmación de casos sospechosos	23 <i>Personal este capacitado y entrenado para la toma de muestras, manejo adecuado y transporte con medidas de bioseguridad hasta el laboratorio de referencia.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		24 <i>Procedimiento establecido y disponible para envío de muestras, aplicando medidas de bioseguridad establecidas en lineamientos nacionales e internacionales.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		25 <i>Disponibilidad de procedimientos y equipo de protección personal en el laboratorio, para manejo de muestras y eliminación o disposición final de residuos biológicos.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aislamiento	Garantizar que los servicios de salud tengan un espacio para triaje y aislamiento de casos sospechosos o confirmados.	26 <i>Disponibilidad de un espacio para triaje en el área de emergencias, con medidas de aislamiento para casos sospechosos y confirmados.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		27 <i>Identificación, señalización y equipamiento de áreas para atención médica de casos sospechosos y confirmados en condiciones de seguridad y aislamiento.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		28 <i>Revisión, actualización y prueba de los procedimientos para la recepción y traslado de pacientes en el interior del hospital, hacia las áreas de aislamiento habilitadas, y otros servicios de apoyo diagnóstico terapéutico.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manejo de casos	Establecer áreas seguras equipadas y aisladas para tratamiento de pacientes, incluido soporte básico y avanzado de vida	29 <i>Disponibilidad de protocolo para manejo de casos sospechosos o confirmados.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		30 <i>Personal capacitado y equipo para la atención médica inicial de los pacientes sospechosos o confirmados (revisión primaria, reanimación, estabilización inicial, ventilación mecánica) con acceso a equipo de protección personal.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		31 <i>Personal capacitado y entrenado para atención médica continua de pacientes sospechosos o confirmados que requieren hospitalización, con disponibilidad de equipo de protección personal. Considere capacitación y entrenamiento en el uso de equipos de protección personal, manejo y disposición final de residuos contaminados durante procedimientos; además de garantizar la seguridad del paciente y personal de salud.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



		<p>32 Capacidad instalada prevista para atención médica de pacientes sospechosos o confirmados que requieren cuidados intensivos (ventilación mecánica, monitoreo hemodinámico, soporte multiorgánico); lista de equipo para la atención médica (cánulas orotraqueales, mascarillas de VMNI, mascarillas n95, equipo de protección personal); equipo (ventiladores volumétricos para satisfacer necesidades de ventilación mecánica invasiva y no invasiva).</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Prevención y control de infecciones</p>	<p>Prevenir y controlar la transmisión de coronavirus en los servicios de salud.</p>	<p>33 Disponibilidad de un procedimiento de triaje en el área de emergencias, para aislamiento de casos sospechosos y confirmados.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<p>34 Identificación de áreas señalizadas y equipadas, para la atención médica de casos sospechosos y confirmados, en condiciones de seguridad y aislamiento.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<p>35 Revisión, actualización y prueba de los procedimientos para la recepción y traslado de pacientes en el interior del hospital, desde y hacia las áreas de aislamiento habilitadas y otros servicios de apoyo diagnóstico terapéutico.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<p>36 Capacitación y entrenamiento de personal de salud en el uso de equipo de protección personal, considerando las precauciones adicionales según los mecanismos de transmisión específicos (gotas, contacto, aerosoles, fómites).</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<p>37 Disponibilidad de protocolos o procedimientos para la limpieza e higiene de áreas clínicas que incluya capacitación en el de materiales para descontaminación.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<p>38 Existencia de protocolos para desinfección y esterilización de material y equipo biomédico, en el establecimiento de salud.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<p>39 Existencia de un área para desinfección y esterilización de material y equipo biomédico, en el establecimiento.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<p>40 El establecimiento tiene un protocolo y ruta señalizada para manejo que asegure la disposición final o eliminación de residuos biológico-infecciosos, incluidos corto punzantes, disposición de fómites.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<p>41 El establecimiento tiene infraestructura y procedimientos establecidos para la higiene adecuada de manos, incluido lavamanos, capacitación continua y materiales disponibles.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<p>42 Espacio físico y lineamientos para disposición de cadáveres derivados de la emergencia.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



D.2 PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADA A COVID-19

Mecanismo de Trasmisión: Los coronavirus se transmiten principalmente por las gotas respiratorias de más de 5 micras y por el contacto directo con las secreciones infectadas. También pueden transmitirse por aerosoles en procedimientos terapéuticos que los produzcan.

La transmisión de COVID-19 de persona a persona fue documentada. Las rutas de transmisión de COVID-19 incluyen el contacto directo, las gotas y la transmisión por el aire (aerosol)¹. Diversos estudios han demostrado que el virus puede ser recuperado de tracto orofaríngeo, incluido saliva, orina y heces²⁻⁴.

Medidas de Control de Infecciones: Las precauciones adecuadas para el manejo de los pacientes sospechosos en investigación o confirmados de infección por COVID-19 incluyen las **precauciones estándar, precauciones de contacto y precauciones de transmisión por gotas.**

Se aplicarán precauciones de transmisión aérea siempre que se realicen técnicas que generen aerosoles.

Principios de prevención de infecciones y estrategias de control asociadas con el cuidado de la salud en pacientes con sospecha de COVID-19

Se recomienda a todo el personal de salud, seguir en todos los casos las recomendaciones de los “5 momentos para la higiene de manos”

Anexo 1

a) Reconocimiento temprano y control de la posible fuente de infección: (Personal sanitario, de cualquier servicio -Admisión, Triage, Recepción-):

1. Al ser identificado un caso sintomático respiratorio, el personal de salud encargado de esta tarea deberá proporcionarle una mascarilla quirúrgica (debe cubrir boca y nariz)
2. Dicho paciente, ya provisto de protección respiratoria, será conducido al área de atención específica para sintomáticos respiratorios. Esta área deberá estar localizada antes de la entrada a la



urgencia del servicio idealmente. También se podrán utilizar “carpas” de acuerdo a disponibilidad.

3. Se alienta a los equipos de prevención y control de infecciones a realizar capacitaciones continuas al personal de admisión, urgencias, y triage en la rápida identificación de los sintomáticos respiratorios.

4. Se aconseja el fácil acceso a soluciones alcohólicas (alcohol gel), así como lavamanos, desinfectantes y papel secamanos para el personal de admisión, urgencias y triage.

5. El personal que ha conducido al paciente sintomático respiratorio hasta la sala de atención específica deberá inmediatamente realizar higiene de manos.

6. En ningún caso se recomienda mantener en la misma sala a pacientes sintomáticos respiratorios y otros pacientes.

b) Sala de atención específica para sintomáticos respiratorios.

1. El personal asignado a esta área, permanecerá allí durante todo su turno, no pudiendo circular por otras áreas del hospital, ni asistir a otros pacientes durante ese turno.

2. Se debe proveer de insumos necesarios para higiene de manos: agua corriente, solución jabonosa antiséptica, solución alcohólica (alcohol en gel), papel secamanos.

3. Se debe proveer de equipos de protección individual, según categorización de riesgo **Tabla 1**

Casos sospechosos en investigación y confirmados que requieran ingreso hospitalario: Se implementarán precauciones adicionales

✓ Deberán ser ingresados en **aislamiento de contacto y por gotas**.

✓ En caso de situaciones en las que se prevé que se van a generar aerosoles, se mantendrá además **precauciones de transmisión aérea**.

Personal sanitario que atienda a casos sospechosos en investigación o confirmados para infección por COVID-19

✓ Deben llevar un equipo de protección individual para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto que incluya bata impermeable, mascarilla quirúrgica, o N95 (de acuerdo a la categorización de riesgo de la actividad que será realizada) guantes y protección ocular de montura integral.



Para la realización de procedimientos médicos que generen aerosoles, que incluyen cualquier procedimiento sobre la vía aérea, como la intubación traqueal, el lavado bronco-alveolar, aspirado traqueal o la ventilación manual se deberán reducir al mínimo el número de personas en la habitación (máximo 2 personas al mismo tiempo) y todos deben llevar:

- ✓ Una mascarilla de alta eficacia (N95).
- ✓ Protección ocular ajustada de montura integral o protector facial completo. ✓ Guantes
- ✓ Batas impermeables de manga larga (si la bata no es impermeable y se prevé que se produzcan salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales, añadir un delantal de plástico).

Cuando sea necesario realizar el transporte del paciente:

- ✓ Se realizará en una ambulancia especialmente preparada, con la cabina del conductor físicamente separada del área de transporte del paciente.
- ✓ El personal que intervenga en el transporte deberá ser informado previamente y deberá utilizar equipo de protección individual adecuado.

Una vez finalizado el transporte se procederá a la desinfección del vehículo y a la gestión de los residuos producidos

Es importante identificar a todo el personal sanitario que atiende a casos sospechosos bajo investigación o confirmados de infección por nuevo coronavirus. El riesgo deberá ser valorado de forma individualizada. Todos los días, antes de iniciar el turno, acudirán a control de signos y síntomas con el personal de control de infecciones de su centro asistencial.



Los trabajadores sanitarios que recogen muestras clínicas deben llevar el Equipo de Protección Individual adecuado:

- ✓ Para la extracción de sangre y toma de muestras que no generan aerosoles seguir las recomendaciones del apartado ya mencionadas, y utilizar mascarillas quirúrgicas.
- ✓ Para muestras que generan aerosoles seguir las recomendaciones del apartado mencionado previamente, y utilizar mascarillas de alta eficacia (N95)

- Higiene Hospitalaria:

Se debe realizar la limpieza y desinfección de las superficies con las que ha estado en contacto el paciente. La limpieza y desinfección se realizará con una solución de hipoclorito sódico que contenga 1000 ppm de cloro activo (dilución 1:50 de hipoclorito con concentración 40-50 gr/litro preparada justo antes de su uso). Estos virus se inactivan tras 5 minutos de contacto con desinfectantes normales como el hipoclorito doméstico. El personal de limpieza utilizará equipo de protección individual adecuado. Siempre que exista riesgo de crear aerosoles, se usará el Equipo de protección y la mascarilla N95.

Disposición de residuos: Se deben seguir los protocolos de descontaminación, mantenimiento y eliminación de residuos utilizados habitualmente para otro tipo de microorganismos con el riesgo de propagación y mecanismo de transmisión similar. Los residuos se consideran residuos Biosanitarios Especiales (se considerarán como residuo Biosanitario Especial del Grupo 3, similar a la tuberculosis)

Controles administrativos:

- ✓ Establecimiento de infraestructura y actividades sostenible de Control de infecciones.
- ✓ Capacitación y educación de los trabajadores de salud.



- ✓ Directrices sobre reconocimiento temprano de la infección respiratoria aguda potencialmente asociada al COVID-19;
- ✓ 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.

Controles ambientales y de ingeniería:

- ✓ Ventilación ambiental adecuada en áreas dentro de los establecimientos de salud.
- ✓ Limpieza del entorno hospitalario
- ✓ Respeto estricto de la separación mínima de 2 metros entre los pac

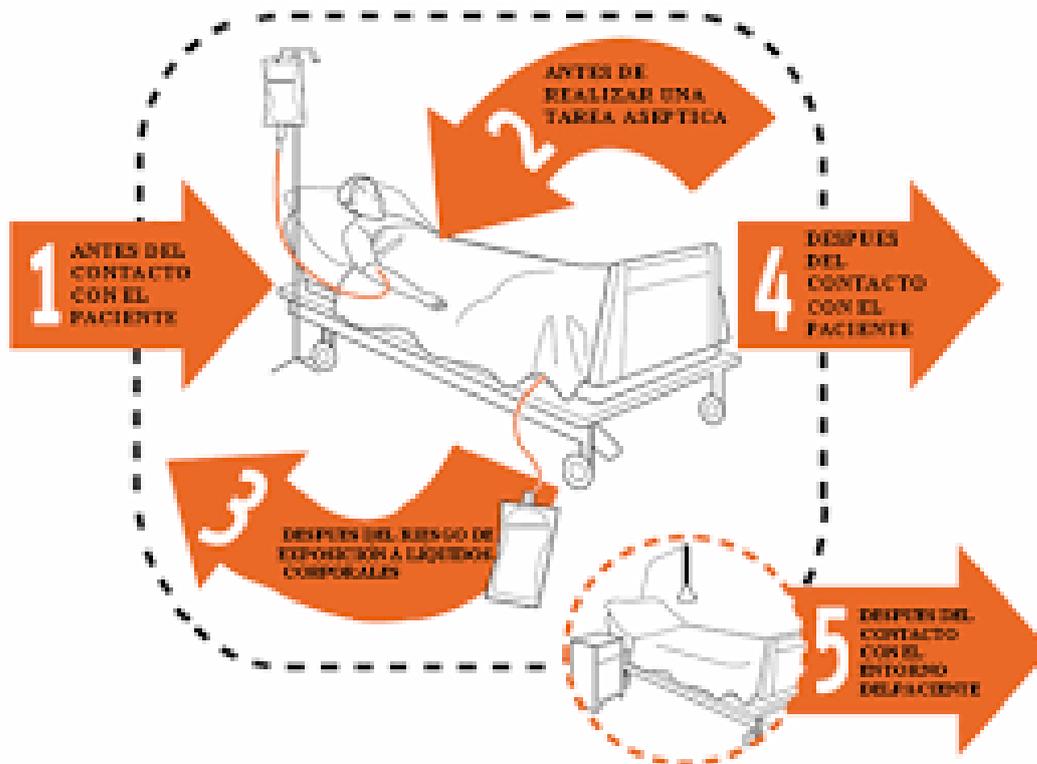
Tabla 1. Categorización de riesgo de acuerdo al nivel de atención

Nivel de atención	Higiene de manos	Bata	Mascarilla quirúrgica	Mascarilla N95	Protector ocular o facial	Guantes
Triage	X		X			
Toma de muestra (hisopado nasofaríngeo)	X	X		X	X	X
Paciente sospechoso o confirmado con infección por COVID-19, ingresado en sala. Sin PGA	X	X	X		X	X

Paciente sospechoso o confirmado con infección por COVID-19, ingresado en sala. Con PGA	X	X		X	X	X
---	---	---	--	---	---	---

PGA: Procedimientos que general aerosoles

Anexo 1 Sus 5 momentos de lavado de manos



BIBLIOGRAFIA

1. WHO. Statement on the meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). 23 January 2020. [https://www.who.int/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Cluster of pneumonia cases caused by a novel coronavirus, Wuhan, China; – 17 January 2020. ECDC: Stockholm; 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Risk%20assessment%20-%20pneumonia%20Wuhan%20China%2017%20Jan%202020.pdf>



3. European Centre for Disease Prevention and Control. Criteria to initiate testing for 2019-nCoV. Laboratory testing of suspect cases of 2019 nCoV using RT-PCR. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/laboratory-testing-suspect-cases-2019-ncov-using-rt-pcr>
4. WHO. Global Surveillance for human infection with novel coronavirus (2019-nCoV). Interim guidance 21 January 2020. [https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov))
5. WHO. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance 12 January 2020. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/clinical-management-of-novel-cov.pdf?sfvrsn=bc7da517_2
6. WHO. Laboratory testing for 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in suspected human cases. Interim guidance. 14 January 2020. [https://www.who.int/publications-detail/laboratory-testing-for-2019-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-in-suspected-human-cases](https://www.who.int/publications-detail/laboratory-testing-for-2019-novel-coronavirus-(2019-ncov)-in-suspected-human-cases)
7. WHO. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance- January 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330375/WHO-2019-nCoV-IPC-v2020.1-eng.pdf>
8. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Last update: July 2019 <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines-H.pdf>
9. WHO. Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts. [https://www.who.int/internal-publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(nCoV\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/internal-publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts)
10. Procedimiento de actuación frente a casos de Infección por el nuevo Coronavirus (2019-nCoV), enero 2020. Instituto Carlos III, Ministerio de Sanidad, Gobierno de España.



D.3 MANEJO CLINICO

1. Justificación

Las indicaciones de un protocolo de actuación deben interpretarse de forma individualizada para cada paciente y debe prevalecer el juicio clínico. Se realizó esta guía en concordancia con las publicaciones y las recomendaciones internacionales actuales.

Estas recomendaciones pueden variar según evolucione nuestro conocimiento acerca de la enfermedad y la situación epidemiológica en Paraguay. En estas recomendaciones de manejo clínico no se recoge el manejo de los contactos.

De forma general, se recomienda que los casos probables y confirmados de COVID-19 sean ingresados y manejados en el ámbito hospitalario, de acuerdo al Procedimiento de actuación frente a casos de COVID-19. No obstante ante cuadros leves o asintomáticos, el manejo de aislamiento domiciliario puede ser una opción; si se encuentran dadas las condiciones sociales e individuales.

El presente documento técnico tiene la finalidad de guiar el manejo de los pacientes que sean casos en investigación, probables o confirmados de COVID-19 con un doble objetivo: lograr el mejor tratamiento del paciente que contribuya a su buena evolución clínica; y garantizar los niveles adecuados de prevención y control de la infección para la protección de los trabajadores sanitarios y de la población en su conjunto.

2. Definiciones y criterios

La definición de caso puede ser modificadas por lo que se recomienda siempre revisar la última versión disponible del Ministerio de Salud y Bienestar Social.

3. Medidas de prevención y control de la infección

3.1. Medidas generales

- Verificar y gestionar disponibilidad de insumos para atención de los pacientes, incluidos los equipos de protección personal. Tener en cuenta distintas tallas de los equipos.
- Asignar personal (de preferencia a cargo del servicio de Epidemiología y control de infecciones del hospital) que controle y verifique la implementación de las medidas recomendadas. Al menos una vez por turno, previa capacitación de todo el personal.
- Definir rutas de atención de personas que acuden con síntomas respiratorios que deberá ser señalada desde la entrada al establecimiento.
- Proporcionar mascarillas quirúrgicas a los pacientes en espera sintomáticos, así como verificar que realice higiene de manos al ingreso a la unidad.
- Promover la vacunación del personal con la Influenza
- De forma general, el paciente deberá mantenerse en una habitación individual aislada, no podrá salir a las áreas comunes de las



instalaciones y las visitas serán restringidas y deberán llevar en todo momento la protección adecuada.

- Se evitará el traslado del paciente entre distintas áreas del hospital y si fuera imprescindible, el paciente deberá utilizar mascarilla quirúrgica. El personal que lo traslade deberá llevar Batas quirúrgicas desechables, guantes y máscara N95.
- Mantener idealmente 3 metros (mínimo 2 metro) de separación con otros pacientes en todo momento.
- Para la asistencia sanitaria, y por cuestiones relacionadas con la protección de la salud de los trabajadores, se restringirá el número de personal sanitario que acceda a las instalaciones y habitaciones designadas. Las entradas en las salas asignadas deben estar programadas y contemplar y organizar con antelación qué necesidades habrá en el interior de las salas, para evitar entradas innecesarias.
- Actualmente, con la evidencia disponible, se cree que la transmisión de la infección se produce habitualmente por gotas (**producidas al toser, estornudar o hablar**) y por contacto con material contaminado por ellas con mucosas (**oral, ocular y nasal fundamentalmente**). Por ello, el personal que tome las muestras clínicas, atienda a casos en investigación, probables o confirmados o las personas que entren en la habitación de aislamiento (**ej.: familiares, personal de limpieza...**) deberán llevar un Equipo de Protección Individual (**EPI**) para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto que incluya **bata resistente a líquidos, mascarilla, guantes y protección ocular anti salpicaduras**. Aunque por el momento no existe evidencia de **transmisión aérea**, se recomienda como medida de precaución la utilización de mascarillas N95. Es especialmente importante asegurar el buen funcionamiento y sellado adecuado de las mascarillas de protección respiratoria utilizadas y control de fugas.
- Se cumplirá una estricta **higiene de manos** (Con agua y jabón o desinfectante por al menos 20 segundos) antes y después del contacto con el paciente y de la retirada del equipo de protección individual (**bata resistente a líquidos, mascarilla, guantes y protección ocular anti salpicaduras**).
- El personal de limpieza tiene que utilizar el equipo de protección anteriormente descrito para profesionales sanitarios, eliminando los residuos y el material que **no sea factible limpiar** y desinfectar como residuos biosanitarios de clase III.
- En las situaciones en las que se prevea la generación de aerosoles (tabla 1), como la nebulización de medicación, ventilación no invasiva, ventilación manual, intubación traqueal, aspiración traqueal, aspirado de secreciones, el lavado broncoalveolar, la traqueostomía o la resucitación cardiopulmonar se recomienda utilizar EPP anterior mente descriptos.



- Se deberá reducir al mínimo el número de personas en la habitación y el personal que esté presente deberá llevar: - Una mascarilla de alta eficacia N95 FFP2 o preferiblemente FFP3 si hay disponibilidad. - Protección ocular ajustada de montura integral o protector facial completo. - Guantes. - Batas impermeables de manga larga (**si la bata no es impermeable y se prevé que se produzcan salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales, añadir un delantal de plástico**).

3.2. Medidas en situaciones de cuidados intensivos

- Se establecerá el circuito del traslado del paciente a/desde la unidad de cuidados intensivos contemplando los escenarios posibles (ej. ingreso desde urgencias, planta, servicios de emergencias sanitarias, etc.) siguiendo las medidas de protección y control de la infección necesarias, para evitar la diseminación de la infección durante el mismo. Ello supone establecer un **protocolo del circuito del traslado**, de la organización de los intervinientes **sanitarios y no sanitarios (celadores, seguridad, etc.)** y de las medidas de protección empleadas para evitar la diseminación de la infección (**EPI, limpieza, etc.**). Protocolo que también debe ser diseñado para aquellas situaciones en las que sea necesario trasladar al paciente desde la unidad a otro lugar, por ej. a realizar un TAC. Este protocolo debe incluir un plan de comunicación con el circuito de avisos y alertas previos para preparar anticipadamente todo el operativo del traslado y recepción, así como de las medidas a aplicar. La activación debe incluir la previsión de la necesidad de incrementar y/o reorganizar los recursos humanos en la unidad de cuidados intensivos. En lo posible se tendrá equipos de imágenes portátiles para evitar estos traslados en lo posible.
- Se ingresará en una habitación individual, con baños propios. En caso de no tener baño, se recomienda crear una pseudo esclusa a fin de realizar un manejo más seguro de los EPI, y de los residuos de riesgo.
- Se limitará el número de personas que atienden al enfermo al mínimo imprescindible (con una planificación asistencial específica) y se seguirán las medidas de aislamiento, protección individual y desinfección establecidas. Se potenciarán las medidas de registro, control y monitorización que no requieran entrar en la habitación del paciente, para disminuir el riesgo de contagio, siempre que sean compatibles con proporcionar una adecuada atención al paciente. Si es necesario entrar en la habitación, pero no es necesario estar cerca del paciente, se mantendrá una distancia de 2-3 metros del paciente.
- El personal planificará y permanecerá en la habitación el tiempo mínimo necesario para realizar las tareas que requieran entrar en el Box.
- ***Se realizará un registro de cada uno de los profesionales que han entrado en contacto con el paciente, a efectos de control y seguimiento. Dejando consignado el tiempo de relacionamiento con el paciente.***



- Es previsible que los pacientes pediátricos requieran de acompañamiento, habitualmente del padre o la madre, a los que se debe instruir en las medidas de prevención de diseminación de la infección: **higiene de manos, higiene respiratoria, uso de EPI, pautas de conducta, restricción de movimientos, restricción estricta de visitas, etc.** El acompañante será considerado un **contacto estrecho**. Cuando las circunstancias lo permitan, es recomendable que dicho **acompañante sea siempre la misma persona** durante todo el proceso asistencial.
- **El equipo asistencial y/o de apoyo servicios generales**, realizará la asistencia con los equipos de protección individual recomendados, siguiendo las normas de colocación y retirada establecidas, de forma supervisada y habiendo recibido formación sobre estos procedimientos (ver apartado 3.1).
- El EPI mínimo recomendado para realizar atención si no se realizan procedimientos que generen aerosoles está formado por **bata resistente a líquidos, mascarilla N95, guantes y protección ocular anti salpicaduras**.
- En situaciones de ingreso en unidades de cuidados intensivos de pacientes con previsible cargas virales altas, con procedimientos invasivos y con maniobras o tratamientos que pueden generar aerosoles (intubación, ventilación, etc.) y dado el conocimiento incompleto de la transmisión del virus SARS-CoV-2, es prudente establecer medidas de precaución intensificadas (**mono integral o bata impermeable de manga larga con capucha y calzas para cubrir el calzado**), sobre todo con algunos pacientes, especialmente niños, en los cuales su comportamiento puede ser imprevisible, y que pueden no cumplir las medidas de higiene respiratoria, lo que puede aumentar el riesgo de contaminación del personal que les atiende.
- Como norma general, se deberían evitar los procedimientos que puedan **generar aerosoles (Nebulización, etc)**. Cuando por motivos asistenciales fuese necesario realizar dichos procedimientos, serán intensificadas las medidas **de protección del personal** (ver tabla 1). Así mismo, y en la medida de lo posible, los procedimientos invasivos o de riesgo deberán ser **anticipados o programados para asegurar poder adoptar las maniobras de protección adecuadas**, medidas que pueden resultar más complicado cumplir en una **situación de emergencia**. El personal expuesto debe ser el mínimo imprescindible y emplear mascarilla N95, además de bata de manga larga impermeable, protección ocular ajustada de montura integral o facial completa y los guantes.
- Estas maniobras que pueden producir aerosoles pueden ser las siguientes: **aerosolterapia y nebulización, aspiraciones de secreciones respiratorias, ventilación manual, ventilación no invasiva, intubación, toma de muestras respiratorias, lavado broncoalveolar, traqueostomía o resucitación cardiopulmonar**. En



estos casos es especialmente importante asegurar el buen funcionamiento y sellado adecuado de las mascarillas de protección respiratoria utilizadas N95. En todo caso y durante esos momentos es especialmente importante que solo esté presente el mínimo personal imprescindible y todo el personal presente utilice las precauciones recomendadas.

- Así pues, se debe tener un especial cuidado en estas situaciones que puedan generar aerosoles, ya sea evitándolos, como es el caso de la oxigenoterapia de alto flujo, o tomando las máximas precauciones durante los mismos. Además, se deben realizar con las medidas que puedan disminuir este riesgo de aerosolización. Así la aerosolterapia se realizará con dispositivo de cámara espaciadora. En la ventilación no invasiva (VNI), si es estrictamente necesaria su utilización, se debe lograr un **sellado adecuado** de las interfases para evitar las fugas, y emplear preferentemente VNI con doble tubuladura y filtro.
- Si es posible, se debe evitar la ventilación con mascarilla y bolsa autoinflable; cuando deba utilizarse, se hará con un **filtro antimicrobiano** de alta eficiencia entre la bolsa autoinflable y la mascarilla y se ventilará sellando bien para evitar fugas y evitando hiperventilar.
- Si requiere intubación se utilizarán preferentemente tubos endotraqueales con balón para evitar las fugas, aspiración subglótica y sistema de **aspiración cerrado**. Si es necesario preoxigenar se hará con mascarilla **reservorio de O2** en vez de hacerlo con mascarilla y bolsa autoinflable. Se realizará con una secuencia rápida de intubación y por personal experto para minimizar el tiempo y el número de intentos del procedimiento de intubación.
- Si se realiza ventilación mecánica se pondrán los filtros antimicrobianos de alta eficiencia que impidan la contaminación vírica tanto en el asa inspiratoria como en la espiratoria. Se usará el sistema de aspiración cerrada de secreciones. Se emplearán intercambiadores de calor y humedad con filtros de alta eficiencia que impidan la contaminación vírica en vez de utilizar humidificación activa. Se evitarán las desconexiones.
- El material utilizado será el imprescindible para su atención, para su uso individual y específico en esta habitación y para ese paciente, preferentemente desechable, y el equipamiento utilizado no desechable deberá ser limpiado y desinfectado según las recomendaciones de los servicios de equipos de prevención y control de la infección.
- Se planificará la limpieza diaria siguiendo las recomendaciones del servicio medicina preventiva, haciendo especial hincapié en las



superficies probablemente contaminadas. No se agitará la ropa o sábanas para evitar la generación de aerosoles. El personal de limpieza utilizará los EPI correspondientes y manejará los residuos (residuos biosanitarios clase III) según el protocolo establecido por medicina preventiva.

- Durante su ingreso se intentará evitar, si es posible, el traslado del paciente realizando las exploraciones necesarias (ej. radiología o ecografía) con equipos portátiles en la habitación de aislamiento, si los equipos no pueden ser dedicados de forma exclusiva a estos pacientes deben ser desinfectados según las recomendaciones del servicio control de infecciones hospitalarias. El material empleado debe ser, en la medida de lo posible, desechable, si no es así, se desinfectará según las recomendaciones establecidas. Los residuos se consideran de clase III y se manipularán y procesarán conforme a las recomendaciones correspondientes. **Ver tablas 1 y 2**

Tabla 1. Procedimientos susceptibles de generar aerosoles y estrategias sugeridas para reducir su riesgo si son estrictamente necesarios. (1)

Procedimiento	Estrategia
Aspiración de secreciones respiratorias	Limitar a las imprescindibles Aspiración cerrada si VM
Aerosolterapia	Emplear cámara espaciadora y dispositivo MDI
Toma de muestras respiratorias	Limitar a las imprescindibles
Lavado broncoalveolar Oxigenoterapia de alto flujo	Evitar si es posible Evitar
Ventilación no invasiva (VNI)	*Evitar si es posible *En caso necesario asegurar el sellado adecuado de la interface *Uso de VNI con doble tubuladura y filtros de alta eficiencia
Ventilación manual con mascarilla y bolsa autoinflable	Si se puede, evitar la ventilación con mascarilla y bolsa autoinflable. Si se debe utilizar, se hará con un filtro de alta eficiencia que impida la contaminación vírica, entre la autoinflable y la mascarilla, sin hiperventilar y evitando fugas.
Intubación	Se utilizarán tubos endotraqueales con balón para evitar las fugas, con presión balón < 25 cm H ₂ O *Si es necesario se preoxigenará con mascarilla reservorio de O ₂ en vez de ventilación con bolsa autoinflable y se realizará con una secuencia rápida de intubación y por personal experto para minimizar el tiempo y el número de intentos del procedimiento de intubación. *Anticipar en la medida de lo posible *Uso de tubos con aspiración subglótica
Ventilación mecánica (VM)	*Se pondrán los filtros de alta eficiencia que impidan la contaminación vírica tanto en la rama inspiratoria como en la espiratoria. * Se usará el sistema de aspiración cerrada de secreciones *Uso de intercambiador de calor y humedad



	con filtro de alta eficacia que impida la contaminación vírica, en vez de humidificación activa *Evitar desconexiones
Resucitación cardiopulmonar	Intubación precoz para manejo de vía aérea

(1) La influencia de estos procedimientos o estrategias sobre la transmisión de la infección no está suficientemente demostrada, pero son razonables y se han recomendado en infecciones con un mecanismo de transmisión similar.

Tabla 2. Niveles de gravedad de las infecciones respiratorias y sus definiciones

Nivel de gravedad	Descripción
Enfermedad complicada	Cursa con síntomas locales en vías respiratorias altas y puede cursar con síntomas inespecíficos como fiebre, dolor muscular o síntomas atípicos en ancianos.
Neumonía leve	Confirmada con radiografía de tórax y sin signos de gravedad. SaO2 aire ambiente >90%. CURB65 ≤1
Neumonía grave	Fallo de ≥1 órgano o SaO2 aire ambiente <90% o frecuencia respiratoria de ≥30
Distrés respiratorio	Hallazgos clínicos, radiográficos infiltrados bilaterales + déficit de oxigenación: -Leve: 200 mmHg < PaO / FiO ≤ 300 -Moderado: 100 mmHg < PaO / FiO ≤ 200 -Grave: PaO / FiO ≤ 100 mmHg Si PaO2 no disponible SaO / FiO ≤ 315
Sepsis	Definida como disfunción orgánica y que puede ser identificada como un cambio agudo en la escala SOFA >2 puntos. Un quick SOFA (qSOFA) con 2 de las siguientes 3 variables clínicas puede identificar a pacientes graves: Glasgow 13 o inferior, Presión sistólica de 100 mmHg o inferior y frecuencia respiratoria de 22/min o superior. La insuficiencia orgánica puede manifestarse con las siguientes alteraciones: -Estado confusional agudo -Insuficiencia respiratoria -Reducción en el volumen de diuresis -Taquicardia -Coagulopatía -Acidosis metabólica -Elevación del lactato
Shock séptico	Hipotensión arterial que persiste tras volumen de resucitación y que requiere vasopresores para mantener PAM ≥65 mmHg y lactato ≥2mmol/L (18 mg/dL) en ausencia de hipovolemia.



4. Manejo en adultos

4.1. Valoración inicial y consideraciones al ingreso hospitalario

- Los casos de COVID-19 pueden presentar cuadros leves, moderados o graves, incluyendo neumonía, síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), sepsis y shock séptico.
- La identificación temprana de aquellos con manifestaciones graves permite tratamientos de apoyo optimizados inmediatos y un ingreso (o derivación) seguro y rápido a la unidad de cuidados intensivos de acuerdo con los protocolos regionales o nacionales (tabla 2).
- El reconocimiento de gravedad en presencia de neumonía se realizará de forma inmediata en la valoración inicial si hay presencia de insuficiencia respiratoria ($\text{SaO}_2 < 90\%$ aire ambiente) o frecuencia respiratoria ≥ 30 RPM.
- Si se tratara de una enfermedad no complicada, especialmente en los casos en investigación a la espera de los resultados diagnósticos, se podrá valorar junto a las autoridades correspondientes de Salud Pública la **atención domiciliaria** con instrucciones claras sobre la actuación en caso de empeoramiento.

4.2. Valoración de la gravedad

- El juicio clínico no puede ser sustituido por escalas de gravedad, pero son útiles para su enfoque inicial.
- Con la información disponible actualmente, se ha observado en los pacientes que presentan un cuadro grave de la enfermedad una progresión de unos 10-15 días tras el inicio de síntomas hasta presentar insuficiencia respiratoria. Esto debe alertar y valorar un ingreso precoz en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Si se cumplen los criterios de gravedad se recomienda que el manejo clínico se realice en habitaciones, aisladas y en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Una valoración más completa de la gravedad en las neumonías se realizará mediante escalas como el PSI y la CURB-65. Estas escalas son útiles tanto en la decisión inicial de hospitalización como apoyo al juicio clínico. Para valorar el ingreso en UCI se recomiendan los criterios ATS/IDSA mayores y menores. - Escala de gravedad CURB-65: acrónimo de: C confusión aguda, Urea > 20 mg/dL, R Frecuencia respiratoria ≥ 30 RPM, B Presión sistólica ≤ 90 mmHg o diastólica ≤ 60 mmHg y 65 edad ≥ 65 . Cada ítem puntúa 1. Se recomienda ingreso hospitalario si puntuación total ≥ 1 . En el ámbito extrahospitalario se emplea CRB-65. - Criterios de ingreso en UCI. Los criterios ATS/IDSA empleados en la neumonía pueden ayudar al clínico en la decisión de ingreso en **UCI (tabla 3)**.



Tabla 3. Criterios para el ingreso en la unidad de cuidados intensivos.

Criterios de ingreso en UCI ATS/IDSA: 1 mayor o 3 menores

Criterios mayores:

- Necesidad de ventilación mecánica invasiva
- Shock con necesidad de vasopresores

Criterios menores:

- Frecuencia respiratoria >30 RPM
- PaO₂/FiO₂ < 250
- Infiltrados multilobares
- Confusión/desorientación
- Uremia (BUN >20 mg/DL)
- Leucopenia <4.000 cel/mm³
- Trombocitopenia: plaquetas <100.000 cels/mm³
- Hipotermia (T_{central} <36.8)
- Hipotensión con necesidad de administración agresiva de fluidos

Escala SOFA: Esta escala se utiliza en Neumonía grave y/o sepsis fundamentalmente en la UCI para cuantificar el fallo de órganos y para seguimiento evolutivo (tabla 4)

Tabla 4. Escala Sepsis related Organ Failure Assessment (SOFA).

Criterio	Escala SOFA (Sepsis related Organ Failure Assessment)				
	0	+1	+2	+3	+4
Respiración					
PaO ₂ /FIO ₂ (mm Hg) o	>400	<400	<300	<200	<100
SaO ₂ /FIO ₂		221–301	142–220	67–141	<67
Coagulación					
Plaquetas 10 ⁶ /mm ³	>150	<150	<100	<50	<20
Hígado					
Bilirrubina (mg/dL)	<1,2	1,2–1,9	2,0–5,9	6,0–11,9	>12,0
Cardiovascular					
Tensión arterial	PAM ≥70 mmHg	PAM <70 mmHg	Dopamina a <5 o Dobutamina a cualquier dosis	Dopamina a dosis de 5,1-15 o Adrenalina a ≤ 0,1 o Noradrenalina a ≤ 0,1	Dopamina a dosis de >15 o Adrenalina > 0,1 o Noradrenalina a > 0,1
Sistema Nervioso					
Central					
Escala de Glasgow	15	13–14	10–12	6–9	<6
Renal					
Creatinina (mg/dL) o	<1,2	1,2–1,9	2,0–3,4	3,5–4,9	>5,0
Flujo urinario (mL/d)				<500	<200

PaO₂ : presión arterial de oxígeno; FIO₂ : fracción de oxígeno inspirado; SaO₂ , Saturación arterial de oxígeno periférico; PAM, presión arterial media; a). PaO₂ /FIO₂ es relación utilizada preferentemente, pero si no está disponible usaremos la SaO₂ /FIO₂ ; b). Medicamentos vasoactivos administrados durante al menos 1 hora (dopamina y noradrenalina como µg/kg/min) para mantener la PAM por encima de 65 mmHg.



4.3. Manejo inicial del paciente no grave

- Medidas generales de protección (apartado 3).
 - La situación clínica del paciente debe ser monitorizada de manera continua. Si se detectan criterios de gravedad, se valorará la necesidad de ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos.
- En pacientes con insuficiencia respiratoria debe iniciarse oxigenoterapia suplementaria con una mascarilla con filtro de exhalado, si es posible, ajustando el flujo hasta alcanzar una saturación de oxígeno capilar adecuada a la edad y estado del paciente.
- Si fuera necesario, se recomienda la administración de broncodilatadores en cartucho presurizado asociado a cámara espaciadora para evitar la generación de aerosoles. En caso de emplear broncodilatadores en aerosol se recomienda una habitación individual.
- Deberá realizarse un manejo conservador de la fluidoterapia en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda cuando no existe evidencia de shock, ya que una reanimación agresiva con fluidos podría empeorar la oxigenación.
- **No deben administrarse de forma rutinaria corticoides sistémicos para el tratamiento de la neumonía viral a no ser que éstos estén indicados por alguna otra razón**
- En caso de sospecha de sobreinfección bacteriana deberá iniciarse tratamiento **antibiótico seleccionándolo** en función de la comorbilidad del paciente, su situación clínica, la epidemiología local y el protocolo de uso racional de Antibióticos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

4.4. Manejo de la insuficiencia respiratoria y el Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA)

- Medidas generales de protección (ver apartado 3).
- La oxigenoterapia se inicia si la SaO₂ < 90 % aire ambiente con el objetivo de mantener SaO₂ ≥ 90%. Los pacientes que ya reciben oxigenoterapia pueden evolucionar a un síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) que se diagnosticará y clasificará según los **criterios de Berlín** (Tabla 2) Como paso inicial se utilizarán mascarillas con reservorio con flujos mínimos de 10 a 15 L/min para mantener el reservorio inflado y con FiO₂ entre 60 y 100% .
- Las cánulas de O₂ a alto flujo o la Ventilación Mecánica No invasiva (VNI) deben reservarse para pacientes muy concretos. - El O₂ a alto flujo puede suministrar hasta 60 L/min y comparado con la oxigenoterapia convencional disminuye la necesidad de intubación. No se recomienda en los casos con hipercapnia, inestabilidad hemodinámica y fallo multiorgánico. - En la VNI, tal y como se ha observado en los pacientes con MERS, el fallo de tratamiento es elevado. - Deben monitorizarse estrechamente tanto los pacientes con VNI como con cánulas de alto flujo y preparar el entorno para una posible intubación.
- Ventilación mecánica invasiva. En caso de necesidad, la intubación será realizada por personal experto, tomando todas las precauciones para evitar la transmisión por vía aérea del virus (apartado 3). Cuando el paciente esté intubado la ventilación



mecánica debe aplicarse de forma protectora para el pulmón **con volúmenes corrientes bajos (4 a 6 mL/Kg de peso)** y evitar presiones plateau por encima de **30 cm de H₂O**. Mantener una driving pressure (Presión plateau-PEEP) por debajo de 15 cm de H₂O se ha asociado a una menor mortalidad. - Cuando la Pa/FIO₂, a pesar de administrar altas concentraciones de O₂, es inferior a **150** es necesario colocar al paciente en decúbito prono lo antes posible y ventilar al paciente en esta posición **al menos 16 horas**. Los balances hídricos deberán **ser negativos** para evitar un exceso de líquidos en el pulmón. - La sedorrelajación puede considerarse en casos de asincronías. También se puede recurrir a la curarización pero su asociación con una menor mortalidad está cuestionada actualmente. - La titulación de la PEEP debe hacerse en función de la compliancia, oxigenación, espacio muerto y estado hemodinámico.

- **Membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO):** En los pacientes con SDRA en los que a pesar de haber seguido el protocolo anterior persisten con insuficiencia respiratoria grave e importantes dificultades de ventilación, se aconseja, en los centros que dispongan de ello, aplicar ECMO generalmente **venovenosa** a excepción que exista fallo cardíaco asociado valorándose entonces utilizar la técnica **venoarterial**. Aunque no existen estudios aleatorizados en el SDRA de causa viral se han observado porcentajes de supervivencia de hasta el **50%** en el SDRA causado por influenza. Según la poca información publicada hasta la fecha, el 26% de los pacientes hospitalizados con COVID-19 requiere ingreso en UCI, de los cuales un **47%** requerirán ventilación mecánica y el **11%** **requerirán** soporte con ECMO, es decir, podría ser en torno a un 4% del total de pacientes hospitalizados.
- En caso de que el centro no disponga de tratamiento con ECMO debe valorarse su traslado a un centro de referencia.
- En la tabla siguiente se adjuntan los criterios para considerar el tratamiento con ECMO venovenosa, venoarterial y también los criterios para considerar el contacto con centros que dispongan de ECMO para aquellos centros que no dispongan de ella.

ECMO venovenosa			
Insuficiencia respiratoria que cumpla los siguientes criterios:	Potencialmente reversible.	Grave: <ul style="list-style-type: none"> • PaO₂/FIO₂ < 60 mmHg con FIO₂ > 0.9 durante más de 3 horas a pesar de medidas de rescate de hipoxemia refractaria. • PaO₂/FIO₂ < 100 mmHg con FIO₂ > 0.9 durante más de 6 horas a pesar de medidas de rescate de hipoxemia refractaria • Hipercapnia descompensada (PaCO₂ > 	Refractaria: <ul style="list-style-type: none"> • Hipoxemia: PaO₂ no mejora más del 20% con decúbito prono. • Hipercapnia: Refractaria a ECLS- Removal CO₂



		80 mmHg y pH < 7.25) durante más de 6 horas a pesar de medidas de rescate	
ECMO venoarterial			
Shock que cumpla los siguientes criterios	Potencialmente reversible	Grave: <ul style="list-style-type: none"> Presión arterial sistólica < 90 mmHg durante más de 30 minutos, con índice cardíaco < 2.2 L/min por m² 	Refractario: <ul style="list-style-type: none"> Evidencia de aporte tisular de oxígeno insuficiente (hiperlactacidemia, oliguria, alteración del nivel de conciencia, congestión pulmonar, SvO₂ inferior al 65%) a pesar de medidas convencionales: <ul style="list-style-type: none"> Drogas vasoactivas: <ul style="list-style-type: none"> Dobutamina > 20 mcg/Kg/min Noradrenalina > 0,5 mcg/Kg/min. Balón de contrapulsación, en el caso de que esté indicado.
Criterios para contactar con un centro con ECMO			
Soporte respiratorio: Insuficiencia respiratoria que cumpla los siguientes criterios	Potencialmente reversible	Grave: <ul style="list-style-type: none"> PaO₂/FIO₂ < 150 mmHg con FIO₂ > 0.9 Hipercapnia descompensada (PaCO₂ > 80 mmHg y pH < 7,25) 	Refractaria: <ul style="list-style-type: none"> Hipoxemia: PaO₂ no mejora más del 20% con decúbito prono Hipercapnia: Refractaria a ECLS- Removal CO₂
Soporte circulatorio: Shock que cumpla los siguientes criterios	Potencialmente reversible.	Grave: <ul style="list-style-type: none"> Presión arterial sistólica < 90 mmHg durante más de 30 minutos, con índice cardíaco < 2,2 L/min por m² 	Refractario: <ul style="list-style-type: none"> Evidencia de aporte tisular de oxígeno insuficiente (hiperlactacidemia, oliguria, alteración del nivel de conciencia, congestión pulmonar, SvO₂ inferior al 65%) con dosis creciente de drogas vasoactivas

4.5. Diagnóstico del shock

- El shock se diagnosticará cuando la presión arterial media sea igual o inferior a 65 mmHg o el lactato sanguíneo sea **igual o superior a 2 mmol/L (18 mg/dL)** en ausencia de **hipovolemia**. En ausencia de mediciones de lactato los signos de hipoperfusión periférica junto con la presión arterial media se utilizarán para el diagnóstico.



4.6. Prevención de las complicaciones en el paciente crítico

- Se tratará de evitar las complicaciones que se detallan a continuación: - Tromboembolismo pulmonar: anticoagulación profiláctica. - Infección por catéter: seguir los protocolos del programa “Bacteremia Zero”. - Neumonías asociada a la ventilación: seguir el protocolo de “Neumonía Zero”. - Úlceras cutáneas crónicas (iatrogénicas, por dispositivos, por humedad, por presión, etc): valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales. - Úlceras de decúbito: cambios posturales secuenciales. - Miopatía del paciente crítico: movilización pasiva y activa y precoz, descansos de sedación.

4.7. Seguimiento y monitorización de la respuesta clínica

- Vigilar constantes cada 8 horas o realizar una vigilancia diaria si se alcanza la estabilidad definida por los criterios de la Tabla siguiente.

Tabla 5. Medición de constantes vitales y valores de estabilidad.

Constante	Valores de estabilidad
Frecuencia cardiaca	< 100 lpm
Frecuencia respiratoria	<24 RPM
Temperatura axilar	< 37,2°C
Presión arterial sistólica	>90 mmHg
SaO ₂	>90% si no había insuficiencia respiratoria previa
Nivel de conciencia	Adecuado

- Valoración de la respuesta: La neumonía que no responde es aquella con inadecuada respuesta clínica a pesar del tratamiento antibiótico. La respuesta adecuada al tratamiento supone alcanzar la estabilidad clínica a los 3-4 días tras el tratamiento antibiótico, se valora mediante los criterios expuestos.
- Repetición analítica según juicio clínico: a considerar cada 24-48h en la UCI o 48- 72 horas en hospitalización.
- Radiografía de tórax de seguimiento: se indicará si hay falta de respuesta clínica y/o sospecha de deterioro.

5. Manejo en pediatría y cuidados intensivos pediátricos

5.1. Valoración inicial y consideraciones al ingreso hospitalario

- Los casos pediátricos son, hasta la fecha, escasos. En base a la información disponible, parece que los niños y niñas son diagnosticados de COVID-19 con menor frecuencia y con sintomatología más leve.



- El cuadro clínico varía desde un cuadro leve y de vías respiratorias altas con uno o más de los siguientes síntomas: disnea, tos o dolor de garganta y/o fiebre hasta un cuadro de neumonía grave con sepsis (tabla 6).
- No se han descrito alteraciones analíticas y radiográficas específicas en población infantil afectada por COVID-19. En relación a otras enfermedades virales causantes de infecciones respiratorias agudas, las alteraciones que se han descrito más frecuentemente se describen en la tabla 7.

Tabla 6. Síndromes clínicos asociados con infección respiratoria viral aguda.

Infección no complicada	<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes con infección viral no complicada del tracto respiratorio superior pueden presentar síntomas inespecíficos, como fiebre, tos, dolor de garganta, congestión nasal, malestar general, dolor de cabeza, dolor muscular o malestar general. • No existen signos de deshidratación, sepsis o dificultad respiratoria.
Infección leve de vías bajas¹	<ul style="list-style-type: none"> • Tos, dificultad respiratoria con taquipnea, pero sin signos de gravedad clínica o neumonía severa. • Criterios de taquipnea (en respiraciones / min): <ul style="list-style-type: none"> < 2 meses ≥ 60 RPM 2-11 meses, ≥ 50 RPM 1-5 años, ≥ 40 RPM Adultos/adolescentes > 30 RPM • Saturación ambiental >92%. Pueden o no tener fiebre
Infección grave de vías bajas²	<p>Tos o dificultad respiratoria y al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cianosis central o $\text{SaO}_2 < 92\%$ (<90% en prematuros) • Dificultad respiratoria severa: quejido, aleteo nasal, tiraje supraesternal, retracción torácica severa o disociación toraco-abdominal. • Produce incapacidad o dificultad para alimentación. • Produce disminución del estado de conciencia, letargo o pérdida de conocimiento o convulsiones. • Taquipnea severa (en respiraciones/min): ≥ 70 rpm en menores de 1 año; ≥ 50 rpm en mayores de 1 año. • Gasometría arterial: $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg, $\text{PaCO}_2 > 50$ mmHg. <p>El diagnóstico es clínico; las imágenes de radiografía de tórax pueden excluir complicaciones (atelectasias, infiltrados, derrame).</p>
Otras manifestaciones asociadas a cuadros graves	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de la coagulación (tiempo prolongado de protrombina y elevación de dímero- D), daño miocárdico (aumento de enzimas miocárdica, cambios de ST-T en el electrocardiograma, cardiomegalia e insuficiencia cardíaca), insuficiencia renal, disfunción gastrointestinal, elevación de enzimas hepática y rabdomiolisis.
Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA)³	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio: nuevo o empeoramiento del cuadro en los 10 días previos. • Rx tórax, TC o ECO: Nuevo(s) infiltrado(s) uni/bilaterales compatibles con afectación aguda del parénquima pulmonar. • Origen edema pulmonar: insuficiencia respiratoria en ausencia de otra etiología como fallo cardíaco (descartado por ecocardiografía) o sobrecarga de volumen. • Oxigenación (OI = Índice de oxigenación y OSI = Índice de oxigenación usando SpO_2): <ul style="list-style-type: none"> - VNI <i>bilevel</i> o CPAP ≥ 5 cmH₂O a través de una máscara facial completa: $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 \leq 300$ mmHg o $\text{SpO}_2 / \text{FiO}_2 \leq 264$ - SDRA leve (ventilación invasiva): $4 \leq \text{OI} < 8$ $5 \leq \text{OSI} < 7.5$ - SDRA moderado (ventilación invasiva): $8 \leq \text{OI} < 16$ $7.5 \leq \text{OSI} < 12.3$ - SDRA grave (ventilación invasiva): $\text{OI} \geq 16$ $\text{OSI} \geq 12.3$



Sepsis⁴	Infección sospechada o comprobada y ≥ 2 criterios de SIRS, de los cuales uno debe ser temperatura anormal o recuento leucocitario anormal (los otros 2 criterios son taquipnea y taquicardia o bradicardia en < 1 año). Es grave si presenta disfunción cardiovascular, SDRA o ≥ 2 disfunciones del resto de órganos.
Shock séptico⁵	Sospecha infección (puede tener hipotermia o hipertermia) y presenta signos de hipoperfusión periférica como hipotensión (PAS $<$ percentil 5 o $>$ 2 DE por debajo de lo normal para la edad) o 2-3 de los siguientes: estado mental alterado; taquicardia o bradicardia (FC < 90 lpm o $>$ 160 lpm en lactantes y FC < 70 lpm o $>$ 150 lpm en niños); relleno capilar lento ($>$ 2 segundos) o piel caliente vasodilatada con pulsos saltones; taquipnea; piel moteada o erupción petequeal o purpúrica; lactato aumentado, oliguria. Si requiere drogas vasoactivas para mantener una tensión arterial y perfusión adecuadas tras una correcta expansión de volumen.

¹ Equivalente a neumonía leve de la OMS. ² Equivalente a neumonía grave de la OMS. SIRS: Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. VNI: ventilación no invasiva, PAS: presión arterial sistólica, DE: desviación estándar. FC: frecuencia cardiaca. / ³ Khemani RG, Smith LS, Zimmerman JJ, et al. Pediatric Acute Respiratory Distress Syndrome: Definition, Incidence, Epidemiology: Proceedings from Pediatric Acute Lung Injury Consensus Conference. *Pediatr Crit Care Med* 2011;16(Suppl 5):523-40. / ⁴ Goldstein B, Giroir B, Randolph A, International Consensus Conference on Pediatric Sepsis. International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics. *Pediatr Crit Care Med* 2005; 6:2-8. / ⁵ Davis AL, Carcillo JA, Aneja RK, et al. American College of Critical Care Medicine Clinical Practice Parameters for Hemodynamic Support of Pediatric and Neonatal Septic Shock. *Crit Care Med* 2017; 45:1061-93.

Tabla 7. Alteraciones clínicas, analíticas y radiológicas posibles en la enfermedad respiratoria viral aguda en población infantil.

	Leves	Graves
Cuadro clínico	Fiebre (no siempre presente), tos, congestión nasal, rinorrea, expectoración, diarrea, cefalea	Una semana después malestar, irritabilidad, rechazo de alimentación, hipoactividad. En algunos casos progresión rápida (1-3 días) fallo respiratorio no reversible con oxígeno, shock séptico, acidosis metabólica, coagulopatía y sangrados
Hemograma	Leucocitos normales o leucopenia y linfopenia leves	Linfopenia progresiva
Proteína C Reactiva	Normal	Normal o elevada (sospechar sobreinfección bacteriana)
Procalcitonina	Normal	PCT $>$ 0.5 ng/mL (sospechar sobreinfección bacteriana)
Bioquímica	Normal	Elevación de transaminasas, enzimas musculares, mioglobina, dímero D, coagulopatía, urea o creatinina



Radiografía tórax	Normal o infiltrados periféricos intersticiales	Opacidades bilaterales en vidrio esmerilado y consolidaciones pulmonares múltiples. Derrame pleural infrecuente
Eco Torácica	Acorde a otros cuadros es esperable: normal, patrón B7, línea pleural regular o consolidación subpleural en cuadrantes posteriores	Acorde a otros cuadros, es esperable Patrón B difuso, Líneas B coalescentes, patrón consolidación alveolar (C), irregularidad línea pleural, con/sin derrame pleural
TAC tórax	Las imágenes en vidrio esmerilado y los infiltrados son más evidentes en el TC que en la radiografía	Pueden aparecer múltiples consolidaciones lobares

Incubación 2-14 días (mediana 3-7 días). Recuperación en 1-2 semanas. No fallecimientos hasta la fecha en niños.

- Aunque en este momento la OMS recomienda ingresar a todos los casos, en los pacientes no complicada, según la situación epidemiológica y las condiciones familiares se podrá de atención domiciliaria con instrucciones claras sobre la actuación en caso de empeoramiento.
- Se debe contemplar la posibilidad de que el familiar u otro acompañante autorizado por los tutor legal del menor ingrese junto a él, aunque no tenga criterios para el ingreso. Sería recomendable una sola persona, siempre la misma, que debería llevar en todo momento cumplir las medidas de aislamiento (higiene de manos, mascarilla N95, bata, guantes y gafas). Si alguno de los familiares o acompañantes padece la infección podrá valorarse su ingreso.

5.2. Actuaciones en función de la gravedad

5.2.1. Infección leve de vías respiratorias bajas

- Monitorización no invasiva de constantes incluyendo SaO₂ con pulsioximetría continua.
- Realización de analítica sanguínea (hemograma, PCR, PCT, hemocultivo, bioquímica con transaminasas, función renal, iones, coagulación y gasometría) y canalización de vía periférica. Radiografía de tórax.
- Se recomienda la administración de broncodilatadores en cartucho presurizado asociado a cámara espaciadora para evitar la generación de aerosoles. En caso de emplear broncodilatadores en aerosol se recomienda una habitación con presión negativa.
- Analgésicos habituales (paracetamol o ibuprofeno).

5.2.2. Infección grave de vías respiratorias bajas

- Manejo conservador de fluidos, dado que el manejo agresivo puede empeorar la oxigenación (sueroterapia habitual a 2/3 de necesidades basales). No se recomienda emplear sueros hipotónicos (ni almidones o gelatinas en caso de resucitación). En caso de resucitación se recomienda emplear cristaloides (balanceados o suero fisiológico 0.9%), se desaconseja el uso de almidones o gelatinas.
- Oxigenoterapia para mantener SaO₂ >92%.



- Los antibióticos, en principio, no están indicados a no ser que se sospeche neumonía bacteriana o sobreinfección.
- Si hay sospecha de sobreinfección bacteriana (leucocitosis y elevación de PCR o PCT) iniciar antibioterapia con amoxicilina-clavulánico iv (apartado 7 de tratamiento). Se debe recoger estudio microbiológico siempre que sea posible antes del inicio y no olvidar suspender o desescalar según los resultados.
- Si hay sospecha de sepsis y shock séptico se empleará antibioterapia intravenosa empírica según la clínica, edad y características del paciente, siendo en este caso fundamental que se administre en la primera hora o cuanto antes sea posible. Se valorará la situación previa del paciente (paciente sano o con comorbilidades, ventilación mecánica, etc.), ajustándose a las características de cada caso. Antes de comenzar el tratamiento antibiótico, se debe recoger estudio microbiológico siempre que sea posible y posteriormente optimizar el uso antibiótico según los resultados, sin excederse en coberturas innecesarias.
- Se debe valorar el ingreso en UCIP si el paciente tiene una infección de vías bajas con criterios de gravedad, o con manifestaciones extrapulmonares asociadas a cuadros graves (tabla 7) y/o presenta un deterioro progresivo. Si el paciente presenta sepsis, shock séptico, fallo multiorgánico o SDRA, o requiere medidas de soporte, como ventilación asistida, el paciente debe ingresar en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Las UCIP que atiendan a estos pacientes deben cumplir con los requisitos exigidos, y deben ser las designadas para atenderlos según establezcan los protocolos regionales o nacionales

5.3. Manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

- Además del riesgo ya conocido de transmisión del virus en entornos de UCI con pacientes más graves y con procedimientos invasivos y generadores de aerosoles (apartado 3.2), el paciente pediátrico ingresado en UCIP presenta un riesgo añadido por su comportamiento imprevisible y por la falta cumplimiento de las medidas de higiene respiratoria como corresponde a su edad. Además, podrá estar acompañado por su padre, madre o cuidador, conviviente y contacto estrecho que puede incrementar a su vez el riesgo de contaminación dentro de la estancia. Por ello, y realizando procedimientos generadores de aerosoles (tabla 1), se puede valorar aumentar las medidas de protección, evitado tener zonas expuestas a la contaminación, e incluir en las medidas de protección el uso de un mono integral o bata impermeable de manga larga con capucha y calzas para cubrir el calzado. En esta situación se deber seguir de forma estricta las normas de colocación y retirada de los EPI establecidas, de forma supervisada y habiendo recibido formación y entrenamiento sobre estos procedimientos.



- En nuestros conocimientos actuales el tratamiento de soporte en UCIP en pacientes graves que presenten SDRA, sepsis o disfunción orgánica de causa vírica, con o sin sobreinfección bacteriana, no difieren de forma significativa de los recomendados internacionalmente por las guías de práctica para estos procesos.
- Los corticoides en principio no están indicados (ver apartado 7 de tratamiento). Se han utilizado inmunoglobulinas inespecíficas intravenosas en casos graves, aunque sin una evidencia clara de su utilidad a dosis de 1gr/kg/día durante 2 días o 400 mg/kg/día durante 5 días. □ Si requiere soporte respiratorio, como ya se ha comentado, la VNI tienen un mayor riesgo de contaminación por generación de aerosoles. Se debe valorar en caso de deterioro respiratorio la ventilación mecánica invasiva precoz, con las estrategias recomendadas en SDRA en pediatría (PALICC) de ventilación protectora (volúmenes tidal bajos (4-8 ml/kg), PEEP óptima, presión meseta $\leq 28-32$ cm H₂O, driving pressure < 15 cm H₂O, hipercapnia permisiva, etc.), uso de decúbito prono, sedación profunda y en caso necesario, bloqueo neuromuscular.
- Se debe realizar un manejo adecuado de líquidos evitando la sobrecarga hídrica y los balances muy positivos, que se han asociado a una peor evolución respiratoria y a una mayor morbimortalidad.
- En caso de sepsis, en la fase de resucitación inicial se recomienda realizar una expansión de volumen cuidadosa con cristaloides isotónicos (en bolos de 10-20 ml/kg) guiada por la respuesta, y vigilando los signos de sobrecarga de volumen. La respuesta se valorará según marcadores clínicos (como tensión arterial, frecuencia cardíaca, perfusión periférica, diuresis o el estado neurológico), analíticos (como la evolución del lactato sérico o la SvO₂) y de monitorización avanzada si es necesaria (como el gasto cardíaco). El uso de la ecografía a pie de cama puede ser una herramienta muy útil en el manejo de estos pacientes. No se recomienda el uso de cristaloides hipotónicos, almidones, dextranos ni gelatinas. Además de la expansión de volumen puede necesitar soporte con drogas vasoactivas conforme a las guías y recomendaciones internacionales pediátricas actuales, en las que adrenalina y noradrenalina se consideran los fármacos de primera línea. Pueden requerir también terapia continua de reemplazo renal.
- En caso de fallo respiratorio o cardiorrespiratorio severo refractario a las medidas de tratamiento convencional se puede considerar la utilización de ECMO, cuyas indicaciones, en nuestros conocimientos actuales, no difieren de las de otros procesos.

5.4. Seguimiento y monitorización de la respuesta clínica

- En nuestros conocimientos actuales el seguimiento y la monitorización evolutiva del niño con infección grave no difiere del que se realiza conforme a la práctica clínica habitual en otros procesos con neumonía severa, insuficiencia respiratoria aguda, SDRA, sepsis o fallo multiorgánico.



Se realizará un seguimiento evolutivo clínico, analítico y de imagen conforme a la práctica clínica recomendada en estos procesos.

6. Diagnóstico microbiológico y pruebas complementarias

- Una vez que se detecta un caso sospechoso, se debe consultar con las autoridades de salud pública de la comunidad autónoma, para determinar si se debe activar una alerta para investigar el caso. Es importante que se realice esta comunicación, para que el abordaje se pueda realizar de forma conjunta. Los teléfonos de contacto de alertas de salud pública deben estar accesibles en los servicios médicos.
- En el caso de que se determine que se cumplen los criterios de caso de COVID-19 en investigación es necesaria la toma de las siguientes muestras: - Tracto respiratorio superior: exudado nasofaríngeo/orofaríngeo. - Tracto respiratorio inferior: esputo (si es posible) o aspirado endotraqueal, lavado broncoalveolar, o broncoaspirado, especialmente en pacientes con enfermedad respiratoria grave. Estas muestras parecen tener mayor rendimiento que las del tracto respiratorio superior especialmente en pacientes con neumonía y pueden ser obtenidas fácilmente en casos de pacientes intubados con ventilación mecánica.
- Si las pruebas iniciales son negativas en un paciente con una alta sospecha clínica y epidemiológica (especialmente cuando solo se han recogido muestras de tracto respiratorio superior o la muestra recogida inicialmente no estaba tomada adecuadamente) se repetirá el diagnóstico con nuevas muestras del tracto respiratorio.
- La detección de otros agentes etiológicos tales como la gripe no descarta COVID-19. Están descritas las coinfecciones.
- El manejo tanto de las muestras respiratorias obtenidas como de las muestras para analíticas de rutina en el laboratorio (por ejemplo, hemograma, bioquímica u orina) se realizará de la forma habitual, aplicando las precauciones estándar.
- Dado que en el transporte se pueden producir golpes o derramamientos, las muestras clínicas que se envíen fuera del hospital deberán ser tratadas como potencialmente infecciosas y se considerarán de categoría B (deben ser transportadas en triple embalaje, norma UN3373).
- En caso de neumonía, por su implicación en el manejo conviene considerar: - La realización de cultivos de vías respiratorias que ayuden a descartar otras causas de infección, coinfección o sobreinfección, como PCR para virus respiratorios comunes o cultivos bacterianos y/o fúngicos. - Descartar otras posibles infecciones subyacentes como el VIH, hepatitis, HTLV, etc.
- Se recomienda una valoración analítica completa para valorar la función de órganos y detectar sepsis:
 - - Hemograma y Hemostasia.
 - - Bioquímica que incluya función renal, hepática.
 - - Si sospecha insuficiencia respiratoria, gasometría arterial y lactato.



- Si al paciente es preciso realizarle una radiografía de tórax se utilizará un aparato portátil para evitar traslados. El aparato deberá estar protegido por plásticos desechables y lavado posteriormente con una solución de hipoclorito de sodio al 1% o del desinfectante aprobado para superficies en su centro.
- - La radiografía para el diagnóstico de neumonía deberá incluir radiografía de tórax postero-anterior como lateral.
- La indicación de TAC torácico debe individualizarse.

7. Tratamiento

- No existe actualmente evidencia procedente de ensayos clínicos controlados para recomendar un tratamiento específico para el coronavirus SARS-CoV-2 en pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19. No obstante, esta información podría cambiar rápidamente debido a los resultados de varios ensayos clínicos en marcha.
- Los tratamientos no autorizados deberían ser administrados solo en el contexto de ensayos clínicos éticamente aprobados o en el marco del uso de emergencia de intervenciones no registradas, con estricta monitorización.
- *En los pacientes severos en el contexto de Unidad de cuidados intensivos se sugiere iniciar tratamientos no cobertura con Oseltamivir 150 mg/día por 5 días, y en el contexto clínico adecuado Fosfato de Cloroquina 500mg/12 horas por 5 días y evaluar inicio de Metilprednisolona 40 mg/12 hs por 5 días.*

7.1. Corticoides sistémicos

- Los corticoides sistémicos no están recomendados de forma general. Estudios previos en pacientes con SARS, MERS e incluso gripe han demostrado que no tienen efectos beneficiosos en incluso se ha retrasado el aclaramiento del virus. Se puede valorar en casos de SDRA, shock séptico, encefalitis, síndrome hemofagocítico y cuando exista un broncoespasmo franco con sibilancias.

7.2. Tratamiento del shock

- Sospecha infección (puede tener hipotermia o hipertermia) y presenta signos de hipoperfusión periférica como hipotensión (PAS < percentil 5 o > 2 DE por debajo de lo normal para la edad) o 2-3 de los siguientes: estado mental alterado; taquicardia o bradicardia (FC <90 lpm o > 160 lpm en lactantes y FC <70 lpm o > 150 lpm en niños); relleno capilar lento (> 2 segundos) o piel caliente vasodilatada con pulsos saltones; taquipnea; piel moteada o erupción petequial o purpúrica; lactato aumentado, oliguria. Si requiere drogas vasoactivas para mantener una tensión arterial y perfusión adecuadas tras una correcta expansión de volumen.
- En persistencia de shock a pesar de las medidas anteriormente citadas, debe valorarse la administración de hidrocortisona para el tratamiento de una posible insuficiencia suprarrenal asociada.



- Actualmente se recomienda tanto en la fase inicial como en el seguimiento de la resucitación, la valoración ecocardiográfica. En caso de persistencia de shock y si se comprueba disfunción miocárdica asociada se aconseja administrar milrinona.

7.3. Tratamiento antibiótico

- Los antibióticos no están recomendados de entrada, aunque en función de la clínica, la analítica o los resultados microbiológicos podrían estar indicados, especialmente en casos en investigación graves en los que no se pueda descartar otra etiología, sepsis asociada o sospecha de sobreinfección bacteriana (de acuerdo a las guías de cada hospital y de acuerdo a la procedencia del paciente y su correspondiente mapa de resistencia antibiótica). En función de la evolución de los parámetros clínicos, analíticos y microbiológicos se debe desescalar el tratamiento antibiótico iniciado. □
- En neumonía bacteriana utilizar tratamiento antibiótico empírico según las recomendaciones para adultos. La primera dosis se administrará lo antes posible: según guías nacionales y/o comité de infecciones.

7.4. Tratamiento antiviral específico

- El tratamiento de esta infección está condicionado por los siguientes hechos:
 - 1. No se conoce un tratamiento eficaz y seguro.
 - 2. Existen varios ensayos clínicos en marcha, pero aún sin resultados porque unos acaban de empezar y otros están en fase de diseño.
 - 3. Puede afectar a adultos jóvenes y sin comorbilidades.
 - 4. La gravedad de la infección es variable, desde formas asintomáticas, infecciones de vías respiratorias altas, y neumonías graves. Los datos preliminares hacen estimar que el 10-15% de las infecciones pueden cursar de forma grave.
 - 5. No se conocen con precisión los factores pronósticos, pero se sabe que la mortalidad aumenta con la edad, especialmente a partir de los 60 años y en pacientes con comorbilidades.
 - 6. La aparición de insuficiencia respiratoria parece producirse en torno al octavo día del inicio de los síntomas.
- Oseltamivir: los inhibidores de la neuraminidasa se han utilizado en casos de MERS-CoV y oseltamivir ha sido inicialmente empleado en la epidemia de COVID-19 en China. No está clara su eficacia y posiblemente se ha usado para el tratamiento de la coinfección con gripe. En el momento actual no está recomendado, salvo en coinfección con gripe.
- El Fosfato de Cloroquina se encuentra actualmente en estudios al igual que Lopinavir/Ritonavir con algunos ensayos en MERS y en pacientes con COVID en China



- Rivabirina e Interferon Beta también han sido utilizados pero se desconoce aún su eficacia.

8. Alta del paciente

- Los casos en investigación en los que se descarte COVID-19 se guiarán por los criterios clínicos habituales.
- En los casos probables o confirmados de COVID-19, además del criterio clínico para el alta médica, será necesario demostrar la negativización de las muestras del tracto respiratorio para finalizar el aislamiento. **Para ello, será necesario obtener dos resultados de PCR negativo en dos muestras respiratorias obtenidas con una separación mínima de 24 horas.** Una vez obtenidos los resultados, se procederá al alta de acuerdo con las autoridades correspondientes de Salud Pública.
- En términos **generales no se requerirá negativización del virus en otras muestras, como orina o heces**, para el alta del paciente. Esto debe tenerse en cuenta a la hora de establecer las medidas higiénicas recomendadas al alta.

Fuentes de Consultas

- Directrices provisionarias. Infección por un nuevo Coronavirus. 2019/nCoV Dirección General de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Enero 2020 – Asunción, Paraguay.
- Documento Técnico
Manejo Clínico de pacientes por enfermedad por el nuevo Coronavirus (COVID-19) Ministerio de Sanidad – España, [Hospital Universitario Vall d'Hebron](#)
- WHO. Statement on the meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). 23 January 2020. [https://www.who.int/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
- Proceso de Prevención de Infecciones para las personas con COVID-19 Secretaria de Salud - Febrero 2020



D.4 LOGÍSTICA:

Equipos de protección individual
Guantes de procedimiento
Guantes largos, estériles
Protector facial
Protector ocular
Mascarilla quirúrgica
Mascarilla N95 o superior
Uniforme, parte de arriba (chomba o similar)
Uniforme, parte de abajo (pantalones)
Bata
Insumos/Productos
Alcohol 70 %
Bolsa roja, material biológico
Caja para descarte objetos cortopunzantes
Solución jabonosa neutra
Papel secamano
Dispensador para papel secamano.
Bolsa mortuoria
Clorhexidina gluconato (solución jabonosa)
Clorhexidina en base alcohólica (Clorhexidina + alcohol isopropílico 70%)
Clorhexidina 2%-4% + Alcohol isopropílico 70% (Clorhexidina tinturada)
Clorhexidina al 0.12%

Observación: Medicamentos según protocolos en actual revisión