



**CAJA NACIONAL DE SALUD**  
OFICINA CENTRAL LA PAZ (BOLIVIA) – APARTADO 9572 - CABLES Y TELEGRAMAS “CASEGURAL”

**PLAN DE CONTINGENCIA**  
**EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE**  
**INTERES INTERNACIONAL-NUEVO**  
**CORONAVIRUS**  
**CIMFA UYUNI**

Marzo de 2020

Elaborado por:

Dr. Kadyr Ocaña Otalora

Cargo: Epidemiólogo Div. Nal. Epidemio.

Depto. Nal. Gestión de Calidad

Fecha: 17-febrero-2020

Adecuado marzo 2020

Subcomite Bioseguridad

**CIMFA UYUNI**



## Contenido

Introducción.....	3
1. ANTECEDENTES.....	4
2. MARCO NORMATIVO LEGAL.....	5
3. SITUACION ACTUAL.....	6
4. DIAGNOSTICO SITUACIONAL.....	7
4.1. Amenaza.....	7
4.2. Vulnerabilidad.....	8
4.3. Capacidades y necesidades.....	9
5. JUSTIFICACIÓN.....	15
6. POBLACIÓN BENEFICIARIA.....	16
7. MECANISMOS DE RESPUESTA DEL PLAN.....	16
8. OBJETIVO PILARES Y ESTRATEGIAS DEL PLAN.....	16
8.1. Objetivo del plan.....	16
8.2. Estrategia General Del Plan.....	16
8.3. Actividades por líneas de acción y presupuesto.....	18
9. AUTORIDAD QUE ACTIVA/DESACTIVA EL PLAN DE CONTINGENCIA.....	20



## Introducción

Los coronavirus son una extensa familia de virus, algunos de los cuales puede ser causa de diversas enfermedades humanas, que van desde el resfriado común hasta el SRAS (síndrome respiratorio agudo severo). Los virus de esta familia también pueden causar varias enfermedades en los animales.

El 31 de diciembre de 2019 se comunicaron a la OMS varios casos de neumonía en Wuhan, una ciudad situada en la provincia china de Hubei. Se trataba de un virus distinto a los conocidos, lo cual resultaba preocupante porque no se sabía nada sobre el comportamiento y de qué manera los nuevos virus pueden afectar a las personas.

Una semana más tarde, el 7 de enero, las autoridades chinas confirmaron que habían identificado un nuevo coronavirus, una familia de virus que causan el resfriado común y enfermedades como el MERS y el SARS. Este nuevo virus se denominó, provisionalmente, 2019-nCoV, nombre que sería cambiado a COVID-19 el 11 de febrero por comunicado de la OMS para evitar el estigma contra China y sus ciudadanos .

El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara como "EMERGENCIA DE SALUD PUBLICA DE INTERES INTERNACIONAL" la epidemia brote del nuevo Coronavirus

El Ministerio de Salud, a través de la Unidad de Epidemiología, en el marco de la Declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda, a fin de prevenir el contagio de todas las infecciones respiratorias en ámbitos de riesgo (personal de salud, personal que trabaja en puntos de entrada al país vías aérea y terrestre, etc.) Implementar medidas de control de infecciones, en el primer punto de contacto con la persona posiblemente infectada.

El coronavirus que ha provocado la neumonía de Wuhan deja ya más de 49.000 casos en varios países del mundo, la inmensa mayoría (48.548) en China, donde se han registrado 1381 muertes por esta causa. A esta cifra hay que sumar el fallecimiento de dos personas fuera de China. En total, fuera del país asiático, hay al menos 505 casos confirmados en 24 países.

En Bolivia no se tienen 10 casos confirmados y 42 casos sospechosos hasta la fecha y el país viene asumiendo el control de estos casos en el país.

La alerta de la población ante los casos confirmados en el país genera incertidumbre de la población en general y de los recursos humanos de una institución por el desconocimiento del desenlace del evento.



Con base a estos antecedentes al tener referencia de posible brote epidémico por el COVID-19 ‘neumonía de Wuhan’ en la población de Uyuni se realiza un plan de contingencia aplicable en la declaratoria de una emergencia sanitaria en Uyuni.

## 1. ANTECEDENTES

El 31 de diciembre de 2019 se comunicaron a la OMS varios casos de neumonía en Wuhan, una ciudad situada en la provincia china de Hubei. Se trataba de un virus distinto a los conocidos, lo cual resulta preocupante porque no se sabía el comportamiento de un nuevo virus como pueden afectar a las personas, además de su propagación.

Una semana más tarde, el 9 de enero, las autoridades chinas confirmaron que habían identificado un nuevo coronavirus, una familia de virus que causan el resfriado común y enfermedades como el MERS y el SARS.

El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara como "EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE INTERÉS INTERNACIONAL" (ESPII), la epidemia brote del nuevo Coronavirus, con más de 9.700 casos confirmados en China y 106 casos confirmados en otros 19 países.

Entre el 31 de diciembre de 2019 y el 14 de febrero de 2020, se notificaron un total de 49,053 casos confirmados por laboratorio de infección por el COVID-19 en 25 países, aunque la mayoría de los casos (99%) se siguen informando desde China. Se ha notificado un total de 1.383 muertes, de las cuales solo 2 ocurrió fuera de China.

El Ministerio de Salud, a través de la Unidad de Epidemiología, en el marco de la Declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda, a fin de prevenir el contagio de todas las infecciones respiratorias en ámbitos de riesgo (personal de salud, personal que trabaja en puntos de entrada al país vías aérea y terrestre, etc.) Implementar las siguientes medidas de control de infecciones, en el primer punto de contacto con la persona posiblemente infectada:

### **Protocolo para la higiene respiratoria y etiqueta de la tos:**

- pañuelo desechable y tirarlo en un contenedor de basura (Luego realizar Higiene de manos).
- de la tos) con el propósito de no contaminar sus manos (luego realizar higiene de manos).

**Intensificación** de la Higiene de manos (con agua y jabón o alcohol en gel).

La persona con síntomas respiratorios debe cubrirse la boca y nariz al toser o estornudar con un

Si no se tiene pañuelo de papel debe toser o estornudar en el ángulo interno del codo, (etiqueta



personas que presentan algún tipo de síntomas de Infección Respiratoria (fiebre, tos, etc.).

El coronavirus que ha provocado la neumonía de Wuhan deja ya más de 49.000 casos en varios países del mundo, y la OMS ha declarado el riesgo en China como muy alto y en el resto del mundo como alto, Bolivia se encuentra entre estos países no obstante, se ha conformado un comité intersectorial para prevención y contingencia ante un probable brote del coronavirus. El comité ha sido estructurado con la participación del Ministerio de Salud, Comunicación, Gobierno, Defensa, Educación, OMS/OPS, UNICEF, la embajada de China, Cancillería, DIGMIG, DGAC, Servicios Aeroportuarios, AASANA, Sociedad Boliviana de Infectología, Servicio Departamental de Salud y otros.

Ante la aparición y características de la epidemia, se debe desarrollar un conjunto de acciones sectoriales e intersectoriales para el control, la vigilancia de la epidemia y el manejo de la misma.

## 2. MARCO NORMATIVO LEGAL

- 2005), establece las líneas de acción sobre la importancia de la Vigilancia de la salud pública y de las enfermedades sujetas a vigilancia internacional.
- personas tiene derecho a la salud.
- promulgó la Ley 602 de Gestión de Riesgos cuyo objeto es regular el marco institucional y competencial para la gestión de riesgos.
- mecanismos para la aplicación de la Ley.
- A nivel internacional el Reglamento Sanitario Internacional (Organización Mundial de la Salud,
- La Constitución Política del Estado Plurinacional establece en su artículo 18 que todas las De acuerdo a la normativa vigente, en noviembre de 2014 el Estado Plurinacional de Bolivia
- El Decreto Supremo N° 2342, de abril de 2015, en el cual se reglamenta los procedimientos y Ley No. 031 Ley Marco de Autonomías y Descentralización (artículos 81 y 100)
- Ley No. 1333 Ley del medio ambiente promulgada el 27 de abril de 1992.
- Ley No. 16998, Ley General de Higiene, Seguridad Ocupacional y Bienestar, 2 de agosto de 1979.
- Decreto Supremo 2342 Reglamento de la Ley Gestión de Riesgos
- Decreto Supremo 29601, Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)
- Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres en Salud 1996
- Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020



### 3. SITUACION ACTUAL

En la Región de la Américas se tiene el reporte que el 21 de enero de 2020, el primer caso de COVID-19 importado a la región de las Américas se identificó en el estado de Washington, Estados Unidos de América. Unos días después, el 25 de enero, Canadá informó su primer caso confirmado de nuevo coronavirus (COVID-19) en Toronto, provincia de Ontario. Desde el 21 de enero y hasta el 14 de febrero, se han notificado 22 casos confirmados de COVID-19 en la región de las Américas: quince (15) en los Estados Unidos de América y cuatro (7) en Canadá.

En los Estados Unidos de América fueron reportados en cinco (5) estados: Arizona, California, Illinois, Massachusetts y Washington entre el 21 de enero y el 14 de febrero de 2020. Del total de casos, trece (13) tenían antecedente de viaje a Wuhan, China. El 30 de enero de 2020, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EEUU confirmaron el primer caso de transmisión persona a persona del COVID-19 en los Estados Unidos de América, siendo la primera vez que se reportó este tipo de transmisión en las Américas. Una segunda instancia de propagación de persona a persona en los Estados Unidos se informó el 3 de febrero de 2020 en un paciente de California que es un contacto familiar cercano de otro paciente en el mismo estado.

En Canadá, de los 7 casos confirmados, 6 tenían un historial de viajes a China y uno está actualmente bajo investigación sobre el sitio de infección. Canadá es el segundo país dentro de la Región en informar un caso confirmado (después de EE. UU.)

En Bolivia se ha notificado 10 casos confirmado , 42 casos sospechosos, se han realizado simulacros en el país frente al posible ingreso en los ingresos aeroportuarios más importantes del país de forma conjunta con otras instituciones relacionadas a la llegada de personas de otros países.

Plan Sectorial de Desarrollo Integral Para Vivir Bien 2016 –2020 (Ministerio de Salud)

Plan Estratégico Institucional 2016 –2020



## 4. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

### 4.1. Amenaza

Se entiende amenaza como el factor externo de riesgo presentado por la potencial acrecencia de un suceso de origen natural o generado por la actividad humana que puede manifestarse en un lugar específico, con una intensidad y duración determinadas.

La amenaza está dada por el ingreso del nuevo virus y presencia de casos que genere impacto en la población boliviana. En el marco de la situación global actual, las hipótesis del ingreso viene a partir de la llegada del virus por personas que transportan el virus en periodo asintomático con el antecedente de haber estado en países donde se ha confirmado la presencia del virus, cuyas características clínicas al igual que con otras enfermedades respiratorias pueden causar síntomas leves, como fiebre, dolor de garganta, tos y secreción nasal o ser más grave para algunas personas y puede provocar neumonía o dificultades respiratorias y falla renal. En algunos casos, la enfermedad puede ser fatal. Las personas mayores y las personas con afecciones médicas preexistentes (como diabetes y enfermedades cardíacas) parecen ser más vulnerables a enfermarse gravemente.

Según la información disponible, las estimaciones actuales del período de incubación oscilan entre 2 y 11 días. Según la información de otras enfermedades por coronavirus, como MERS-CoV y SARS-CoV, el período de incubación de COVID-19 podría ser de hasta 14 días, lo que permite usar este período como una definición operativa para el seguimiento y monitoreo de contactos. La evidencia actual sugiere que la propagación de persona a persona está ocurriendo, incluso entre los trabajadores de la salud que atienden a pacientes enfermos con COVID-19, lo que sería consistente con lo que se sabe sobre otros patógenos similares. Según los datos disponibles actualmente, las personas que tienen síntomas están causando la mayor parte de la propagación del virus.

De acuerdo al escenario en el que se desarrolle la enfermedad la letalidad encontrada oscila por el 2 al 3% en el brote presentado en China, considerando la velocidad de propagación es menor a otras enfermedades como el sarampión y la influenza, sin embargo aun no se cuenta con mayor información sobre el comportamiento de la enfermedad y poder estimar el impacto que podría presentar en los asegurados que reciben atención en el CIMFA UYUNI.







Por el comportamiento en el país de China la letalidad hasta la fecha es de 2,84%, con lo que se puede estimar 5 fallecimientos en una población de más de 3 millones de asegurados. Cabe mencionar existen modificaciones diarias sobre el comportamiento de la enfermedad y los datos estimativos son considerados para un periodo inicial de la epidemia en el país y dependerá de las condiciones de ingreso de la enfermedad en nuestro medio y las medidas que se asuman como CIMFA UYUNI para evitar el ingreso de la enfermedad, las mismas pueden sufrir variaciones en el tiempo

#### 4.3.Capacidades y necesidades

El Centro Integral de Medicina Familiar CIMFA UYUNI realiza la plicación y ejecución del régimen de Seguridad Social a corto plazo (Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales).

El Centro Integral de Medicina Familiar CIMFA UYUNI de La Caja Nacional de Salud se rige por los principios de la Seguridad Social: Universalidad, Solidaridad, Unidad de Gestión, Economía, Oportunidad, Eficacia y Calidad, en la otorgación de prestaciones de salud, para favorecer a toda su población protegida, optimizando el uso de sus recursos, y buscando ampliar el nivel de cobertura de la población asegurada.

El CIMFA UYUNI de la Caja Nacional de Salud, es responsable de la Atención Integral de Primer Nivel de la población asegurada..

El Código de Seguridad Social protege a los trabajadores y sus familiares en las siguientes contingencias:

\*

ENFERMEDAD COMÚN  
ACCIDENTE COMÚN  
MATERNIDAD  
ACCIDENTES DE TRABAJO  
ENFERMEDADES  
PROFESIONALES  
INVALIDEZ  
VEJEZ  
MUERTE



Las necesidades institucionales se establecen en el margen del crecimiento poblacional de los asegurados, en lo que se refiere a sobredemanda de servicios de salud en caso de presentarse la emergencia, se cuenta con unidades epidemiológicas en los principales hospitales del Departamento, que permitan tomar decisiones y control de infecciones, los Comités Operativos de Emergencia y Comités de infecciones son herramientas a ser aplicadas en el momento de contingencias.

Para la atención de la emergencia en caso de ingreso de la enfermedad en el Centro Integral de Medicina Familiar de la Distrital de Uyuni se requiere fortalecer y generar algunas áreas como ser:

- Área de Triage para el reconocimiento temprano para atención de adultos y niños
- Habilitación de un consultorio médico para la atención exclusiva de pacientes sospechosos severos que requieran internación.
- Implementar precauciones de contacto y transmisión aérea (aerosoles o núcleo de gotitas)
- Controles administrativos, ambientales y de ingeniería

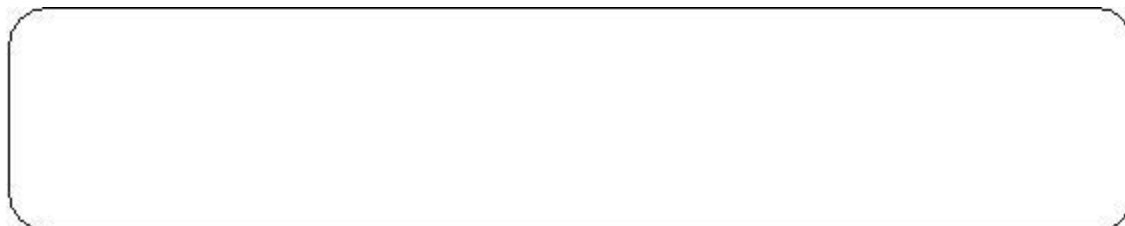
#### 4.3.1. Triage para el reconocimiento temprano

Requiere la conformación de brigadas de triage en los establecimientos de salud que tengan servicio de emergencias y en los establecimientos que no cuenten con el servicio designar al responsable de triage como primer punto de contacto con el sistema de atención médica, la función esencial de esta área es el reconocimiento temprano de pacientes con IRAG asociados con la infección COVID-19 considerando el COVID-19 como una posible etiología de IRAG bajo ciertas condiciones (ver anexo 2), además del triage de pacientes y comienzo de tratamientos de emergencia basados en la gravedad de la enfermedad.

Las condiciones a tomar en cuenta son las siguientes:

#### IRAG

Un IRA con antecedentes de fiebre o temperatura medida  $\geq 38\text{ C}^\circ$  y tos; inicio dentro de los últimos 10 días; y requiere hospitalización. Sin embargo, la ausencia de fiebre NO excluye la infección viral.





Vigilancia definiciones de caso para COVID-19

- A. Pacientes con infección respiratoria aguda grave (fiebre, tos y que requieren ingreso hospitalario), y sin otra etiología que explica completamente la presentación clínica y al menos uno de los siguientes:
- Antecedentes de viajes o residencia en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China, u otros países con casos confirmados de COVID-19 en los 14 días previos al inicio de los síntomas, o
  - El paciente es un trabajador de la salud que ha estado trabajando en un entorno donde se atienden las infecciones respiratorias agudas graves de etiología desconocida.
- B. Pacientes con alguna enfermedad respiratoria aguda y al menos uno de los siguientes:
- Contacto cercano con un caso confirmado o probable de COVID-19 en los 14 días anteriores al inicio de la enfermedad, o
  - Visitar o trabajar en un mercado de animales vivos en Wuhan, provincia de Hubei, China, en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas. O
  - Trabajó o asistió a un centro de atención médica en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas en los pacientes con hospitalización donde se han reportado infecciones asociadas a COVID-19.



4.3.2. Salas de aislamiento hospitalario pacientes sospechosos severos que requieran internación.

La contingencia requiere que el Hospital Obrero N° 12 tengan salas preparadas para la atención de estos enfermos, con algunas características especiales donde los pacientes serán referidos del CIMFA UYUNI.

Al ingreso se realizará interrogatorio exhaustivo, examen físico, y otros exámenes complementarios de rutina. En dependencia de la evolución particular y antecedentes del paciente el médico puede indicar otros complementarios.

La Distrital debe prever la sala de aislamiento en establecimientos hospitalarios de su dependencia para reducir la transmisión como ser:

- habitaciones individuales disponibles.
  - exclusivamente a sospechosos o casos confirmados para reducir el riesgo de transmisión.
- Aplicar todas las medidas de precaucion para evitar la transmisión en el personal de salud



POBLACION  
ESTIMADA

DEPARTAMENTO

ATAQUE 5  
POR 100.000)

PANDO

<u>BENI</u>	COVID-19 (TASA DE	CASOS SEVEROS (16%)	BATAS (25 UNIDADES PACIENTE/DIA)	MASCARILLA MEDICA (25 UNIDADES PACIENTE/DIA)	RESPIRADOR N95 (1 UNIDAD PACIENTE/DIA)	GUANTES NO ESTERILES (50 UNIDADES)	GAFAS O PROTECTOR FACIAL (1 UNIDAD PACIENTE/DIA)
<u>LA PAZ</u>							
<u>CBBA</u>							
<u>SANTA CRUZ</u>							
<u>ORURO</u>							
<u>SUCRE</u>	2	0	93	581	23	1162	23
<u>POTOSI</u>	8	1	454	2841	114	5681	114
<u>TARIJA</u>	47	8	2841	17758	710	35517	710
<u>BOLIVIA</u>	28	4	1653	10334	413	20667	413
	39	6	2359	14746	590	29492	590
	10	2	603	3771	151	7542	151
	9	1	517	3234	129	6468	129
	14	2	837	5230	209	10459	209
	9	1	554	3461	138	6923	138
	<u>165</u>	<u>26</u>	<u>9.913</u>	<u>61.956</u>	<u>2.478</u>	<u>123.912</u>	<u>2.478</u>

4.3.3. Implementar precauciones de contacto y transmisión aérea (aerosoles o núcleo de gotitas)

Aplicar precauciones de gotas

Las precauciones de gotas previenen la transmisión de virus respiratorios por gotas grandes. Use una máscara médica si trabaja dentro de 1-2 metros del paciente, coloque a los pacientes en habitaciones individuales o agrupe a aquellos con el mismo diagnóstico etiológico, si el diagnóstico etiológico no es posible, agrupar a los pacientes con diagnóstico clínico similar y basado en factores de riesgo epidemiológico, con un espacio separación de por lo menos 1 metro. Cuando brinde atención en contacto cercano con un paciente con síntomas respiratorios (por ejemplo, tos o estornudos), use protección de ojos (mascarilla o gafas), porque pueden producirse pulverizaciones de secreciones. Limite el movimiento del paciente dentro de la institución y asegúrese de que los pacientes usen máscaras médicas cuando estén fuera de sus habitaciones.



Aplicar precauciones de contacto

Las precauciones de contacto y gotitas evitan la transmisión directa o indirecta del contacto con superficies o equipos contaminados (es decir, contacto con tubos / interfaces de oxígeno contaminados). Use EPP (mascarilla médica, protección para los ojos, guantes y bata) cuando ingrese a la habitación y debe quitarse el EPP al salir. Si es posible, use equipo desechable o exclusivo (por ejemplo, estetoscopios, manguitos de presión arterial y termómetros). Si el equipo necesita ser compartido entre pacientes, limpie y desinfecte en cada uso con el paciente. Asegúrese de que los trabajadores de la salud se abstengan de tocarse los ojos, la nariz y la boca con sustancias potencialmente contaminadas con las manos enguantadas o sin guantes. Evite contaminar las superficies ambientales que no están directamente relacionadas con el cuidado del paciente (por ejemplo, manijas de puerta e interruptores de luz). Asegure una ventilación adecuada de la habitación. Evitar el movimiento de pacientes o el transporte. Realizar higiene de manos.

Aplicar precauciones de aire cuando se realiza un procedimiento generador de aerosoles

Asegúrese de que los trabajadores de la salud realicen procedimientos de generación de aerosoles (es decir, succión abierta del tracto respiratorio, intubación, broncoscopia, reanimación cardiopulmonar) use EPP, incluidos guantes, batas de manga larga, protección para los ojos, y respiradores de partículas con prueba de ajuste (N95 o equivalente, o mayor nivel de protección).



#### 4.3.4. Controles administrativos, ambientales y de ingeniería

Requiere establecer infraestructuras y actividades sostenibles, asegurar el acceso a un laboratorio rápido para la identificación del agente etiológico; previniendo hacinamiento, especialmente en los servicios de emergencias; proporcionar áreas de espera exclusivas para pacientes sintomáticos; aislar adecuadamente a pacientes hospitalizados; asegurando suministros adecuados de EPP; asegurar la adhesión a las políticas y procedimientos para todas las etapas de la atención médica.

Para la identificación del virus el laboratorio de referencia nacional forma parte del plan de respuesta como país en una primera etapa de la epidemia, sin embargo sobrepasada la capacidad y por necesidad institucional se dispondrá del laboratorio de virología del Hospital Obrero N°1 de la ciudad de La Paz como centro de referencia nacional para la C.N.S. bajo el flujo establecido en anexo 4.

## 5. JUSTIFICACIÓN

Con la situación actual continúa la incertidumbre sobre el nuevo coronavirus (COVID-19), siendo que no se había identificado previamente y su capacidad infectiva en los humanos y, por lo tanto, la historia natural aún no se ha determinado, incluido el reservorio, los factores del huésped, los aspectos ambientales, el período de infectividad, la virulencia, el modo de transmisión y la fuente de transmisión.

Con los antecedentes de enfermedades por coronavirus (SARS, MERS) al igual que con otras enfermedades respiratorias, la infección con COVID-19 puede causar síntomas leves, como fiebre, dolor de garganta, tos y secreción nasal. Puede ser más grave para algunas personas y puede provocar neumonía o dificultades respiratorias y falla renal. En algunos casos, la enfermedad puede ser fatal. Las personas mayores y las personas con afecciones médicas preexistentes (como diabetes y enfermedades cardíacas) parecen ser más vulnerables a enfermarse gravemente.

Durante brotes anteriores debido a otros coronavirus (Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV) y el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV), la transmisión de humano a humano ocurrió a través de gotitas, contacto y fómites, lo que sugiere que la ruta de transmisión del COVID-19 podría ser



similar. Por lo tanto, las medidas de control tomadas para el SARS-CoV y el MERS-CoV pueden guiar la respuesta contra este nuevo patógeno. La OPS/OMS ha desarrollado una guía (ver anexo 3) para entornos de atención médica y para hogares de personas que podrían estar infectadas con COVID-19, lo que conlleva a concluir que se trata de una enfermedad de importancia a nivel internacional y la OMS ha establecido la necesidad de recomendar a los países asumir las medidas necesarias para su control y evitar la propagación.

En este sentido es importante generar estrategias que establezca una respuesta institucional en caso de presentarse una epidemia que afecte a los establecimientos de salud de la C.N.S. y que generen impacto en salud a la población y riesgo del personal de salud que trabaja en establecimientos de salud.

## 6. POBLACIÓN BENEFICIARIA

Este plan está dirigido a cubrir la demanda de servicios por efecto de la presencia del nuevo Coronavirus (COVID-19) en el país y sobrepase la capacidad de los establecimientos de salud para atender mencionada contingencia además de establecer directrices para la protección del personal de salud responsable de su atención.

## 7. MECANISMOS DE RESPUESTA DEL PLAN

Los mecanismos de respuesta del plan serán activados de acuerdo a determinación del Ministerio de Salud y la declaratoria del nivel de alerta y/o emergencia sanitaria.

## 8. OBJETIVO PILARES Y ESTRATEGIAS DEL PLAN

### 8.1. Objetivo del plan

Reducir el impacto de la enfermedad en la Distrital de Uyuni de la Caja Nacional de Salud en caso de presentarse una demanda elevada de servicios para la atención de pacientes sospechosos de estar infectados con (COVID-19).

### 8.2. Estrategia General Del Plan

Para el cumplimiento de la estrategia se han propuesto las siguientes Líneas de acción:





rector de salud en este caso el Ministerio de Salud y a nivel regional con los SEDES.



información, recomendaciones y opiniones, entre expertos y/o funcionarios y personas que se enfrentan a una amenaza (riesgo) para su sobrevivencia, su salud o su bienestar económico o social. El objetivo final de la comunicación de riesgos es que toda persona expuesta a un riesgo sea capaz de tomar decisiones informadas para mitigar los efectos de la amenaza (riesgo), como el brote de una enfermedad, y tomar las medidas y acciones de protección y prevención. La comunicación de riesgos utiliza variadas técnicas de comunicación que van desde los medios de comunicación social a medios de comunicación masiva, grupos de interés y motivación comunitaria. La comunicación de riesgos requiere de la comprensión de las percepciones de las partes interesadas, de las preocupaciones y creencias, así como de sus conocimientos y prácticas. Una comunicación de riesgos efectiva debe ser capaz de identificar y poder manejar desde un inicio, los rumores, así como la desinformación y otros desafíos de la comunicación.



constante amenaza que implica la ocurrencia de un evento que produzca la falla del sistema de salud, el mantenimiento de operaciones además debe estar destinado a optimizar la producción del sistema y reducir los costos.



prestaciones de salud, de promoción, de prevención, de recuperación y rehabilitación en forma ambulatoria, domiciliaria son clasificados de acuerdo a la capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad, en la Distrital de Uyuni se cuenta en el CIMFA UYUNI con el Primer nivele de atención.

El punto de entrada de los pacientes y que deben ser el sustento en el caso de epidemias de estas características. El Centro Integral de Medicina Familiar para el (COVID-19) comprende la conformación de los equipos de respuesta Rápida (ERR) que se encargue de plantear las estrategias para dar respuesta a un brote en el establecimiento conformados por: en el caso de del CIMFA UYUNI se requiere un Médico y su Enfermera Vigilante de IAAS, en el caso del CIS médico y/o Auxiliar de enfermería encargados de vigilar el cumplimiento de las medidas de bioseguridad en la atención de los pacientes sospechosos, probables y confirmados, llenado de la ficha epidemiológica, la notificación, seguimiento de contactos y referencia a los centros de aislamiento que corresponden a la red establecida por la Distrital de Uyuni.

Coordinación Interinstitucional, se refiere a las acciones asumidas en coordinación con el ente

Comunicación de Riesgo; La comunicación de riesgo, se refiere al intercambio en tiempo real, de

Mantenimiento de operaciones; Las operaciones de mantenimiento tienen lugar frente a la

Servicios de Salud; entendido como aquellos servicios que están destinados a brindar



8.3.Actividades por líneas de acción y presupuesto

LINEA DE ACCION

PÁGINA 18 DE 39

Coordinación Interinstitucional

unidades de Epidemiología del Ministerio de Salud

medidas de contingencia

ACTIVIDADES	RESULTADO ESPERADO	RESPONSABLE	REQUERIMIENTO	CANTIDAD	MONTO Bs.
<u>Reuniones de coordinación con Las</u>	<u>Establecimientos normativa de manejo de la emergencia y</u>	<u>CIMFA UYUNI</u>	<u>Reuniones de coordinación comité Distrital</u>		
	<u>Plan de contingencia aplicado</u>	<u>Distritall Establecimientos</u>	<u>Aprobación planes de contingencia/emergencia</u>		
	<u>Establecimientos integrados a los planes de contingencia departamental</u>	<u>Res p. Cimfa Aut. Distritales</u>	<u>Reuniones de coordinación comité Distritall de los SEDES, COE departamentales</u>		
<u>Elaboración del plan de comunicación que</u>	<u>Impacto de la crisis originada</u>	<u>Relaciones Públicas Trabajo Social</u>	<u>Reuniones trabajo institucional.</u>  <u>Coordinación con Autoridades Distritales para la comunicación de riesgo</u>		
<u>Aplicación Plan de contingencia/emergencia Distrital</u>  <u>Coordinación con los SEDES para: capacitación.</u>	<u>Materiales de promoción de la salud disponibles</u>	<u>Relaciones Públicas Trabajo Social CIMFA UYUNI</u>	<u>Afiches</u>  <u>Tripticos</u>  <u>Banners</u>		<u>10.000 Bs</u>



**CAJA NACIONAL DE SALUD**  
OFICINA CENTRAL LA PAZ (BOLIVIA) – APARTADO 9572 - CABLES Y TELEGRAMAS “CASEGURAL”

preparación, notificación,  
dotación de material y  
otros.

Comunicación  
de Riesgo

identifique el emisor, los por las redes  
destinatarios, medio, sociales y otros  
mensaje a ser difundido y medios con  
los medios relación al  
complementarios a manejo del  
utilizarse. evento y su  
prevención  
disminuida.

Elaboración e  
implementación de  
material de promoción y  
prevención

establecimientos  
de salud



**CAJA NACIONAL DE SALUD**  
 OFICINA CENTRAL LA PAZ (BOLIVIA) – APARTADO 9572 - CABLES Y TELEGRAMAS “CASEGURAL”

PÁGINA 19 DE 39

Mantenimiento Activación del Comité  
de operaciones Operativo de Emergencia  
 (COE) en todos los conformados y  
establecimientos, para la planes  
elaboración de planes de elaborados.  
respuesta a la  
contingencia, aplicando  
las definiciones de caso y  
protocolo

	<u>Establecimientos</u> Regional	<u>Cimfa</u>	<u>Emisión de circular</u>		
	<u>Establecimientos</u> Regional	<u>Cimfa</u>	<u>Capacitación</u>  <u>Materiales de</u> <u>desinfección y limpieza</u>	<u>Capacitación</u>  <u>Refuerzo</u> <u>materiales</u> <u>de</u>	<u>50.000 Bs</u>
		<u>Enfer Vigil.</u> <u>Cimfa Uyuni</u>	<u>Impresión y difusión de</u> <u>material</u>	<u>5.000</u> <u>fichas</u>  <u>afiches</u>	<u>10.000 Bs.</u>
	<u>de bioseguridad</u> <u>necesarios</u>		<u>batas desechables</u>	<u>400</u> <u>400</u> <u>2.500</u>  <u>20 pzas</u> <u>10 pzas</u>	
		<u>1</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>70.000 Bs</u>



**CAJA NACIONAL DE SALUD**  
OFICINA CENTRAL LA PAZ (BOLIVIA) – APARTADO 9572 - CABLES Y TELEGRAMAS “CASEGURAL”

Fortalecimiento de  
medidas de bioseguridad cumplen  
en el CIMFA UYUNI los protocolos de  
bioseguridad

desinfección  
y limpieza

Reforzamiento en la Toma de  
Vigilancia epidemiológica decisiones  
oportuna

10.000

Dotación de Materiales e Insumos médicos Cimfa Uyuni  
insumos para la atención  
de pacientes en el  
CIMFA UYUNI

Guantes no esteriles

gafas o protector facial

termómetros infrarojos

mascarillas médicas  
N-95





Referencias

1. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected: interim guidance, updated 25 January 2020. Geneva: World Health Organization; 2020([https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak))
2. nCoV) en establecimientos de salud, recomendaciones interina; 6 de febrero del 2020; Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.
3. Plan de Preparación y Respuesta para la Prevención y Control del Coronavirus en Bolivia; Ministerio de Salud, Unidad de Epidemiología 2020.
4. Global Surveillance for human infection with novel coronavirus (2019-nCoV); Interim guidance 31 January 2020; Geneva: World Health Organization; 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. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected Interim guidance 28 January 2020, Geneva: World Health Organization; 2020 ([https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected))
6. Home care for patients with suspected novel coronavirus (2019-nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts Interim guidance 04 February 2020, Geneva: World Health Organization; 2020; ([https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts))
7. Risk communication and community engagement (RCCE) readiness and response to the 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) Interim guidance v2 26 January 2020; (<https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-community-engagement-readiness-and-in>) ([https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected))
8. Reporte de situación 8 de febrero Organización Mundial de la salud (OMS); [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200208-sitrep-19-ncov.pdf?sfvrsn=6e091ce6\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200208-sitrep-19-ncov.pdf?sfvrsn=6e091ce6_4)
9. Reporte de situación 9 de febrero Organización Mundial de la salud (OMS); [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200209-sitrep-20-ncov.pdf?sfvrsn=6f80d1b9\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200209-sitrep-20-ncov.pdf?sfvrsn=6f80d1b9_4)
10. Reporte de situación 10 de febrero Organización Mundial de la salud (OMS); [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200210-sitrep-21-ncov.pdf?sfvrsn=947679ef\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200210-sitrep-21-ncov.pdf?sfvrsn=947679ef_2)



11. Reporte de situación 11 de febrero Organización Mundial de la salud (OMS);  
[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf?sfvrsn=fb6d49b1\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf?sfvrsn=fb6d49b1_2)
12. Reporte de situación 12 de febrero Organización Mundial de la salud (OMS);  
[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200212-sitrep-23-ncov.pdf?sfvrsn=41e9fb78\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200212-sitrep-23-ncov.pdf?sfvrsn=41e9fb78_4)
13. Reporte de situación 13 de febrero Organización Mundial de la salud (OMS);  
[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200213-sitrep-24-covid-19.pdf?sfvrsn=9a7406a4\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200213-sitrep-24-covid-19.pdf?sfvrsn=9a7406a4_4)
14. Reporte de situación 14 de febrero Organización Mundial de la salud (OMS);  
[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200214-sitrep-25-covid-19.pdf?sfvrsn=61dda7d\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200214-sitrep-25-covid-19.pdf?sfvrsn=61dda7d_2)





# ANEXOS



## ANEXO 1

### DEFINICIONES DE CASO

#### CASO SOSPECHOSO

- Persona que presenta Fiebre<sup>1</sup> y alguno de los siguientes síntomas: tos, malestar general, con o sin dificultad respiratoria, o;
- Persona que presente Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG<sup>2</sup>) de causa inexplicable y de curso inusual e inesperado

Y que, además:

1. Tenga historial de viaje o que haya vivido en China en los 14 días previos al inicio de los síntomas, o;
2. Que, durante 14 días antes del inicio de la enfermedad, tuvo contacto estrecho<sup>3</sup> con un caso confirmado o probable de infección de COVID-19, o trabajó o asistió a un centro de atención médica donde pacientes confirmados o probables infectados por COVID-19 fueron tratados.

#### CASO CONFIRMADO

- Caso sospechoso con prueba de laboratorio PCR COVID-19 positiva.

#### CASO DESCARTADO

- Caso sospechoso con prueba de laboratorio PCR 2019 nCoV Negativa.

<sup>1</sup> La fiebre puede no estar siempre presente, por ejemplo, en pacientes jóvenes, niños o ancianos con baja inmunidad, mientras se encuentre tomando medicamentos antipiréticos. En tales situaciones, la evaluación clínica es muy importante.

<sup>2</sup> La persona se clasifica como IRAG si presenta: Historia de fiebre o fiebre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , dolor de garganta o tos, disnea o dificultad respiratoria, aparición de síntomas dentro de los últimos 10 días con necesidad de hospitalización.

<sup>3</sup> Se define contacto estrecho como:

- Cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso probable o confirmado, incluido trabajadores sanitarios que no han utilizado las medidas de protección adecuadas, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar;
- Cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso probable o confirmado\* a una distancia menor de 2 metros (ej. convivientes, visitas);
- que haya tenido contacto con dichos casos.

Los casos sospechosos deberán notificarse de forma inmediata a través del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS -VE) en el Bloque de enfermedades de Notificación Inmediata del formulario 302A, en la variable “Caso Sospechoso COVID-19”



ANEXO 2.-

Síndromes clínicos asociados con la infección COVID-19

1. Enfermedad sin complicaciones

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. Los ancianos y los inmunodeprimidos pueden presentar síntomas atípicos. Estos pacientes no tienen signos de deshidratación, sepsis o dificultad para respirar.

2. Neumonía leve

Paciente con neumonía y sin signos de neumonía grave.

El niño con neumonía no grave tiene tos o dificultad para respirar + respiración rápida:

Respiración rápida (ciclos/ min): <2 meses  $\geq 60$ ; 2–11 meses  $\geq 50$ ; 1 a 5 años  $\geq 40$  y sin signos de neumonía grave.

3. Neumonía Grave

Adolescente o adulto: fiebre o sospecha de infección respiratoria, más una de frecuencia respiratoria > 30 ciclos/ min, distress respiratorio severo o SpO<sub>2</sub> <90% en ambiente ventilado.

Niño con tos o dificultad para respirar, además de al menos uno de los siguientes: cianosis central o SpO<sub>2</sub> <90%; distress respiratorio severo (por ejemplo, roncus, penetración torácica muy severa); signos de neumonía con un signo de peligro general: incapacidad para amamantar o beber, letargo o inconsciencia, o convulsiones. Otros signos de neumonía pueden estar presentes: retracción de pecho, respiración rápida (respiraciones / min): <2 meses  $\geq 60$ ; 2–11 meses  $\geq 50$ ; 1–5 años  $\geq 40$ . El diagnóstico es clínico; imágenes de tórax pueden excluir complicaciones

4. Síndrome Distress Respiratorio Agudo

Inicio: síntomas respiratorios nuevos o que empeoran dentro de una semana del cuadro clínico conocido.



Imagen de tórax (radiografía, tomografía computarizada o ecografía pulmonar): opacidades bilaterales, no completamente explicadas por derrames, lobular o pulmonar colapso o nódulos.

Origen del edema: insuficiencia respiratoria no explicada completamente por insuficiencia cardíaca o sobrecarga de líquidos. Necesita evaluación objetiva (p. Ej. ecocardiografía) para excluir la causa hidrostática del edema si no hay un factor de riesgo presente.

Oxigenación (adultos):

- SDRA leve:  $200 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$  (con PEEP o CPAP  $\geq 5$  cm de H<sub>2</sub>O)
- SDRA moderado:  $100 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 \leq 200 \text{ mmHg}$  con PEEP  $\geq 5$  cm de H<sub>2</sub>O)
- SDRA severo:  $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 \leq 100 \text{ mmHg}$  con PEEP  $\geq 5$  cm de H<sub>2</sub>O o no ventilado)
- Cuando PaO<sub>2</sub> no está disponible, SpO<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub>  $\leq 315$  sugiere SDRA (incluso en pacientes no ventilados)

Oxigenación (niños; nota OI = Índice de oxigenación y OSI = Índice de oxigenación usando SpO<sub>2</sub>):

- CPAP  $\geq 5$  cm de H<sub>2</sub>O a través de la máscara facial completa:  $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$  o SpO<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub>  $\leq 264$
- SDRA leve (ventilación invasiva):  $4 \leq \text{OI} < 8$  ó  $6.5 \leq \text{OSI} < 7.5$
- SDRA moderado (ventilación invasiva):  $8 \leq \text{OI} < 16$  ó  $7.5 \leq \text{OSI} < 12.3$
- SDRA grave (ventilación invasiva):  $\text{OI} \geq 16$  u  $\text{OSI} \geq 12.3$

## 5. SEPSIS

Adultos: disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped a una infección sospechada o comprobada, con disfunción orgánica.

Los signos de disfunción orgánica incluyen: estado mental alterado, respiración difícil o rápida, baja saturación de oxígeno, reducción de la salida de orina, frecuencia cardíaca rápida, pulso débil, extremidades frías o presión arterial baja, manchas en la piel o evidencia de laboratorio de coagulopatía, trombocitopenia, acidosis, lactato alto o hiperbilirrubinemia.

Niños: infección sospechada o comprobada y criterios  $\geq 2$  SIRS, de los cuales uno debe ser temperatura anormal o recuento de glóbulos blancos



6. SHOCK SEPTICO

Adultos: hipotensión persistente a pesar de la reanimación volumétrica, que requiere que los vasopresores mantengan  $PAM \geq 65$  mmHg y suero nivel de lactato  $> 2$  mmol / L.

Niños: cualquier hipotensión ó 2-3 de los siguientes: estado alteración mental; taquicardia o bradicardia (FC  $< 90$  lpm o  $> 160$  lpm en lactantes y FC  $< 70$  lpm ó  $> 150$  lpm en niños); prolongado recarga capilar ( $> 2$  segundos) o vasodilatación excesiva con pulso estrecho; taquipnea; piel moteada o erupción petequeal o purpúrica; lactato aumentado, oliguria hipertermia o hipotermia.

[Redacted content]



DIRECTRICES DE MANEJO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Las estrategias de Prevención y Control de Infecciones que intentan prevenir y/o limitar la transmisión en la asistencia sanitaria, incluye lo siguiente:

1. Asegurar el triage, el reconocimiento temprano y la fuente control (aislamiento de pacientes con sospecha de infección por COVID-19);
2. aplicar precauciones estándar para todos los pacientes;
3. implementar precauciones adicionales empíricas (gota y contacto y, cuando corresponda, precauciones en el aire) para casos sospechosos de infección por COVID-19;
4. implementar controles administrativos;
5. Uso de controles ambientales y de ingeniería.

**1. Asegurar el triage, el reconocimiento temprano y control de la fuente**

La clasificación clínica incluye un sistema para evaluar a todos los pacientes en admisión que permite el reconocimiento temprano de posibles de infección por COVID-19 y aislamiento inmediato de pacientes con sospecha Infección por COVID-19 en un área separada de otros pacientes (control de fuente). Para facilitar la identificación temprana de casos de sospecha de infección por COVID-19, los centros de salud deben:

- Alentar a los trabajadores sanitarios a tener un alto nivel de sospecha clínica;
- Establecer una estación de triage bien equipada en la entrada al centro de salud, con el apoyo de personal capacitado.
- Instituir el uso de cuestionarios de selección de acuerdo con la definición de caso actualizada
- Colocar letreros en áreas públicas que recuerden síntomas pacientes para alertar a los trabajadores sanitarios.

La promoción de la higiene de manos y la higiene respiratoria son medidas preventivas esenciales.

**2. Aplicación de precauciones estándar para todos los pacientes.**

Las precauciones estándar incluyen higiene de manos y respiratoria, el uso apropiado de equipos de protección personal (EPP) de acuerdo con la evaluación de riesgos, impulsar prácticas de seguridad, adecuada gestión de residuos, ropa de cama adecuada, limpieza ambiental y esterilización de equipos de atención al paciente.

Asegúrese de que las siguientes medidas de higiene respiratoria sean usadas:



- codo al toser o estornudar;
- áreas de espera / públicas o en salas de cohortes;
- 

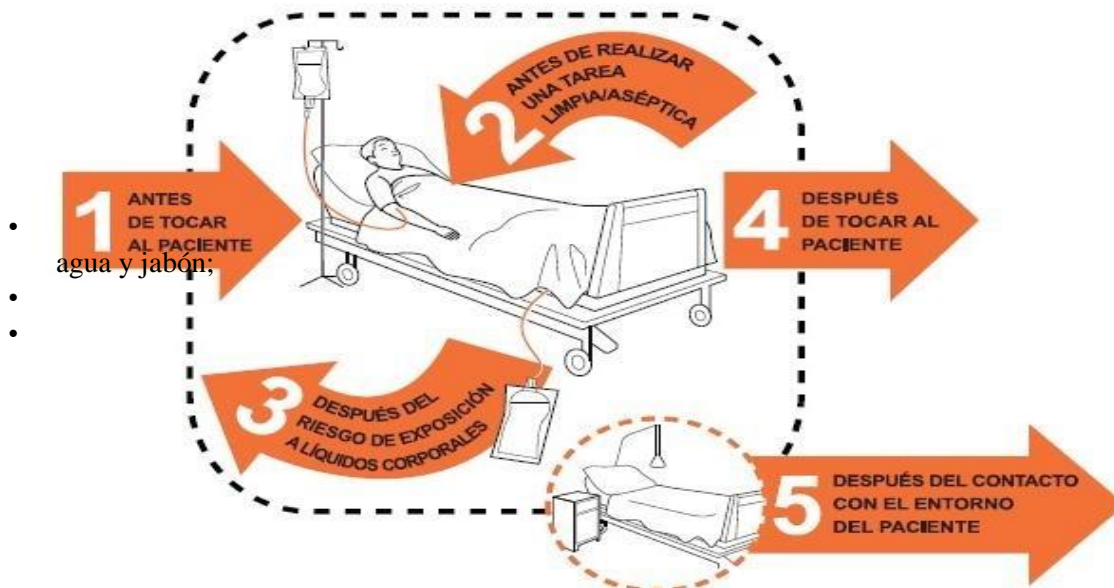
Los trabajadores sanitarios deben aplicar los 5 momentos para la higiene de las manos de la OMS antes de tocar a un paciente, antes de realizar un procedimiento limpio/aséptico, después de la exposición a fluidos del cuerpo, después de tocar a un paciente y después del contacto con el entorno de un paciente.

Asegurarse de que todos los pacientes se cubran la nariz y la boca con un pañuelo desechable o

Ofrecer una máscara médica a pacientes con sospecha infección COVID-19 mientras están en

Realizar la higiene de las manos después del contacto con secreciones de las vías respiratorias.

# Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos



La higiene de manos incluye la limpieza de manos con un gel de manos a base de alcohol o con

Se prefieren los desinfectantes a base de alcohol si las manos no están visiblemente sucias;

Lavarse las manos con agua y jabón cuando estén visiblemente sucias



El uso racional, correcto y consistente del EPP también ayuda a reducir la propagación de agentes patógenos. La efectividad en el uso del EPP depende en gran medida del suministro adecuado y regular, adecuada capacitación del personal, apropiada higiene de manos y específicamente comportamiento humano apropiado.

Es importante asegurar que la limpieza ambiental y los procedimientos de desinfección se sigan de manera consistente y adecuada. Limpiar a fondo las superficies ambientales con agua y detergente y aplicación de nivel hospitalario de uso común desinfectantes (tal como el hipoclorito sodio) son procedimientos eficaces y suficientes.

### 3. Implementación de precauciones empíricas adicionales

#### 3.1 Precauciones de contacto y gotas

- Además de utilizar las precauciones estándar, todos los individuos, incluidos familiares, visitantes y el personal de salud deben usar precauciones de contacto y gotas antes de entrar a la habitación donde se sospecha o se admiten pacientes confirmados con COVID-19;
- Los pacientes deben ser colocados en ventilación adecuada habitaciones individuales o para una sola persona. Para salas generales con salas naturales ventilación, se considera ventilación adecuada 60 L / s por paciente;
- Cuando no hay habitaciones individuales disponibles, los pacientes sospechosos de estar infectados con COVID-19 debe ser agrupados;
- Todas las camas de los pacientes deben colocarse al menos a 1 m de distancia independientemente de si se sospecha que tienen infección por COVID-19;
- Donde sea posible, un equipo de trabajadores sanitarios debería ser designado para atender exclusivamente a sospechosos o casos confirmados para reducir el riesgo de transmisión;
- Los trabajadores sanitarios deben usar una máscara médica (barbijo), conforme a las recomendaciones se debe usar máscaras médicas ajustadas a la cara y desecharse inmediatamente después de su uso, si la máscara se moja o ensucia con secreciones, debe cambiarse de inmediato. El uso de respiradores N95 se conserva para procedimientos de generación de aerosol que han sido consistentemente asociados con un mayor riesgo de transmisión de patógenos. Si el respirador para partículas N95 no está disponible, siempre que sea posible, evite realizar procedimientos de generación de aerosol.
- El personal de salud deben usar protección para los ojos (goggles) o protector facial si se dispone de este insumo para evitar contaminación de membranas mucosas;
- Los trabajadores de la salud deben usar vestimenta limpia, no estéril y de manga larga;
- El personal de salud también deben usar guantes;
- No se requiere el uso de botas, overol y delantal durante la atención de rutina;





- los EPP, la higiene de manos debe llevarse fuera de la sala de aislamiento. Además, se necesita un nuevo conjunto de EPP cuando se necesita cuidado en otra sala diferente;
- manguitos de presión arterial y termómetros). Si el equipo necesita ser compartido entre pacientes, limpiarlo y desinfectarlo entre usos para cada paciente individual (p. Ej., usando etil alcohol 70%);
- potencialmente contaminados;
- medicamento necesario. Utilizar equipo de rayos X portátil designado y / u otro equipo de diagnóstico designado. Si el transporte es requerido, use rutas de transporte predeterminadas para minimizar la exposición para el personal, otros pacientes y visitantes, y que el paciente use una máscara médica (barbijo);
- manos y use el EPP adecuado tal como fue descrito en esta sección con anterioridad;
- antes de la llegada del paciente;
- un sospechoso y paciente confirmado de encontrarse infectado con COVID-19;
- paciente asilado, incluido todo el personal y los visitantes como parte de la vigilancia epidemiológica.



### 3.2 Precauciones en el aire para procedimientos que generan aerosoles

Algunos procedimientos de generación de aerosoles han sido asociados con un mayor riesgo de transmisión de coronavirus (SARS-CoV y MERS-CoV), tales como intubación traqueal, ventilación no invasiva, traqueotomía, reanimación cardiopulmonar, ventilación manual antes de la intubación, y broncoscopia.

Asegurarse de que los trabajadores sanitarios que estén realizando procedimientos que generan aerosoles cumplan las siguientes recomendaciones:

- Realizar procedimientos en un lugar/habitación adecuadamente ventilada, es decir, ventilación natural con flujo de aire en al menos 160 L / s por paciente o en salas con presión negativa con al menos 12 cambios de aire por hora y dirección controlada del flujo de aire cuando utilizando ventilación mecánica;

Después de la atención al paciente, debe realizarse el desecho y eliminación apropiados de todos

El equipo debe ser de un solo uso, equipo desechable o exclusivo (por ejemplo, estetoscopios,

El personal de salud deben abstenerse de tocar los ojos, la nariz o boca con guantes o manos

Evitar mover y transportar pacientes fuera de su habitación o área a menos que sea

Garantizar que los trabajadores sanitarios que transportan pacientes realicen la higiene de las

Notificar al área que recibe al paciente de asumir las precauciones necesarias lo antes posible,

Limpiar y desinfectar rutinariamente las superficies que el paciente está en contacto;

Limitar el número de trabajadores sanitarios, familiares y visitantes que están en contacto con

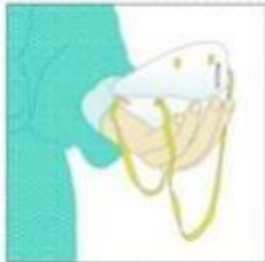
En un cuaderno mantener un registro de todas las personas que ingresan a la habitación del



utilice un respirador N95, siempre deben realizar la comprobación del sellado. Tenga en cuenta que si el usuario tiene vello facial (es decir, una barba) puede requerir un correcto ajuste del respirador;

Use un respirador para partículas (N95) al menos como protector. Cuando el personal de salud

1



Sostenga el respirador en la palma de su mano con la parte que cubre la nariz en la punta de sus dedos permitiendo que las bandas para la cabeza cuelguen libremente debajo de su mano

2



Coloque el respirador debajo de su mentón con el área que cubre la nariz hacia arriba

3



Estire la banda superior sobre su cabeza dejándola en la parte posterior. Estire la banda inferior sobre su cabeza y colóquela alrededor del cuello por debajo de las orejas

4

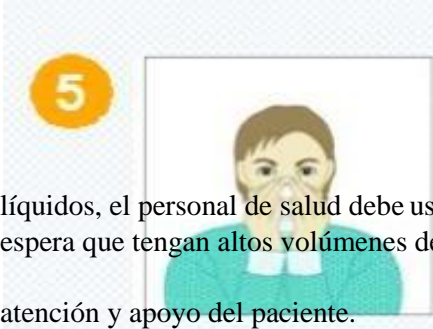


Coloque las puntas de los dedos de ambas manos en la parte superior del área metálica para la nariz. Moldee esta parte a la forma de su nariz, usando dos dedos de cada mano



Use protección para los ojos (es decir, gafas o protector facial);  
Use una bata limpia, no estéril, de manga larga y guantes Si las batas no son resistentes a los

Limitar el número de personas presentes en la sala al mínimo absoluto requerido para la



5

- 
- 
- líquidos, el personal de salud debe usar un delantal impermeable para procedimientos que se espera que tengan altos volúmenes de fluido que pueda penetrar la bata;
- atención y apoyo del paciente.

Cubra el frente del respirador con ambas manos, cuidando de no alterar la posición del respirador

#### 4. Implementación de controles administrativos

La implementación de controles administrativos y políticas para la prevención y control de la transmisión de infecciones en el entorno de atención médica incluye: establecer infraestructuras y actividades sostenibles; educar a los cuidadores de los pacientes; desarrollar políticas sobre el reconocimiento temprano de infección respiratoria aguda potencialmente causado por COVID-19; Asegurar el acceso a un laboratorio rápido para la identificación del agente etiológico; previniendo hacinamiento, especialmente en los servicios de emergencias; proporcionar áreas de espera exclusivas para pacientes sintomáticos; aislar adecuadamente a pacientes hospitalizados; asegurando suministros adecuados de EPP; asegurar la adhesión a las políticas y procedimientos para todas las etapas de la atención médica.

##### 4.1. Medidas administrativas relacionadas con la asistencia sanitaria trabajadores

- Provisión de capacitación adecuada para todo el personal de salud;
- Asegurar una adecuada relación personal-paciente;
- Establecer un proceso de vigilancia para casos agudos infecciones respiratorias potencialmente causadas por COVID-19 en el personal de salud;
- Garantizar que el personal de salud y el público entiendan importancia de buscar atención médica inmediata;
- Monitorear que el personal de salud cumpla con las precauciones estándar y proporcionando mecanismos de mejora según sea necesario.



## 5. Uso de controles ambientales y de ingeniería.

Estos controles se refieren al cuidado de la infraestructura básica del establecimiento salud tienen como objetivo garantizar que haya suficiente ventilación en todas las áreas, así como Limpieza ambiental adecuada.

Además, la separación espacial de al menos 1 metro debe ser mantenido entre todos los pacientes. Tanto la separación espacial como una ventilación adecuada pueden ayudar a reducir la propagación de muchos patógenos en el entorno sanitario.

Asegúrese de seguir los procedimientos de limpieza y desinfección consistentemente y correctamente. Limpieza de superficies ambientales con agua y detergente y aplicación de uso común desinfectantes hospitalarios (como el hipoclorito de sodio) es un procedimiento efectivo y suficiente.

### Duración de las precauciones de contacto y de gotas para pacientes con infección por COVID-19

Se deben aplicar precauciones estándar en todo momento. Las precauciones adicionales de contacto y gotas deben continuar hasta que el paciente esté asintomático. Se requiere más información sobre el modo de transmisión de la infección COVID-19 para definir la duración de precauciones.

### Recolección y manipulación de muestras de laboratorio de pacientes con sospecha de infección por COVID-19

Todas las muestras recolectadas para investigaciones que recolecta el personal de laboratorio deben ser consideradas como potencialmente infecciosas, manipular o transportar cualquier muestra clínica debe adherirse rigurosamente a las siguientes medidas de precaución estándar y prácticas de bioseguridad para minimizar la posibilidad de exposición a patógenos.

- protección para los ojos, una máscara médica, un bata de manga larga, guantes). Si se recoge la muestra con un procedimiento de generación de aerosol, el personal debe use un respirador para partículas al menos tan protector como un N95 con certificación NIOSH, un estándar de la UE FFP2 o el equivalente;
- 
- seguro y derrames procedimientos de descontaminación;

Asegurarse de que todo el personal que transporta muestras sea capacitado en prácticas de manejo



contenedores secundarios) que tienen un bolsillo sellable para la muestra (es decir, un biopeligro de plástico bolsa de muestras), con la etiqueta del paciente en la muestra contenedor (es decir, el contenedor primario) y claramente formulario de solicitud de laboratorio escrito;

- - apropiadas de bioseguridad y transporte requisitos, según el tipo de organismo que se está manejado;
  - 
  -
- sospecha de COVID-19 de potencial preocupación en el formulario de solicitud de laboratorio. Notifique al laboratorio tan pronto como sea posible. Posible que la muestra esté siendo transportada.

#### **Recomendación para atención ambulatoria**

Los principios básicos de PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES y las precauciones estándar deberían ser aplicadas en todos los centros de atención médica, incluidos los pacientes ambulatorios y centros de atención primaria. Para la infección 2019-COVID-19, se deben adoptar las siguientes medidas:

- Triage y reconocimiento temprano;
- Énfasis en la higiene de manos, higiene respiratoria y máscaras médicas para ser utilizadas por pacientes con síntomas de enfermedades respiratorias.
- Uso apropiado del contacto y precauciones de gotas para todos casos sospechosos;
- Priorización de la atención de pacientes sintomáticos;
- Cuando se requiere que los pacientes sintomáticos esperen, asegúrese tener un área de espera separada;
- Educar a los pacientes y sus familias sobre el reconocimiento temprano de síntomas, precauciones básicas a utilizar y cuál es el centro de atención médica al que deben referirse.

Colocar las muestras para el transporte en muestras a prueba de fugas bolsas (es decir,

Asegurar que los laboratorios en las instalaciones de atención médica se adhieran a prácticas

Entregue todas las muestras a mano siempre que sea posible.

Documentar claramente el nombre completo de cada paciente, la fecha de nacimiento y



ANEXO 4.-

Algoritmo de procedimientos para la detección de coronavirus COVID-19, laboratorio de virología Hospital Obrero N°1 de la Ciudad de La Paz C.N.S.

ALGORITMO CORONAVIRUS

1. ENVIAR LA BOLETA DE LABORATORIO SOLICITUD DE EXAMEN COMPLEMENTARIO DM 148 CON UNA COPIA DE LA FICHA EPIDEMIOLÓGICA
2. El laboratorio remitirá al solicitante: Medio de transporte Viral con Hisopos y bajalenguas, conservar el medio a 4°C en cada centro.
3. Toma de muestra Nasofaringea: 2 hisopos faringe y 1 hisopo para cada fosa nasal (TOTAL 4), tomar en cuenta que si el paciente se encuentra intubado solo tomar muestra nasal (SIN MOCO) raspar la mayor cantidad de células epiteliales.
4. Remitir INMEDIATAMENTE la muestra una vez tomada EN CADENA de FRIO y TRIPLE EMPAQUE.

**PRUEBAS A REALIZAR**

DETECCIÓN DE INFLUENZA (IAV, IBV, H1N1) si el resultado es negativo, Detección de virus respiratorio (PIV 1,2,3,y 4, AdV B,C y E, BoV, RhV, hMpV, VsR, hCoV OC43, E229, NL63, KHUI, sars Y MERS) si el resultado es negativo,  
DETECCION DE Coronavirus COVID -19.

**ENTREGA DE RESULTADOS**

INFLUENZA -----24 HORAS  
VIRUS RESPIRATORIOS -----48 HORAS  
NUEVO CORONAVIRUS 2010 ---72 HORAS



ANEXO 5.-  
FICHA EPIDEMIOLOGICA