HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL

PLAN DE ACCIÓN FRENTE A BROTES RESPIRATORIOS

(COVID-19)

FEBRERO 2020
Revisión No.4, Abril 2020

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
Servicio de Urgencias Servicio de Epidemiología Oficina de Planificación Comité de Bioseguridad Comité Hospitalario de Emergencias y Desastre Fecha:	Dr. Moisés Céspedes Subdirector Firma: Fecha: 5-mayo-2020	Dr. Paul Gallardo Director Firma: Fecha: 5/mayo/2020

Índice

Glosario de Definiciones 4

Comité Hospitalario para el manejo de casos respiratorios 6

Miembros del Comité 6

Funciones del Comité 7

Componente de Comunicaciones 8

Plan Operativo para el manejo de casos respiratorios en el Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel 10

Objetivos del Plan 10

Definición de casos (neumonía, bronquiolitis, Influenza, COVID-19, IRAG) 11

Clínica y recomendación de exámenes en COVID-19 pediátrico. 13

Manejo del Paciente 14

Medidas Especiales 14

Cuarto de Urgencias 14

Hospitalización 19

Atención de pacientes neonatales 21

Tratamiento y apoyo de sostén 23

Medicamentos 23

Salud Mental 25

Consideraciones ante brotes COVID-19 en salas periféricas. 26

Egreso y seguimiento del Paciente 28

Manejo y traslado de los cadáveres 29

Medidas Adicionales 31

Componente De Salud Ocupacional 32

Organización de la Respuesta 34

Centro Operativo de Emergencia – COE: 34

Equipos de Atención Hospitalaria: 34

Activación del Plan: 35

Referencias 36

Anexo 1. Flujograma de Paciente Pediátrico Sintomático Respiratorio Agudo – Criterios de Referencia. 37

Anexo 2. Flujograma de Manejo de IRAG en Paciente Pediátrico – Cuarto de Urgencias..... 38

Anexo 3. Plano del Flujo de Atención en Cuarto de Urgencias y Sala de Aislamiento..... 39

Anexo 4. Plano del Flujo de sala de Recobro y Contingencia 1..... 41

Anexo 5. Plano del Flujo de Sala de Aislamiento Neonatal..... 42

Anexo 6. Flujograma de Traslados al Cuarto de Urgencias..... 44

Anexo 7. Flujograma de Atenciones en el Cuarto de Urgencias según sintomatología. 45

Anexo 8. Cuestionario breve para la segregación de pacientes 46

Anexo 9.1 Flujograma de atención de pacientes neonatales con Madre sospechosa por COVID-19..... 47

Anexo 9.2 Flujograma de atención de pacientes neonatales con Madre COVID-19 positiva..... 48

Anexo 10. Definición epidemiológica de casos COVID-19. 49

Anexo 11 Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) para las enfermedades respiratorias agudas..... 50

Anexo 12. Formulario para Vigilancia de la Influenza, Síndrome Gripal, Infecciones Respiratorias Agudas Graves, Bronconeumonía, Neumonías Virales y Bacterianas, Bronquiolitis. 52

Anexo 13. Toma de la Muestra Clínica Hisopado Nasofaríngeo/Orofaríngeo. 53

Anexo 14. Tipos de muestras para COVID-19. 54

Anexo 15. Embalaje de la muestra..... 55

Anexo 16. Equipo de protección personal (EPP)..... 56

Anexo 17. Recomendaciones de aislamiento en casa. 60

Anexo 18. Limpieza y Desinfección de las áreas. 61

Anexo 19. Flujograma de atención de personal con síntomas respiratorios en el PSO. 63

Glosario de Definiciones

Aislamiento de contacto por gotitas: ubicación de paciente en cuarto individual o en cohorte con más de 1 metro de distancia entre estos, para evitar la transmisión por gotas de 5mc o más que portan microorganismos y generadas a través de tos, estornudos o el habla.

Alarma: Aviso o señal para cumplir instrucciones específicas, debido a la presencia real o inminente, de un evento adverso.

Alerta: Situación declarada para tomar precauciones específicas, debido a la probable y cercana ocurrencia de un evento adverso.

Amenaza: Factor externo de riesgo, representado por la potencial ocurrencia de un suceso de origen natural, generado por la actividad humana, o la combinación de ambos, que puede manifestarse en un lugar específico con una intensidad y duración determinadas.

Bronquiolitis: El primer episodio agudo de dificultad respiratoria con sibilancias, precedido por un cuadro catarral de vías respiratorias altas (rinitis, tos, con/sin fiebre),que afecta a los niños menores de 2 años**.** Es una inflamación difusa y aguda de las vías aéreas inferiores, de naturaleza infecciosa, expresada clínicamente por obstrucción de la vía aérea pequeña.

COVID-19: es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS-CoV-2 que se ha descubierto más recientemente luego del brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019.

Crisis: Situación que cumple tres características principales: punto de cambio o tendencia de una situación preestablecida; situación aguda o subaguda; necesidad de actuación urgente.

Defunción por cuadro respiratorio
Toda muerte ocurrida en el hospital con diagnóstico de Neumonía, Bronconeumonía, Bronquiolitis, Influenza, COVID-19 o IRAG.

Desastre: Alteraciones intensas en las personas, la economía, los sistemas sociales y el medio ambiente, causados por sucesos naturales, generados por la actividad por la actividad humana o por la combinación de ambos, y que superan la capacidad de respuesta de la comunidad afectada.

Desastre Hospitalario: Alteraciones intensas sobre la infraestructura, el equipamiento, las personas y/o la organización hospitalaria, que superan la capacidad de respuesta institucional.

Emergencia: Son aquellas alteraciones en las personas, la economía, los sistemas sociales y el medio ambiente, causadas por sucesos naturales, generados por la actividad humana o por la combinación de ambos, cuyas acciones de respuesta pueden ser manejadas con los recursos localmente disponibles.

ETI: Enfermedad tipo influenza.

Fase 5: Propagación del virus de persona a persona al menos en dos países de una región de la OMS.

Fase 6: Fase pandemia. Incluye los criterios de fase 5 y la aparición de brotes comunitarios en al menos un tercer país de una región distinta.

Gripe o Influenza porcina: Infección respiratoria aguda y muy contagiosa causada por el virus gripal de tipo A H1N1.

IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave.

Neumonía de la comunidad (NAC): Infección aguda del tracto respiratorio inferior con una duración inferior a 14 días, o iniciada en los últimos 14 días, adquirida en la comunidad, que produce tos y/o dificultad respiratoria y con evidencia radiológica de infiltrado pulmonar agudo

Riesgo: Probabilidad de daños sociales, ambientales y económicos en una comunidad específica, en determinado período de tiempo, en función de la amenaza y la vulnerabilidad.

Síndrome gripal: Infección vírica aguda causada por un virus gripal.
Hay tres tipos de gripe estacional: A, B y C. Los virus gripales de tipo A se clasifican en subtipos en función de las diferentes combinaciones de dos proteínas de la superficie del virus (H y N). Entre los muchos subtipos de virus gripales A, en la actualidad están circulando en el ser humano virus de los subtipos A (H1N1) y A (H3N2).

Vulnerabilidad: Factor interno de riesgo de un sujeto, objeto o sistema, expuestos a una amenaza, que corresponde a su predisposición intrínseca a ser dañados.

Comité Hospitalario para el manejo de casos respiratorios

Es el órgano hospitalario encargado de formular, dirigir, asesorar y coordinar las actividades hospitalarias relacionadas a las fases del antes, durante y después, que se han fijado para el manejo de crisis hospitalaria en periodos de aumento de casos respiratorios, propiciando la participación de todos los que laboramos en el Hospital del Niño.

Miembros del Comité

Director

Dr. Paul Gallardo Sosa, Director - Jefe del Comité

Comisionados

Dr. Moisés Céspedes	Subdirector (Enlace con Grupos de Apoyo)
Dr. Alberto Bissot	Jefe del Departamento de Neonatología
Dra. Marvis Corro	Jefa del Departamento del Servicio de Apoyo al tratamiento
Dr. Luis Coronado	Jefe del Departamento de Apoyo al Diagnóstico
Dr. Jorge Rodríguez	Jefe del Departamento de Consulta Externa y Urgencias
Dr. Carlos Ríos	Jefe del Departamento de Medicina
Magister Elidya Espinosa	Jefa del Departamento de Enfermería
Licda. Evelyn Delgado	Jefa del Laboratorio Clínico
Dra. Sonia Vargas	Jefa de Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos
Dra. Alyna Arcia	Jefa de Servicio de Urgencias
Arq. Greta Gallardo	Jefa de Servicios Generales
Licda. Lissette Bernal	Regente de Farmacia
Dr. César Morant	Oficina de Calidad y Seguridad del paciente
Dra. Elizabeth Castaño	Comité de Infecciones asociadas a la atención de Salud (IAAS)
Dr. Raúl Esquivel	Servicio de Epidemiología
Dra. Ilenia Forero	Oficina de Planificación Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres
Dra. Dora Roquebert	Comité de Bioseguridad

Edición

Dr. Raúl Esquivel	Servicio de Epidemiología
Dr. Samuel Roberts	Servicio de Urgencias
Dra. Rosa Flores	Servicio de Urgencias
Dra. Ilenia Forero	Oficina de Planificación Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres
Dra. Dora Roquebert	Comité de Bioseguridad

Funciones del Comité

Su principal responsabilidad es la elaboración y ejecución de un plan que integre medidas de gestión en momentos de crisis en periodos de aumento de cuadros respiratorios.

- Establecer un programa de capacitación y educación continua y permanente para todos los funcionarios del Hospital del Niño, orientado a los aspectos de prevención y manejo de los casos respiratorios.
- Coordinar y dirigir la elaboración del plan hospitalario.
- Definir los criterios del hospital para situaciones de emergencia y por tanto de alerta, alarma y retorno a la normalidad.
- Oficializar y divulgar el plan hospitalario para emergencias y desastres a cada uno de los que trabajamos haciendo énfasis a los nuevos empleados.
- Coordinar con cada uno de los Jefes de Áreas y Departamentos.
- Participar en el Comité local o Regional de prevención y atención de emergencias y desastres.

Componente de Comunicaciones

Sistemas de registro de admisiones y altas por cuadros respiratorios (IRAG, neumonías, bronquiolitis).
Como parte del Sistema del Registro Diario de Estadísticas, la Sección de Registros y Estadísticas en Salud y el Servicio de Epidemiología realizarán una notificación semanal o diaria a la Dirección de los ingresos, altas y defunciones de los casos de cuadros respiratorios.

Estrategias para informar a pacientes y visitantes del hospital acerca de la actividad de los casos respiratorios.
Docencia Médica junto con Docencia de Enfermería y Relaciones Públicas se encargarán de la divulgación a través de volantes, circuito cerrado, murales, afiches y charlas a los pacientes y visitantes de la situación actualizada de la influenza. Además de la verificación del cumplimiento de las estrategias establecidas.

Estrategia de actualización, continua y permanente de la actividad de la enfermedad a nivel nacional y local.
A través de medios electrónicos, página web y charlas, se dará una actualización de la situación mundial y nacional.

Informes de Salud Pública.
Durante el periodo del pico de infecciones respiratorias se realizarán reuniones semanales del Comité para discutir, analizar y notificar la situación hospitalaria al Ministerio de Salud (MINSA).

Funciones del Portavoz Clínico del Hospital
Será el encargado de notificar la condición clínica y de la evolución de los pacientes (si lo amerita).

Enlaces con Organismos Nacionales y locales de Salud
Se establecerá comunicación con los diferentes organismos estatales para el manejo, traslado y notificación de los pacientes, según la situación lo amerite.

Contactos con Medios de Comunicación
Se seguirá las directrices emanadas del Nivel Central con respecto a la divulgación de la información al público**.**

Contactos con otros hospitales o centros de atención del área de influencia.
Se establecerá comunicación con los diferentes comités de centros hospitalarios públicos y privados para el manejo, traslado y notificación de los pacientes, según la situación lo amerite.

Estrategias para la actualización de la situación al personal del hospital.

Se generará un boletín, de ser posible de manera digital, para dar información a todos los colaboradores de los sucesos acontecidos durante el brote del momento y recomendaciones durante el mismo.

Plan Operativo para el manejo de casos respiratorios en el Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel

Objetivos del Plan

General

Manejo integral de casos por brotes de virus de Influenza A y B, VRS, SARS-CoV-2 y otros virus respiratorios en la población pediátrica del país que acuda a nuestra instalación.

Específicos

- Coordinar dentro de la Instalación el flujo de pacientes con cuadros respiratorios agudos.
- Establecer un flujo de pacientes adecuado para cumplir con la demanda de atención, admisión y cuidados intensivos.
- Identificar casos sospechosos que acudan a la institución con cuadro respiratorio compatible con Influenza A, B, VRS, SARS-CoV-2 y otros virus respiratorios.
- Intensificar la vigilancia epidemiológica de la circulación del virus de la Influenza A, B, VRS y otros virus respiratorios.
- Protocolizar el manejo de los pacientes dentro del hospital.
- Dotar de todos los insumos necesarios para el manejo de los casos.
- Realizar capacitaciones al personal sobre medidas de protección estándares.
- Educar a los familiares de pacientes sobre las medidas de prevención de diseminación de cuadros respiratorios intrahospitalarios.
- Aplicar las medidas preventivas para el control de la enfermedad.
- Registro de la morbi-mortalidad de los casos.
- Notificar oportunamente los casos a los niveles correspondientes.

Definición de casos (neumonía, bronquiolitis, Influenza, COVID-19, IRAG)

En el país se vigila de forma rutinaria la morbilidad por Síndrome gripal o gripe o influenza, Bronconeumonías y Neumonías y Bronquiolitis, el diagnóstico es clínico. Los médicos registran el Síndrome gripal o gripe o influenza; todas estas patologías se suman y se consolidan bajo la denominación de Influenza o Gripe; con los códigos J10, J11 de acuerdo al CIE-10; y el de las Bronconeumonías y Neumonías, con los códigos J12, J13.X, J14.X, J15, J16, J17, J18 y la Bronquiolitis con el código J21, de acuerdo al CIE-10.
La notificación de estas patologías las realiza las instalaciones locales de salud a epidemiología y estadística regional, cada semana a través del Informe Epidemiológico Semanal de Enfermedades notificables e implica el envío de los casos agrupados por edad y sexo en el formulario estandarizado para ello.

Definición de caso de neumonía y bronconeumonía
1. Historia reciente de fiebre o, fiebre superior a 38ºC.
2. Tos
3. Disnea (dificultad para respirar).

Definición de caso de bronquiolitis
1. Paciente menor de 2 años que presenta:
2. Disnea (dificultad para respirar).
3. Tos o rinorrea.
4. Con fiebre o sin fiebre.

Síndrome gripal o gripe o influenza (ETI)
1. Dentro de los últimos 10 días el paciente ha tenido:
2. Paciente con infección respiratoria aguda
3. Tos
4. Historia de fiebre y/o fiebre > 38ºC

Definición de caso sospechoso de COVID-19 (Anexo 10)
1. Paciente con enfermedad respiratoria aguda caracterizada por:
   a. Fiebre o tos, y al menos un signo o síntoma como:
      1) Dolor de garganta o
      2) Rinorrea o
      3) Disnea o
      4) Evacuaciones diarreicas (***la asociación de fiebre con diarrea sin síntomas respiratorios es inusual)***

Y que presente alguna de las siguientes condiciones:

a. Residir o historia de viaje a un lugar donde se haya informado de la transmisión de COVID-19 en la comunidad durante los 14 días previos a la aparición de síntomas; o
b. Que haya estado en contacto con un caso confirmado de COVID-19 en los últimos 14 días de aparición de síntomas.

2. Un paciente con una ***enfermedad respiratoria aguda grave*** (fiebre o historia de fiebre y al menos un signo o síntoma de enfermedad respiratoria; por ejemplo, tos, dificultad respiratoria, dolor torácico), **Y** que requiere hospitalización, **Y** en ausencia de un diagnóstico alternativo que explique la presentación.

Nota: En la actualidad Panamá se considera un país con transmisión comunitaria.

Definición de casos de IRAG

1. Dentro de los últimos 10 días el paciente ha tenido:
2. Historia de fiebre y/ o fiebre > 38 º C.
3. Tos
4. Requiere hospitalización.

Criterios de AIEDPI para evaluación de dificultad respiratoria

Si es < de 2 meses: frecuencia respiratoria > 60 respiraciones por minuto.
2 a 11 meses de edad: frecuencia respiratoria > 50 respiraciones por minuto.
12 meses a 5 años: frecuencia respiratoria > 40 respiraciones por minuto.

Criterios de referencia de pacientes al hospital (Anexo 1)

Ante la presencia de complicaciones graves o deterioro clínico del paciente, signos de enfermedad grave:

- Apnea
- Taquipnea
    - Frecuencia respiratoria mayor de 50/min en menores de 1 año
    - Frecuencia respiratoria mayor de 40/ min en 1-4 años.
- Disnea
- Bradipnea
- Cianosis
- Deshidratación
- Alteración del sensorio
- Irritabilidad extrema

Observación: Los niños pequeños pueden no presentar la sintomatología clásica de tos y síntomas respiratorios, pueden presentar solamente fiebre y letargia.

Clínica y recomendación de exámenes en COVID-19 pediátrico.

Clasificación clínica

Infección asintomática	Prueba positiva sin síntomas o radiografía de tórax normal.
Infección de vías respiratorias superior	Niños con fiebre, tos, odinofagia, cefalea, mialgias, fatiga, sin síntomas clínicos ni radiográficos de neumonía o sepsis.
Neumonía leve a moderada (con factores de riesgo)	Niños con o sin fiebre más síntomas respiratorias como tos y o dificultad respiratoria, más hallazgos radiográficos de neumonía. No cumple criterios para neumonía grave.
Neumonía grave	Cumplir cualquiera de los siguientes criterios: • Aumento de la frecuencia respiratoria >70veces/min (<1año) >50veces/min (>1 año) después de la resolución de la fiebre o el llanto. • Saturación de oxígeno < 92%. • Hipoxia (gemidos, aleteo nasal). • Alteración del estado de conciencia: somnolencia, coma o convulsión. • Rechazo a la alimentación o signos de deshidratación.
Casos críticos	• Falla respiratoria con necesidad de ventilación invasiva. • Choque •Síndrome de disfunción orgánica múltiple.

Fuente: Protocolo COVID 19 en el paciente pediátrico críticamente enfermo. Sociedad Panameña de Pediatría, Panamá. Marzo 2020.

Exámenes paraclínicos y de gabinete para casos COVID-19

Todos los exámenes en pacientes sospechosos o positivos deben realizarse con el EPP (Anexo 16) adecuado y tomando las medidas de bioseguridad. Las recomendaciones para la realización de estudios a los casos sospechosos son las siguientes:

1. Laboratorios: hemograma, tiempos de coagulación, enzimas hepáticas, prueba de función renal, proteína C reactiva, procalcitonina, electrolitos, creatinfosfokinasa, mioglobina, dímero D, enzimas cardíacas, gasometría arterial, hemocultivo, urocultivo y de secreción bronquial.
2. Pruebas virales: RTPCR para COVID-19 y film array de virus respiratorios.
3. Estudios de gabinete: radiografía de tórax, ultrasonido pulmonar, tomografía computarizada de tórax que se solicitará si hay un deterioro clínico y pulmonar severo.

Manejo del Paciente

El flujo del paciente desde que llega al cuarto de urgencias es sumamente importante, ya que de existir un aumento en la demanda por patologías respiratorias se verá reflejado en la atención desde el cuarto de urgencias, por lo que se deben tomar medidas para evitar comprometer la atención oportuna.
Un censo actualizado de las salas para conocer la capacidad instalada y una buena coordinación con las mismas y con el Servicio de Epidemiología desde que se detecte el aumento de demanda, serán clave en la toma de decisiones del manejo.

Medidas Especiales

Si la situación lo amerita se procederá a:

1. Utilizar la sala de aislamiento que se encuentra en la planta baja del edificio Anexo 1 para la hospitalización de pacientes, de cuidados críticos o moderados, que requieran ser aislados.
2. Una vez sobre pasada la capacidad de la sala de aislamiento, se procederá a habilitar la sala de Recobro y Contingencia 1 para manejo de estos pacientes.
3. La sala de Contingencia 2 recibirá pacientes estables hospitalizados procedentes de salas de pediatría y de esta manera liberar espacio para traslado de pacientes de cuidados intensivos.
4. Diferir las cirugías de carácter electivo hasta segunda orden.
5. Diferir procedimientos y estudios ambulatorios electivos hasta 2da orden.
6. Suspender las vacaciones programadas del personal de salud.
7. Incrementar la vigilancia en las medidas de lavado de manos, precauciones estándares a todos los niveles.
8. Capacitación de todo el personal de salud, administrativo y de aseo del hospital, mediante:
   a. Charlas educativas pertinentes al brote actual.
   b. Colocación y remoción del Equipo de protección personal (EPP) cuando la situación lo amerite. (Anexo 16)
   c. Limpieza y desinfección de las áreas de trabajo que incluye: consultorios, salas de hospitalización, ambulancias, transportes, equipos y rutas de traslado de pacientes. (Anexo 18)
9. Vacunación obligatoria de todo el personal del Hospital con la vacuna estacional de Influenza.

Cuarto de Urgencias

El flujo de pacientes por demanda espontánea será a través de la entrada principal, donde antes de ingresar a las salas de espera, un funcionario segregará a los pacientes según

condición de síntomas hacia la sala de casos respiratorios o sala de casos no respiratorios (Anexo 3 y 7). En la situación actual de COVID-19 es obligatorio el uso de mascarilla desechable o de tela por el familiar y paciente que será atendido. Si a su llegada no cuentan con las mismas, la institución se las proporcionará.
Cada sala de espera contará con una ventanilla para registro de los pacientes y sus triages individualizados. En la actualidad se cuenta con un sistema de clasificación (Triage) de 5 colores: Rojo, Naranja, Amarilla, Verde y Azul.
En la situación actual, COVID-19, quedan exentos de trámites administrativos y de pago los pacientes que se atiendan en el Cuarto de Urgencias.

Atención de pacientes en el Cuarto de Urgencias (Anexo 3, 6 y 7)

A. Paciente con traslado programado en ambulancia. (Anexo 6)
   Todos los traslados, indistintamente de su procedencia, deben ser coordinados a través del Médico coordinador del Cuarto de Urgencias, para determinar el área de su recepción.

   1. Por casos no respiratorio.
      Previa coordinación del traslado y evaluación por el médico coordinador se define la ubicación y el área de atención del paciente, los cuales ingresarán por la entrada del servicio de urgencia ubicada en Avenida Ecuador.
      a) Los pacientes críticamente enfermos y con movilidad limitada se registrarán en la ventanilla ubicada en el área roja y se atenderán en la puerta 1.
      b) El resto de los pacientes previa evaluación por el médico coordinador se orientarán al área de no respiratorio.

   2. Por caso respiratorios, sospechosos o no, con criterio de referencia IRAG.
      a) Al recibir la llamada el médico coordinador:
         i) Instruirá al médico que refiere sobre el envío de la muestra en el caso de que haya sido realizado el hisopado.
         ii) Se comunicará con el personal de seguridad, aseo y la sala de Aislamiento para el recibo del paciente.
            (1) El personal de seguridad debe mantener el área despejada para el paso expedito del paciente.
            (2) El personal de aseo debe inmediatamente realizar la limpieza del área por la ruta de circulación del paciente, al ingreso del paciente y a la salida del personal que realiza el traslado.
            (3) El personal encargado de la sala de aislamiento debe estar con su EPP a la espera del paciente.
      b) La ambulancia entra por calle 34 y se estaciona lateral a la entrada de la puerta principal ubicada frente a la maternidad y entrega al paciente en la sala de Aislamiento.

i) La ambulancia debe proceder al área estipulada de descontaminación por el nivel nacional.
Se mantendrá habilitada el área de la morgue del hospital para realizar dicha descontaminación, en caso de ser necesario. Esta descontaminación debe realizarse en coordinación con el personal de seguridad y de aseo.

3. Por caso respiratorios, sospechoso o no, sin criterio de referencia IRAG.
   a) Al recibir la llamada el médico coordinador:
      i) Instruirá al médico que refiere sobre el envío de la muestra en el caso de que haya sido realizado el hisopado.
      ii) Se comunicará con el personal de seguridad, aseo y el área roja respiratoria (ubicada dentro de la sala de Aislamiento) para el recibo del paciente.
         (1) El personal de seguridad debe mantener el área despejada para el paso expedito del paciente.
         (2) El personal de aseo debe inmediatamente realizar la limpieza del área por la ruta de circulación del paciente, al ingreso del paciente y a la salida del personal que realiza el traslado.
         (3) El personal encargado de la sala de aislamiento debe estar con su EPP a la espera del paciente.
      iii) El médico residente del cuarto de urgencias, en el caso de que el médico de la sala de Aislamiento necesite apoyo, evaluará al paciente para su respectiva clasificación de triage, atención y de ser necesario su hospitalización.
      El trámite de la hoja de atención de urgencias y la admisión se hará vía telefónica.
   b) La ambulancia entrará por Calle 34 y se estacionará lateral a la entrada de la puerta principal ubicada frente a la maternidad y entrega al paciente en la sala de Aislamiento.
      i) La ambulancia debe proceder al área estipulada de descontaminación por el nivel nacional.
      Se mantendrá habilitada el área de la morgue del hospital para realizar dicha descontaminación, en caso de ser necesario. Esta descontaminación debe realizarse en coordinación con el personal de seguridad y de aseo.

B. Paciente por demanda espontánea. (Anexo 7)
Todo paciente que acuda al cuarto de urgencias en busca de atención ingresará por la puerta principal frente a la Maternidad del HST (Calle 34). Los pacientes serán segregados por un funcionario de Atención al usuario. En los casos de brotes respiratorios este personal:
- Utilizará mascarilla quirúrgica y mantendrá acceso a gel alcoholado.
- Realizará un cuestionario breve (Anexo 8) para definir la sala de espera correspondiente a cada paciente: No Respiratorio o Respiratorio.

1. Sala de espera casos *No Respiratorios*.
   Ubicada a la mano derecha desde la entrada principal.
   a) Los pacientes, con su familiar, se registran para atención en la ventanilla de REGES.
   b) Pasan al triage No Respiratorio que contará con un Médico General o Enfermera. Se realizará triage convencional de 5 colores.
   c) Las atenciones de pacientes clasificados azul y verde se realizarán en los consultorios #8 al #10 y la entrada de los pacientes será por el pasillo interno.
      Las puertas de los consultorios que dan hacia la sala de espera de casos Respiratorios deben permanecer cerradas y no debe haber flujo de pacientes ni personal por las mismas. Esto se omite en caso de una emergencia/desastre.
   d) Las atenciones de pacientes clasificados amarillos se realizarán en la puerta 2.
   e) Las atenciones de pacientes clasificados naranja y rojo se realizarán en la puerta 1.
   f) Los trámites de Caja, Evaluación Económica y Admisión se realizarán en las oficinas usuales. Para la situación actual COVID-19, están exentos los pagos.

2. Sala de espera casos *Respiratorios*.
   Ubicada a la mano izquierda desde la entrada principal.
   a) Los pacientes, con su familiar, se registran para atención en la ventanilla de REGES ubicada en la sala de espera.
   b) Pasan al triage Respiratorio (puerta 3 o 4) que contará con un Médico General o Enfermera. Aplicará la definición de casos para los casos sospechosos respiratorios (Anexo 10) y procede a realizar el triage convencional de 5 colores.
   c) Los casos no sospechosos, luego de haber sido clasificados en el triage:
      i) Las atenciones de pacientes clasificados azul, verde y amarillo se realizarán en los consultorios #5 al #7 y la entrada de los pacientes será desde la sala de espera.
      ii) Las atenciones de pacientes clasificados naranja y rojo se realizarán el área roja respiratoria (ubicada dentro de la sala de Aislamiento).
   d) Los casos sospechosos serán atendidos de la siguiente forma:
      i) El MG o Enfermera da la alerta al médico designado para la atención y luego pasa al consultorio contiguo disponible (3 o 4) previo cambio de EPP.
      ii) Si el paciente es azul o verde se mantiene en ese consultorio para continuar la atención.
      El médico tratante previa colocación del EPP (Anexo 16) adecuado, evalúa al paciente, llena el formulario (Anexo 12) y luego realiza la toma de muestra de hisopado nasofaríngeo/orofaríngeo (la muestra puede ser tomada por un médico general o Pediatra; Anexo 13). Se realiza notificación a la Dirección, Supervisora de Enfermería y Epidemiología del HNJRE.

Luego de la evaluación médica y el envío de la muestra al laboratorio clínico, se dará el alta a casa con:

(1) Recomendaciones de aislamiento.

(2) SURCO y reporte a Epidemiología HNJRE para coordinar el seguimiento en casa a través del MINSA.

Este paciente se irá a casa por sus propios medios.

Una vez Epidemiología HNJRE conozca el resultado, se dará aviso para tomar decisiones pertinentes según el mismo.

iii) Si el paciente es amarillo (que amerita hospitalización):

(1) *Con sintomatología respiratoria que amerita manejo inmediato* (por ejemplo: desaturación, distress respiratorio marcado), previa coordinación con el médico del Aislamiento, pasa al área A donde se hospitaliza y permanecerá aislado.

El médico de urgencias ingresa al área con el paciente. Mientras realiza la admisión y completa el llenado de formulario (Anexo 12) y la toma de muestra de hisopado nasofaríngeo/orofaríngeo (Anexo 13), el personal de Aislamiento inicia el tratamiento del paciente y puede colaborar con el proceso de toma de muestra y admisión (los procesos administrativos, como la admisión u otros que se definan, se realizará vía telefónica), de acuerdo con las actividades que esté realizando en el momento.

El médico de urgencias ***debe pasar al área C*** para la remoción del EPP y regresar al cuarto de urgencias.

(2) *Con sintomatología respiratoria leve*, se mantiene en el consultorio de triage donde se completa su admisión a la sala destino (los procesos administrativos, como la admisión u otros que se definan, se realizará vía telefónica), llenado de formulario (Anexo 12) y toma de muestra de hisopado nasofaríngeo/orofaríngeo (Anexo 13). Luego acompaña al paciente al área A de aislamiento para la espera del resultado.

Se hace la notificación a la Dirección, Supervisora de Enfermería y Epidemiología del HNJRE.

El médico de urgencias ***debe pasar al área C*** para la remoción del EPP y regresar al cuarto de urgencias.

(3) *Si el paciente es clasificado naranja o rojo* será llevado por el médico de urgencias al área roja respiratoria (ubicada dentro de la sala de Aislamiento) donde permanecerá hospitalizado, previa notificación al área.

El médico del Aislamiento y el médico de urgencias inician la atención dentro del área, brindando soporte ventilatorio de requerirlo e iniciando cualquier tratamiento necesario. Se solicitan las interconsultas que se ameriten a terapia respiratoria y al Intensivista o Neonatólogo.

El médico de urgencias realizará el llenado de formulario (Anexo 12) y la toma de muestra del hisopado (Anexo 13).

Se hace la notificación a la Dirección, Supervisora de Enfermería y Epidemiología del HNJRE.

Los procesos administrativos, como la admisión u otros que se definan, se realizará vía telefónica.

El médico de urgencias ***debe pasar al área C*** para la remoción del EPP y regresar al cuarto de urgencias.

Hospitalización

Los pacientes serán llevados de forma expedita a las salas de hospitalización correspondientes y acompañados por personal que lo recibe. (Anexo 3 y 4)

A. Área roja respiratoria – Dentro de la sala de Aislamiento.
   El ingreso al área será por la puerta que se encuentra en la sala de espera de casos respiratorios. Esta área está destinada para pacientes respiratorios, sospechosos o no, que requieran atención inmediata.
   El médico de la sala de Aislamiento estará encargado de la atención de estos pacientes y de requerir apoyo avisará al médico residente del cuarto de urgencias.

B. Sala de Aislamiento – Planta baja del edificio Anexo 1.
   1. Entrada de personal – Área C. El ingreso al área será por la puerta lateral en la antesala al área de procedimientos de Ortopedia.
      a) Se ingresa al vestidor, se coloca ropa quirúrgica y EPP. Ingresa limpio al área para iniciar la atención de los pacientes que estén hospitalizados.
      b) Cuando termina la atención de los pacientes, debe pasar al área C donde están los lavamanos y sillas, para proceder a la remoción del EPP y descartarlo según protocolo. (Anexo 16)
   2. Entrada de paciente. El ingreso al área será por la puerta lateral, contigua a la oficina de Evaluación Económica. Los pacientes serán distribuidos de la siguiente forma:
      a) Área A. Espacios de hospitalización para pacientes que cumplen con:
         i) Definición de caso sospechoso con sintomatología moderada en espera de resultados de pruebas respiratorias por COVID-19.
            (1) Resultado negativo: si el paciente tiene síntomas moderados y/o requerimiento de oxígeno suplementario, será transferido a salas de medicina para continuar su manejo. Se debe coordinar a través de la Supervisora de turno con el personal de la sala destino la transferencia del paciente, ya que el personal de la sala de Aislamiento no debe salir del área.
            (2) Resultado positivo: si el paciente tiene síntomas moderados y/o requerimiento de oxígeno suplementario pasa al Área B para mantener el Área A para casos por definir.

         En caso de que al momento de la evaluación el cuadro respiratorio esté resuelto, se puede egresar desde la sala de Aislamiento.

ii) Criterio de hospitalización no respiratorio con sala de destino ya asignada, desde la consulta externa o desde el cuarto de urgencias, y con sintomatología leve respiratoria, en espera de resultados de pruebas respiratorias por COVID-19.

Nota: Las admisiones de la consulta externa, previa coordinación con la sala de Aislamiento, se envían a la sala para completar el llenado de formulario y la toma de muestra de hisopado. De ser necesario, se puede solicitar el apoyo del médico residente del cuarto de urgencias.

(1) Resultado negativo: será transferido a salas de medicina para continuar su manejo. Se debe coordinar a través de la Supervisora de turno con el personal de la sala destino la transferencia del paciente, ya que el personal de la sala de Aislamiento no debe salir del área.

(2) Resultado positivo: se pasa al Área B para mantener el Área A para casos por definir.

iii) Criterios de IRAG y necesidad de soporte ventilatorio en espera de resultado de prueba respiratoria por COVID-19. Una vez se cuente con el resultado se decidirá:

(1) Resultado Negativo: se transfiere a salas de terapia intensiva para su manejo. Se debe coordinar a través de la Supervisora de turno con el personal de la sala destino la transferencia del paciente, ya que el personal de la sala de Aislamiento no debe salir del área.

(2) Resultado Positivo: se pasa al Área B para mantener el Área A para casos por definir.

Nota: El médico del Aislamiento inicia la atención dentro del área, brinda soporte ventilatorio de requerirlo y realizará las interconsultas que se ameriten a terapia respiratoria y al Intensivista o Neonatólogo.

b) Área B. Espacios de hospitalización para pacientes con resultado positivo, ya sean casos moderados o que ameriten ventilación mecánica.

Una vez la cantidad de casos positivos por COVID-19 supere la capacidad del área B se procederá a:

i) Habilitar la Sala de Recobro y Contingencia 1.

ii) Mantener las áreas A y B como segregación de casos sospechosos y confirmados de COVID-19.

Nota: El médico del Aislamiento inicia la atención dentro del área, brinda soporte ventilatorio de requerirlo y realizará las interconsultas que se ameriten a terapia respiratoria y al Intensivista o Neonatólogo.

C. Sala de Recobro – Ubicada en el 2do piso del Edificio principal diagonal a la entrada del Salón de operaciones, lado izquierdo.

Espacios de hospitalización para pacientes positivos por COVID-19 con IRAG y necesidad de soporte ventilatorio una vez se sobre pase la capacidad de la Sala de Aislamiento.

D. Sala de Contingencia 1 – Ubicada en el 2do piso del Edificio principal diagonal a la entrada del Salón de operaciones, lado derecho.
   Espacios de hospitalización para pacientes positivos por COVID-19 con síntomas moderados y/o requerimientos de oxígeno una vez se sobre pase la capacidad de la Sala de Recobro.

E. Sala de Contingencia 2 – Ubicada en el 4to piso del Edificio Anexo 1.
   Espacio de hospitalización que recibirá pacientes estables procedentes de salas de pediatría para de esta manera liberar espacio y poder trasladar pacientes de cuidados intensivos hacia las salas de Medicina.

Atención de pacientes neonatales

La atención e ingreso al hospital de pacientes neonatales sospechosos de COVID-19 involucrará diversos aspectos como lo son: su procedencia, su estado clínico y el estatus COVID-19 de la madre.

Los neonatos que sean casos sospechosos y provengan de sus casas, seguirán el flujo de atención de pacientes del cuarto de urgencias (Anexo 3, 6 y 7), indistintamente que ameriten hospitalización o no.

Los neonatos, hijos de madres sospechosas o confirmadas COVID-19, que ameriten traslado desde la Maternidad de diversos hospitales públicos o del sector privado, deben ser coordinados con el hospital y la unidad receptora.

<u>Atención en la Maternidad del HST</u>

Para procurar una atención adecuada del recién nacido en la Maternidad del HST se debe mantener una constante comunicación entre Sala de Neonatología 1 y las áreas de Salón de operaciones y Expulsivo, a manera de coordinar lo siguiente:

1. Previo aviso de la condición materna, sospechosa o positiva por COVID-19:
   a) Se solicita el medio de transporte viral al Laboratorio clínico.
   b) El personal de Sala de Neonatología 1 acude al parto con el EPP adecuado. (Anexo 16)
2. Se designarán 2 médicos para la atención del parto:
   a) El Neonatólogo 1 (en su defecto el Médico residente) recibe al neonato en expulsivo o salón, procede a reanimar y posteriormente realiza el hisopado.
   b) El Neonatólogo 2 (en su defecto el Médico residente) espera fuera del área con incubadora cerrada para recibir al neonato y trasladarlo a la sala de Aislamiento Neonatal (ubicado en el 3er piso del edificio principal).
3. El traslado de este paciente hacia el área destino debe ser coordinado con la sala receptora, ya que el paciente no se detendrá en Sala de Neonatología 1 dentro del HST.

Estos pacientes se mantendrán en la sala en espera del resultado de la prueba realizada a ellos y a las madres.

Traslado de neonatos desde la Maternidad de otras instalaciones públicas o privadas

Los neonatos, hijos de madres sospechosas o confirmadas COVID-19, trasladados desde la Maternidad de hospitales públicos o del sector privado, deben ser tramitados vía telefónica a través del cuarto de urgencias para coordinar su recepción directamente por el Servicio de Neonatología en la sala de Aislamiento Neonatal (ubicado en el 3er piso del edificio principal). (Anexo 5) Una vez ingrese el neonato a la sala se procede a:

1. La confección de la admisión.
2. Solicitar el medio de transporte viral al Laboratorio clínico para realizar el hisopado.
3. Solicitar el resultado de la prueba de la madre al hospital que realizó el traslado.

Luego de la evaluación del recién nacido, se decidirá su manejo según la condición clínica y lo planteado en la sección de atención en sala de Aislamiento Neonatal.

Atención en Sala de Aislamiento Neonatal (Anexo 5)

A esta sala ingresarán todos los traslados de recién nacidos hijos de madre positiva o con sospecha de COVID-19. El flujo del manejo de estos pacientes dependerá inicialmente de la condición materna y se harán ajustes dependiendo de la condición clínica del recién nacido y de los resultados de los hisopados.

1. Madre sospechosa COVID-19. (Anexo 9.1)
   a) Si el resultado del recién nacido fuera ***POSITIVO***, tenga o no una patología neonatal,
      i) Se mantiene en la sala y se confecciona la admisión del paciente.
      ii) Se espera el resultado del hisopado de la madre.
      iii) Se maneja de forma conjunta con Infectología.
   b) Si el resultado del binomio madre/recién nacido fuera ***NEGATIVO***,
      i) Recién nacido sano, previa coordinación con Sala de Neonatología 1 del HST, se regresa para determinar si puede ir junto a su madre.
      Si el recién nacido procede de una Maternidad diferente a la del HST, se procede a confeccionar su admisión y se traslada al área correspondiente de la sala de Neonatología.
      ii) Recién nacido con patología, se traslada al área correspondiente de la sala de Neonatología dependiendo de su condición clínica y se confecciona la admisión del paciente.
2. Madre positiva COVID-19. (Anexo 9.2)
   Estos neonatos deben ser admitidos hasta que se defina el estado del neonato.
   a) Si el recién nacido tuviera 2 resultados ***NEGATIVOS***, con 24 horas de diferencia,
      i) Recién nacido sano,
         (1) Se da egreso a las 48 horas.
         (2) Se debe solicitar una evaluación a través de Trabajo Social de su entorno familiar.
      ii) Recién nacido con patología, se traslada al área correspondiente de la sala de Neonatología dependiendo de su condición clínica.

b) Si el resultado del recién nacido fuera ***POSITIVO***, tenga o no una patología neonatal
   i) Se mantiene en la sala.
   ii) Se maneja de forma conjunta con Infectología.

Al momento del egreso de un recién nacido se debe:
1. Confeccionar SURCO detallando el estado clínico y de resultado de la prueba tanto materno como del neonato.
2. Informar a Epidemiología HNJRE y Trabajo Social del egreso.
3. Dar recomendaciones de cuidados y de aislamiento en casa dependiendo del resultado de la prueba.

Tratamiento y apoyo de sostén

Medicamentos

En casos de *Bronquiolitis*:
1. Oxígeno por catéter nasal, máscara facial, escafandra o ventilación mecánica.
2. Hidratación intravenosa.
3. No requiere antibióticos

En casos de *neumonía bacteriana* el tratamiento será:
1. Ambulatorio
   a) Amoxicilina de terapia de primera línea para lactantes y niños previamente sanos.
   b) Macrólidos en paralelo o secuencial de NAC en escolares y adolescentes con sospecha de infección por *M. pneumoniae*.
2. Durante hospitalización
   a) Ampicilina o penicilina G de primera línea para infantes y escolares.
   b) Cefalosporinas de 3ª generación Cefotaxima o ceftriaxona para infantes que no tengan sus vacunas completas en áreas de elevada prevalencia de neumococo.
   c) Combinado con macrólidos ante sospecha de infección por *M. pneumoniae*.
   d) Ante sospecha clínica o radiológica de etiología por *S. aureus* el uso de oxacilina, clindamicina o vancomicina.

   Duración del tratamiento, 7-10 días de terapia antimicrobiana en neumonía no complicada.
3. Abordaje endoscópico o quirúrgico necesario en casos de neumonía complicada, para drenar efusiones, empiemas, abscesos y liberar adherencias o tabicaciones.

En casos de pacientes de *neumonía, bronconeumonía, síndrome gripal por Influenza A o SARS-CoV-2* de moderado a severo o que requieran ventilación mecánica:
1. Antipiréticos y Analgésicos.
   Contraindicado el uso de salicilatos (Riesgo de Síndrome de Reye)

Edad	Dosis
Neonatos	10-15 mg/kg VO cada 6-8 horas

a) Paracetamol

<12 años	10-15 mg/kg VO o rectal cada 4-6 hrs
>12 años	325- 650 mg VO o rectal cada 4-6 hrs

b) Ibuprofeno: 20 mg/kg/dosis VO cada 4-6 horas. (**No utilizar en SARS-CoV-2**)

2. Los antivirales indicados en este momento contra la *Influenza A* son el Oseltamivir y el Zanamivir. Solo está indicado su uso para los casos sospechosos o confirmados y al personal que maneja el paciente.

   Las dosis recomendadas de Oseltamivir en pediatría para tratamiento por edad son:

Edad	Dosis
< de 3 meses	12 mg dos veces al día por 5 días
3-5 meses	20 mg dos veces al día por 5 días
6-11 meses	25 mg dos veces al día por 5 días
1 a 12 años	<15 kg: 30mg dos veces al día por 5 días 15-23 kg: 45 mg dos veces al día por 5 días 24-40 kg: 60 mg dos veces al día por 5 días > 40 kg: 75 mg dos veces al día por 5 días
>13 años	75 mg dos veces al día por 5 días

   Quimioprofilaxis: Estaría indicada en situaciones puntuales y a grupos específicos como:

   - Contacto intra-domiciliario con alto riesgo de complicaciones: Uso de Oseltamivir
   - Niños que han viajado a un país afectado y tienen alto riesgo de complicaciones de influenza.
   - Niños de alto riesgo que asisten a guarderías o escuelas (menores de 5 años, enfermedades crónicas subyacentes) que han tenido contacto cercano con un caso sospechoso, probable o confirmado de infección por virus Influenza A H1N1 de origen porcino.

   Las dosis recomendadas de Oseltamivir en pediatría para profilaxis por edad son:

Edad	Dosis
< de 3 meses	no está indicado a menos que la situación lo amerite
3-5 meses	20 mg dos veces al día por 5 días
6-11 meses	25 mg dos veces al día por 5 días
1 a 12 años	<15 kg: 30mg al día por 5 días 15-23 kg: 45 mg al día por 5 días 24-40 kg: 60 mg al día por 5 días > 40 kg: 75 mg al día por 5 días
>13 años	75 mg dos veces al día por 5 días

   Las dosis de Zanamivir en pediatría son:

- Tratamiento: 2 inhalaciones dos veces al día (10 mg total) en niños mayores de 7 años.
- Quimioprofilaxis: 2 inhalaciones una vez al día (10mg total) en niños mayores de 5 años.

El tratamiento en los casos de infección respiratoria por *COVID-19*, según la gravedad, aún se encuentran en revisión.

Salud Mental

Desde el punto de vista de salud mental contamos con protocolos para el manejo de pacientes en situaciones de desastre que serán aplicados en esta situación.

Los pediatras podrán evaluar a pacientes y familiares con niveles de estrés agudo que podrán ser referidos al médico psiquiatra, sobre todo si alguno de los pacientes tiene alguna condición mental preexistente o sospechosa de algún tipo de psicopatología al momento de la evaluación inicial.

El médico pediatra podrá realizar una llamada a través de la Central Telefónica para coordinar con el médico psiquiatra de turno el tipo de intervención que se hará y definir las medidas de bioseguridad que se adoptarán, en caso de que el personal de salud mental tenga que presentarse a la sala de hospitalización.

Las estrategias de intervención podrán ser:

1. Orientación al pediatra vía telefónica.
2. Intervención en crisis de primer orden.
3. Atención y tratamiento al paciente hospitalizado.
4. Psicoeducación y orientación a los padres.
5. Coordinación con Trabajo Social a los casos asociados a Síndrome de Maltrato.
6. Coordinación con el equipo de Salud Ocupacional en el caso de que los padres y/o cuidadores sean funcionarios de nuestro hospital.
7. Seguimiento en la Consulta Externa al momento del egreso.

Consideraciones ante brotes COVID-19 en salas periféricas.

Ante la situación que se capte un paciente (o acompañante de paciente) con sintomatología respiratoria en salas no designadas para manejo de los pacientes confirmados o sospechosos por COVID-19, se procederá según el caso.

Manejo inicial del caso sospechoso de COVID-19

1. Colocar mascarillas al paciente y su acompañante, en el caso de que no los tuvieran.
2. Documentar información clínica y epidemiológica del caso:
   a. Completar formulario de vigilancia epidemiológica de Infección respiratoria aguda grave (IRAG). (Anexo 12)
3. Solicitar medio de transporte viral al laboratorio y equipo de protección personal para la toma de muestra de hisopado nasofaríngeo. (Anexo 13)
4. Una vez tomada la muestra el paciente espera su resultado en sala con cubrebocas y manteniendo medidas de distanciamiento (1.5 metros).
5. Si el resultado es *NEGATIVO* no se toma ninguna medida con la sala.
6. Si el resultado es *POSITIVO* (caso índice) se deben tomar las siguientes disposiciones:
   a. El paciente se traslada a la sala de Aislamiento en cubículo B y en caso de no existir disponibilidad de espacio se envía al aislamiento de Recobros. El traslado se realizará siguiendo la normativa de desplazamiento de pacientes COVID-19 en la institución.
   b. La sala se colocará en cuarentena temporal y seguirá las siguientes disposiciones:
      i. Los pacientes expuestos serán manejados como contactos por COVID-19.
      ii. La cuarentena temporal será de 12-14 días de ocurrida la exposición. Podrá prolongarse si existen nuevos casos confirmados en la sala.
      iii. Reportar el evento a Dirección (o supervisor administrativo), Epidemiología HNJRE, pediatra jefe inmediato de sala y jefa de sala de enfermería (en turnos supervisora y encargada de turno).
      iv. Todo el personal debe utilizar equipo de protección personal adecuado (Anexo 16) durante el tiempo que dure la cuarentena.
      v. La sala queda cerrada para recibir nuevas admisiones en lo que dure la cuarentena temporal.
      vi. Se proporcionarán mascarillas a todos los pacientes y acompañantes si no los tienen aún.
      vii. Los contactos asintomáticos que puedan egresarse durante la cuarentena temporal deben mantenerse en aislamiento domiciliario hasta completar los 12-14 días después de la exposición. (Anexo 17)
      En su referencia de egreso debe especificarse la historia de este contacto con COVID-19. Se debe notificar a Epidemiología HNJRE y Trabajo Social del egreso para mantener una vigilancia de culminación de cuarentena en casa y presencia o no de síntomas. En caso de presentar síntomas en casa debe instruirse de traer al niño al cuarto de urgencias e informar su condición de sintomático y contacto COVID-19.

viii. Aproximadamente a los 7 días post exposición se realizará prueba de COVID-19 a los pacientes asintomáticos identificados como contactos cercanos (aquellos en cama adyacentes). Esto con el objetivo de identificar asintomáticos positivos.

ix. Debe vigilarse por la aparición de febriles y/o sintomáticos respiratorios en los contactos. Si esto ocurre con algún paciente debe procederse a la toma de muestra y aislamiento como se realizó con el caso índice. La aparición de nuevos casos amplía la cuarentena 12-14 días más.

x. Disposiciones de limpieza de áreas de la sala:
   1) Debe realizarse un procedimiento de limpieza de la sala al inicio de la cuarentena (reducir fómites) y al finalizar la misma.
   2) Debe realizarse limpieza del área de toma de muestras luego de cada procedimiento de hisopado nasofaríngeo/orofaríngeo o ante cualquier procedimiento urgente que genere aerosoles (por ejemplo, intubación).

xi. Disposiciones con el personal de sala:
   1) Todo el personal durante la cuarentena debe usar equipo de protección personal.
   2) Se debe vigilar al personal de sala por la aparición de fiebre y/o síntomas respiratorios.
   3) De ocurrir lo descrito en el punto 2, este personal debe mantenerse en casa, avisar a su jefe inmediato y coordinar con 169 toma de hisopado nasofaríngeo para COVID-19.
      Este evento también debe reportarse a Epidemiología HNJRE y Salud Ocupacional. (Anexo 19)

xii. Disposiciones con los acompañantes:
   1) Deben utilizar en todo momento mascarillas.
   2) Se debe establecer que se suspenden los relevos y visitas.
   3) Se debe proveer a los acompañantes de alimentación y uso del baño dentro de la sala.
   4) Si el acompañante inicia con síntomas, ver siguiente sección de manejo de estos casos.

xiii. La suspensión de la cuarentena temporal será en función de las siguientes condiciones:
   1) Que transcurran 12-14 días luego de la exposición sin que aparezcan nuevos casos confirmados en la sala.
   2) Se logre egresar a todos los contactos antes de 12-14 días.
   3) La cuarentena podrá prolongarse en función de la aparición de nuevos casos.

<u>Manejo en caso de acompañante sospechoso de COVID-19</u>

En caso de que en sala se sospeche de exposición a COVID-19 por un acompañante que no esté con mascarilla se realizan las siguientes acciones:

1. Verificar el inicio de fiebre y/o síntomas respiratorios.
2. Se coordina su atención en Hospital Santo Tomás.
3. En el caso que se confirme la sospecha y se tome la muestra de hisopado nasofaríngeo/orofaríngeo, se debe reportar el evento a la Dirección (o supervisor administrativo) y Epidemiología HNJRE.
4. De ser positivo el resultado del hisopado, se establece cuarentena temporal con las mismas características arriba indicadas.
5. Este acompañante no podrá regresar a la sala.
6. Solicitar evaluación por Trabajo Social del paciente asociado a este acompañante.

Egreso y seguimiento del Paciente

Los pacientes que ingresan para tratamiento por COVID-19 podrán egresar del servicio de terapia intensiva hacia sala de Aislamiento una vez que el equipo tratante lo considere adecuado, siempre y cuando:
- No requiere ventilación mecánica.
- No requiere soporte vasopresor.

Una vez en sala de Aislamiento, se considerará el egreso hospitalario si:
- Ha cursado 72 horas afebril.
- Asintomático, sin signos de insuficiencia respiratoria.

Al momento del egreso, durante la situación actual COVID-19, se mantendrán los protocolos de referencias a los centros de atención para su seguimiento. Para esto debe mantenerse una permanente comunicación con el nivel central o las instalaciones de 1ero y 2do nivel.

Dependiendo del estatus del paciente en cuanto a COVID-19 se tomarán las siguientes conductas:

1. *Pacientes estables positivos*. Serán trasladados hacia sus hogares en transporte de la institución. Para estos traslados se deben procurar las medidas de bioseguridad como lo son: barreras físicas, uso del EPP adecuado y cumplimiento de la limpieza y desinfección del vehículo posterior al traslado. (Anexo 16 y 18)
2. *Pacientes estables y asintomáticos que fueron contacto* de un caso positivo en salas periféricas. Regresarán a sus domicilios por sus propios medios.

Los pacientes: deben portar mascarilla, al igual que su acompañante; se les entrega el SURCO, recetas de medicamentos que requiera y las recomendaciones de aislamiento en casa; serán notificados a Epidemiología HNJRE y Trabajo Social para su adecuado seguimiento.

El Servicio de Epidemiología del hospital se mantendrá en estrecho contacto con Epidemiología del MINSA para conocer el seguimiento que se esté dando a los pacientes que hayan sido enviados a casa con resultados positivos, pero sintomatología leve.

De igual forma, Trabajo Social al ser notificado del egreso, dará seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones y estará pendiente de si amerita retornar al hospital, o notificarse vía telefónica al 169 para reportar sintomatología. Debe mantener comunicación con Epidemiología HNJRE.

Manejo y traslado de los cadáveres

En el manejo cadáveres con causa de muerte probables confirmada por COVID–19 se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Se debe limitar la manipulación excesiva del cadáver, teniendo especial atención al momento de movilizar, amortajar y trasladar el mismo evitando contacto directo con fluidos o heces del cadáver.
- Durante todo el proceso de manipulación de deben minimizar los procedimientos que generen aerosoles, realizándose solo aquellos que sean necesarios para la preparación del cadáver.
- Todo el personal que interviene en el manejo, traslado y disposición final de los cadáveres asociados a COVID–19 deberán cumplir las normas de bioseguridad, el uso de equipo de protección personal (EPP): bata desechable, guantes, mascarilla N95 y protección ocular. Todo el material debe ser eliminado posterior a su uso y no serán reutilizados.
- En el área hospitalaria donde ocurrió el deceso y las áreas donde se traslade el cadáver hasta su llegada a la morgue, se realizará la limpieza y desinfección terminal de toda la zona y elementos.
- La preparación del cadáver debe realizarse en el área del fallecimiento del paciente, el personal que interviene en esta preparación debe utilizar el EPP adecuado y completar lo siguiente:
  1. Realizar taponamiento de los orificios con algodón impregnado en solución de hipoclorito de sodio al 0.5%.
  2. Colocar etiquetas de identificación con la información completa y legible.
  3. Colocar el cadáver dentro de la bolsa plástica de cadáver con cremallera, cuyo cierre debe quedar hacia la porción cefálica del cadáver para poder realizar la identificación del mismo, en caso necesario.
     - Como alternativa se puede amortajar al paciente en una sábana y posteriormente colocarlo dentro de doble bolsa plástica transparente y se procederá a sellarla.

4. Se deben retirar en sala las sondas, catéteres o tubos que posea el paciente y desecharlo cumpliendo con las Normas de Bioseguridad establecidas.
5. Limpiar la bolsa de cadáver en su parte exterior con alcohol al 70% o hipoclorito de sodio de 5.25% en una dilución de 0.5%%.
6. Proceder a retirarse el EPP antes de salir del área, una vez entregado el cadáver al personal que trasladará el cadáver a la morgue.
7. El personal que traslada el cadáver a la morgue debe utilizar EPP. Una vez entregado el cadáver en la morgue se procede a la limpieza y desinfección de la camilla, se retira el EPP, lo descarta en bolsa para desechos bioinfecciosos y realiza higiene de manos.

- El transporte interno del cadáver hasta llegar a la morgue, será previamente coordinado entre la sala de origen del paciente y todos los servicios de apoyo involucrados.
    - Se coordinará con la Sección de Seguridad para despejar áreas utilizadas, clausurar los elevadores utilizados y coordinar los temas de seguridad relacionados a esta actividad.
    - Se coordinará con la Sección de Aseo la limpieza y desinfección terminal inmediata por todas las áreas utilizadas para el traslado del cadáver, al igual que las superficies que pudieran verse involucradas con esta actividad.
    - Se coordinará con el Servicio de Patología la recepción del cadáver en la Morgue Hospitalaria, cumpliendo con las normas de Bioseguridad establecidas y en todo personal que se vea involucrado en esta actividad.
- A estos cadáveres con sospecha o para confirmación por COVID-19 y hasta 12 horas post mortem, se recomienda la toma de hisopado nasofaríngeo y punción del pulmón con aguja. Ésta muestra se debe colocar en un tubo estéril sin formalina para su posterior análisis. Ambas muestran deben ser sujetas a la prueba de PCR para SARS-CoV-2. No realizar autopsias o necropsias debido a la posibilidad de generación de aerosoles.

<u>Autopsia</u>

Si lo amerita, la persona deberá tomar las precauciones respectivas, prevenir la emisión de aerosoles, especialmente en la extracción de muestra pulmonar.

En los casos de defunciones por COVID-19 que se generen en la institución:

1. No se recomienda realizar autopsias debido a la posibilidad de generación de aerosoles.
2. En caso de tener que realizarlos se debe mantener un ambiente seguro cumpliendo las siguientes recomendaciones:
    a. Limitar el número de personas que intervienen en el procedimiento; y mantener un monitoreo del personal que realza el procedimiento.
    b. Uso de EPP por todo el equipo que interviene en el procedimiento. El EPP incluye: guantes, bata desechable, mascarilla N95, pantalla o lentes de protección facial. Adicional se debe usar delantal en caso que la bata no sea impermeable y botas de

caucho. Se recomienda que el personal use ropa de uso hospitalaria, que debe ser procesada según regulaciones de manejo de ropa de la instalación de salud.

c. El EPP debe colocarse antes de ingresar a la sala de autopsia, retirarlo cuidadosamente y en orden recomendado (guantes, delantal (si aplica), bata, protección facial, respirador N95), descartar en envase de desechos bioinfecciosos y realizar higiene de manos inmediatamente.

Para la disposición de los cadáveres se seguirán los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud.

En caso de sobrepasar la capacidad de la morgue, se coordinará con los otros centros hospitalarios de la periferia con las siguientes capacidades
Hospital Santo Tomás 27 neveras y 1 Cuarto frío.
Hospital San Miguel Arcángel 6 neveras.
Hospital de Especialidades Pediátricas
Instituto Oncológico Nacional
Hospitales Privados (Nacional, Santa Fé, Paitilla, Punta Pacífica, San Fernando)

Medidas Adicionales

1. Se restringirá la visita a los pacientes. Solo se permitirá un familiar por paciente para el recambio de cuidador y cumpliendo con las normas.
2. Se eliminan las rotaciones de estudiantes de medicina, enfermería y otras especialidades técnicas de salud para evitar aglomeraciones y hacinamiento de personal en las salas.
3. Se solicitará, a través de la Dirección, la dotación de insumos y camas al MINSA para suplir la demanda si los insumos del hospital llegan a su máxima capacidad.
4. Se reforzará el personal de aseo y mensajería, al igual que el personal de oxígeno, para las salas de Aislamiento, Contingencia, Recobro y aquellas destinadas a concentrar los casos respiratorios.
5. El servicio de Terapia Respiratoria estará encargado de vigilar que los insumos necesarios para el aumento de la demanda sean suficientes y tomará las medidas necesarias para notificar oportunamente a la Dirección si éstos se están agotando.

Componente De Salud Ocupacional

- La Bioseguridad para el personal del hospital seguirá las normas institucionales establecidas para el manejo de pacientes infectados o con cuadros respiratorios.
- La administración de la profilaxis y tratamiento al personal del hospital se dará según las normas establecidas a nivel nacional.
- Se establecerá un sistema de contacto telefónico para el control y seguimiento de los colaboradores sintomáticos respiratorios, estos serán referidos a su Institución de salud correspondiente para su debida atención, recomendaciones y confirmación diagnóstica.
- Al reintegro del personal deberá presentar la incapacidad correspondiente, según el reglamento interno de la Institución.
- El personal que se detecta en el HNJRE con sintomatología respiratoria será enviado a la Institución de Salud que el MINSA designe para la evaluación y toma de muestras si el caso lo amerita.
- Identificación del personal de riesgo para desarrollar el síndrome de Burn out o desgaste emocional.
- Identificación del personal expuesto a los pacientes que se encuentren con medidas de aislamiento para darle trazabilidad en el caso que los mismos presenten síntomas respiratorios.
- Se dará apoyo psicológico y espiritual a los colaboradores del hospital durante la pandemia.
- Se darán las facilidades al personal que tengan responsabilidades domésticas en el cuidado de infantes o ancianos para que coordine, reajuste turnos con su superior inmediato o en casos extremos, la inasistencia al trabajo.
- Estas medidas serán divulgadas a los colaboradores del hospital para su conocimiento y cumplimiento.

Se ha establecido el siguiente flujo de atención para los colaboradores. (Anexo 17)

1. Todo colaborador que se encuentre trabajando en la *zona de atención de pacientes respiratorios* del servicio de urgencias del HNJRE deberá llenar en cada turno un registro de vigilancia de la salud que se encuentra ubicado en el área amarilla del Servicio de Urgencias del HNJRE. Este documento solicita los siguientes datos:
    a. Nombre y Apellido
    b. Número de Cédula
    c. Edad
    d. Departamento
    e. Cargo
    f. Responder con un sí o un No si tiene Tos, fiebre, dolor de cabeza, malestar de garganta.
    g. Responder si ha estado expuesto a un **caso positivo de COVID-19.**

2. Todo colaborador que se comunique por vía telefónica y **CON SÍNTOMAS RESPIRATORIOS**, se deberá derivar al primer nivel de atención por esta misma vía,

sin necesidad que el colaborador ingrese al Programa de Salud Ocupacional o sea atendido. Esta llamada deberá ser atendida por uno de los médicos del programa de salud ocupacional o por la enfermera en caso de no encontrarse personal médico.

3. Todo colaborador que sea **CONTACTO CON CASOS POSITIVOS** y **NO PRESENTE NINGUN SINTOMA RESPIRATORIO**, deberá notificar su caso individual a través de la línea 169 del Ministerio de Salud y quedarse en su domicilio.

4. Todo colaborador **CON INICIO DE SÍNTOMAS EN SU CASA**, deberá quedarse en su domicilio y comunicarse con su jefe inmediato por vía telefónica.

5. Todo colaborador **CON SINTOMAS RESPIRATORIOS GRAVES** descritos en el Plan Estratégico del Ministerio de Salud, debe acudir inmediatamente al Servicio de urgencias de la instalación de salud más cercana.

6. Todo colaborador **SIN SINTOMAS RESPIRATORIOS** en contacto con algún **CONTACTO SIN SINTOMAS O EN INVESTIGACIÓN**, debe seguir las indicaciones ofrecidas por el MINSA mediante su línea de atención 169 y reforzar medidas preventivas únicamente.

Organización de la Respuesta

Una vez declarado el inicio de la activación del plan, se establece un Centro Operativo de Emergencia (COE), de allí emana todas las directrices comandada por el Director del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel para la ejecución de todos los aspectos del plan.

Se establecerá para la información y comunicaciones un centro de información y prensa de donde emanará un reporte por parte de la Dirección actualizando el estado del brote.

Centro Operativo de Emergencia – COE:

Conformado por:
Director del Hospital
Subdirector
Jefes de Departamentos
Jefe de Cuidados Intensivos
Jefe Servicio de Urgencia
Coordinador del Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres
Coordinador del Comité de Bioseguridad
Servicio de Infectología
Servicio de Epidemiología
Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente
Oficina de Planificación
Administrador o Subadministrador

Equipos de Atención Hospitalaria:

Equipos Asistenciales:

1. Equipo de Triage Hospitalario: lo conforman médico generales y enfermeras con experiencia en manejo del triage.
2. Equipo de atención de urgencias: lo conforman el coordinador médico del turno respectivo que debe dirigir y será la voz de mando en el cuarto de urgencias, médicos pediatras asignados, los médicos residentes en ese momento, y el personal de enfermería del cuarto de urgencias.
3. Equipo de hospitalización: lo conforma el médico pediatra intensivista de turno en ese momento, el Pediatra de turno, el Neonatólogo de turno, el médico residente de turno de mayor jerarquía.

Equipos de Apoyo asistencial:

1. Laboratorio
2. Banco de sangre
3. Radiología e Imaginología
4. Terapia respiratoria
5. Farmacia
6. Nutrición
7. Trabajo Social
8. Salud Mental

Equipos de Apoyo Logístico - Administrativo:

1. Aseo
2. Mantenimiento
3. Seguridad y vigilancia
4. Transporte
5. Lavandería
6. Relaciones Públicas
7. Central de Esterilización

Activación del Plan:

Flujograma de atención. (Anexo 4 y 5)

Coordinaciones Interinstitucionales

MINSA-CSS.
Hospital de Especialidades Pediátricas, Policlínicas, Centros de Salud.
Hospitales y Clínicas Privadas.

Red de Referencias y Contrarreferencias

Hospital de Especialidades Pediátricas
Hospital Santo Tomás
Complejo Hospitalario Metropolitano
Policlínicas y Centros de Salud

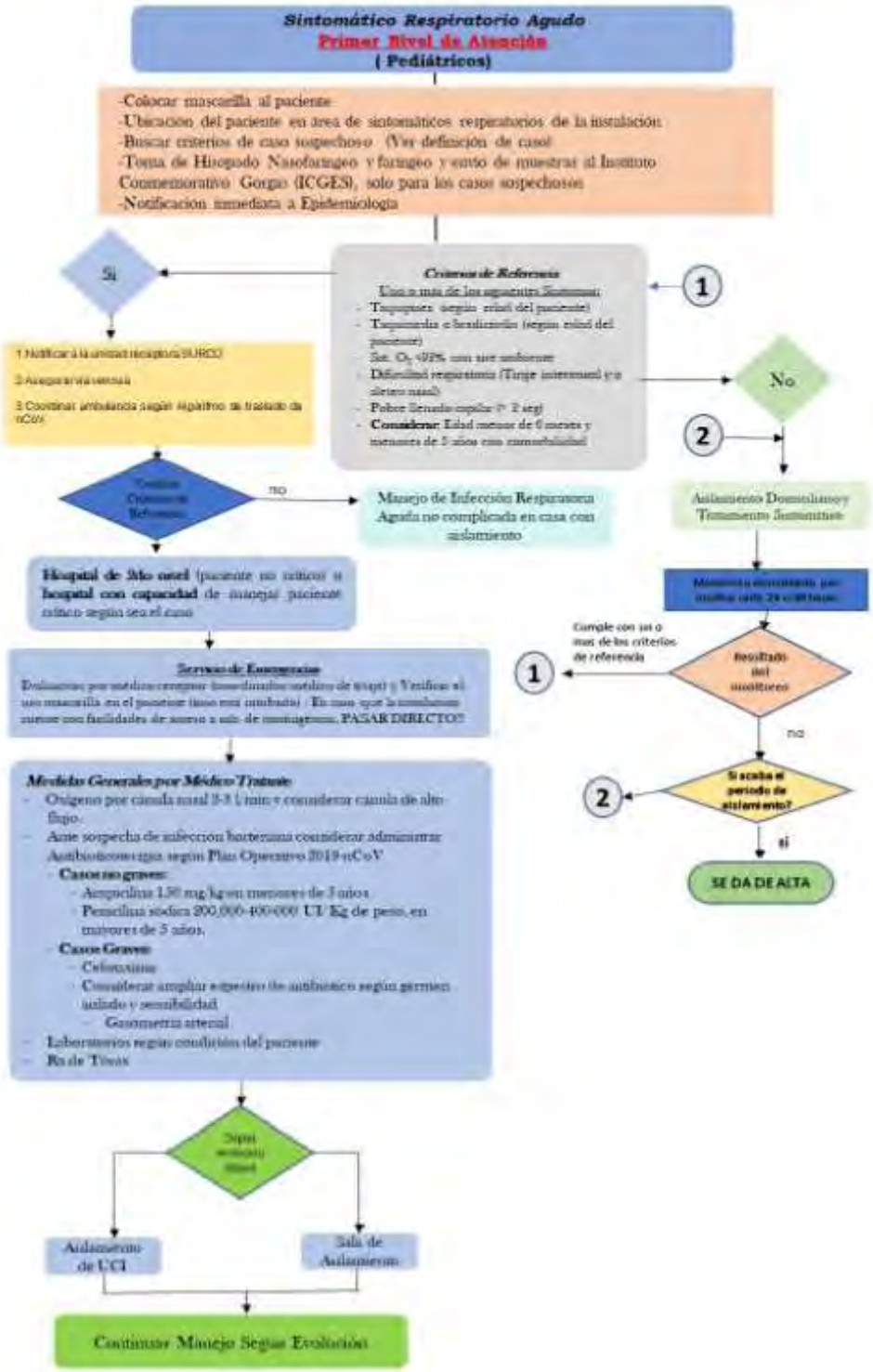
Fin de la Emergencia

Controlada la situación, el Director del Hospital dará la orden del cese de emergencia siguiendo las directrices emanadas del Nivel Central, retornando todos a sus funciones habituales y reevaluando la actual situación de la institución, dando así un informe final de todo lo ocurrido y de los resultados.

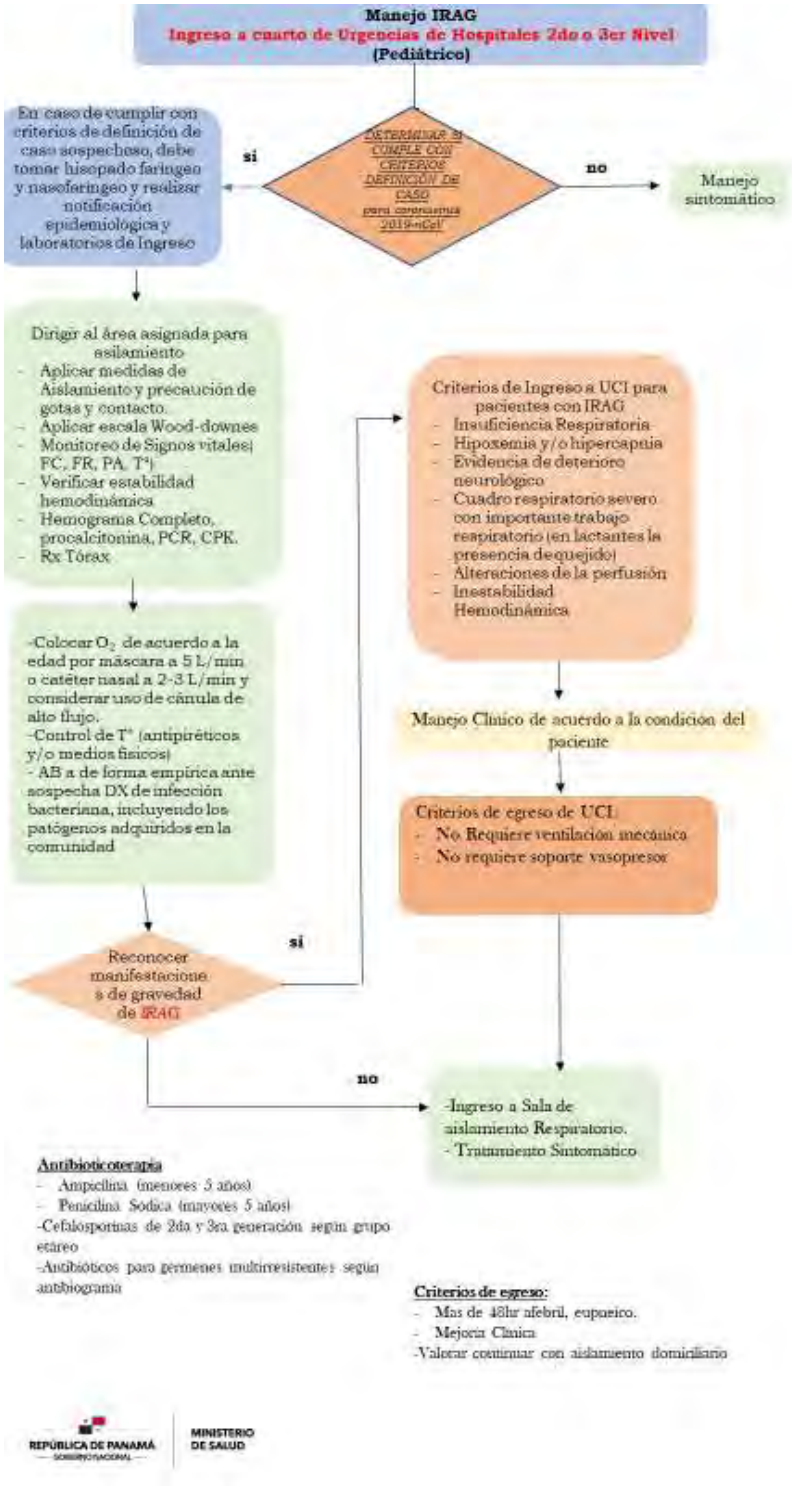
Referencias

1. Brote de enfermedad por Coronavirus (COVID-19). WHO. En: https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019
2. Plan operativo nacional del sistema de salud para la prevención y control del nuevo coronavirus –(2019-ncov). En: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/plan_coronavirus_0.pdf
3. Plan de acción ante un brote o epidemia de covid-19 en el territorio nacional. En: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/plan_operativo_para_la_contencion_del_covid-19_v12.pdf
4. Manual de Precauciones Estándar. Comité IAAS, Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel. Octubre 2017.
5. Protocolo COVID 19 en el paciente pediátrico críticamente enfermo. Sociedad Panameña de Pediatría, Panamá. Marzo 2020.
6. Prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud. Recomendaciones Básicas. Washington, D.C.: OPS: 2017
7. Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a. Revisión (CIE-10), versión de 2008. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
8. Uso del equipo de protección personal (EPP) para la atención de casos sospechosos o confirmados por covid-19. En: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/uso_del_epp_para_atencion_de_casos_sospechosos_o_confirmados_para_coronavirus-2def.pdf
9. Guía para la toma y envío de muestras para el diagnóstico de coronavirus 2019-nCoV. ICGES. 21 febrero 2020. En: http://www.gorgas.gob.pa/wp-content/uploads/2020/02/ICGES-Guia-Muestras-Coronavirus-21022020.pdf
10. Ministerio de Salud de Panamá, Caja del Seguro Social, Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Sistema nacional de vigilancia epidemiológica del síndrome gripal o gripe o influenza y de las infecciones respiratorias agudas graves. Normas y procedimientos. Junio 2017
11. Sáez- Llorens X, Castaño E, Estripeaut D et al. Infectología práctica para el pediatra. Segunda edición. Distribuna editorial. Colombia. 2017.
12. Andrés Martín A, Moreno-Pérez D, Alfayate Miguélez S et al. Asociaci. n Española de Pediatría Etiología y diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad y sus formas complicadas. An Pediatr (Barc). 2012;76(3):162.e1-162.e18 .
13. Pérez Rodríguez MJ, Otheo de Tejada Barasoain E, Ros Pérez P.Bronquiolitis en pediatría: puesta al día. Inf Ter Sist Nac Salud 2010; 34:3-11

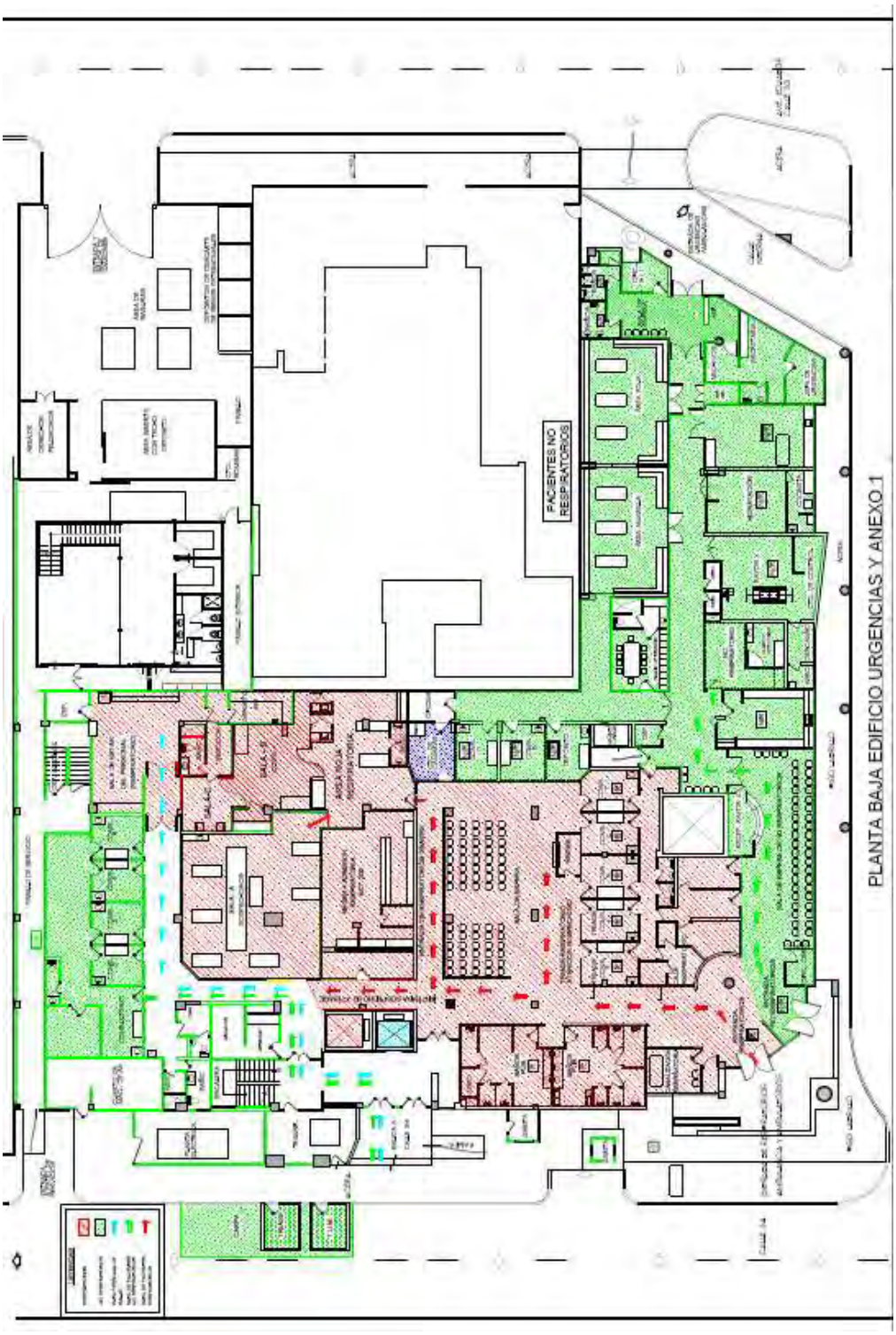
Anexo 1. Flujograma de Paciente Pediátrico Sintomático Respiratorio Agudo – Criterios de Referencia.



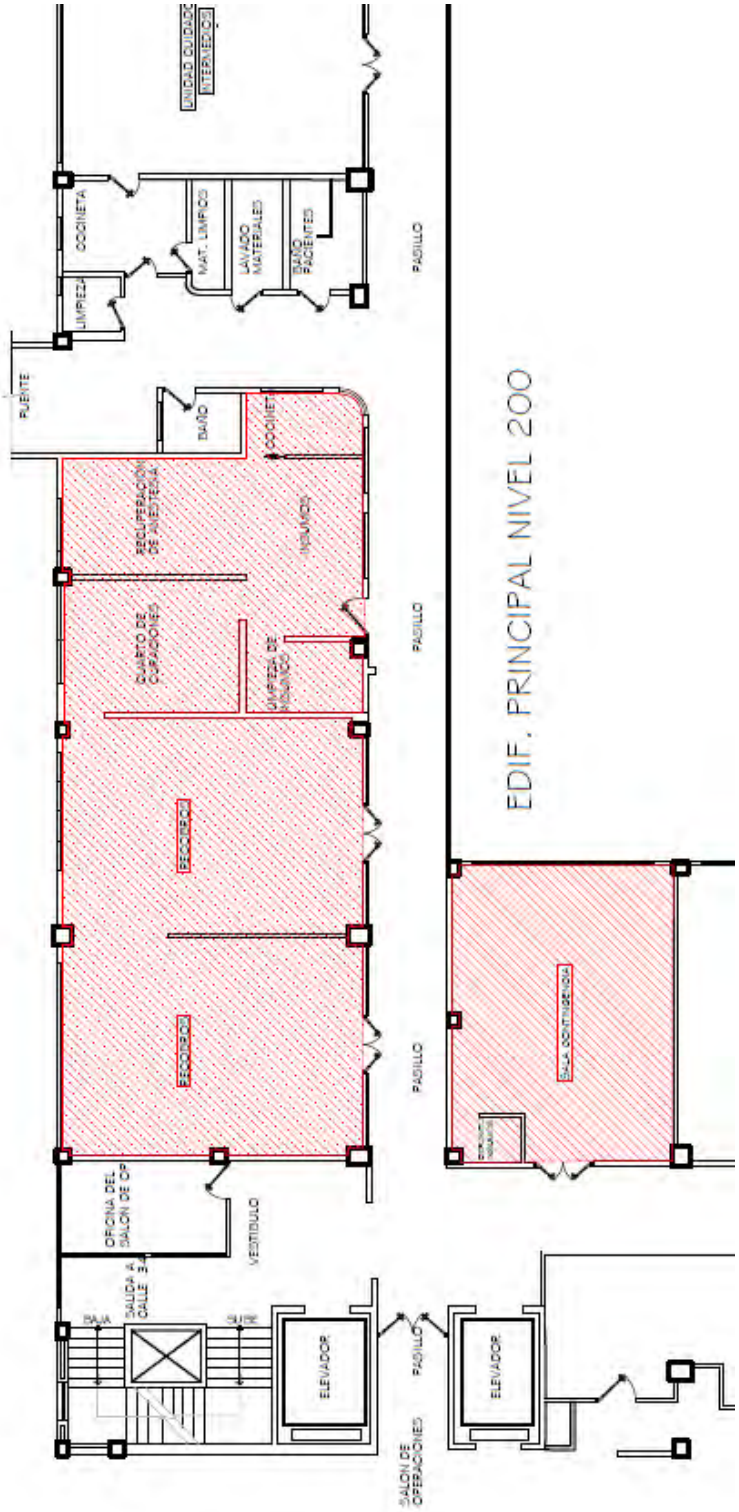
Anexo 2. Flujograma de Manejo de IRAG en Paciente Pediátrico – Cuarto de Urgencias.



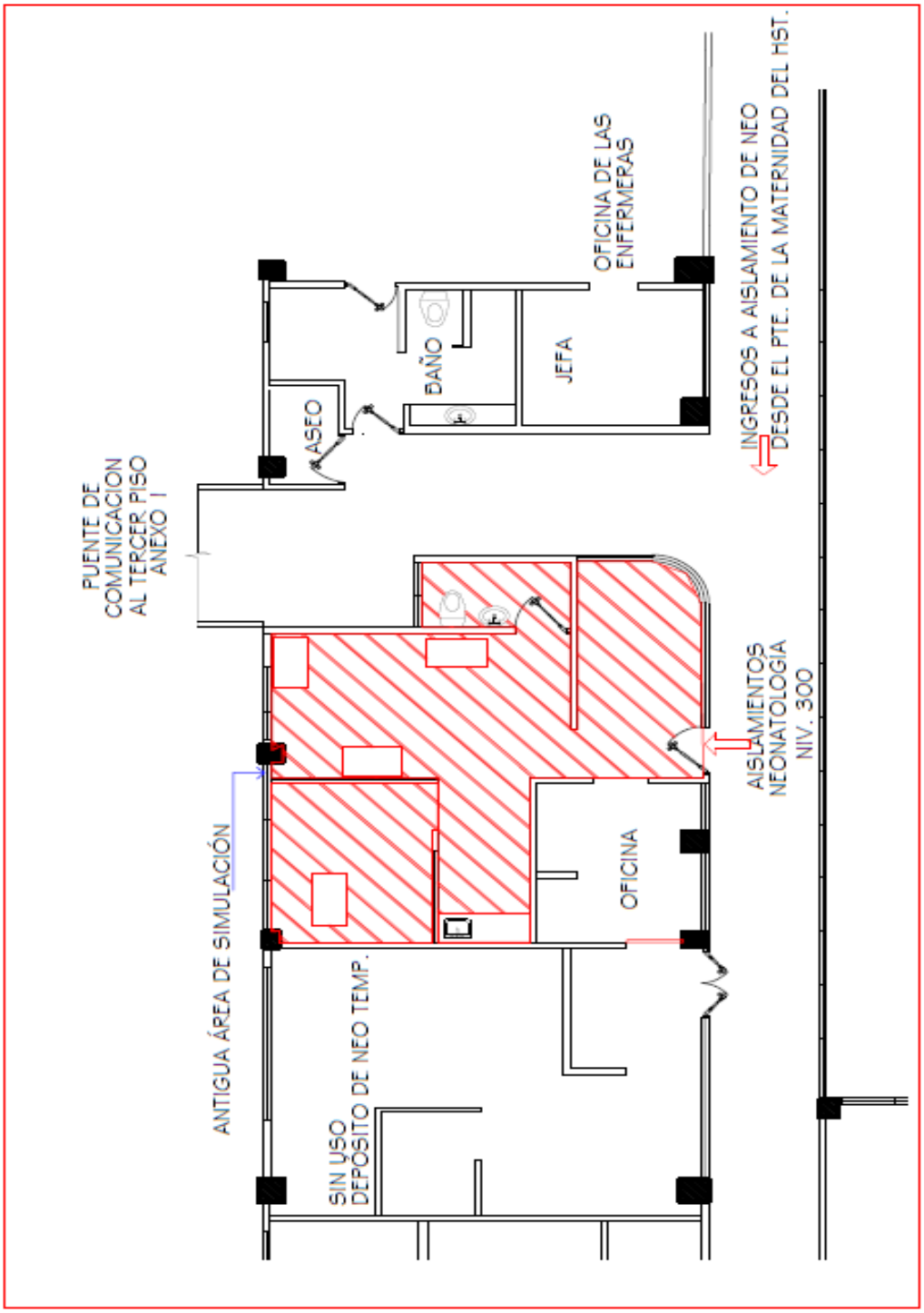
Anexo 3. Plano del Flujo de Atención en Cuarto de Urgencias y Sala de Aislamiento.


PACIENTES NO RESPIRATORIOS
PLANTA BAJA EDIFICIO URGENCIAS Y ANEXO 1

Anexo 4. Plano del Flujo de sala de Recobro y Contingencia 1.

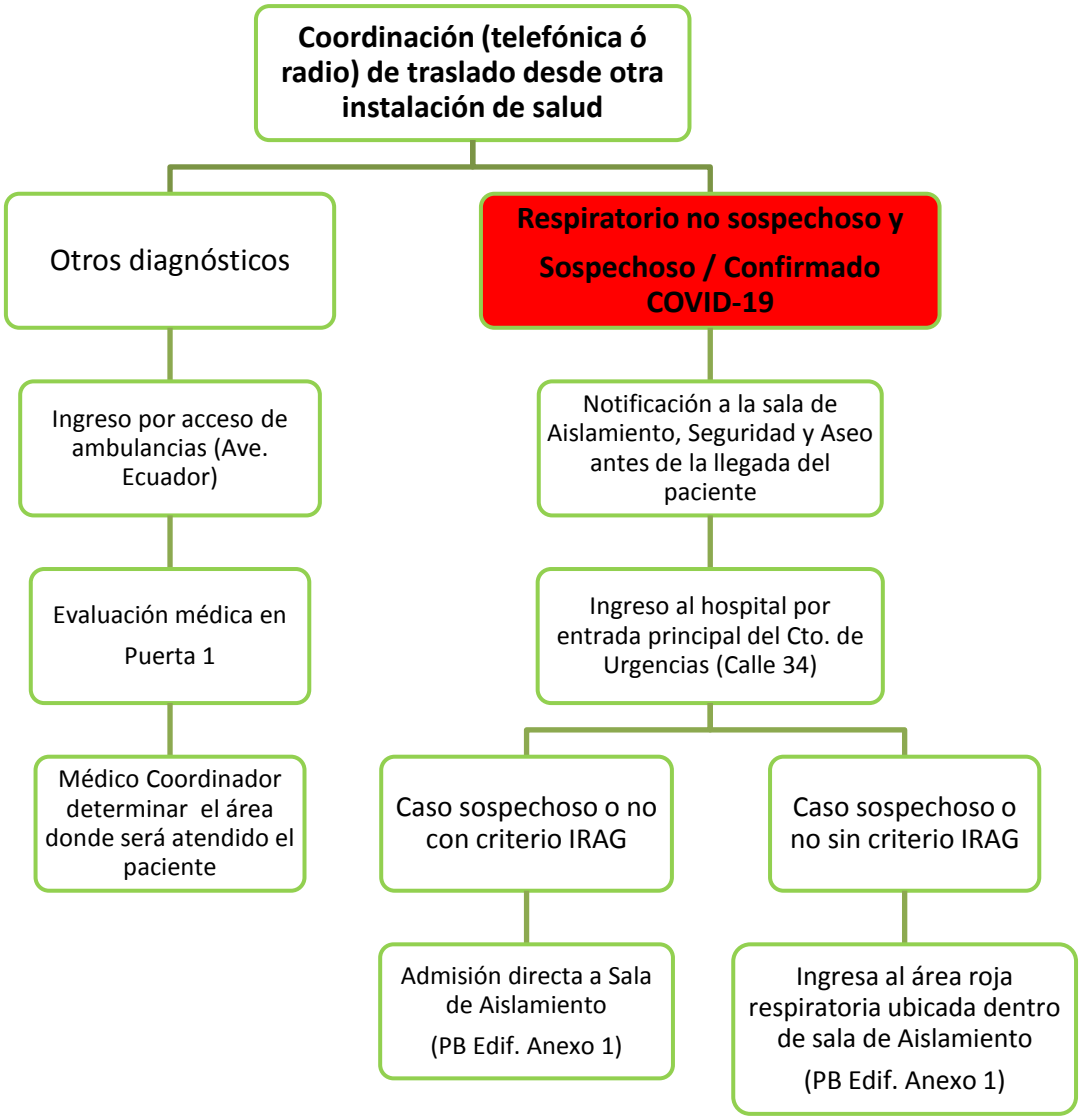


An

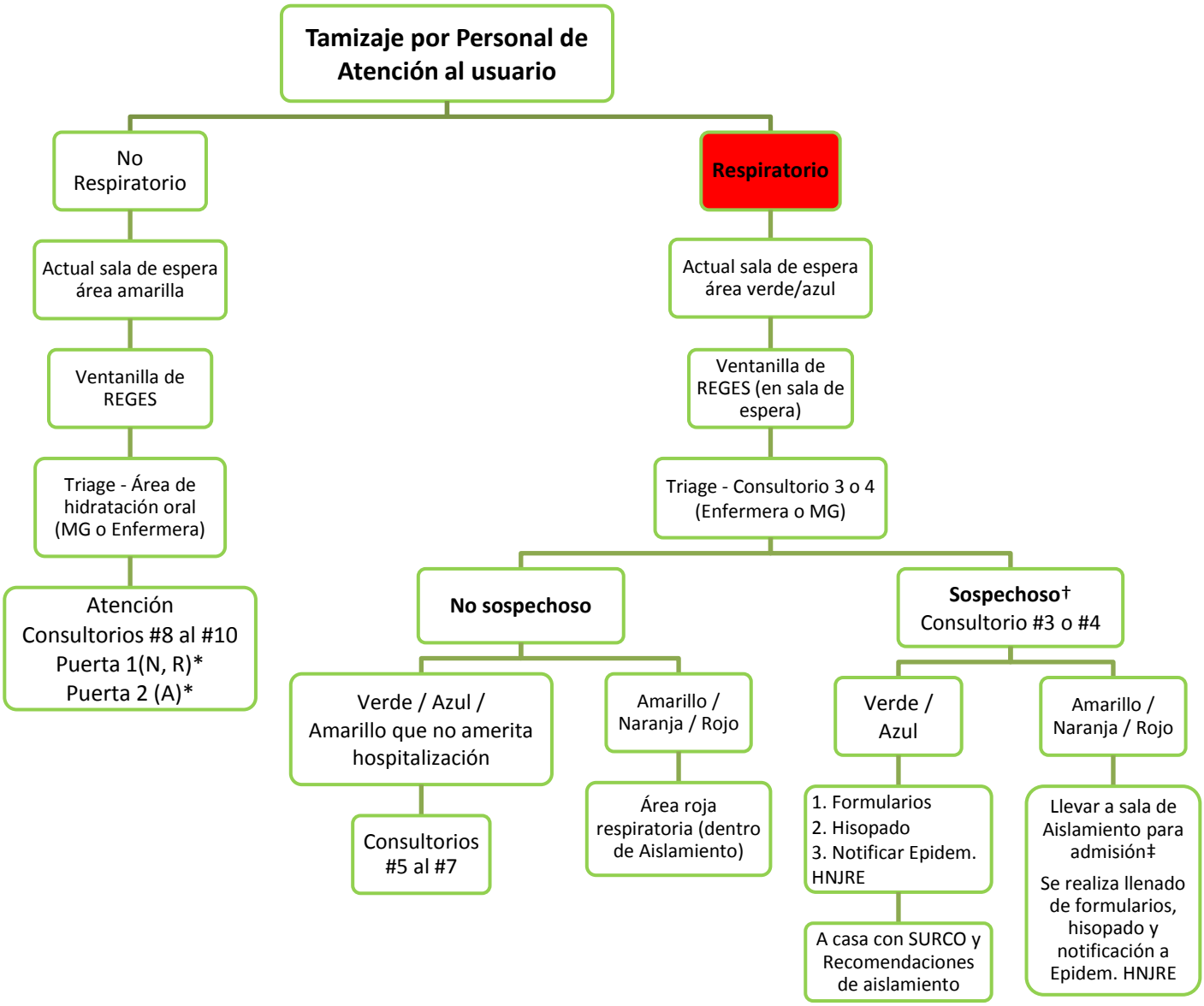

OFICINA DE LAS ENFERMERAS
INGRESOS A AISLAMIENTO DE NEO DESDE EL PTE. DE LA MATERNIDAD DEL HST.
BAÑO
JEFA
ASEO
PUENTE DE COMUNICACION AL TERCER PISO ANEXO 1
AISLAMIENTOS NEONATOLOGÍA NIV. 300
OFICINA
ANTIGUA ÁREA DE SIMULACIÓN
SIN USO DEPOSITO DE NEO TEMP.

exo 5. Plano del Flujo de Sala de Aislamiento Neonatal.

Anexo 6. Flujograma de Traslados al Cuarto de Urgencias.



Anexo 7. Flujograma de Atenciones en el Cuarto de Urgencias según sintomatología.



*Puerta 1 y 2, son las áreas designadas dentro del flujo regular del cuarto de urgencias para la atención de pacientes No Respiratorios clasificados en triage como Amarillo, Naranja o Rojo.
†Sospechoso detectado en triage permanece en el consultorio, se da la alerta al médico que continuará la atención y definirá su destino según su clasificación.
‡La hospitalización será en sala de Aislamiento (área A o B), sala de Recobro o Contingencia 1.

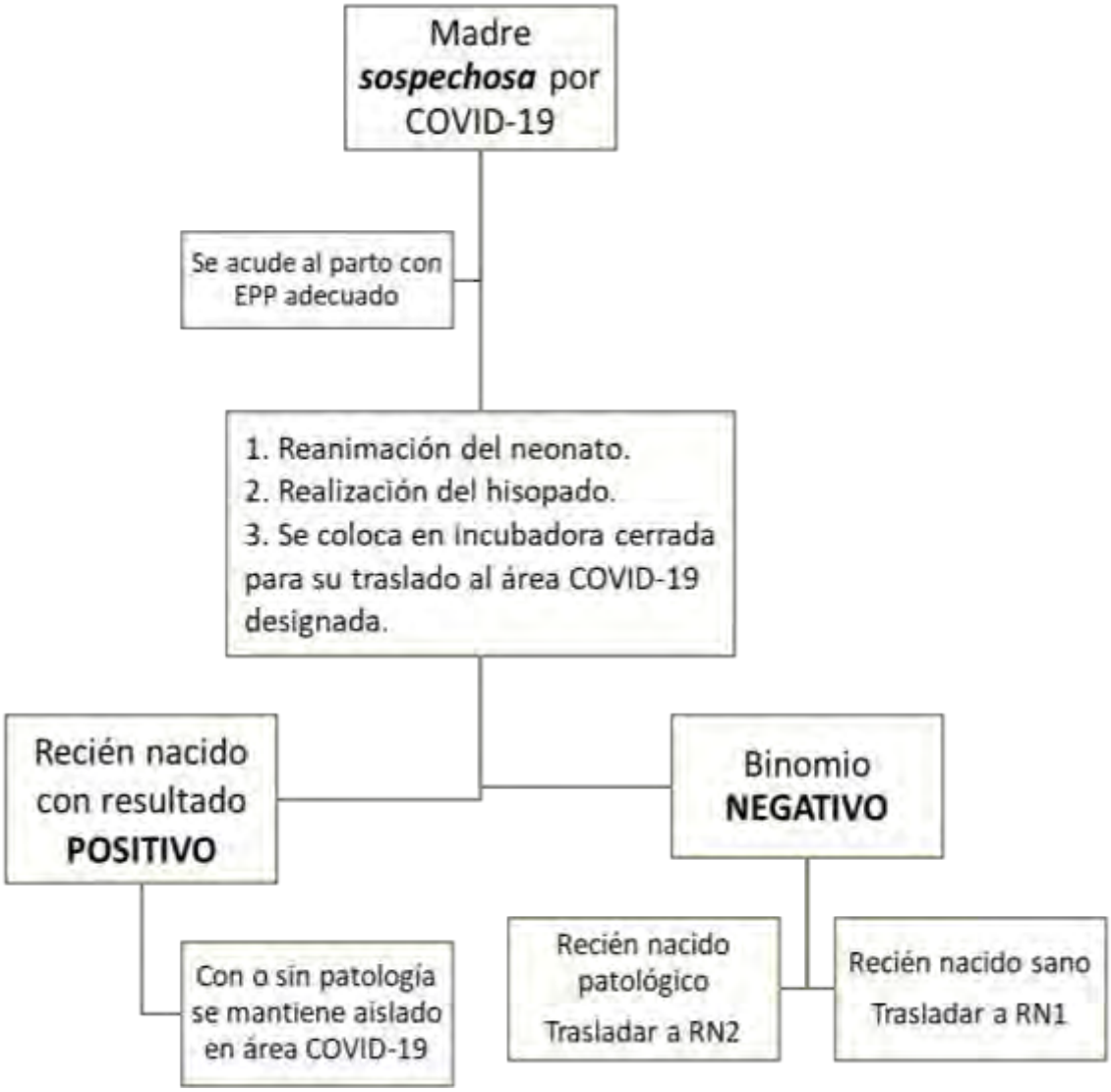
Anexo 8. Cuestionario breve para la segregación de pacientes (Personal de Atención al Usuario y/o Técnica en Enfermería)

4. Tiene su niño alguno de los siguientes síntomas con o sin fiebre?
    1. Tos
    2. Secreción nasal (moco)
    3. Estornudos
    4. Dificultad para respirar
    5. Pobre succión (en caso de lactantes) más alguna de las anteriores

Si la respuesta es **SI,** DIRIJA AL PACIENTE A LA SALA DE ESPERA DE LOS CASOS RESPIRATORIOS.

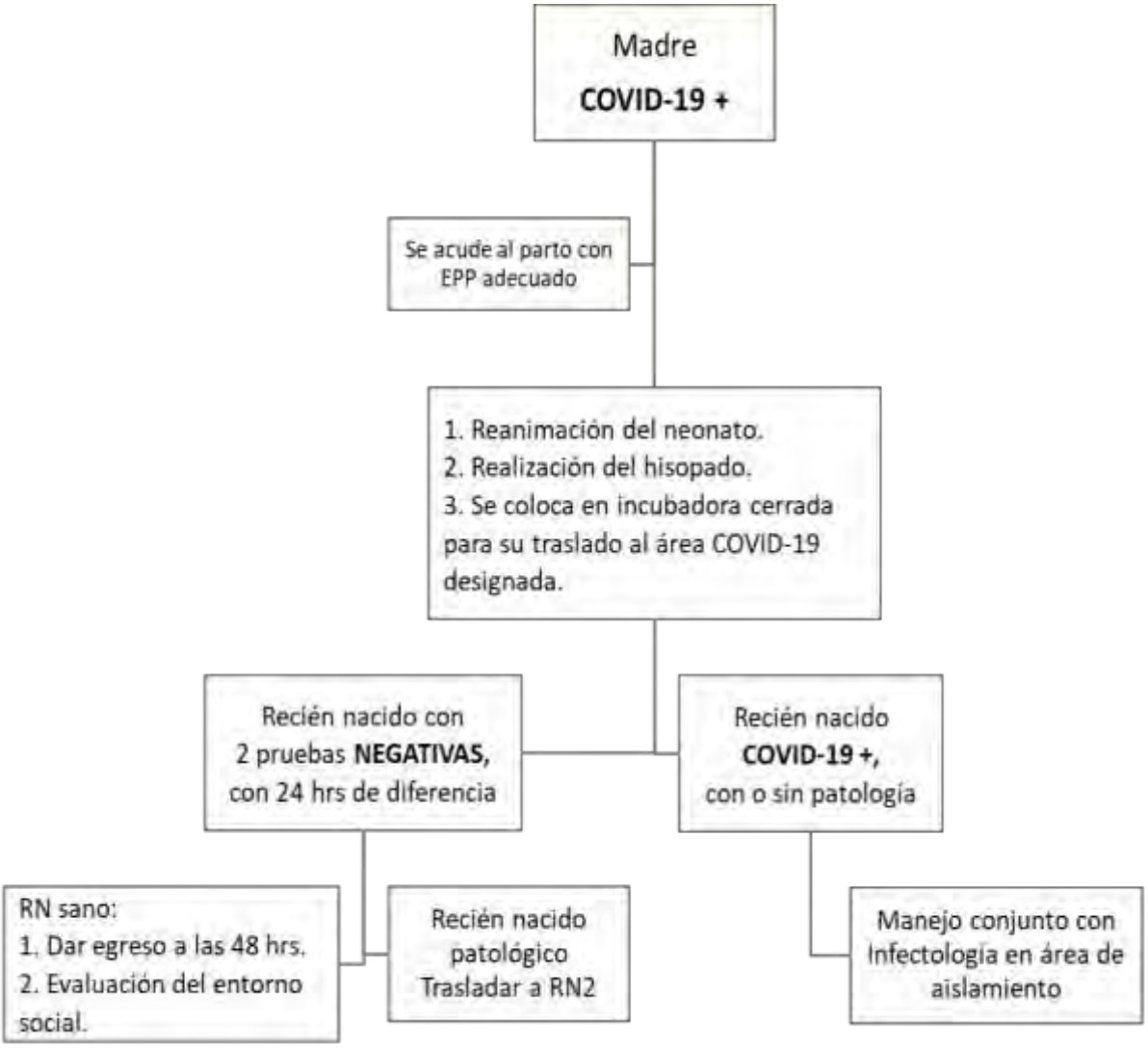
En caso de tratarse de pacientes que acuden por síntomas NO RESPIRATORIOS, se indagará al familiar/acompañante. Si el familiar/acompañante presenta síntomas respiratorios, se le entregará una mascarilla y el niño será atendido en el área de RESPIRATORIOS.

Anexo 9.1 Flujograma de atención de pacientes neonatales con Madre sospechosa por COVID-19.



Si durante este escenario el resultado del hisopado de la madre fuera positivo, pasar a flujograma de madre COVID-19 +.

Anexo 9.2 Flujograma de atención de pacientes neonatales con Madre COVID-19 positiva.



Anexo 10. Definición epidemiológica de casos COVID-19.

CASO SOSPECHOSO

1. Paciente con enfermedad respiratoria aguda caracterizada por:
   b. Fiebre o tos, y al menos un signo o síntoma como:
      5) Dolor de garganta o
      6) Rinorrea o
      7) Disnea o
      8) Evacuaciones diarreicas (***la asociación de fiebre con diarrea sin síntomas respiratorios es inusual)***

   Y que presente alguna de las siguientes condiciones:
   c. Residir o historia de viaje en un lugar donde se haya informado de la transmisión de COVID-19 en la comunidad durante los 14 días previos a la aparición de síntomas; o
   d. Que haya estado en contacto con un caso confirmado de COVID-19 en los últimos 14 días de aparición de síntomas.

2. Un paciente con una ***enfermedad respiratoria aguda grave*** (fiebre o historia de fiebre y al menos un signo o síntoma de enfermedad respiratoria; por ejemplo, tos, dificultad respiratoria, dolor torácico), **Y** que requiere hospitalización, **Y** en ausencia de un diagnóstico alternativo que explique la presentación.

Caso confirmado

Paciente con prueba positiva para COVD-19 independientemente de los síntomas y signos clínicos.

Definición de Contacto

Un contacto es una persona que experimentó cualquiera de las siguientes exposiciones durante 2 días anteriores y los 14 días posteriores al inicia de síntomas de un caso confirmado:

1. Contacto cara a cara con un caso confirmado a menos de 1 metro y durante más de 15 minutos, o
2. Contacto físico directo con un caso confirmado, o
3. Cuidado directo de un paciente con la enfermedad COVID-19 confirmada sin usar protección personal adecuada, o
4. Otras situaciones indicadas en evaluaciones de riesgo locales.

Nota: En los casos asintomáticos confirmados, el período de contacto se mide desde los 2 días anteriores hasta los 14 días posteriores a la fecha en que se tomó la muestra que llevo a la confirmación.

En la actualidad Panamá se considera un país con transmisión comunitaria.

Anexo 11 Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) para las enfermedades respiratorias agudas.

Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores.

Código CIE-10	Descripción
J00	Rinofaringitis aguda [resfriado común]
J01	Sinusitis aguda
J02	Faringitis aguda
J03	Amigdalitis aguda
J04	Laringitis y traqueítis agudas
J05	Laringitis obstructiva aguda [crup] y epiglotitis
J06	Infecciones de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados

Influenza [influenza], neumonía y otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores

Código CIE-10	Descripción
J09	Influenza debida a virus de la influenza aviar identificado
J10	Influenza debida a otro virus de la influenza identificado
J10.0	Influenza con neumonía, debida a otro virus de la influenza identificado
J10.1	Influenza con otras manifestaciones respiratorias, debida a otro virus de la influenza identificado
J10.8	Influenza, con otras manifestaciones, debida a otro virus de la influenza identificado
J11	Influenza debida a virus no identificado
J11.0	Influenza con neumonía, virus no identificado
J11.1	Influenza con otras manifestaciones respiratorias, virus no identificado
J11.8	Influenza con otras manifestaciones, virus no identificado
J12	Neumonía viral, no clasificada en otra parte
J12.0	Neumonía debida a adenovirus
J12.1	Neumonía debida a virus sincicial respiratorio
J12.2	Neumonía debida a virus parainfluenza
J12.8	Neumonía debida a otros virus
J12.9	Neumonía viral, no especificada

J13	Neumonía debida a *Streptococcus pneumoniae*
J14	Neumonía debida a *Haemophilus influenzae*
J15	Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte
J16	Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos, no clasificados en otra parte
J17	Neumonía en enfermedades clasificadas en otra parte (véanse enfermedades específicas en la CIE-10)
J18	Neumonía, organismo no especificado
J20	Bronquitis aguda (véanse causas específicas en la CIE-10)
J21 J21.0 J21.8 J21.9	Bronquiolitis aguda Bronquiolitis aguda debida a virus sincicial respiratorio Bronquiolitis aguda debida a otros microorganismos especificados Bronquiolitis aguda, no especificada
J22	Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores

Infección viral de sitio no especificado.

Código CIE-10	Descripción
B34.2	Infección debida a Coronavirus, de sitio no especificado ***Excluye:*** síndrome respiratorio agudo grave (SRAG)
B97.2	Coronavirus como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a. Revisión (CIE-10), versión de 2008. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.

Anexo 12. Formulario para Vigilancia de la Influenza, Síndrome Gripal, Infecciones Respiratorias Agudas Graves, Bronconeumonía, Neumonías Virales y Bacterianas, Bronquiolitis.

MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL - INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS
INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS DE ESTUDIOS EN SALUD
Formulario Para Vigilancia de la Influenza- Síndrome Gripal,
Infecciones Respiratorias Agudas Graves-Bronconeumonías-Neumonías Virales y Bacterianas-Bronquiolitis

Instalación que notifica | Otra Instalación en que se atiende
Tipo de Paciente: (Ambulatorio, Hospitalizado) | Si esta hospitalizado? (Observación Sala, UCI)

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Identificador: (Cédula, Expediente, pasaporte) | N° Identificador | Asegurado | Si, No, Desc.
Nombres | Apellidos
Fecha de Nacimiento: Día | Mes | Año | Edad | Tipo edad | Sexo: Hombre / Mujer | Nombre de Persona Responsable
Dirección Permanente: Región | Distrito | Corregimiento | Comunidad | Calle | Edificio/Casa | Número Apt.
Otra Dirección | Teléfono

II. ANTECEDENTES

Porta tableta: asma (Si, No) | Comisionado vacuna según esquema (Si, No) | Fecha última dosis anti influenza día___ mes___ año___ | No Recibida | Desconoce

Antecedente vacunal | **Fecha de Última Dosis** | **Fecha dosis anti influenza Año Previo** día___ mes___ año___ | No Recibida | No Recibida

Vacunas	N° dosis	Día	Mes	Año
Anti Influenza				
Neumococo 7 valente				
Neumococo 10 valente				
Neumococo 13 valente				
Neumococo 23 valente				
Anti Hepatitis B				
Anti Meningococcica*				

(*Especifique nombre de la vacuna)

Factor de riesgo: Embarazo? (Si, No, Desc.) | Trimestre? (1er, 2do, 3ro) | Enfermedad Crónica? (Si, No, Desc.)
Cual: Hipertensión arterial (Si, No, Desc.) | Diabetes (Si, No, Desc.) | Tabaquismo (Si, No, Desc.) | Alcoholismo (Si, No, Desc.) | Obesidad (Si, No, Desc.) | Inmunosuprimido (Si, No, Desc.) | Otros

Riesgo profesional (Si, No, Desc.) | Cual (Trabajador Agropecuario, Trabajador de Salud, Otro)
Contacto de caso confirmado (Si, No, Desc.) | Tipo de Contacto, (Familiar, Laboral, Escolar, Social) | Indicación de aislamiento (Si, No, Desc.)
Nombre del contacto
Historia de viaje 15 días antes (Si, No, Desc.) | Donde

III. DATOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS

Tipo de Evento en Estudio, (Marque con una "X" el que corresponde)

		Fechas	Día	Mes	Año
Síndrome Gripal					
IRAG Centinela		Inicio de síntomas			
IRAG Inusitado		Hospitalización			
IRAG Impresión		Notificación			
IRAG N° Especifico		Egreso			
IRAG Complementario		Defunción			
Neumonía Bacteriana					

Diagnóstico Clínico
Uso de antibióticos en la última semana (Si, No, Desc.)
Cual:
Fecha:
Uso de antivirales (Si, No, Desc.)
Cual:
Fecha:

Hallazgos Clínicos		Fecha de inicio	Día	Mes	Año
Fiebre > 38°C (Si, No, Desc.)					
Tos (Si, No, Desc.)					
Dolor de garganta (Si, No, Desc.)					
Rinorrea (Si, No, Desc.)					
Dificultad Respiratoria (Si, No, Desc.)					
Otros (Si, No, Desc.)					

Cual:

Resultado de la Radiografía de Tórax
Condensación (Si, No, Desc.)
Derrame Pleural (Si, No, Desc.)
Bronconeumonía Aérea (Si, No, Desc.)
Infiltrado Intersticial (Si, No, Desc.)
Otro (Si, No, Desc.)
Describir:

IV. CLASIFICACIÓN FINAL

Clasificación Final según agente etiológico | Clasificación Final Clínica

Infección Viral (Si, No, Desc.) | Agente Viral
Infección Bacteriana (Si, No, Desc.) | Agente Bacteriano
Negativo

Neumonía Viral (Si, No, Desc.)
Neumonía Probablemente Viral (Si, No, Desc.)
Neumonía Bacteriana (Si, No, Desc.)
Neumonía Probablemente Bacteriana (Si, No, Desc.)

Nombre del Investigador | Fecha: Día | Mes | Año

Anexo 13. Toma de la Muestra Clínica Hisopado Nasofaríngeo/Orofaríngeo.

1. Sobre una superficie fija, amplia y limpia; tenga el MTV preparado y rotulado con la información del paciente, junto a los dos hisopos para tomar la muestra.
2. Retire la mascarilla quirúrgica del paciente y ofrecer un paño desechable por si siente la necesidad de toser o estornudar durante el procedimiento.
3. Coloque al paciente con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás e inmovilizar en esta posición.
4. Inserte un hisopo flexible en la fosa nasal hasta llegar a la nasofaringe sin forzarlo y realice un escobillado (frotado), girando el hisopo con movimientos circulares por 5 segundos, y luego retírelo lentamente.
5. Inserte el hisopo en el recipiente que contiene el MTV y quiebre el extremo del hisopo que sobresale.
6. Tome la muestra de la Orofaringe con un nuevo hisopo estéril, preferiblemente rígido. Con la ayuda de un depresor de lengua, se frota el hisopo con firmeza en la pared posterior de la garganta. Se debe tener cuidado de no tocar la lengua, ni la epiglotis con el hisopo.
7. Deposite este hisopo en el mismo recipiente MTV y quiebre el extremo del hisopo que sobresale.
8. Cierre el recipiente herméticamente.
9. Revuelva de manera circular para que se dispersen las partículas.
10. Limpie el contenedor primario (MTV) con una solución de hipoclorito 0.5% sobre la superficie externa.
11. Envuelva el contenedor primario en papel absorbente.
12. Coloque el recipiente primario dentro de una bolsa plástica o contenedor rígido con cierre hermético (contenedor secundario). Límpiela con solución de hipoclorito 0.5%.
13. Coloque el contenedor secundario dentro del cooler (contenedor terciario). Limpie la superficie externa del cooler con solución de hipoclorito 0.5%.
14. Informe al Dpto. de Epidemiología de su institución de que tiene una muestra sospechosa por COVID-19 para que se coordine el envío de la muestra embalada al ICGES o al Laboratorio local.

Nota: Las muestras serán trasladadas dentro del contenedor terciario al Laboratorio Clínico del hospital previa notificación.

Anexo 14. Tipos de muestras para COVID-19.

Espécimen	Días de inicio de síntomas (fiebre)	Material o medio colector	Temperatura de transporte	Almacenamiento	Comentario
Hisopado Nasofaríngeo y Orofaríngeo	< 7 días para casos ambulatorios; < 10 días y sin restricción de días (15 días) para los casos hospitalizados con cultivo bacteriano negativo	Hisopo flexible de Dacron o polyester	4 °C	≤5 días: 4 °C >5 días: -70 °C	Ambos hisopos deben ser colocados en el mismo Medio de Transporte Viral (MTV)
Lavado Broncoalveolar	< 10 días y a los 15 días si no mejora y tiene cultivo bacteriano negativo	Contenedor estéril	4 °C	≤48 horas: 4 °C >48 horas: −70 °C	Puede haber cierta dilución del patógeno, pero aun así es una muestra valiosa
Aspirado Nasofaríngeo o Endotraqueal	< 10 días y a los 15 días si no mejora y tiene cultivo bacteriano negativo	Contenedor estéril	4 °C	≤48 horas: 4 °C >48 horas: −70 °C	
Esputo	< 10 días y a los 15 días si no mejora y tiene cultivo bacteriano negativo	Contenedor estéril	4 °C	≤48 horas: 4 °C >48 horas: −70 °C	Asegúrese de que el material sea del tracto respiratorio inferior
Tejido (Pulmón) de biopsia o autopsia	< 10 días y a los 15 días si no mejora y tiene cultivo bacteriano negativo	Contenedor estéril	4 °C	≤24 horas: 4 °C >24 horas: −70 °C	

Anexo 15. Embalaje de la muestra.

En el transporte de muestras que pueden ser o son infecciosas, se emplea un sistema de triple embalaje con el fin de garantizar la integridad de las muestras y, en caso de accidente, minimizar la exposición a estas por parte de personas y medio ambiente.

Pasos para el embalaje de muestras clínicas (Figura 1):
1. Antes de embalar la muestra verifique el rótulo del medio de transporte viral con códigos o nombre de paciente.

2. Asegúrese de cerrar correctamente el tubo para evitar derrames.

3. Cubrir la muestra con un papel absorbente.

4. Coloque las muestras en el recipiente secundario. Amortígüelo con envoltura plástica.

5. Cierre apropiadamente el envase secundario.

6. Introduzca el envase secundario dentro del envase terciario (hielera), envase exterior. En cadena de frío.

7. Asegúrese de cerrar adecuadamente el envase terciario que ya contiene las muestras y envíelo al Laboratorio Nacional de Referencia para confirmación.

ICGES – Laboratorio de Virología y Biotecnología
Teléfono 527-4815
Correo electrónico: virologiagorgas@gorgas.gob.pa

Anexo 16. Equipo de protección personal (EPP)

Definición:
Equipo de Protección Personal (EPP) es el equipo que utilizamos como barrera para protegernos del contacto directo con personas enfermas, sus fluidos corporales o cualquier otro medio que nos cause infección, tales como gotas emitidas al estornudar o toser, u objetos/superficies que hayan sido tocados por alguna persona infectada.

Generalidades:

- Requiere entrenamiento en la colocación, uso y retiro.
- El retiro del EPP se debe realizar con calma, muy concentrado.
- Retirarse todo tipo de prendas (anillos, reloj, etc.)
- Cabello recogido
- Calzado cerrado que cubra hasta el empeine.
- Verificar que todo el EPP sea de su talla (mameluco, guantes).
- Lavados de manos antes y ropa cómoda.

Clasificación de los tipos de EPP.

Tipo de Ropa	Clasificación Americana	Clasificación Europea
Ropa completamente encapsulada. Protección contra gases	NIVEL A	Tipo 1
La ropa no encapsulada. Destinado a la protección contra líquidos (alto contacto)	NIVEL B	Tipo 2 y 3
Protección contra partículas sólidas y salpicaduras químicas y líquidas	NIVEL C	Tipo 4 y 5
Protección parcial contra partículas sólidas o proyección química líquida parcial.	NIVEL D	Tipo 6

Recomendaciones de EPP según tipo de atención.

Tipo de atención	Higiene de manos	Bata	Mascarilla quirúrgica	Respirador N95	Lente o pantalla	Guantes
Triage	X		X			
Toma de muestra (hisopado nasofaríngeo y oro faríngeo)	X	X		X	X	X
Caso sospechoso o confirmado de Covid-19 que requiere atención en una instalación de salud	X	X	X		X	X
Caso sospechoso o confirmado con Covid19 que	X	X		X	X	X

requiere un procedimiento generador de aerosoles

Secuencia de colocación del EPP.

Colocar un gancho (✓) en la casilla.

1. Retirar todos los objetos personales	
2. Inspección visual de que los componentes del EPP sean del tamaño adecuado y cantidad suficiente.	
3. Inicie la colocación del EPP bajo la supervisión de un observador (colega)	
4. Lavarse las manos.	
5. Colocarse guantes de nitrilo.	
6. Póngase los cubre calzados, sentado en una silla.	
7. Colóquese la bata desechable y que los guantes queden por debajo del puño.	
8. Colóquese el respirador N95 o mascarilla quirúrgica.	
9. Colóquese la pantalla protectora o gafas.	
10. Póngase el gorro quirúrgico.	
11. Colóquese el 2do par de guantes de nitrilo (preferible de diferente color) sobre los puños de la manga de la bata.	

Secuencia de retiro del EPP.

Colocar un gancho (✓) en la casilla.

1. Quítese el EPP siempre bajo orientación y supervisión de un observador (colega). Asegúrese que haya un contenedor con bolsa roja y recipientes para los materiales reutilizables.	
2. Lavarse las manos con los guantes puestos.	
3. Quítese los guantes externos y deséchelos en contenedor con bolsa roja.	
4. Lavarse las manos con los guantes puestos.	
5. Quítese el gorro quirúrgico.	
6. Lavarse las manos con los guantes puestos.	
7. Retire la bata, tire de atrás hacia adelante, enrollándola de adentro hacia afuera, y deséchela en contenedor con bolsa roja.	
8. Lavarse las manos con los guantes puestos.	
9. Retire la pantalla protectora o gafas y colóquela en el recipiente para los materiales reutilizables.	
10. Lavarse las manos con los guantes puestos.	
11. Quítese el respirador N95 o mascarilla. Desde la parte de atrás de la cabeza, retire primero la tira de abajo y luego la tira de arriba, y deseche de forma segura.	
12. Lavarse las manos con los guantes puestos.	
13. Sáquese los cubre calzados, deséchelos en contenedor con bolsa roja y descontamine las suelas del calzado con spray desinfectante.	
14. Lavarse las manos con los guantes puestos.	
15. Quítese los guantes cuidadosamente con técnica apropiada y deséchelo en contenedor con bolsa roja.	

16. Lavarse las manos.	

Anexo 17. Recomendaciones de aislamiento en casa.

Personas con sospecha de infección por 2019-nCoV con síntomas respiratorios:

- Realice higiene de manos frecuentemente, utilizando gel de manos a base de alcohol o jabón y agua.
- Mantenga distancia de al menos un metro de personas sanas dentro de lo posible.
- Para contener las secreciones respiratorias, se le proveerá mascarillas quirúrgicas la cual debe usar en todo momento si es bien tolerada. Para aquellos que no toleren la mascarilla debe cumplir rigurosamente con la higiene respiratoria y etiqueta de la tos (si tiene estornudos o tos cubra su nariz y boca con el antebrazo o un pañuelo desechable, deséchelo el pañuelo inmediatamente y realice higiene de manos).
- Mantenga los espacios de su domicilio ventilados, abriendo ventanas y puertas lo más que sea posible.

A los familiares o cuidadores de personas con sospecha de infección por 2019-nCoV con síntomas respiratorios:

- Realice higiene de manos frecuentemente, utilizando gel de manos a base de alcohol o jabón y agua.
- Mantenga distancia de al menos un metro de personas afectadas dentro de lo posible.
- Use una mascarilla cuando se encuentre en la misma habitación con la persona afectada, deséchela inmediatamente después de su uso y realice higiene de manos.
- Mantenga los espacios ventilados, abriendo ventanas y puertas lo más que sea posible.
- El cuidador siempre deberá usar una mascarilla quirúrgica bien ajustada a la cara cuando esté en la misma habitación que el enfermo.
- Evitar el contacto de personas sanas con objetos contaminados del paciente (no compartir cepillos de dientes, platos, cubiertos, bebidas, toallas, sabanas, entre otros.) Los utensilios como platos y cubiertos deben ser de uso único del paciente, lavados con agua y detergente adecuadamente después de cada uso.
- Mantener la ropa sucia del paciente en bolsas hasta el momento de ser lavadas, no debe ser sacudida y evitar el contacto de la ropa contaminada con la piel y ropa de quien realiza la tarea. Lavar la ropa de las personas enfermas con agua y detergente.
- Limpiar y desinfectar diariamente las superficies cercanas al paciente.

La limpieza de estas superficies debe realizarse con agua y detergente. Posterior aplicar un desinfectante: Hipoclorito de Sodio al 5.25% (Cloro) en una dilución de 0.05% o 500 pmm, o Alcohol al 70% o algún desinfectante común de uso doméstico (preparar y aplicar según indicaciones del fabricante).

Ubicación del paciente

- Habitación individual con buena ventilación.
- De no contar con una habitación individual para su aislamiento, debe mantenerse una distancia mínima de un metro con respecto a la cama del enfermo (por ejemplo, dormir en camas separadas).
- NO PERMITIR VISITAS.

Anexo 18. Limpieza y Desinfección de las áreas.

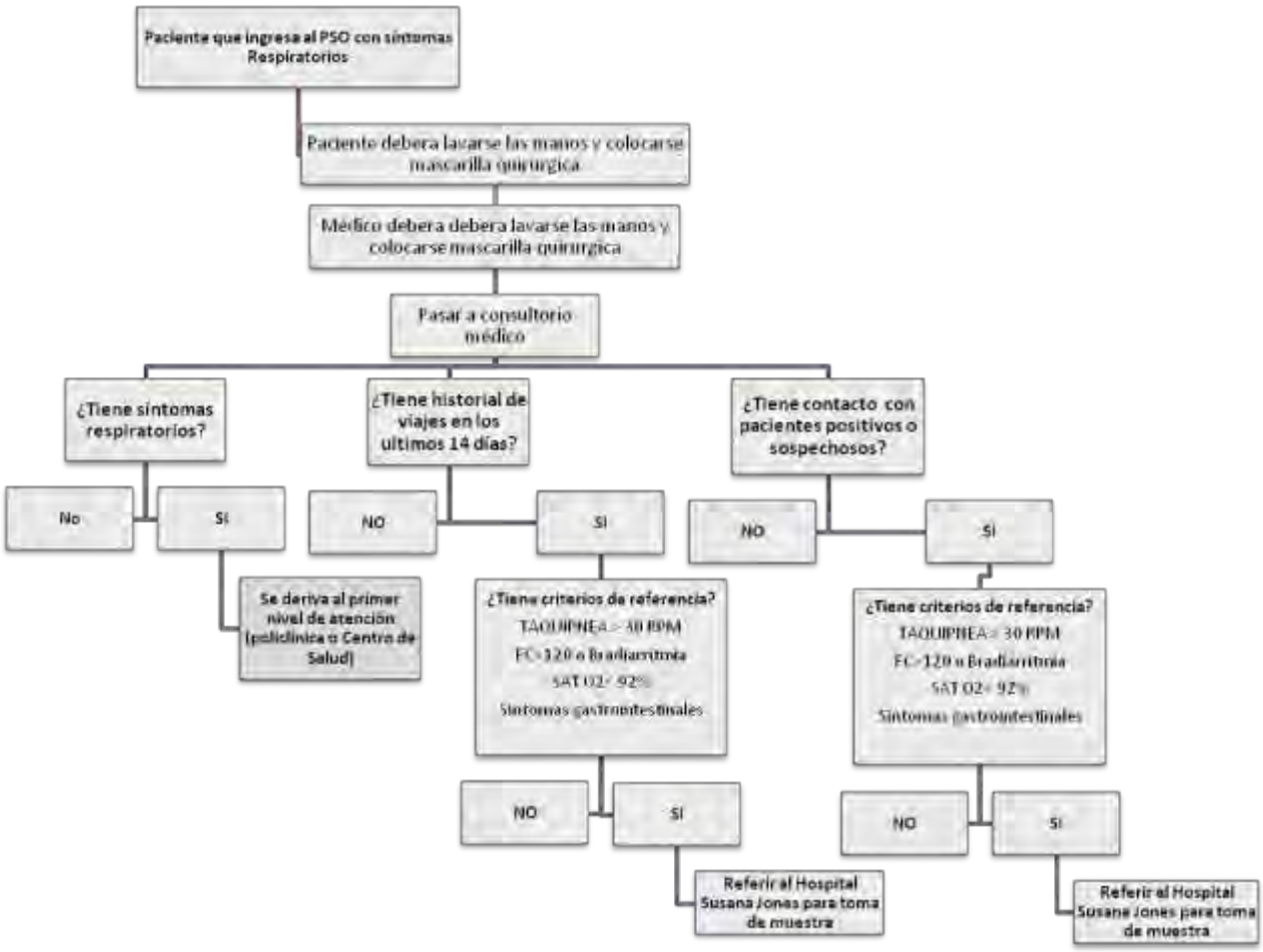
El personal tiene la obligación de cumplir con:

- ✓ Uso de uniforme y calzado cerrado.
- ✓ Las damas deben mantener el cabello recogido, caballeros cabello corto y sin barba.
- ✓ No utilizar ningún tipo de joyas y mantener las uñas cortas, sin ningún tipo de esmalte y no está permitido el uso de uñas acrílicas.
- ✓ Uso obligatorio del equipo de protección personal para realizar todas las tareas de limpieza: bata desechable, mascarilla, lentes de protección ocular o pantalla de protección facial y guantes gruesos de caucho o nitrilo que cubran hasta el antebrazo.
- ✓ No tocar con los guantes puestos cerraduras, teléfonos, puertas, ascensores ya que esto aumenta el riesgo de contaminación de las superficies.
- ✓ Realizar higiene de manos frecuente y principalmente antes y después de realizar las tareas de limpieza.

Los equipos de limpieza y desinfección de las áreas donde se manejen estos pacientes como lampazos, trapeadores, carros de conserjería, entre otros deberán ser de uso exclusivo de cada área. Estos deben estar rotulados y se debe contar con área exclusiva para el almacenamiento del equipo de limpieza.

Procedimientos de limpieza y desinfección

1. Seguir los principios básicos de proceso de limpieza y desinfección:
   • De adentro hacia afuera.
   • De lo limpio a lo sucio, iniciar en el área más limpia y terminar en las zonas más contaminadas.
   • Del centro a la periferia.
2. Equipar el carro de conserjería con todos los insumos necesarios para las tareas de limpieza y desinfección, colocarlo en la entrada de la habitación sin obstruirla.
3. Realizar higiene de manos y colocarse el equipo de protección personal (bata desechable, mascarilla, lentes de protección ocular o pantalla de protección facial y guantes gruesos de caucho o nitrilo), antes de entrar al área o habitación del paciente. Retirarlos una vez termine las tareas, y realizar higiene de manos.
4. Realizar limpieza de pisos utilizando la técnica de dos baldes siguiendo el procedimiento en el siguiente orden: barrido húmedo, enjabonado, enjuague, secado y colocación de desinfectante. Recuerde señalizar las áreas para evitar accidentes.
5. Todo el material debe guardarse en el área de almacenamiento: limpio, desinfectado y escurrido.
6. Recordar hacer mayor énfasis en las superficies de mayor contacto: puertas, barandales, lavamanos, mesas, entre otras superficies.
7. Paso a paso:
   a) Realice higiene de manos y colóquese el equipo de protección personal.

b) Realice recolección de los desechos y colóquelos en el carro de transporte de desechos. Higiene de manos y coloque guantes limpios.
c) Limpie la unidad del paciente con paño húmedo: enjabone, enjuague, espere secar y coloque desinfectante.
d) Realice limpieza de los pisos utilizando la técnica de dos baldes siguiendo los pasos: barrido húmedo (recoja la basura con un recogedor), enjabonado, enjuague y espere secar para colocar el desinfectante.
e) Realice limpieza del baño. Una vez finalizado, retírese los guantes y realice higiene de manos.
f) Realice reposición de papel higiénico, papel toalla, jabón líquido y gel alcoholado.
g) Coloque bolsas de desechos en los envases.
h) Recoja todo el material y equipo utilizado en el área.
i) Previo a la salida del área retírese el equipo de protección personal, deséchelo y realice higiene de manos.

Anexo 19. Flujograma de atención de personal con síntomas respiratorios en el PSO.