



# UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL DOMICILIAR -UAID-

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

VER.01-11/05/2020

**Dr. Arturo Ernesto García Aquino**

Subgerente de Prestaciones en Salud

---

Comisión de Atención de Crisis por Coronavirus -COVID-19  
17-4-2020

## CONTENIDO

<b>UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL DOMICILIAR</b>	<b>5</b>
Introducción	5
Organización	9
Objetivos de la UAID	11
Funciones	12
Estimación de equipos de atención domiciliar	14
<b>MANEJO DEL AISLAMIENTO DOMICILIARIO DE DERECHOHABIENTES IGSS</b>	<b>16</b>
Guía general	16
Guía de recomendaciones para el paciente en aislamiento	25
Guía de recomendaciones preventivas para las personas que conviven en el domicilio	26
Guía de recomendaciones específicas para la persona responsable de los cuidados	27
Guía de recomendaciones para el manejo de residuos y limpieza	28
Guía de recomendaciones para el traslado de casos	29

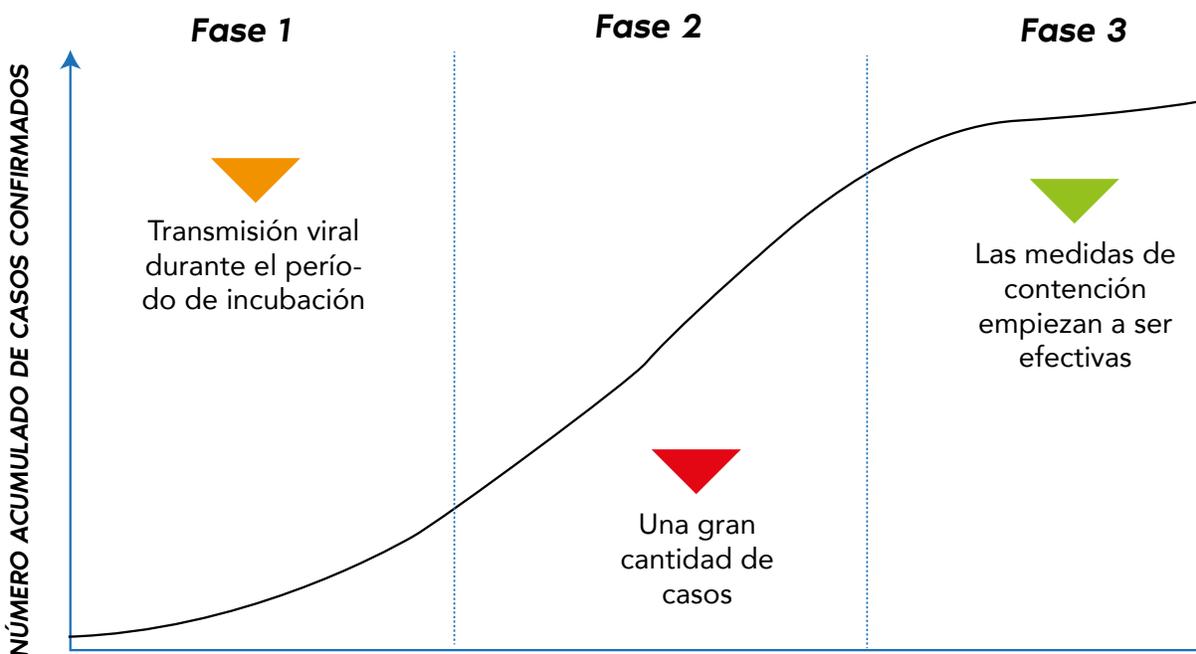


## INTRODUCCIÓN

A finales de 2019, se identificó un nuevo coronavirus como la causa de un grupo de casos de neumonía en Wuhan, una ciudad en la provincia China de Hubei. Se extendió rápidamente, dando como resultado una epidemia en toda China, seguida de un número creciente de casos en otros países del mundo.<sup>[1]</sup> En la actual epidemia de COVID-19, se estima que cerca del 80% de los casos infectados, cursarán de forma leve, 15% moderada y 5% requerirán de cuidados críticos.<sup>[2]</sup> Las personas que resulten positivas requerirán medidas de aislamiento de acuerdo con los protocolos establecidos en el nivel nacional.

En un primer momento caracterizado por la difusión lenta de la enfermedad, todos los casos clasificados como moderados o severos deben ser aislados y tratados en ambientes hospitalarios con la intención de preservar la vida anticipándose a los riesgos y brindando un tratamiento especializado de alta calidad. Para los casos positivos leves y estables, deben ser ingresados a un Programa de aislamiento domiciliario, con la finalidad de atenderlos de forma integral, pero asegurando su aislamiento. Y de esa manera no solo monitorear su evolución clínica, sino que está llevando a cabo las medidas de prevención recomendadas y garantizar las mejores condiciones al afiliado y a los miembros de su familia, así como evitar el contagio a otras personas incluso a la propia familia.

**FIGURA 1: EVOLUCIÓN DEL CONTAGIO**



Fuente: Assessing the Global Tendency of COVID-19 Outbreak.  
Qinghe Liu, Zhicheng Liu, Junkai Zhu, Yuhao Zhu, Deqiang Li, Zefei Gao, Liuling Zhou, Junyan Yang,  
Qiao Wang. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.18.20038224> MedRxIV marzo 24 2020

Como se observa en la figura 1, el número de casos evoluciona en dependencia de las medidas que se instauran para su contención. En una primera fase, cuando no se conoce el número y ubicación de los casos, el virus se esparce sin control durante el período de incubación; una vez que se hacen evidentes los casos y se establecen los contactos comunitarios, el número crece exponencialmente. En ese momento, en la mayoría de los países se implementan medidas de contención que logran disminuir de forma progresiva los contagios y por lo tanto el número de afectados.

En Guatemala, aun cuando se asume que existe un grado variable de subregistro de casos, las medidas de contención se implementaron de forma temprana, pues se instauró el distanciamiento físico y aislamiento social a partir de la detección del primer caso; esto permite predecir que el número de casos puede ser moderado y que no tendremos una curva exponencial de casos. No obstante, el país en general y de forma particular el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, debe implementar medidas que le permitan enfrentar esta crisis sanitaria y económica de la mejor manera posible.

De acuerdo con la experiencia internacional, particularmente la de Italia<sup>[3]</sup>, se han identificado algunas lecciones en el manejo de la epidemia que, para el caso de Guatemala merece ser considerara la siguiente: la respuesta “hospital céntrico”, es decir la preparación de la respuesta para los casos moderados y severos, no debe substituir ni relegar la preparación comunitaria. Es en la comunidad donde se realizan las medidas más importantes de contención y donde tienen un mayor impacto.

En ese contexto, el presente documento presenta una propuesta que complementa los esfuerzos que se hacen para la preparación de la Institución en el ámbito hospitalario<sup>[4]</sup> sobre cómo organizar la respuesta del Instituto para el cuidado y aislamiento domiciliario de casos positivos, con síntomas leves, sin comorbilidades y situación clínica estable, siempre y cuando el entorno domiciliario sea adecuado para la atención sanitaria del caso y se cumplan los requisitos mínimos<sup>[5]</sup>.

Es importante señalar que en el Instituto se tiene la experiencia de atención domiciliar en dos sentidos: uno se refiere al programa de visita domiciliar que se implementó en el Centro de Atención Médica Integral para Pensionados -CAMIP- desde hace más de 20 años en el cual un grupo de médicos realiza visita domiciliar a los pacientes que presentan limitación física y/o mental para movilizarse a la Unidad de atención en sus hogares, proveyendo consulta médica y prescripciones de medicamentos. El otro, es el Programa de Médicos de Cabecera, se refiere a un programa en el cual se asignan médicos privados cercanos al domicilio de los pacientes para brindarles consulta



médica y prescripciones de medicamentos de manera oportuna. En ambos casos, los programas se limitan al problema médico puntual del paciente y no intervienen en las condiciones del hogar ni en las relaciones familiares.

Esta propuesta no se trata de reforzar estos programas sino de crear uno nuevo, dirigido a la atención integral de los derechohabientes en el ámbito domiciliario y comunitario y que sea parte, en un inicio, de las estrategias de contención de la epidemia, y posteriormente, que se consolide como parte de un modelo de atención de la salud en el Instituto.

En el caso de la emergencia actual por COVID-19, el elemento central es limitar el contagio y monitorear la evolución de las personas afectadas, situación que implica una intervención que va más allá de la tradicional consulta médica y prescripción en el domicilio y se adentra en la atención integral, segura y de calidad, a toda la familia en su conjunto.

Dada esta situación, se presenta la organización de un equipo de atención que debe contar con múltiples disciplinas, trabajo colaborativo y objetivos claros sobre los que se debe trabajar. Este equipo asistencial y su aparato de gestión que coordina y opera la Unidad de Atención Integral Domiciliar -UAID-. Para el caso de esta emergencia esta coordinadora adopta la figura de una "Fuerza de Trabajo" adscrita a la Subgerencia de Prestaciones en Salud y que se desarrolla en el marco de la respuesta coyuntural; sin embargo, más adelante se puede integrar como una sección dentro de la estructura formal del Instituto e integrarse al modelo de atención de la salud.



## ORGANIZACIÓN

La UAID está integrada por un responsable nacional designado por la Subgerencia de Prestaciones en Salud quien lidera el equipo conformado por cuatro coordinadores uno por cada área departamental donde se ubican los hospitales centinela (Quetzaltenango, Escuintla, Suchitepéquez e Izabal) un coordinador para el área metropolitana (incluye los dos hospitales centinela: Hospital General de Enfermedades y Hospital General Doctor Juan José Arévalo Bermejo), y uno para los tres CAMIP.

Esta Unidad contará con un Coordinador Nacional y tres Subcoordinadores:

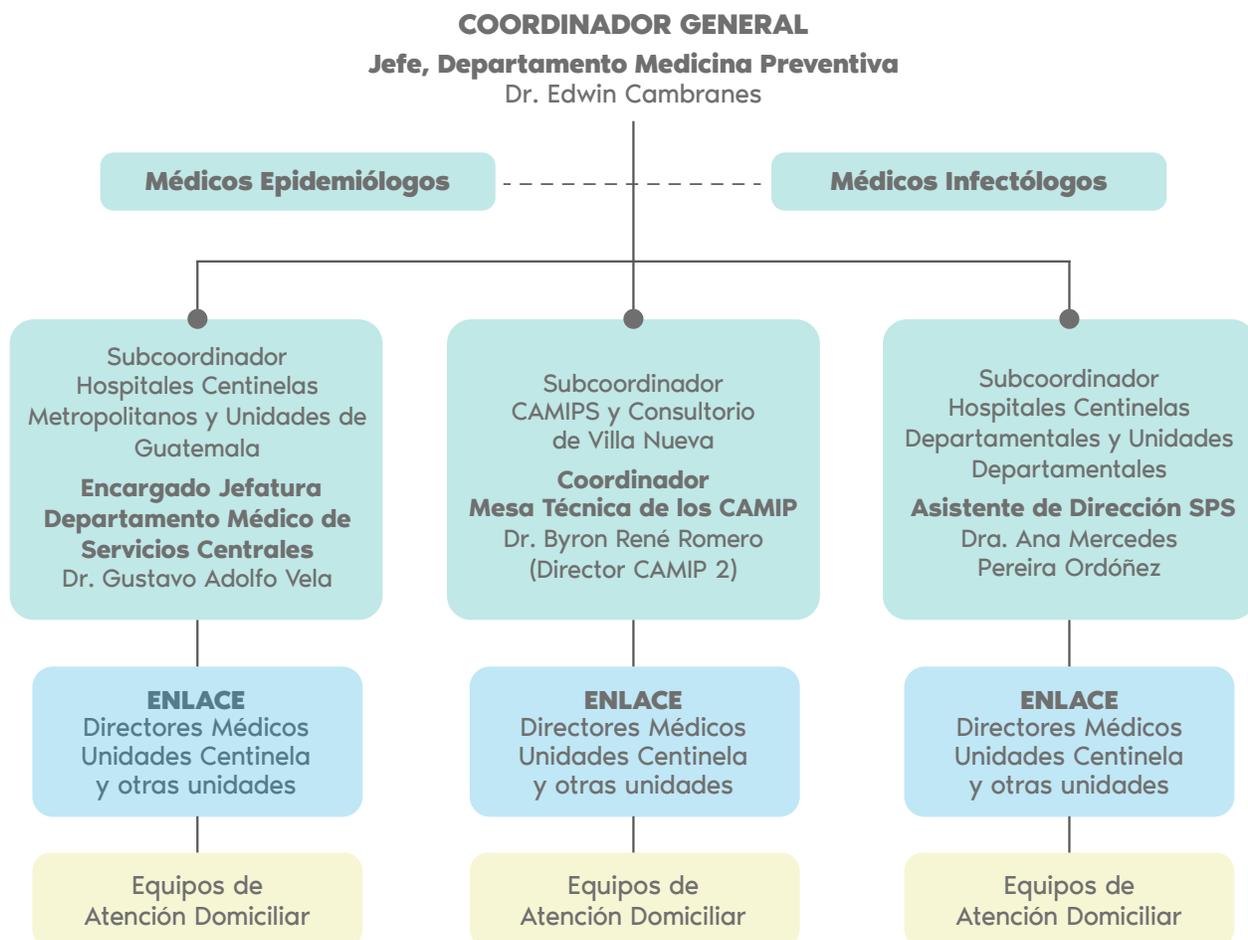
- Un subcoordinador para los Hospitales Centinelas a nivel metropolitano
- Un subcoordinador para los Hospitales Centinelas a nivel departamental
- Un subcoordinador para los Centros de Atención Médica Integral para Pensionados -CAMIP-

A nivel local el director de la Unidad será el contacto de los Equipos de Atención Domiciliar. Cada hospital centinela funciona como el ente organizador y coordinador de la respuesta ante la epidemia por lo que se incluye entre sus acciones la atención domiciliar de casos.

Para este propósito, se organizarán los Equipos de Atención Domiciliar EAD, los cuales estarán integrados por un médico, un enfermero y/o un auxiliar de enfermería y el piloto de la unidad de transporte. El hospital Centinela contará con el número de EAD que sean necesarios, todos ellos contratados bajo el renglón presupuestario

182, esta cantidad dependerá de los casos sospechosos o confirmados para COVID-19 por las unidades asignadas a cada hospital centinela.

Cada equipo será responsable de un grupo de familias, ubicadas por sectores dentro de su área de adscripción, donde uno de sus integrantes es afiliado o derechohabiente y ha resultado positivo para COVID-19, Además se responsabilizará de implementar y monitorear las acciones preventivas en los distintos espacios laborales de su área de adscripción y de coordinar sus acciones con las autoridades sanitarias locales.



## OBJETIVOS DE LA UAID

1.

Desarrollar coordinadamente con la Sección de Epidemiología del Departamento de Medicina Preventiva del Instituto, las actividades necesarias en el nivel familiar, comunitario y empresarial para la contención y control de la epidemia causada por COVID-19.

2.

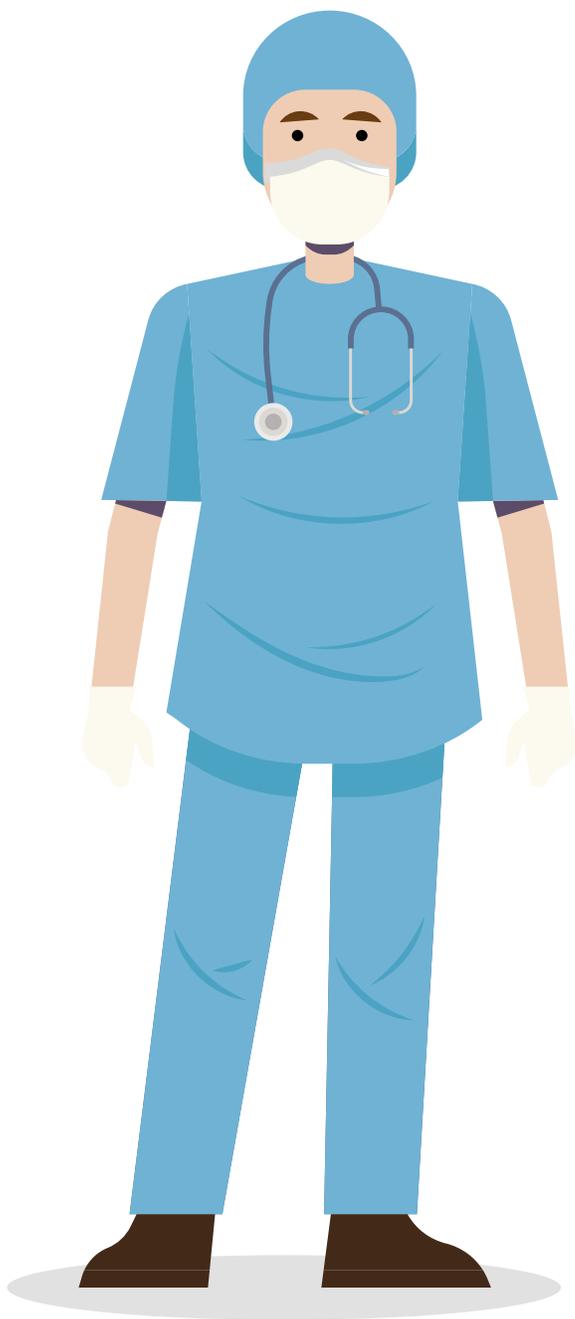
Desarrollar actividades de prevención y atención integral, segura y de calidad, a los derechohabientes que requieren de aislamiento domiciliario

3.

Promover acciones preventivas en los espacios familiares, laborales y comunitarios

4.

Desarrollar capacidades organizacionales y de atención que puedan escalar a la atención integral familiar como parte del modelo de atención del IGSS.



# FUNCIONES

## ■ Las funciones del coordinador o responsable nacional incluyen:

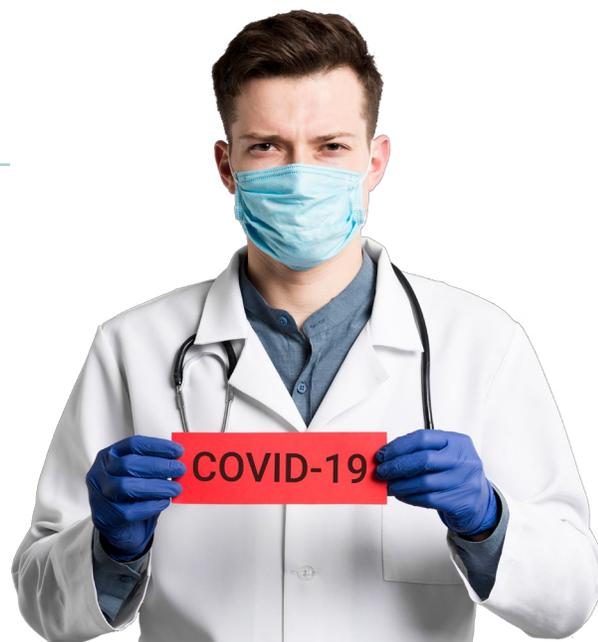
1. Organizar y definir los planes de trabajo
2. Desarrollar la coordinación a nivel nacional
3. Desarrollar la coordinación intersectorial e interinstitucional
4. Establecer los indicadores de avance y monitorearlos
5. Establecer las líneas de comunicación interna y externa
6. Establecer las necesidades del sistema de información y su estrategia de comunicación
7. Establecer las necesidades de equipamiento
8. Resolver la problemática que se presente y que los coordinadores locales tengan limitantes para solucionar, apoyándose en las instancias que sean necesarias para resolver la misma

## ■ Las funciones del Subcoordinador Metropolitano, Departamental y de CAMIPs / Consultorio de Villa Nueva:

1. Organizar el trabajo de los Equipos de Atención Domiciliar
2. Programar capacitaciones para los Equipos de Atención Domiciliar
3. Supervisar el trabajo de los Equipos de Atención Domiciliar
4. Procurar el bienestar de los integrantes de los Equipos de Atención Domiciliar.
5. Asegurar el adecuado suministro de insumos e información para los Equipos de Atención Domiciliar.
6. Rendir un informe dirigido al Coordinador de forma periódica según un cronograma acordado sobre las actividades desarrolladas y sus resultados.
7. Resolver la problemática que se presente para el desarrollo del trabajo de los equipos de atención domiciliar, si la solución de los mismos no está a su alcance, a través de un informe elevarlo al coordinador nacional para buscar alternativas de solución.

## ■ Las funciones de los Enlaces a nivel de unidades médicas:

1. Brindar el pleno apoyo para el seguimiento de los casos en vigilancia epidemiológica, proporcionando vehículo para tal efecto.
2. Gestionar las suspensiones por incapacidad temporal que sean generados por los médicos
3. Despacho de medicamentos acorde a la prescripción que los médicos del Equipo de Atención Domiciliar realicen.
4. Asegurar el espacio físico adecuado con equipo de cómputo, impresora y servicio de internet para el o los Equipos de Atención Domiciliar asignados.



## ■ Las funciones del equipo de campo, integrado por un(a) médico, enfermero(a) profesional y/o un auxiliar de enfermería:

1. Realizar el reconocimiento epidemiológico de su área de adscripción (croquis, identificación geográfica de derechohabientes en riesgo, caracterización)
2. Planificar y ejecutar las acciones preventivas con el afiliado y derechohabientes, así como la familia y los espacios laborales de acuerdo con los casos reportados y asignados utilizando los instrumentos estandarizados (ficha familiar)
3. Planificar y ejecutar acciones de atención y provisión de medicamentos e insumos para los afiliados y derechohabientes afectados o en vigilancia en el caso de los pacientes de CAMIP
4. Dar seguimiento a los casos detectados, monitoreando la evolución clínica y coordinando las acciones con la autoridad sanitaria
5. Liderar la gestión de los procesos de suspensión laboral de los afiliados afectados
6. Coordinar con las empresas, instituciones, organizaciones locales y el Ministerio de Salud y Asistencia Social a nivel local sobre las medidas colectivas de prevención y atención
7. Coordinar con las empresas empleadoras el tamizaje de casos y procesos de gestión de contactos y suspensiones laborales
8. Establecer los requerimientos de insumos programando y gestionando su abastecimiento
9. Registrar todas las acciones realizadas, alimentar el sistema de vigilancia epidemiológica y discutir periódicamente los resultados para implementar mejoras
10. Acciones de clasificación y tamizaje en las unidades centinela



## ESTIMACIÓN DE EQUIPOS DE ATENCIÓN DOMICILIAR

Para realizar esta estimación, se necesita realizar el cálculo de los posibles casos. Para esto, y con el fin de contar con indicadores de prevalencia, reproducción y contagiosidad, se consideró el peor de los escenarios, equiparando la posible situación que se puede presentar en Guatemala con la que ocurrió en Hubei, China.

Se consideró que, por cada persona contagiada con síntomas, pueden existir entre 4 y 6 personas que no presentan

síntomas. Para la estimación del Instituto se utilizó un promedio de 5 casos por cada 2 confirmados. Además, se consideró el porcentaje de la población que utiliza los servicios del IGSS y la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles por constituir un factor de riesgo de gravedad.

Según se muestra en el mapa cada Hospital Centinela se le asignaron departamentos del país para su referencia.

## Distribución de unidades por Hospitales Centinelas

### Referencia y contrarreferencia a Hospitales Centinelas

#### 1. Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo

a. Unidades de Jalapa	-1
b. Unidades de Jutiapa	-3
c. Unidades de El Progreso	-1
d. Unidades de Baja Verapaz	-1
e. Unidades de Alta Verapaz	-8

#### 2. Hospital General de Enfermedades

a. Unidades de Chimaltenango	-6
b. Unidades de Sacatepéquez	-1
c. Unidades de Santa Rosa	-2
d. Unidades de Guatemala	-23

#### 3. Hospital de Escuintla

a. Unidades de Escuintla	-9
b. Unidades de Chimaltenango	-1
c. Unidades de Guazacapan, Sta. Rosa	-1

#### 4. Hospital de Suchitepéquez

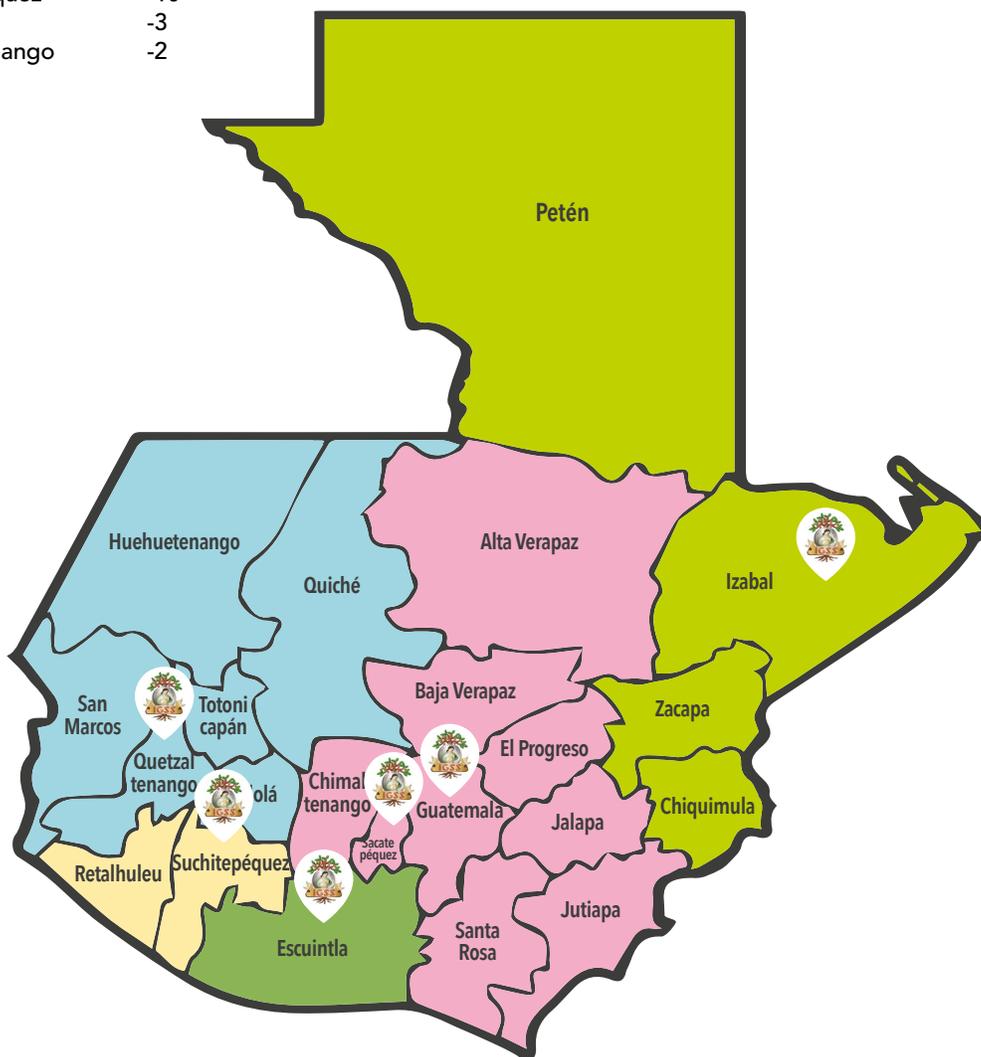
a. Unidades de Suchitepéquez	-10
b. Unidades de Retalhuleu	-3
c. Unidades de Quetzaltenango	-2

#### 5. Hospital de Quetzaltenango

a. Unidades de Quetzaltenango	-1
b. Unidades de San Marcos	-14
c. Unidades de Huehuetenango	-7
d. Unidades de Totonicapán	-1
e. Unidades de Quiché	-2
f. Unidades de Sololá	-2

#### 6. Hospital de Puerto Barrios

a. Unidades de Petén	-2
b. Unidades de Zacapa	-2
c. Unidades de Chiquimula	-1
d. Unidades de Izabal	-3





## UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA MANEJO DEL AISLAMIENTO DOMICILIARIO DE DERECHOHABIENTES IGSS

### GUÍA GENERAL

Se le han asignado para atender en el domicilio y de forma integral la salud de un grupo de personas que cumplen con alguna de estas condiciones:

1. Pacientes sospechosos, probables o confirmados para COVID-19 y que, por su evolución clínica hasta este momento, se consideran casos leves y estables que no requieren tratamiento hospitalario.
2. Pacientes que requirieron tratamiento hospitalario y que, dada su evolución favorable, egresaron con plan de seguimiento ambulatorio y aislamiento en casa.
3. Pacientes considerados de riesgo por tener una o más de las siguientes condiciones: mayor de 65 años, padecer de hipertensión arterial descompensada, diabetes mellitus descompensada, enfermedad cardiovascular, cáncer, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad renal crónica pacientes inmunocomprometidos (VIH, tuberculosis, estados depresivos, desnutrición, y otras enfermedades que comprometan el estado general e inmunológico).

Dadas estas condiciones, los pacientes son candidatos para cumplir con el aislamiento domiciliario y/o atención domiciliar. Es necesario recalcar que, al aislar a un paciente en su domicilio, se pone en riesgo de infección al resto de la familia y es posible que ya existan contagios por lo que el abordaje abarca a todo el núcleo familiar (todos los que viven en casa aún si no tienen relaciones de consanguinidad ni familiaridad).

Este seguimiento y atención domiciliar, en su objetivo de atender a todo el núcleo familiar, no discrimina a los miembros de la familia que no posean la condición de afiliados o derechohabientes al IGSS lo que implica una estrecha coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

### **ACCIONES INICIALES:**

1. Una vez se ha asignado el caso, corresponde al equipo caracterizarlo junto con su familia y comunidad. Para esto se vale de la ficha familiar que se adjunta a esta Guía.
2. Los pacientes asignados tienen como atributo en común que pertenecen a una comunidad y a un territorio específico que será su campo de actividades. Es necesario que la caracterización epidemiológica inicial incluya datos de la comunidad, de las empresas locales (actuales cotizantes del IGSS) y de los servicios públicos y privados de salud. Para esto se utiliza la ficha familiar que cuenta con un apartado para estas tareas.
3. Es necesario realizar una planificación de las acciones de visita y seguimiento de pacientes, empresas y coordinación con las autoridades locales de salud. Se dará prioridad a estas visitas de seguimiento a población vulnerable.
4. Esta planificación se define en conjunto con los coordinadores del programa de atención domiciliar para asegurar la dotación del equipamiento necesario, el transporte y la comunicación.
5. Se estima que se realizarán tres visitas diarias (tres familias distintas), y al menos tres seguimientos telefónicos. Los números pueden variar de acuerdo con el contexto y evolución de la epidemia.
6. Las visitas programadas se dividen en:
  - a. La primera es desarrollada por el equipo completo (médico, enfermera profesional y/o auxiliar de enfermería) y tienen como producto el diagnóstico, caracterización de riesgos, llenado de la ficha familiar y elaboración del plan de seguimiento (adjuntos a esta guía). Si en esta primera visita se encuentra que no existen condiciones para el aislamiento domiciliario (ver criterios más adelante) se procede a coordinar el ingreso hospitalario.
  - b. La visita de seguimiento se define en el plan de seguimiento y es realizada por el médico y la enfermera y/o auxiliar de enfermería según sea la tarea.

7. El seguimiento de algunos casos estables y de bajo riesgo se pueden seguir por la vía telefónica. También, si es posible se dispondrá de una aplicación con código de acceso para mantener un flujo de comunicación permanente de doble vía. El seguimiento de los casos debe incluir en todos, las llamadas telefónicas para monitorear la evolución del paciente y el apareamiento de síntomas en otros miembros de la familia.
8. Si bien las visitas se deben planificar, es posible realizar visitas no programadas de acuerdo con la evolución del caso.
9. Además de la atención médica, el equipo debe gestionar los asuntos relacionados con las suspensiones laborales y comunicar al departamento de prestaciones pecuniarias de la evolución del caso (activo, resuelto). Estos aspectos serán objeto de capacitación por parte de la Subgerencia de Prestaciones Pecuniarias.
10. En caso de ser necesario un paciente que evolucione a un estado de enfermedad grave, el equipo gestionará el traslado a un centro con capacidad resolutoria ya sea del IGSS o del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.



## REQUISITOS PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA:

1. De preferencia el paciente debe vivir acompañado. No obstante, si no presenta riesgos de descompensación, y si puede asegurar la comunicación telefónica, puede no ser necesario que el paciente viva acompañado.
2. El paciente debe disponer de un teléfono que garantice la comunicación permanente con el personal sanitario hasta la resolución de los síntomas.
3. Aunque cada caso se deberá valorar de forma individual, como norma general no debería haber convivientes con condiciones de salud que supongan una vulnerabilidad: edad avanzada, discapacidad, enfermedades crónicas, degenerativas, inmunosupresión embarazo entre otras
4. Tanto el paciente como sus convivientes deben ser capaces de comprender y aplicar de forma correcta y consistente las medidas básicas de higiene, prevención y control de la infección.
5. La vivienda debe contar con posibilidades de aislar al paciente positivo, es decir una habitación para éste y si no, un ambiente amplio donde se pueda separar al menos 2 metros de los demás miembros de la familia.



## LA PRIMERA VISITA:

1. La visita se programa de forma centralizada en el hospital centinela que es donde se originó el caso.
2. La visita debe ser notificada a la autoridad local del MSPAS
3. La fecha y hora se programa junto con la familia tratando que todos o la mayoría de los miembros estén presentes.
4. Se obtiene el consentimiento del o la jefa de hogar
5. De forma anticipada se comunica a la familia los nombres de quienes harán la visita
6. El equipo acude a la visita de forma puntual según lo acordado
7. El equipo asiste utilizando equipo de protección personal completo y debidamente identificado
8. El equipo verifica mediante un documento (dpi, carné del IGSS) la identidad del paciente a quien se visita.
9. El equipo ingresa al domicilio, se presenta con la familia y discuten sobre los objetivos de la visita y seguimiento y sobre sus expectativas
10. El equipo establece las condiciones adecuadas para el aislamiento domiciliario particularizando en la bioseguridad. Estas se consignan en la ficha familiar.
11. El equipo establece la composición y dinámica familiar en función de fortalecer el abordaje domiciliario, identificar otras personas de riesgo, contactos del núcleo familiar, evaluación de necesidades. Los datos se consignan en la ficha familiar
12. Se procede a realizar la evaluación clínica del paciente: interrogatorio enfatizando sobre la evolución de la enfermedad, sus antecedentes, enfermedades concurrentes, examen físico completo con las medidas de protección adecuadas. Datos se consignan la ficha familiar.
13. El equipo instruye al paciente sobre las medidas de aislamiento. (Ver guía)
14. El equipo instruye a la familia sobre las medidas de aislamiento. (Ver guía)
15. El equipo instruye a quien se hará responsable del cuidado del paciente. (Ver guía)
16. El equipo instruye a la familia sobre la limpieza y el manejo de residuos. (Ver guía)
17. El equipo instruye a la familia sobre signos de alarma y sobre apareamiento de síntomas y signos en otros miembros de la familia. (Ver guía)
18. Se acuerda con la familia sobre las visitas de seguimiento, llamadas telefónicas y datos de contacto.
19. Se provee al paciente y a quien lo cuida de guantes de látex y mascarillas adecuadas en cantidad adecuada según la próxima visita programada.

## **LAS VISITAS DE SEGUIMIENTO:**

1. Se programan desde el hospital centinela y se registran en la ficha familiar.
2. Se coordinan de forma anticipada con la familia
3. Los responsables acuden de forma puntual
4. Los responsables acuden utilizando el equipo de protección personal completo
5. Se realiza la evaluación clínica completa del paciente
6. Interrogar a la familia sobre la evolución del paciente y sobre el apareamiento de sintomatología en otros miembros de ésta.
7. Se realiza la inspección sobre el abastecimiento de insumos de aislamiento
8. El equipo de visita domiciliaria supe de nuevos insumos al paciente y a su cuidador
9. El equipo debe registrar la evolución del caso y de la familia
10. Se debe programar el seguimiento (nueva visita o seguimiento telefónico)
11. Se da seguimiento a la suspensión laboral (si es el caso)
12. El equipo de atención domiciliaria coordinará con el IGSS o el Ministerio de Salud Pública y Asistencia social, el alta epidemiológica y la realización de las pruebas de control para COVID-19.





### **SEGUIMIENTO TELEFÓNICO:**

1. Se realizan desde la sede en el hospital centinela
2. Se hacen revisando en tiempo real el expediente familiar e individual del paciente (Medi-IGSS)
3. Se harán llamadas de seguimiento a todos los pacientes: a quienes se visitará, a quienes se hace solo seguimiento telefónico y con quienes se desea concertar una visita.
4. Se programarán de forma diaria, es decir que el equipo debe realizar un número determinado de llamadas diariamente. El número se establece de acuerdo con la dinámica y dimensiones de la epidemia.
5. En cada llamada se pregunta:
  - a. Evolución del paciente: síntomas, signos, alimentación, estado de ánimo, seguimiento de las medidas de aislamiento
  - b. Evolución de la familia: surgimiento de síntomas en un integrante, seguimiento de las medidas de aislamiento, problemas de insumos,
  - c. Se retroalimenta sobre el tiempo restante del aislamiento
  - d. Se programan los nuevos seguimientos.

## BIBLIOGRAFÍA

- [1]** Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19): epidemiología, virología, características clínicas, diagnóstico y prevención.  
[https://www-uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-epidemiology-virology-clinical-features-diagnosis-and-prevention?search=COVID 19&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www-uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-epidemiology-virology-clinical-features-diagnosis-and-prevention?search=COVID%2019&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
- [2]** Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA 2020 February
- [3]** At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation Mirco Nacoti, MD, Andrea Ciocca, MEng, Angelo Giupponi, MD, Pietro Brambillasca, MD, Federico Lussana, MD, Michele Pisano, MD, Giuseppe Goisis, PhD, Daniele Bonacina, MD, Francesco Fazzi, MD, Richard Naspro, MD, Luca Longhi, MD, Maurizio Cereda, MD, Carlo Montaguti, MD Vol. No. I March 21, 2020 DOI: 10.1056/CAT.20.0080
- [4]** Se han habilitado 6 hospitales centinela y se ha iniciado la adaptación y equipamiento de tres salas de cuidados intermedios e intensivos que son satélites de los hospitales de la zona 9 y zona 6 dotándolos de insumos, recursos humanos y recursos logísticos.
- [5]** Posibilidades de aislar al paciente en una habitación dentro del domicilio: posibilidad de monitorear la evolución del caso por parte de algún familiar, reportar la aparición o el agravamiento de los síntomas, poder administrar los medicamentos, contar con recursos de alimentación e higiene personal

# ANEXOS

## **Guía de recomendaciones para el paciente en aislamiento:**

1. El paciente deberá permanecer preferiblemente en una habitación de uso individual o, en caso de que esto no sea posible, en un lugar en el que se pueda garantizar una distancia mínima de 2 metros con el resto de los convivientes.
2. La puerta de la habitación deberá permanecer cerrada hasta la finalización del aislamiento. En caso de que sea imprescindible que el paciente haga uso de las zonas comunes del domicilio, deberá utilizar mascarilla quirúrgica y realizar lavado de manos con jabón al salir de la habitación y antes de entrar en ella.
3. La habitación deberá tener una ventilación adecuada. Se debe evitar el uso de aire acondicionado. Las zonas comunes también deberán mantenerse bien ventiladas.
4. Si es posible, se dispondrá de un baño para uso exclusivo del paciente, o en su defecto, deberá ser limpiado con cloro tras cada uso que haga el paciente.
5. Si es posible, se recomienda utilizar el teléfono para comunicarse con los familiares, sin necesidad de salir de la habitación.
6. En el interior de la habitación deberá colocarse un cubo de basura, con tapa de apertura de pedal, y en su interior una bolsa de plástico con cierre para depositar los residuos. Se deberá garantizar un recipiente o bolsa para el depósito de los residuos.
7. Se recomienda disponer utensilios de aseo de uso individual y de productos para la higiene de manos como jabón o gel con alcohol.
8. La ropa personal, ropa de cama, toallas, etc. deberán ser de uso exclusivo del paciente y cambiarse frecuentemente.
9. La persona enferma deberá seguir en todo momento las medidas de higiene respiratoria: cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar con el codo flexionado o pañuelos desechables que se depositarán en el cubo de basura dispuesto dentro de la habitación tras su uso.
10. El paciente deberá lavarse las manos con frecuencia con agua y jabón. También podrá utilizar alcohol en gel no menos del 60%.
11. La persona enferma y la familia NO deberán recibir visitas durante el periodo de aislamiento.
12. Se recomienda disponer de un registro de entrada y salida diario de personas que accedan a la habitación.

## **Guía de recomendaciones preventivas para las personas que conviven en el domicilio:**

1. Se informarán las recomendaciones de manera clara, concreta y sencilla para minimizar la alarma y la ansiedad a las personas que conviven con el caso. Se facilitarán indicaciones, preferiblemente por escrito en trifoliales utilizando infografía de fácil comprensión, sobre las medidas de prevención. Esto es especialmente importante en el caso del conviviente que vaya a realizar la atención al paciente.
2. Los miembros de la familia y convivientes deben permanecer en una habitación diferente, teniendo el mínimo contacto con el caso. Evitar el contacto directo con los fluidos corporales, especialmente los orales o secreciones respiratorias, y heces. No se deben compartir objetos de uso personal tal como cepillos de dientes, vasos, platos, cubiertos, toallas, ropa, etc.
3. Todos los convivientes deben lavarse las manos con agua y jabón o alcohol en gel después de cualquier contacto con el enfermo o su entorno inmediato.
4. Los miembros de la familia, convivientes y personas encargadas de los cuidados realizarán auto vigilancia de la aparición de síntomas de infección respiratoria aguda como fiebre, tos, dolor de garganta o dificultad para respirar; y consultarán con los servicios de salud si éstos aparecieran, con el fin de detectar precozmente la aparición de un posible caso.
5. El equipo dejará una lista de chequeo con la intención de orientar a la familia y auto verificar el cumplimiento de las medidas.

### **Guía de recomendaciones específicas para la persona responsable de los cuidados:**

1. Se evaluará de forma individual que las personas responsables de los cuidados de los pacientes no tengan factores riesgo de complicaciones para COVID-19: enfermedades crónicas cardíacas, pulmonares, renales, inmunodepresión, diabetes mellitus, hipertensión arterial, embarazo.
2. Si es necesaria la prestación de cuidados para otras condiciones, por ejemplo, alguna discapacidad, se ha de procurar que sea una única persona la que proporcione atención.
3. Deberá lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón o aplicación de alcohol en gel después de cualquier contacto con el enfermo o su entorno inmediato.
4. Si el cuidado requiere una aproximación a una distancia inferior a un metro, el paciente llevará una mascarilla quirúrgica y el cuidador contará con una mascarilla N95
5. Como medidas adicionales se emplearán guantes desechables si se va a entrar en contacto con secreciones del enfermo, tras su uso. se desechará y se lavarán las manos inmediatamente después.
6. Esta persona será informada de que será considerada como contacto estrecho. Se hará un seguimiento telefónico de los contactos, adicionalmente, únicamente se les indicará realizar cuarentena domiciliaria durante 14 días.
7. El equipo podrá valorar situaciones individuales que requieran otro tipo de recomendación.
8. Si durante los 14 días posteriores a la exposición el contacto desarrollara síntomas deberá contactar de forma inmediata con el equipo de atención.

## **Guía de recomendaciones para el manejo de residuos y limpieza:**

1. Los residuos del paciente, incluido el material desechable utilizado por la persona enferma (guantes, pañuelos, mascarillas), se han de eliminar en una bolsa de plástico (BOLSA 1) en un cubo de basura dispuesto en la habitación, preferiblemente con tapa y pedal de apertura, sin realizar ninguna separación para el reciclaje. De preferencia rociarla con solución clorada (10 ml de cloro por cada litro de agua)
2. La bolsa de plástico (BOLSA 1) debe cerrarse adecuadamente e introducirla en una segunda bolsa de basura (BOLSA 2), al lado de la salida de la habitación, donde además se depositarán los guantes y mascarilla utilizados por el cuidador y se cerrará adecuadamente antes de salir de la habitación.
3. La BOLSA 2, con los residuos anteriores, se depositará en la bolsa de basura (BOLSA 3) con el resto de los residuos domésticos. La BOLSA 3 también se cerrará adecuadamente.
4. Inmediatamente después se realizará una completa higiene de manos, con agua y jabón, al menos por 40-60 segundos.
5. La BOLSA 3 se depositará exclusivamente en el basurero que recoge el sistema de recolección de basura, No se debe colocar en contenedores de reciclaje.
6. La ropa del paciente deberá colocarse en una bolsa con cierre hermético hasta el momento de lavarla. No sacudir la ropa antes de lavarla.
7. Lavar la ropa de cama, toallas, etc. de las personas enfermas con jabones o detergentes habituales. Se puede utilizar la lavadora o lavarla en una pila.
8. Se debe dejar que la ropa se seque completamente. Puede utilizarse secadora sin problema, solo separando la ropa del paciente de la del resto de la familia.
9. Los cubiertos, vasos, platos y demás utensilios reutilizables se lavarán con agua caliente y jabón. preferiblemente en el lavatrastos o la pila.
10. Las superficies que se tocan con frecuencia (mesitas de noche, muebles del dormitorio), las superficies del baño y el inodoro deberán ser limpiadas y desinfectadas diariamente con un desinfectante doméstico que contenga cloro diluido (10 ml de cloro doméstico al 5% por cada litro de agua) preparado el mismo día que se va a utilizar.
11. La persona encargada de la limpieza deberá protegerse con guantes y mascarilla.
12. Tras realizar la limpieza se deberá realizar higiene de manos.

### **Guía de recomendaciones para el traslado de casos:**

1. Si las condiciones clínicas de la persona empeoran o las situaciones en el domicilio hicieran insostenible el correcto manejo del paciente a juicio del equipo sanitario se valorará su referencia a un hospital.
2. El transporte del paciente se realizará en una ambulancia con la cabina del conductor físicamente separada del área de transporte del paciente.
3. El personal que intervenga en el transporte (salvo el conductor, si no sale de la cabina) deberá ser informado previamente y deberá utilizar el equipo de protección personal, para evitar la transmisión del virus por gotas
4. El paciente deberá llevar colocada una mascarilla quirúrgica.
5. Se recomienda que el paciente vaya sin acompañantes en la ambulancia.
6. En el supuesto de que sea imprescindible que el paciente esté acompañado (dependiente, menor u otra circunstancia) el acompañante necesitará una mascarilla quirúrgica.
7. Una vez finalizado el transporte se procederá a la desinfección del vehículo con los productos habituales y a la gestión de residuos de acuerdo con el procedimiento habitual.

### **CONSIDERACIONES GENERALES**

1. Los equipos mantendrán una comunicación permanente con el coordinador general y registrarán cada acción realizada.
2. El IGSS proporcionará los insumos mínimos necesarios en un kit que deberá ser suficiente para los cuidados durante un periodo de 4 días.
3. El equipo deberá guardar la máxima confidencialidad de los casos particulares que está brindando atención y de los que en un territorio existan.
4. En los territorios de difícil acceso deberá contactar inicialmente en conjunto con la autoridad sanitaria a los líderes comunitarios
5. Material infográfico para entrega a las familias conteniendo la información de las guías.



## ***Instituto Guatemalteco de Seguridad Social***

[www.igssgt.org](http://www.igssgt.org)

