

Aportes desde la medicina familiar/medicina familiar y comunitaria en contexto de la pandemia de COVID-19



Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar :: CIMF
WONCA Iberoamericana



Mayo 19 de 2020

Grupo Ad Hoc de CIMF: Coronavirus

Con aportes de los GT permanentes de CIMF: Espiritualidad y salud, Rural, Salud y ambiente

Nota editorial:

1. Se utiliza el genérico masculino reconocido por la RAE, sin que ello signifique desconocer la diversidad y equidad de género, lo cual CIMF reivindica, además.
2. Nuestra especialidad adopta diversos nombres en los diferentes países de la región. De acuerdo a lo resuelto por el Comité Ejecutivo de CIMF en mayo de 2019: En los documento y comunicaciones de la Confederación se menciona la especialidad del siguiente modo: medicina familiar/medicina familiar y comunitaria, y su abreviatura es mf/mfc.

SUMARIO

1. Introducción	2
2. COVID-19, un problema planetario	2
3. Situación epidemiológica regional	4
4. Recomendaciones para residentes y especialistas de medicina familiar/ medicina familiar y comunitaria y equipos del primer nivel de atención	5
4.1. Dimensión comunitaria	6
4.2. Educación para la salud	6
4.3. Aspectos clínicos	9
4.4. Salud mental	12
4.5. La salud de los trabajadores de la salud	14
5. Espiritualidad y salud	17
Referencias bibliográficas	18
Otra bibliografía consultada	20
Anexo 1: ¿Por qué las comunidades deben ser involucradas durante un brote?	21
Anexo 2: Algunas declaraciones y documentos elaborados por asociaciones miembro de CIMF al 19 de mayo 2020	28
Créditos	29

1. Introducción

Estamos ante un problema desconocido hasta finales de diciembre de 2019. Tal la enfermedad COVID-19 y su agente, un nuevo tipo de coronavirus llamado SARS-CoV-2 (1,2) nunca antes detectado en humanos. Todos estamos aprendiendo. La epidemia llega a nuestra región luego que se ha extendido ampliamente en China y otros países de Asia. Italia, España y Portugal se encuentran entre los países más afectados de Europa, y se anticipan en la epidemia a América Latina. Desde el 31 de diciembre de 2019 y hasta el 15 de marzo, se habían notificado 39.768 casos y 1.727 muertes, con 17,750 casos y 1,441 muertes solo de Italia (3). A pesar de esto, un estudio realizado en China, con una muestra de 44.672 casos, identificó una tasa de letalidad 2,3%, que varía según grupo etáreo, así mismo, la mayoría de los casos se clasificaron como leves (81%), graves (14%) y críticos (5%).

El 26 de febrero la enfermedad emerge en América Latina con el primer caso confirmado en Brasil (4). El 11 de marzo la situación fue categorizada como pandemia por la OMS (5). Desde el 19 de marzo, con la afectación de Haití (6), último país de la región en confirmar casos positivos, ya no quedan países libres de Covid19 en nuestra región. A finales de marzo la circulación comunitaria del virus es prácticamente generalizada en la región con algunas situaciones de crecimiento acelerado de la incidencia y acumulación de mortalidad.

No obstante tratarse de un problema nuevo y el breve tiempo transcurrido desde el inicio, hemos acumulado mucho aprendizaje. Resulta de interés sistematizar algunas recomendaciones que pueden contribuir al trabajo de los equipos que se desempeñan en el primer nivel de atención y servicios de urgencia.

Se trata de un problema que no se puede abordar de forma aislada dada su magnitud y repercusión multidimensional. La mirada integral, comunitaria y longitudinal que provee la medicina familiar/medicina familiar y comunitaria es necesaria. Constituye un aporte que trasciende a nuestra especialidad y se torna en un compromiso social y profesional con el colectivo de la salud y con nuestras comunidades.

Nuestra especialidad se caracteriza por adecuar su práctica y organización de acuerdo a las características y necesidades de los territorios y poblaciones. La elaboración de este documento con perspectiva regional y aportes de todas las subregiones de CIMF (Andina, Cono Sur, Iberia y Mesoamérica), se enriquece con la diversidad de miradas y busca contribuir al mejor afrontamiento de la pandemia por residentes y profesionales de mf/mfyc.

El contexto de trabajo ofrece temores, peligros y problemas antes no conocidos. Algunas circunstancias son nuevas para todos en el planeta, otras son habituales en nuestra práctica que se caracteriza por desarrollarse en circunstancias de complejidad e incertidumbre. Sabemos del valor que tienen las herramientas y los principios de nuestra especialidad ante este tipo de desafíos. Ahí está nuestra gran fortaleza. Ahí, y en el trabajo integrado con nuestras comunidades.

2. COVID-19, un problema planetario

El origen de esta pandemia está vinculado a la interfase salud animal y salud humana que en el último siglo se ha visto progresivamente alterada por los modos de producción,

especialmente de alimentos, comercialización y consumo de los mismos a nivel global. Hemos tenido en las últimas décadas eventos similares que permiten afirmar esto (7).

En este contexto facilitador de la emergencia de estos patógenos, la dispersión del mismo es favorecida por la transformación, en similar período de tiempo, de las comunicaciones y la movilidad de la población mundial.

En los territorios en que desarrollamos nuestro trabajo, las medidas de prevención y control de la pandemia generan en sí mismas efectos negativos en la salud de los individuos, las familias y las comunidades. Estos cambios producidos en los procesos de determinación de la salud (trabajo informal, hacinamiento, pérdida de contacto con las redes, pobre acceso a alimentos, etc.) nos exigen estar alertas como mf/mfyc dado que ellos afectan en forma desigual a la población.

Asimismo las cuarentenas han desacelerado la sobreexplotación y el daño al ambiente, generando disminución en las emisiones de gases efecto invernadero y en la contaminación del agua y el aire en algunas regiones.

La pandemia de COVID-19 configura un problema de Salud Planetaria, pero no solo por su dimensión y el alcance global, sino porque muestra claramente las interconexiones entre los ecosistemas biológicos que sostienen la vida y los sociales que hacen uso de estos, con la complejidad que ello significa, pero también por enseñarnos insospechadamente, que la modificación en estas interconexiones es posible y necesaria (8).

Vemos el enorme sufrimiento global de esta pandemia, por lo que es imprescindible buscar cómo superarla. Es el momento de reconocernos como inter y ecoddependientes, los seres humanos necesitamos de otros así como de la naturaleza para sobrevivir. Este momento puede ser útil como oportunidad que nos permita reflexionar y compartir con la población, colegas y gobiernos algunos aprendizajes. La salud es un asunto planetario. Cada vez resulta más ineludible pensarnos como parte de un planeta que hemos de compartir entre todos -personas y países- con equidad, y también con la naturaleza.

3. Situación epidemiológica regional

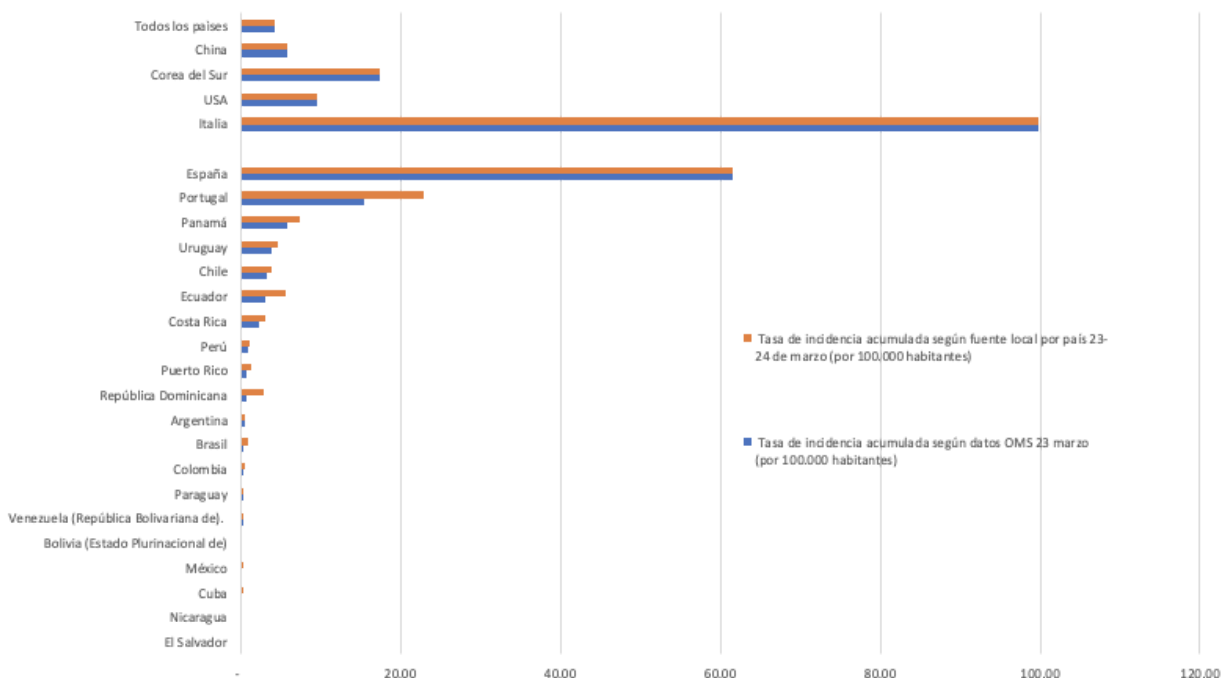
Tabla 1:
Tasa de incidencia acumulada de COVID-19 desde el 31 de diciembre 2019 al 23-24 de marzo 2020.

Casos por 100.000 habitantes.

Países de Iberoamérica y otros seleccionados.

país-región-subregión	subregión CIMF	Población total (en miles)	Número de casos al 23 de marzo (fuente OMS)	Tasa de incidencia acumulada según datos OMS 23 marzo (por 100.000 habitantes)	Número de casos al 23-24 de marzo (fuente local por país)	Tasa de incidencia acumulada según fuente local por país 23-24 de marzo (por 100.000 habitantes)
México	mesoamérica	127.576	251	0,20	316	0,25
Costa Rica	mesoamérica	5.048	117	2,32	158	3,13
El Salvador	mesoamérica	6.454	1	0,02	2	0,03
Nicaragua	mesoamérica	6.546	2	0,03	3	0,05
Panamá	mesoamérica	4.246	245	5,77	313	7,37
Cuba	mesoamérica	11.333	16	0,14	40	0,35
Puerto Rico	mesoamérica	2.933	23	0,78	39	1,33
República Dominicana	mesoamérica	10.739	72	0,67	312	2,91
Bolivia (Estado Plurinacional de)	andina	11.513	24	0,21	27	0,23
Colombia	andina	50.339	196	0,39	306	0,61
Ecuador	andina	17.374	532	3,06	981	5,65
Perú	andina	32.510	318	0,98	395	1,22
Venezuela (República Bolivariana de)	andina	28.516	70	0,25	77	0,27
Brasil	cono sur	211.050	904	0,43	1.924	0,91
Argentina	cono sur	44.781	225	0,50	266	0,59
Chile	cono sur	18.952	632	3,33	745	3,93
Paraguay	cono sur	7.045	22	0,31	22	0,31
Uruguay	cono sur	3.462	135	3,90	158	4,56
España	iberia	46.400	28.572	61,58	28.572	61,58
Portugal	iberia	10.300	1.600	15,53	2.362	22,93
Italia		59.200	59.138	99,90	59.138	99,90
USA		329.100	31.573	9,59	31.573	9,59
Corea del Sur		51.300	8.961	17,47	8.961	17,47
China		1.420.000	81.603	5,75	81.603	5,75
Todos los países		7.715.000	334.981	4,34	334.981	4,34

Gráfica 1. Tasa de incidencia acumulada de COVID-19 desde el 31 de diciembre 2019 al 23-24 de marzo 2020. Casos por 100.000 habitantes. Países de Iberoamérica y otros seleccionados.



4. Recomendaciones para residentes y especialistas de medicina familiar/medicina familiar y comunitaria y equipos del primer nivel de atención.

Se presentan las recomendaciones en cuatro bloques que abarcan grandes áreas del quehacer profesional. Luego, un quinto bloque destinado a la salud de nosotros mismos como trabajadores de la salud.

No es un documento exhaustivo. Se trata de un conjunto de aportes para el trabajo de los especialistas y residentes de mf/mfc, extensivo a médicos generales y otros integrantes de los equipos del primer nivel. Se abordan los temas en los que se han detectado mayores necesidades durante la marcha de la epidemia y nuestra respuesta. Los aportes surgen en gran parte de la sistematización de lo que en este tiempo hemos aprendido en cada uno de nuestros países así como la experiencia de colegas en otras regiones.

4.1. Dimensión comunitaria

La perspectiva comunitaria es esencial para la atención de la pandemia de esta enfermedad que surge y se transmite a nivel comunitario. El abordaje epidemiológico, sea para detección de casos en población asintomática o estudio de focos con rastreo de contactos también transcurre en gran medida a este nivel.

Es necesario encaminar acciones para reducir las oportunidades de contacto interpersonal lo cual resulta en un impacto significativo en la organización de la vida comunitaria. Identificar las estrategias adecuadas a cada población, acorde a sus características culturales y posibilidades resulta esencial para lograr la adhesión a las medidas. Diseñar estas medidas en forma participativa con la población, comunidad o usuarios es el camino óptimo. El trabajo en redes, con involucramiento del equipo de salud junto a organizaciones sociales y otras -gubernamentales y no gubernamentales- activas en el territorio, en los lugares donde la organización sanitaria permite este tipo de coordinación es de gran valor para coordinar acciones y diseñar estrategias efectivas.

En todos los casos será necesario recomendar a la población su permanencia en el hogar lo máximo que sea posible y tomar en cuenta las pautas sanitarias que en cada momento se encuentren vigentes, según indicaciones de la autoridad sanitaria.

Pero al mismo tiempo que se previene la transmisión se ha prevenir también los problemas derivados del aislamiento social y medidas de cuarentena o confinamiento. Situaciones como la soledad, la falta de acceso a alimentos y/o medicamentos, los casos de violencia intrafamiliar o violencia de género, deben ser consideradas aún en la situación de pandemia. Estos problemas pueden estar presente en cualquier comunidad, y las circunstancias de la pandemia pueden agravarlos. El aislamiento es un factor de riesgo para todas ellas y su prevención no debe escapar de la mirada integral con la que debemos ver a las comunidades. Las tecnologías de comunicación y telemedicina son útiles para dar seguimiento en estos casos. La redes comunitarias y su refuerzo son vitales.

La promoción de la solidaridad aparece en este contexto como una estrategia clave de la promoción de la salud. Estimular las redes de vecinos y estar atentos a las oportunidades que podríamos potenciar o contribuir a desarrollar desde los equipos de salud en territorio es una de las tareas a nivel comunitario para la medicina familiar.

Debido a la situación de aislamiento social obligatorio, muchos nodos de las redes necesarias para el abordaje de situaciones de violencia pueden estar desactivados momentáneamente. Frente a estas situaciones se requiere conocer los circuitos actualizados para la atención en crisis y derivaciones oportunas en caso de ser necesarias. Frente a las situaciones de soledad, el relevamiento telefónico de los adultos mayores y aquellas personas con movilidad reducida y que viven solos, puede organizarse con el equipo.

Las redes de profesionales a nivel territorial permiten un mejor flujo y conocimiento en tiempo real de la información epidemiológica, seguimiento de contactos, así como todo lo relativo a los recursos comunitarios que se reformulan y desarrollan en respuesta a la pandemia. Es deseable establecer contacto e instalar algún tipo de comunicación regular que facilite estos procesos.

4.2. Educación para la salud

Es ineludible insistir con la permanencia en el hogar como medida efectiva para el control de la pandemia y prevención de la infección. En caso de no poder evitar salir, recordar que se debe mantener la distancia con las demás personas en el exterior, que se debe usar barbijo o tapaboca y que hay que evitar llevarse las manos a la cara. Hacer notar que lo mejor es llevar la menor cantidad de objetos cuando se sale de la casa.

Aún cuando las personas se mantienen confinadas, es importante anticiparse en la orientación en las medidas de seguridad para el ingreso al hogar, enfatizando en que se requiere de cierta reorganización de las actividades familiares para salir la menor cantidad de veces a la semana. Disponer de bolsos, calzado o abrigo que se usan solamente al salir de la casa y al llegar se dejan fuera -si es posible- o en un área interior “gris” (donde se reconoce que puede haber déficit de desinfección) al lado de la puerta es muy necesario cuando hay movilidad de las personas y circulación del virus. Esa misma área de la vivienda, interior o exterior, se puede adoptar para decontaminar objetos y productos que llegan al hogar desde el exterior, ya sea usando agua y jabón o alcohol al 70%.

Del mismo modo, es importante orientar en relación al uso de barbijo o tapabocas. Al respecto las recomendaciones han variado a lo largo de la pandemia, pero en este momento no se discuten ya los beneficios de su uso por población general cuando se toma contacto con otras personas. Por este motivo, se recomienda el uso continuo en las salidas del hogar, pudiendo retirarlo cuando se viaja en automóvil sin acompañantes o cuando se circula al aire libre por áreas con baja densidad de personas. Se debe orientar sobre el uso adecuado y el tipo de barbijos adecuados para uso comunitario. La confección doméstica es posible, y hasta recomendable, pero en esos casos debe orientarse sobre los materiales y diseño adecuados.

Higiene. El aumento de la frecuencia y la dedicación en las medidas de higiene habituales en personas y hogares es una recomendación inicial que constituye un buen punto de partida. Luego, sobre esa base será más adecuado trabajar en forma individualizada con cada persona y familia las recomendaciones específicas para reducir la presencia del virus o eliminarlo de superficies o piel. Entre las recomendaciones ineludibles se encuentra el

lavado de manos con agua y jabón en forma frecuente, por un tiempo de 40 a 60 segundos como mínimo, atendiendo el lavado de toda la superficie de manos, dedos, palmas, dorso y muñecas. La solución hidroalcohólica es útil para la higiene de manos cuando no es posible el lavado frecuente, pero no lo sustituye.

Sobre el alcohol en gel y otros productos desinfectantes. El alcohol en gel es un compuesto hidroalcohólico al 70%, concentración óptima para la desinfección de manos y superficies.

Higiene de ambientes. El virus sobrevive un tiempo variable en diversas superficies (9). La higiene con agua y jabón, con desinfectantes y solución hidroalcohólica ha de ser frecuente. Una vez por hora en lugares con alta circulación de público. Es importante explorar si es necesario brindar orientación sobre la **higiene del hogar**: explicar cómo se diluyen de forma correcta los productos químicos que se debe utilizar para la limpieza y desinfección. La dilución correcta ayudará a las familias a hacer un mejor uso de los recursos. Otra medida de higiene ambiental muy importante es la ventilación. Debe indagarse sobre la presencia de habitaciones o áreas del hogar de difícil ventilación y ayudar a planear estrategias de higiene.

Cómo actuar en los medios de transporte. Siempre que sea posible se recomienda evitar el uso de medios de transporte colectivo y cerrados. Transporte a pie, en bicicleta u otras formas de movilización al aire libre son las alternativas más seguras. Cuando se viaja en ómnibus, metro, trenes u otro tipo de transporte colectivo, incluso taxímetro, se debe usar tapabocas en forma rigurosa, y se recomienda llevar alcohol al 70% en gel o solución para higiene de manos y eventualmente superficies en los trayectos de viaje según necesidad. Hacer un uso de estos vehículos de modo que la distancia entre personas sea la máxima posible. También se debe abrir las ventanillas u otro tipo de ventilaciones disponibles. Cuando se viaja en automóvil particular sin acompañante es recomendable retirar el tapabocas durante el viaje y colocarlo nuevamente al bajar. Cuando se viaja en bicicleta o a pie el uso de tapabocas depende de la presencia de personas en el trayecto. Siempre que en el trayecto haya circulación de personas es recomendado el tapabocas. En medios rurales o en horarios sin tráfico humano, se puede omitir.

Uso de tapabocas. Desde el inicio de la pandemia la indicación de la OMS ha variado y la pauta de uso en occidente se ha modificado progresivamente. Al momento actual no quedan dudas de los beneficios de su uso no solo por el personal de salud o personas con síntomas respiratorios, sino en forma generalizada por toda la población, incluso niños. Se ha de atender especialmente por los médicos de familia la orientación sobre el uso oportuno, la adecuada calidad y la técnica para colocarlo y retirarlo, así como la forma de higiene en los que son reutilizables.

Evitar la concurrencia innecesaria a servicios de salud. Usar los recursos de consulta telefónica previo a concurrir al centro de salud o urgencia hospitalaria. De ser necesario la asistencia a un servicio de emergencia, ir con un solo acompañante, que no sea niño ni adulto mayor.

Síntomas y signos. La mayoría de las infecciones no son graves, sin embargo, resulta relevante que la población conozca sobre los signos de alarma para consultar a su médico de familia o al servicio de urgencias si fuese necesario, así como los factores de riesgo para formas más severas de la enfermedad.

Signos de alarma para consultar a servicios de salud por COVID-19 (10).

- Dificultad respiratoria (11)
- Fiebre persistente
- Fatiga/cansancio
- Respiración rápida (>24 rpm)
- Vómitos incoercibles
- Sangre en la expectoración (hemoptisis)
- Confusión, letargia (12)

Factores de riesgo (13):

- Edad avanzada
- Enfermedad cardiovascular
- Diabetes mellitus
- Hipertensión
- Enfermedad pulmonar crónica
- Cáncer (14)
- Enfermedad renal crónica

Comunicación, noticias y redes.

Esta es la primera pandemia en la que se narran los acontecimientos en tiempo real a través de las redes sociales. Coexisten mensajes racionales y fundamentados con otros que desinforman y confunden, sembrando pánico, promoviendo falsas curas o métodos de prevención, información falsa que genera incertidumbre y agobio. El miedo y el temor son sentimientos esperables, agudizados por la sobreinformación. Esta exposición induce a pensamientos catastróficos y fatalistas, que no permiten la adaptación a la nueva situación y llevan a conductas que paralizan.

Tanto Twitter como Facebook sugieren fuentes oficiales al introducir la palabra “coronavirus”, de forma de acceder rápidamente a datos más confiables. Es importante dosificar la información que llega desde las redes sociales, noticieros e internet. Los medios de comunicación tradicionales tienen programas y espacios informativos especiales para estar al día con las novedades, que pueden llegar a invadir la vida cotidiana.

Resulta saludable elegir una fuente fidedigna y definir horarios y tiempo para ocuparse del tema.

Todas las personas contribuimos a alimentar las redes. Es importante y necesario controlar la circulación de información alarmista y noticias falsas. Evitar replicar noticias que circulan en redes sociales provenientes de fuentes dudosas o que no podemos verificar. Cuando hay duda, un primer gesto es preguntar a la persona que lo envió, de dónde procede. Los mensajes re-enviados más de cinco veces en WhatsApp aparecen con un ícono de flecha doble; antes de difundir a los contactos, es recomendable averiguar quién fue el autor original del mensaje, pensar en qué aporta a la situación. Se evita ser parte del problema cuando se interrumpe el reenvío si no estamos seguros de la veracidad y utilidad del aporte.

Las condiciones de confinamiento voluntario u obligatorio aumentan las horas dedicadas a las pantallas, para trabajo, entretenimiento o contacto social con familia y amigos a través de llamadas, mensajes y videoconferencias.

Dedicar tiempo a actividades que favorezcan la distracción, como la lectura, la música, tareas del espacio que se habita, jardinería, etc. producen satisfacción y son protectoras. Cumplir con las recomendaciones de cuidado de la salud permite mantener la sensación de control sobre lo que está sucediendo.

4.3. Aspectos clínicos

Reorganización de la consulta. El componente clínico del abordaje a COVID-19 incluye la reorganización de la labor asistencial teniendo en cuenta las particularidades del problema. El primer nivel de atención juega un papel relevante en la atención a este problema. Se debe prever atención domiciliaria, atención telefónica, pautas para la atención presencial en consultorio, y atención remota por telemedicina.

La señalética en cada centro de atención debe ser clara (ingreso y circulación de pacientes con síntomas respiratorios y separado de pacientes que acuden por otro motivo, etc.) Contemplar en la elaboración de las señales indicadoras la posibilidad de ser comprendidas por personas analfabetas y de lenguas originarias.

¿Cómo es la presentación clínica del Covid-19? El cuadro clínico puede incluir un espectro de signos y síntomas con presentación leve como: fiebre y tos, malestar general, rinorrea, odinofagia, asociados o no a síntomas graves como dificultad respiratoria, taquipnea. Puede presentarse como neumonía intersticial y/o con compromiso del espacio alveolar.

¿Cuándo podemos evacuar la consulta por teléfono, sin examinar al paciente? Múltiples y variadas consultas llegarán a los mf/mfc a través de la vasta red de herramientas de telecomunicación. La más usada y frecuente será a través del teléfono. Debemos recordar que las demás enfermedades no desaparecen durante esta contexto actual de pandemia, y muchas de ellas constituirán un motivo de consulta telefónica ante la necesidad de nuestros pacientes de saber si amerita el riesgo de salir de casa.

Conocer al paciente y a su familia será una herramienta de ayuda, que permita estimar la posibilidad de que comprendan indicaciones o señales de alarma. Se debe realizar un adecuado interrogatorio sobre el motivo de la consulta, la pertenencia a grupos de riesgo para enfermedades graves, la existencia o no de convivientes o recursos familiares en caso de necesidad, la presencia o no de barreras para el acceso a urgencias, entre otros. Aquellas consultas por cuadros banales, no urgentes, pueden ser evacuadas telefónicamente, siempre que sea posible coordinar con el paciente algún tipo de estrategia de seguimiento. En algunos casos, se podrá articular el seguimiento por parte del equipo del centro de atención primaria, ya sea por teléfono o por visita a domicilio (cumpliendo con las medidas de protección recomendadas).

¿Cuándo no podemos dejar de ver al paciente? Todo **caso sospechoso* para Covid-19** deberá ser asistido personalmente en las dependencias sanitarias que correspondan para valoración de estado clínico, toma de muestras y aislamiento y/o internación (según fase de contención o mitigación, ajustadas a las normativas de las autoridades sanitarias correspondientes a cada país).

Por fuera del contexto de la actual pandemia, todas las consultas que requieran exámenes complementarios para orientar el diagnóstico y/o definir gravedad, los grupos de riesgo para enfermedades graves, y los casos sociales que pudieran constituir dificultad en el manejo domiciliario de la patología, se sugiere que sean evaluados el mf/mfc para establecer la estrategia de control y seguimiento más adecuada.

***Caso sospechoso Covid-19:** toda persona que presente **fiebre y** uno o más de los siguientes síntomas respiratorios: tos, odinofagia, dificultad respiratoria **y** que en los últimos 14 días haya estado en contacto con casos confirmados o probables de Covid-19 **o** tenga historial de viaje fuera del país.

También se considera caso sospechoso a todo paciente con enfermedad respiratoria aguda grave definida como: neumonía, incluye diagnóstico clínico y radiológico de neumonía, + cualquiera de los siguientes:

- FR < 30 rpm
- Sat O2 > 93%
- Requerimiento de asistencia respiratoria mecánica
- Incremento de infiltrados en 50% en 24-48 hs
- Alteración de la conciencia
- Inestabilidad hemodinámica
- CURB 65 >= 2 puntos
- Requerimiento de UTI/UCI

y sin otra patología que explique el cuadro clínico.

Se recomienda que la definición de caso sea adoptada en cada país, de acuerdo al contexto nacional (15). A la fecha se adopta la siguiente definición de casos sospechoso en gran parte de los países de la región:

Clasificación. Gran parte de las personas infectadas por el novel coronavirus permanecen asintomáticas. Las formas sintomáticas se pueden clasificar de la siguiente manera (16):

Tabla 2: Clasificación clínica de COVID-19 según severidad

Clasificación	Características
Leve	Los síntomas clínicos son leves y no se pueden encontrar manifestaciones de neumonía en las imágenes
Moderado	Los pacientes tienen síntomas como fiebre y síntomas del tracto respiratorio, etc. y se pueden observar manifestaciones de neumonía en las imágenes.

Severo	<p>Cualquiera de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FR \geq 30 respiraciones / min - SatO₂ \leq 93% en estado de reposo - PaO₂/FiO₂ \leq 300 mmHg. - Progresión > 50% de las lesiones en imágenes de pulmón en 24 a 48 horas.
Crítico	<p>Cualquiera de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica - Choque - Falla orgánica que requiere monitoreo y tratamiento en la UCI <p>Etapas</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Temprana</u>: PaO₂/FiO₂ entre 100 - 150 mmHg, Compliance \geq30 ml/cmH₂O; sin falla en otros órganos. - <u>Media</u>: PaO₂/FiO₂ entre 60 -100 mmHg; Compliance de 15 -30 ml/cmH₂O, disfunción leve de otros órganos. - <u>Tardía</u>: PaO₂/FiO₂ < 60 mmHg, compliance < 30 ml/cmH₂O, consolidaciones difusas que requieren ECMO, falla grave de otros órganos.

Fuente: (16)

¿Cuándo debemos hospitalizar a un paciente? Cuando la situación clínica del paciente cumpla criterios de gravedad, ya sea por cuestiones clínicas o sociales, deberá hospitalizarse. La imposibilidad de control domiciliario o de cumplir con la estrategia de seguimiento será indicación de hospitalización.

Según normativas vigentes, en fase de contención, los pacientes que constituyan casos sospechosos de COVID-19, también serán ingresados. Según las posibilidad habitacionales y de organización de equipos para seguimiento en domicilio, en fase de mitigación sólo se hospitalizarán los casos con compromiso moderado y grave.

¿Hay medicamentos indicados? No existe un tratamiento antiviral ni de otro tipo con eficacia comprobada para la COVID-19. Las personas con COVID-19 deben recibir atención para aliviar los síntomas. Para los casos severos, el tratamiento debe incluir medidas de soporte de funciones vitales. Algunos países tienen pautado tratamientos que han mostrado beneficios como la hidroxiquina o inmunoglobulinas o interferón. También hay ensayos clínicos en desarrollo de los cuales algunos países de la región se encuentran participando. Ya se que se trate de un ensayo clínico o no, el estado del conocimiento con los tratamientos disponibles hace necesario que en todos los casos sea imprescindible la información adecuada al paciente y su consentimiento.

¿Hay medicamentos contraindicados?

En el caso de hidroxiquina se debe realizar ECG antes del inicio del tratamiento y se contraindica si se constata QT largo.

No hay evidencia que sustente contraindicaciones específicas de fármacos por la enfermedad o infección por coronavirus SARS CoV-2. Ha circulado información sobre contraindicación de ibuprofeno o inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. No obstante, desde varios países se han emitido comunicados desde el ámbito académico señalando la falta de evidencia para suspender IECA o contraindicar ibuprofeno.

4.4. Salud mental

¿Cómo puede afectar la salud mental el distanciamiento social, la cuarentena, el aislamiento o el miedo al contagio que se vive durante estos días?

Varios pensamientos y emociones pueden aparecer en estas situaciones. La pandemia actual y las medidas para su control imponen distanciamiento y cuarentena (obligatoria en muchos países), lo cual puede redundar en aislamiento y soledad. Aunque cada persona reacciona de manera diferente a situaciones estresantes, la mayoría de éstas podrá manifestar ansiedad, preocupación y miedo en relación a varios de los siguientes asuntos (16,17):

- Estado de salud propio y de quienes puedan haber sido contagiados.
- La preocupación de ser transmisor y contagiar a otros.
- Preocupación por llevar a cuarentena a quienes hayan estado en contacto con uno mismo.
- La experiencia de estar en autoobservación/observación por síntomas o contagio.
- La disminución del tiempo laboral y la pérdida de ingresos.
- La necesidad de prever el abastecimiento de alimentos, cuidados médicos.
- La exigencia de atención de los familiares a cargo.
- La imposibilidad de atención o contacto con familiares potencialmente necesitados de apoyo.
- La incertidumbre y frustración sobre la duración del evento.
- La soledad asociada al sentimiento de exclusión de su grupo y del mundo.
- El malestar frente a la negligencia de otros.

La ansiedad o el miedo en torno a estas circunstancias pueden ser razonables o desmedidos y tornarse en un problema en sí mismo. Aún cuando se exprese en una medida “razonable”, constituye una situación de estrés sostenido que genera repercusión sobre la salud mental, física, social y espiritual.

Otras problemas que es necesario relevar pues hay probabilidad de que aumenten su frecuencia son:

- El mayor deseo de beber alcohol o consumir otras sustancias tóxicas y adictivas.
- La aparición de síntomas depresivos como desesperanza, irritabilidad, cambios en el apetito o alteraciones del sueño. Incluso variaciones en el estado de las emociones.
- El miedo a la muerte y otros sentimientos fatalistas.
- Ideación suicida.

¿Cómo podemos prevenir o actuar para contener estos efectos?

Desde la mf/mfc contamos con herramientas para favorecer las capacidades de afrontamiento a las situaciones de estrés que viven las personas en estos momentos.

La comunicación próxima, empática y asertiva es uno de los recursos primordiales. Favorecer la confianza de nuestros pacientes en el equipo de salud es de gran ayuda para reducir el miedo. Cuando se trabaja en las condiciones óptimas de la especialidad, en equipo, con territorio y población a cargo, en servicios de salud de base comunitaria, suele existir conocimiento y confianza mutua entre usuarios y profesionales y este objetivo se alcanza más fácilmente.

Facilitar información que ayude a la comprensión del problema y su dimensión real, estimulando el cuidado sin caer en el terror, es otro recurso que favorece la salud mental y al mismo tiempo contribuye a la capacidad familiar y comunitaria para el afrontamiento del problema.

De esta manera, es posible colaborar con la contextualización del problema. Debemos intentar que las personas, familias y comunidad, cuenten con información fiable que les permita “entender para actuar”, siendo más probable entonces que puedan llevar a cabo las medidas de prevención, anticipando el entorno.

Siempre que sea posible, ofrecer espacio para la participación en iniciativas comunitarias facilitando los espacios de apoyo mutuo y de construcción colectiva redundará en mejor salud individual, familiar y colectiva.

La mirada comunitaria de nuestro trabajo nos recuerda constantemente que existen múltiples necesidades en las comunidades que exceden los límites de la pandemia. Es por ello que hay que garantizar la visibilidad de todas las personas, para que el aislamiento no signifique ausencia de contacto con el entorno, abandono de tratamientos crónicos, entre otros.

Es importante identificar y tener especialmente en cuenta a aquellos miembros de la comunidad con mayor vulnerabilidad psicosocial: personas en situación de calle, personas sin soporte familiar, quienes conviven en contextos de violencia, personas o familias que con brecha idiomática o tecnológica en relación a su comunidad, familias con recursos económicos insuficientes para su manutención, entre otros.

Desde el equipo, se pueden establecer algunas estrategias de trabajo con la comunidad:

- Utilizar algún tipo de telecomunicación, la que se disponga en cada lugar. Mantener así el contacto con la población a cargo, relevar la situación de los más necesitados.
- Utilizar la radio local para enviar mensajes positivos y que ayuden a la comunidad a comprender el “nuevo” funcionamiento de la atención y los servicios en general.
- Siempre que sea posible, utilizar el contacto con el paciente como una oportunidad para difundir consejos de prevención.
- Identificar la mejor manera de comunicarse con la comunidad, pudiendo utilizar la radio, el whatsapp, la tecnología que se más adecuada y accesible a la población, especialmente a los más vulnerables.
- Identificar líderes comunitarios y contactar los ya conocidos. Promover su rol de actores sociales indispensables e invitarlos a colaborar en las acciones de salud comunitaria.

Frente a las consultas particulares por situaciones de miedo, estrés o ansiedad, es importante no pasar por alto aquellas situaciones en las que sea necesaria atención inmediata o derivación. Fuera de estas situaciones particulares, algunas recomendaciones útiles pueden ser:

- Estimular a las personas a mantener el contacto vía telecomunicaciones con sus amigos y familias.
- Concientizar sobre las realidades de los otros, con miras a pensar en la organización de grupos para cubrir las necesidades de quienes están bajo mayor riesgo (adultos mayores, pacientes con factores de riesgo, etc).
- Aconsejar sobre el uso racional de la información que circula en redes sociales y orientar a la lectura de fuentes oficiales tanto locales como nacionales.
- Invitar a las familias a hacer uso del tiempo que estarán juntos, compartir comidas, conversar sobre la situación y a la vez, recordar que puede ser necesario respetar los espacios personales de cada integrante.
- Estimularlos a seguir un rutina en casa incluyendo las recomendaciones de limpieza y desinfección. Incluir el uso de métodos de relajación, dispersión y diversión junto con los niños.

4.5. La salud de los trabajadores de la salud

¿Cuál es el equipo de protección personal (EPP) que necesitamos?

Para los trabajadores de la salud existen precauciones estándar orientadas a disminuir la transmisión de microorganismos presentes en fluidos corporales (excepto el sudor) a través de la piel no intacta y las membranas mucosas. Estas medidas deben aplicarse a TODOS los pacientes que requieran atención por TODOS los trabajadores de la salud y en TODOS los entornos sanitarios. Estas medidas incluyen lavado de manos, higiene respiratoria, uso de equipos de protección según evaluación de riesgo, descarte seguro de material cortopunzante, entre otras.

A continuación mencionaremos el EPP que, según las recomendaciones de la OMS, debe estar disponible para los trabajadores de la salud dedicados a la atención de casos sospechosos o confirmados de COVID-19 (18):

Tabla 3: Equipos de protección personal recomendados para personal de salud durante pandemia COVID-19 según área de desempeño

Personal del servicio de:	Equipo de Protección	Observaciones
Sector Triage	Realiza higiene de manos con gel alcohólico y se coloca barbijo quirúrgico	Dada la cercanía con las personas que concurren al triage

Camilleros	<p>Higiene de manos antes y después del contacto con todo paciente</p> <p>Cuando trasladen pacientes sospechosos o casos confirmados de COVID-19, sumar: barbijo quirúrgico, camisolín, guantes, protección ocular</p>	<p>Una vez realizado el traslado del caso sospechoso se retira el EPP y lo descarta en bolsa roja y se lava las manos</p>
Enfermeros /a	<p>Higiene de manos antes y después del contacto con todo paciente</p> <p>Cuando asistan a pacientes sospechosos o casos confirmados de COVID-19, sumar: barbijo quirúrgico, camisolín, guantes, protección ocular</p>	<p>Si realiza un procedimiento que genere aerosoles utilizar barbijo N95</p>
Médicos /a	<p>Higiene de manos antes y después del contacto con todo paciente</p> <p>Cuando asistan a pacientes sospechosos o casos confirmados de COVID-19, sumar: barbijo quirúrgico, camisolín, guantes, protección ocular</p>	<p>Durante Procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Toma de Hisopados Oro/Nasofaríngeo •Aspiración •Intubación •Broncoscopía <p>Use barbijo N 95</p>

Personal que maneja ropa	<p>Higiene de manos antes de colocarse el equipo el EPP e inmediatamente después de retirarlo, barbijo quirúrgico, delantal plástico, Guantes goma y protección ocular</p> <p>Cuando retire la ropa sucia debe colocarla dentro de la bolsa y luego la coloca en el carro</p>	Cuando cuente la ropa use el barbijo
Personal de Limpieza	<p>Higiene de manos, Barbijo quirúrgico, camisolín, guantes, protección ocular.</p> <p>El personal de limpieza que se encuentra en el TRIAGE, internación y UTI</p>	Siempre Consultará al personal de Enfermería o médico sobre cambios en las medidas de EPP
Personal de RX	<p>Higiene de manos antes y después del contacto con todo paciente</p> <p>Cuando asistan a pacientes sospechosos o casos confirmados de COVID-19, sumar: barbijo quirúrgico, camisolín, guantes, protección ocular</p>	Recuerde: cuando esté en contacto con fluidos corporales siempre debe utilizar EPP
Personal de laboratorio	<p>Higiene de manos antes y después del contacto con todo paciente</p> <p>Cuando asistan a pacientes sospechosos o casos confirmados de COVID-19, sumar: barbijo quirúrgico, camisolín, guantes, protección ocular</p>	En todo procedimiento en el que esté indicado el uso

Fuente: OPS

¿Cuáles son las prácticas que no podemos olvidar para reducir las posibilidades de enfermarnos? El riesgo de enfermarse durante una pandemia contempla múltiples variables en su análisis.

Protección personal: en primer lugar, habrá que considerar la disponibilidad y cumplimiento de todas aquellas medidas de protección personal debido a la tarea que cada uno desempeña en la atención y cuidado de pacientes. En segundo término, recordar la importancia de todas aquellas medidas de higiene, limpieza y desinfección que son ampliamente recomendadas para la población en general, teniendo en cuenta que los trabajadores de la salud, son parte integrante de la comunidad.

Pero la protección frente a la enfermedad, aún en situaciones de emergencia sanitaria, incluye seguir, en la medida de las posibilidades, ciertas recomendaciones para resguardar tanto la salud física como la mental.

Ambiente y condiciones de trabajo: resulta de vital importancia que quienes trabajen en sector salud puedan contar con espacios de apoyo y descanso durante la jornada laboral. La demanda desbordada genera una enorme presión sobre los profesionales sanitarios que es necesario controlar. Recomendamos entonces mantenerse en contacto con los compañeros y hacer cortes en la atención para poder despejarse y alimentarse. Quienes se desempeñen en funciones de dirección y/o coordinación de equipos no deben alejar la vista de la necesidad de proteger la salud integral de sus equipos. De ser posible, crear espacios para la canalización de angustias y ansiedades, validando siempre los sentimientos y temores, prestando ayuda para revertirlos.

Desarrollo profesional continuo: Mantenerse actualizado es imprescindible. Recomendamos para tal fin el uso de fuentes de información académica confiable. Compartir con colegas esas mismas fuentes.

Regreso al hogar: es necesaria la higiene de la jornada laboral. Es recomendable dejar fuera los temas relacionados con la pandemia. En el hogar esperan personas con ansiedades y temores sobre el tema que también se verán aliviadas al mantener conversaciones que no estén relacionadas con la enfermedad. Mantener una alimentación saludable, un descanso adecuado y la rutina diaria son consejos que atañen también a las personas que se desempeñan en el ámbito de la salud. Es sano desconectarse.

Vigilancia de la salud mental: Por último, es importante prestar atención a las señales que puedan indicar que la salud personal está siendo afectada. Conocer las propias emociones y sus variaciones habituales, revisar la calidad del sueño y la tolerancia al estrés, contemplar la aparición de sentimientos de inseguridad y desesperanza, pueden ser medidas que alienten a la rápida acción.

5. Espiritualidad y salud

Uno de los aportes que desde la MFyC podemos realizar a la comunidad en el contexto de esta crisis sanitaria, es la mirada integral biopsicosocial y espiritual. Somos capaces de cuidar la dimensión espiritual de la salud, no necesariamente como expresión religiosa sino como necesidad humana global. La atención a la espiritualidad forma parte de la atención centrada en las personas y la longitudinalidad de la atención. Una necesidad de encontrar sentido, esperanza, fortaleza, conexión y paz interior es especialmente importante en una crisis que amenaza la integridad física, psíquica, social y espiritual, y sobretodo que nos aleja de nuestras redes de vínculos. De esta forma, esta misma crisis puede proporcionarnos un afrontamiento positivo, basado en un movimiento de replanteamiento del aislamiento social en el contexto pandémico.

Es así que desde los cuidados espirituales básicos que podemos realizar los equipos de salud, como la empatía, la escucha activa, la atención plena y la compasión, nos ayuda a contener la ansiedad, el pesimismo y el estrés, para así encontrar la paz interior necesaria no sólo para responder adecuadamente al quehacer sanitario, sino también para cuidar nuestro sistema inmune y nuestra respuesta emocional. Promocionar las prácticas de conexión espiritual como la Meditación, Contemplación, Prácticas Integrativas, la Oración y actividades religiosas culturalmente aceptadas por nuestras comunidades y que generan actitudes positivas, en este contexto de aislamiento, son acciones que promueven el Autocuidado y el cuidado de los semejantes, potenciando una conciencia colectiva sanadora y cargada de esperanza. Respetar las creencias de quienes cuidamos puede ser un recurso poderoso para el bienestar, independiente de los resultados concretos. Invitamos a relajar nuestros marcos conceptuales que nos brindan seguridad, intentando encontrar el sentido a la crisis en la diversidad y diálogo con otros, escuchando, construyendo juntos una unidad-en-la-diversidad. Estos cuidados los podemos gestionar y acompañar a través de las redes virtuales.

En lo que refiere al personal sanitario es necesario que esta responsabilidad en los cuidados espirituales sean compartidos por todo el equipo. Creemos que mantener prácticas de conexión espiritual como la presencia, meditación, oración o contemplación nos permitirá continuar entregando lo mejor de nosotros mismos, con fortaleza, generando acciones directas sobre el Autocuidado necesario siempre pero indispensable en este tiempo de crisis.

Medidas concretas como destinar un tiempo para estas prácticas en el equipo de salud ya sea de forma presencial o virtual y mejorando las herramientas de comunicación para explicitar nuestras emociones, son fundamentales para el autocuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chen Y, Liu Q, Guo D. Emerging coronaviruses: Genome structure, replication, and pathogenesis. *Journal of Medical Virology* [Internet]. 2020 [citado 26 de marzo de 2020];92(4):418-23. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jmv.25681>
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* [Internet]. 7 de abril de 2020 [citado 11 de mayo de 2020];323(13):1239. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762130>
3. Kinross P, Suetens C, Gomes Dias J, Alexakis L, Wijermans A, Colzani E, et al. Rapidly increasing cumulative incidence of coronavirus disease (COVID-19) in the European Union/European Economic Area and the United Kingdom, 1 January to 15 March 2020. *Eurosurveillance* [Internet]. 19 de marzo de 2020 [citado 26 de marzo de 2020];25(11). Disponible en: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.11.2000285>
4. WHO. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 38 [Internet]. WHO; 2020 feb. Report No.: 38. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200227-sitrep-38-covid-19.pdf?sfvrsn=2db7a09b_4

5. WHO. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 51 [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10
6. AFP E. Coronavirus: los peligros por la llegada del covid-19 a Haití, la nación más pobre del hemisferio. El Observador [Internet]. 20 de marzo de 2020 [citado 26 de marzo de 2020]; Disponible en: <https://www.elobservador.com.uy/nota/coronavirus-los-peligros-por-la-llegada-del-covid-19-a-haiti-la-nacion-mas-pobre-del-hemisferio-2020320205639>
7. Kock RA, Karesh WB, Veas F, Velavan TP, Simons D, Mboera LEG, et al. 2019-nCoV in context: lessons learned? The Lancet Planetary Health [Internet]. marzo de 2020 [citado 11 de abril de 2020];4(3):e87-8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2542519620300358>
8. Edwards A. Managing environmental change is key to preventing animal-borne disease outbreaks around the world [Internet]. ECOS. 2020 [citado 11 de abril de 2020]. Disponible en: <https://ecos.csiro.au/managing-environmental-change-is-key-to-preventing-animal-born-e-disease-outbreaks-around-the-world/>
9. van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. N Engl J Med [Internet]. 16 de abril de 2020 [citado 8 de noviembre de 2020];382(16):1564-7. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc2004973>
10. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med [Internet]. 30 de abril de 2020 [citado 19 de mayo de 2020];382(18):1708-20. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2002032>
11. Li H, Liu L, Zhang D, Xu J, Dai H, Tang N, et al. SARS-CoV-2 and viral sepsis: observations and hypotheses. The Lancet [Internet]. mayo de 2020 [citado 11 de mayo de 2020];395(10235):1517-20. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067362030920X>
12. Ministerio de Salud de Colombia. Lineamientos para la detección y manejo de casos de COVID-19 por los prestadores de servicios de salud en Colombia. Código GIPS05 Versión 05. [Internet]. 2020 [citado 19 de abril de 2020]. Disponible en: www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS05.pdf
13. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. The Lancet [Internet]. marzo de 2020 [citado 11 de mayo de 2020];395(10229):1054-62. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620305663>
14. Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. The Lancet Oncology [Internet]. marzo de 2020 [citado 19 de mayo de 2020];21(3):335-7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1470204520300966>
15. Organización Panamericana de la Salud. OA. COVID-19. Novel Coronavirus 2019 [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_docman&view=download&alias=490-actualizacion-covid-19-13-de-mayo-de-2020&category_slug=actualizaciones&Itemid=624
16. SIRA. Grupo de Acción Comunitaria. Guía de apoyo psicosocial durante el brote de coronavirus. [Internet]. 2020. Disponible en:

- <http://www.psicosocialyemergencias.com/wp-content/uploads/2020/03/Gui%CC%81a-PS-Covid19-2.pdf>
17. SEP. Sociedad Española de Psiquiatría. Cuidando la salud mental del personal sanitario. Infografía. [Internet]. 2020. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEP%20COVID19-Salud%20Mental%20personal%20sanitario.pdf>
 18. Ministerio de Salud (Argentina). Recomendaciones para el uso de los EPP [Internet]. Argentina.gob.ar. 2020 [citado 8 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/recomendaciones-uso-epp>

OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

- Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud de Colombia (Página web). Reporte de Coronavirus COVID-19 en Colombia. Fuente datos coronavirus en Colombia: Coronavirus en Colombia. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>
- Guía de apoyo social durante el brote de coronavirus. SIRA. Grupo de acción comunitaria. Madrid, marzo 2020
- Ministerio de Salud de la República Argentina. Nuevo coronavirus. Definición de caso. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/Definicion-de-caso>
- Consideraciones de salud mental durante el brote de Covid 19. WHO. Disponible en: <https://www.dropbox.com/s/s6bqgl4954re9ny/Consideraciones%20de%20salud%20mental%20durante%20el%20brote%20de%20Covid%2019.pdf?dl=0>
- Decálogo de recomendaciones para profesionales del ámbito sanitario para un afrontamiento psicológico eficaz ante el malestar generado por el brote de Coronavirus-Covid 19. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid.
- Li YC, Bai WZ, Hashikawa T. The neuroinvasive potential of SARS-CoV2 may play a role in the respiratory failure of COVID-19 patients [published online ahead of print, 2020 Feb 27]. J Med Virol. 2020;10.1002/jmv.25728. doi:10.1002/jmv.25728

**ANEXO 1: ¿Por qué las comunidades deben ser involucradas durante un brote?
(Texto en portugués)**

Por que as comunidades devem ser envolvidas durante um surto?

As comunidades e populações afetadas devem saber como se proteger e as equipes de resposta devem saber como as comunidades entendem a doença e a resposta



Anúncios públicos ou de mídia genéricos não são suficientes, confiáveis ou personalizados para comunidades de alto risco

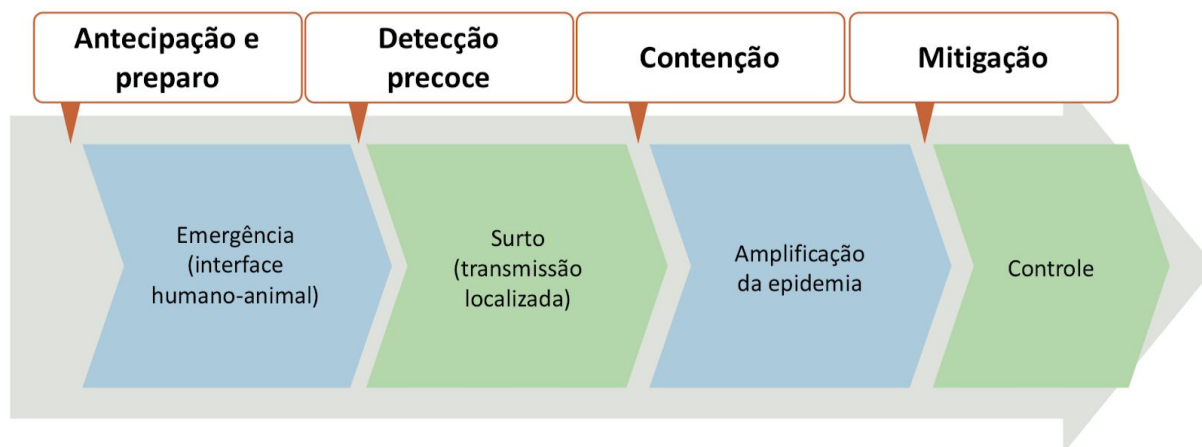
O envolvimento com as comunidades permite sua participação direta na resposta para lidar com medos, barreiras, preocupações e mudar as práticas de melhoria da transmissão, promovendo comportamentos de proteção e trabalhando em conjunto com as equipes de resposta



Populações em risco querem e devem fazer parte das soluções para a proteção de vidas e parar um surto

Comunicação bidirecional – diálogo – deve ser estabelecida a partir do início de um surto entre comunidades afetadas e as equipes de resposta para garantir a participação e mútua compreensão – a base da construção de confiança

Oportunidades para o engajamento da comunidade



Desafios de respostas em surtos

- Falta de compreensão das práticas da comunidade, preocupações e medo das equipes de resposta
- A liberação lenta/tardia de informações sobre a doença e a resposta podem exacerbar as preocupações da comunidade e ampliar o surto
- Falta de informação e de conscientização sobre medidas de proteção podem agravar a disseminação da doença
- Iniciar a implementação de medidas sem o acordo das comunidades afeta a aceitação da resposta
- A ação tardia/nenhuma ação para interromper os boatos pode levar a mal-entendidos, impactar a confiança nas autoridades de saúde e promover comportamentos “perigosos”

Exemplos de possíveis desafios em surtos

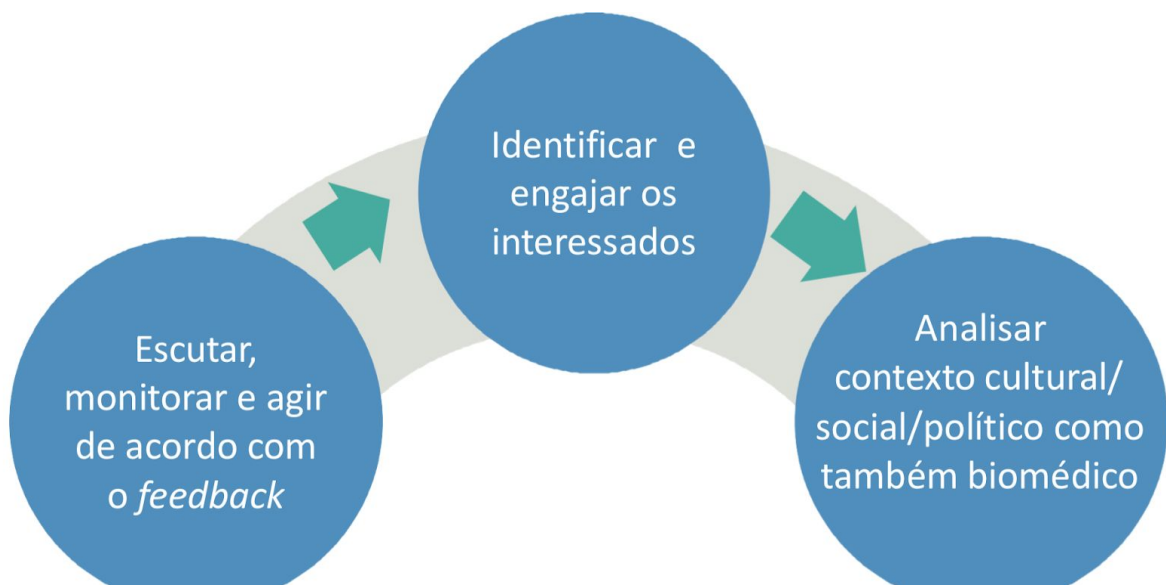
Surto hospitalares (serviços de saúde) podem ocorrer devido à falta de:

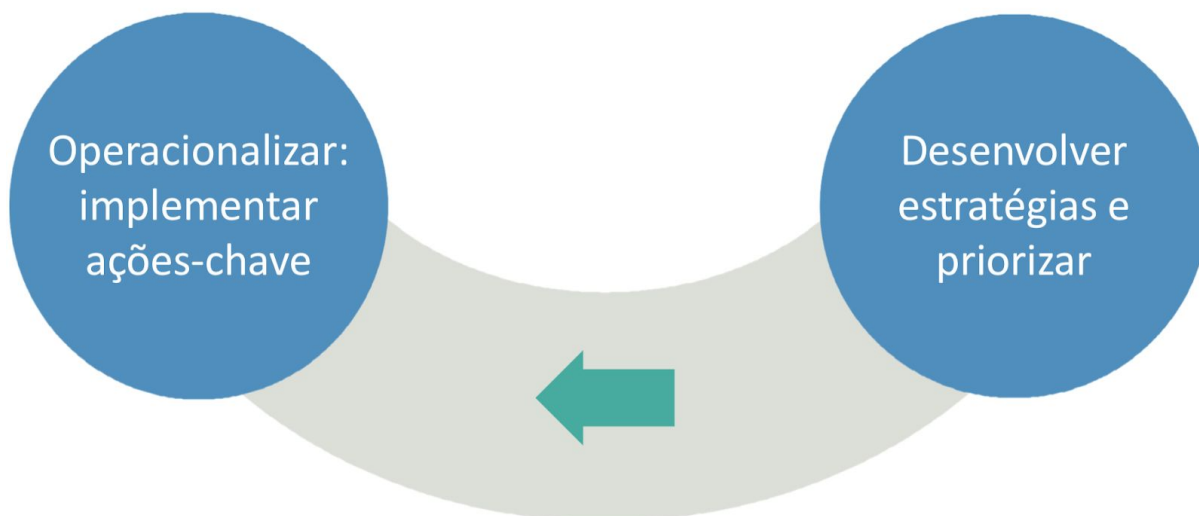
- Informação e percepção sobre o vírus entre profissionais de saúde e/ou falha na aplicação de medidas apropriadas de prevenção e controle de infecções

Práticas culturais relacionadas ao cuidado e à procura de cuidados de saúde podem dificultar o controle de um surto:

- Por exemplo, em algumas culturas, muitos parentes acompanham ou visitam familiares doentes quando estão no hospital
- Algumas pessoas podem ir a muitos hospitais diferentes enquanto estão doentes antes de decidirem onde procurar atendimento (às vezes, isso é chamado de compra de médico ou hospital)

Estratégia de envolvimento da comunidade em um surto





Identificar e trabalhar com interessados-chave,
por exemplo

Avaliar o contexto

- Consultar colegas e interessados em nível local
- Conhecer e entender necessidades, preocupações, medos, bem como pontos fortes e capacidades no nível da comunidade
- Revisar a literatura existente: pesquisas de conhecimento, atitude e práticas (PCAP), etnografias, análises de ciências políticas
- Aplicar metodologias de ciências sociais:
 - o passo a passo da comunidade
 - discussões em grupos focais
 - observação
 - entrevistas
- Explorar os meios de comunicação preferidos das comunidades

- Identificar a via de comportamento em busca de saúde (HSB) para a doença e os fatores que a condicionam localmente:
 - fatores socioculturais: incluindo modelos explicativos, visão de gênero localizada e dinâmica de poder,
 - econômico,
 - prático e
 - fatores empíricos
- Identificar as pessoas-chaves que já têm elo com a via de comportamento em busca de saúde para as pessoas doentes na residência, na comunidade e no nível do serviço de saúde:
 - Guardiões/sentinelas
 - Tomadores de decisão
 - Influenciadores
 - Cuidadores/profissionais da saúde

Desenvolver uma estratégia e plano de ação

- Desenvolver estratégia e plano de ação métodos de comunicação em três níveis:
 - Definir sua audiência: atores-chaves e população-alvo
 - Projetar o plano de comunicação e escolher os canais/Desenvolver narrativas de engajamento
 - Mídia de massa
 - Líderes e pessoas-chaves
 - Comunicação interpessoal
- Desenvolver narrativas de engajamento
- Desenvolver materiais de comunicação e educação e ferramentas com grupos de usuários da ponta, testar todos os materiais antes de utilizar

Construa um sistema de retroalimentação

- Construir uma maneira sistemática e dinâmica de coletar, analisar e retroalimentar boatos e desinformação nos três níveis:
 - mídia de massa: mídia e monitoramento social; programas de rádio com chamadas públicas
 - líderes e pessoas-chaves: feedback dos profissionais de saúde; retroalimentação dos líderes
 - comunicação interpessoal: diálogos da comunidade, retroalimentação dos trabalhadores da comunidade
- Compartilhar as informações com as outras áreas técnicas da intervenção e negociar mudanças e melhorias na implementação de acordo com o feedback
- Assegurar coleta diária, análise e negociação da retroalimentação com a resposta e sempre retornar às comunidades com respostas para as perguntas
- “Unir” a resposta com as diferentes comunidades

Pontos-chaves

- Comunicação e divulgação de informações não são educomunicação
- Educomunicação é mais eficaz quando existem relacionamentos e mecanismos antes de uma emergência
- Envolver rotineiramente os parceiros da educomunicação e criar confiança. Ser honesto e transparente
- Conectar e unir a realidade da comunidade e a realidade da resposta
- **Comunicação pode ser definida como a ação de trocar (enviar e receber) informações**
- **Barreiras comuns à comunicação**
 - Idioma e educação
 - Diferenças culturais e etnias
 - Mensagem irrelevante

- Informação em excesso
- Limitações de tempo
- Barulho e distrações
- **Facilitadores de comunicação**
 - Atingir o público-alvo
 - Atrair a atenção da audiência
- **A narrativa de engajamento é:**
 - Compreensível
 - Culturalmente adaptada
 - Credível e relevante
 - Entregue a tempo

Para mais informações

Melinda Frost

Lead, Risk Communication

High Impact Events Preparedness WHO Health Emergencies Programme World Health Organization

Geneva, SWITZERLAND

email: mfrost@who.int

ANEXO 2: Algunas declaraciones y documentos elaborados por asociaciones miembro de CIMF. Actualizado junio 2020

Uruguay,

SUMEFAC, 19.03.2020

<https://drive.google.com/file/d/16fUY8Ym2ykE-vrbw4vWmXAI9S9WVzvMi9/view?usp=sharing>

SUMEFAC, 26.03.2020

www.smu.org.uy/wpsmu/wp-content/uploads/2020/03/Declaracion-de-Sumefac-en-la-pandemia-Covid.19.pdf

España, SEMFYC, 24.03.2020

www.semfy.com.es/wp-content/uploads/2020/03/covid-19-semFYC-presentacion-actualizada_200325.pdf

Brasil, SBMFC, 13.05.2020

www.sbmfc.org.br/noticias/recomendacoes-da-sbmfc-para-a-aps-durante-a-pandemia-de-covid-19/

Portugal, APMFG, 19.05.2020

<https://apmgf.pt/2020/05/19/mgf-sempre-na-linha-da-frente-mesmo-em-tempos-de-pandemia/>

Argentina, FAMFYG, 22.05.2020

www.famfyg.com.ar/noticias/ver/posicionamiento-famfyg-sobre-las-expresiones-del-ministro-berni-sobre-nuestra-especialidad

Chile

COLMED (con participación de SOCHIMEF), 10.06.2020

www.medicinafamiliar.cl/mf/wordpress/wp-content/uploads/2020/06/documento-APS-COVID-19-final.pdf

Créditos

GT CIMF Coronavirus

Coordinación: Francisco Molina, Gabriela Di Croce

Integrantes: Alejandro Saldaña, Otto Hamann, Elizabeth Hernández Portilla, Gabriel Córdova, Alejandra León, Rosario Caballé, Zorina Ortega Sosa, Brando Cantú, Diana Oviedo, Evelyn Segredo, Karla Jiménez, María Luisa Vargas, Felipe Moreno-Piedrahita, Natalia Cristoforone, Yokasta Germosén Almonte, Jacqueline Ponzo

GT CIMF: Salud y ambiente

Coordinación: Paola Rava

Integrantes: Ana Ocegueda, Amelia Mano, Enrique Barrios, Beatriz Salgado, Pedro López, Paola Merma, Dayna Moreira, Ana Gossweiler, Geanelli Villagra, Ramiro Guzmán

GT CIMF: Medicina en áreas rurales

Coordinación: Marcela Cuadrado

GT CIMF: Espiritualidad y Salud

Coordinación: Sebastián Fuentes, Martín Olivera

Integrantes: Rocío Tagle, María Beatriz Giurfa, Ximena Cruz, Yanira Rodríguez, Gastón Alcarraz, Mariana Pose, Carolina Arbelo, Cintia Márquez, Lucía Capurro, Óscar Murillo, Melissa Mustelier, Gabriel Esquinas, Dannia Robles, Germosén Almonte, Miriann Mora, Paulyna Orellana, Miriam Riveros, Domingos José Vaz do Cabo, Janaine Caramargo, Elvira Ibarra

COMITÉ EJECUTIVO CIMF 2018-2021

Presidente: Jacqueline Ponzo

Coordinador Ejecutivo: Thomas Meoño

Tesorera: Marina Almenas

Vicepresidente Subregión Andina: Dora Bernal

Vicepresidente Subregión Cono Sur: Marcela Cuadrado

Vicepresidente Subregión Iberia: Jorge Brandao

Vicepresidente Subregión Mesoamérica: José Luis Huerta

Representante Waynakay: Gabriela Di Croce

Redacción: Gabriela Di Croce, Alejandra León, Jacqueline Ponzo

Colaboración: Mayara Floss, Natalia Cristoforone

Revisión: Comité Ejecutivo CIMF