

INFORME DE SITUACIÓN - PANAMÁ

Reporte No. 34 - COVID-19

Puntos Destacados:

- A la fecha, se reportan 20.202 pacientes (17,4%) en aislamiento domiciliario, 864 pacientes (0,7%) se encuentran hospitalizados (745 en sala general y 119 en Unidades de Cuidado Intensivo-UCI). Se informan 92.423 casos (79,7%) como recuperados (Figura 1).
- Se reporta un total de 2.430 fallecimientos con 82 nuevas muertes desde el último reporte el 28 de septiembre, para un porcentaje de fallecidos de 2,1%.
- El 54% de los casos se presenta en hombres.
- Los casos que se hospitalizan en sala general se redujeron en 121 con relación a la semana anterior, observándose 702 en promedio en la SE 40, de igual manera los pacientes en UCI se redujeron en 5 alcanzando un promedio de 113 esta semana.
- Las autoridades sanitarias mantienen un estrecho monitoreo de la disponibilidad de camas, insumos y recurso humano para atender a los pacientes de la COVID-19 y se realizan las acciones para garantizar el sostenimiento de la capacidad hospitalaria del sistema de salud público y la atención de los pacientes que lo requieren. Al 6 de octubre de 2020, a nivel nacional se tiene una ocupación del 56% de las camas de hospitalización en sala, del 63% de camas de UCI y semi UCI y del 33% de los ventiladores.
- Los pacientes severos y críticos se distribuyen el 47% (307) en las Instalaciones de Salud de la Caja del Seguro Social (CSS), el 47% (306) en las del Ministerio de Salud y el 5% (34) en los hospitales privados de Panamá (Figura 2).

SITUACIÓN EN NÚMEROS PANAMÁ

Hasta el 5 de octubre de 2020 - 6:00 p.m.

Casos Confirmados

115.919(633 nuevos*)

Muertes

2.430 (7 nuevas*)



Camas en sala

5.176[44% disponibles
(2.305)]**



Camas en UCI y semi UCI

556 [37% disponibles (206)]**



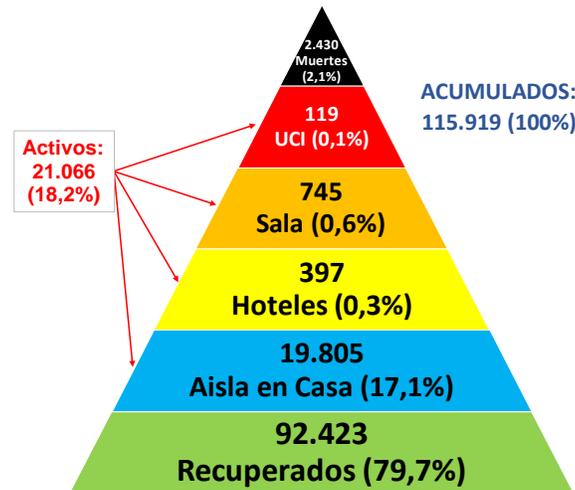
Ventiladores

812 [67% disponibles (546)]**

*en las últimas 24 horas

**Hasta el 6 de octubre de 2020 - 7:00 p.m.

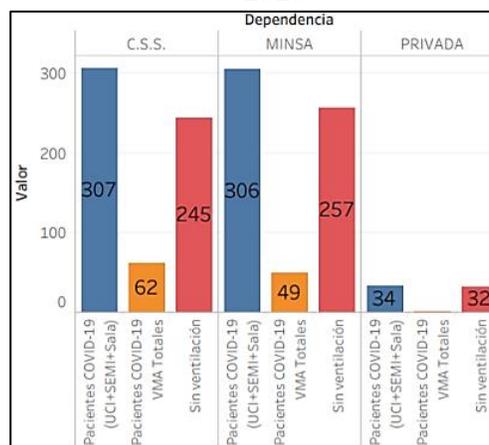
Figura 1
Casos de COVID-19 en Panamá al 5 de octubre de 2020



Después del 9 de abril, se tuvo alrededor de 300 hospitalizados en sala y menos de 100 pacientes hasta finales de mayo. Después de la reactivación de las actividades comerciales del primero y segundo bloque, se pasó de un promedio de 272 pacientes en sala en mayo a 492 en junio y de 78 pacientes en UCI a 110 pacientes en promedio.

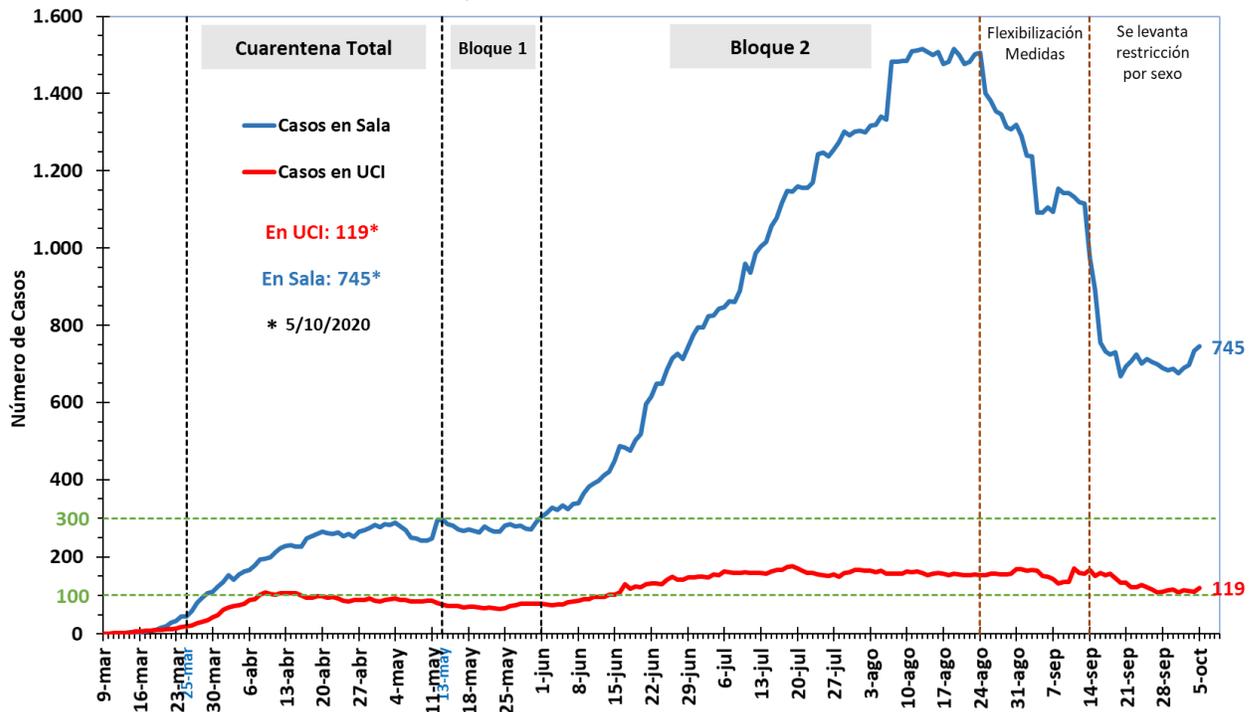
En julio se registraron en promedio 1.057 y 159 pacientes en los respectivos servicios; en agosto se tuvo los valores más altos de pacientes hospitalizados en sala con un promedio de 1.428, con estabilidad de los pacientes en UCI en 158. A partir del 22 de agosto se observa una tendencia al descenso de los hospitalizados en sala y se estabilizan en las últimas tres semanas entre 690 y 745 pacientes; en tanto, las hospitalizaciones en UCI que habían permanecido estables, estas tres últimas semanas han disminuido por el orden de 133, 110 y 119 pacientes con corte al 13, 28 de septiembre y 5 de octubre respectivamente. (Figura 3).

Figura 2
Distribución de los Pacientes en UCI en Instalaciones de Salud de la Red Pública (Caja del Seguro Social CSS y Ministerio de Salud) y en la Red Privada de Panamá, 6 de octubre de 2020



Las autoridades sanitarias de Panamá mantienen el monitoreo del comportamiento epidemiológico y de la capacidad hospitalaria instalada para atender a los pacientes de la COVID-19 en la red hospitalaria de las Regiones de Salud.

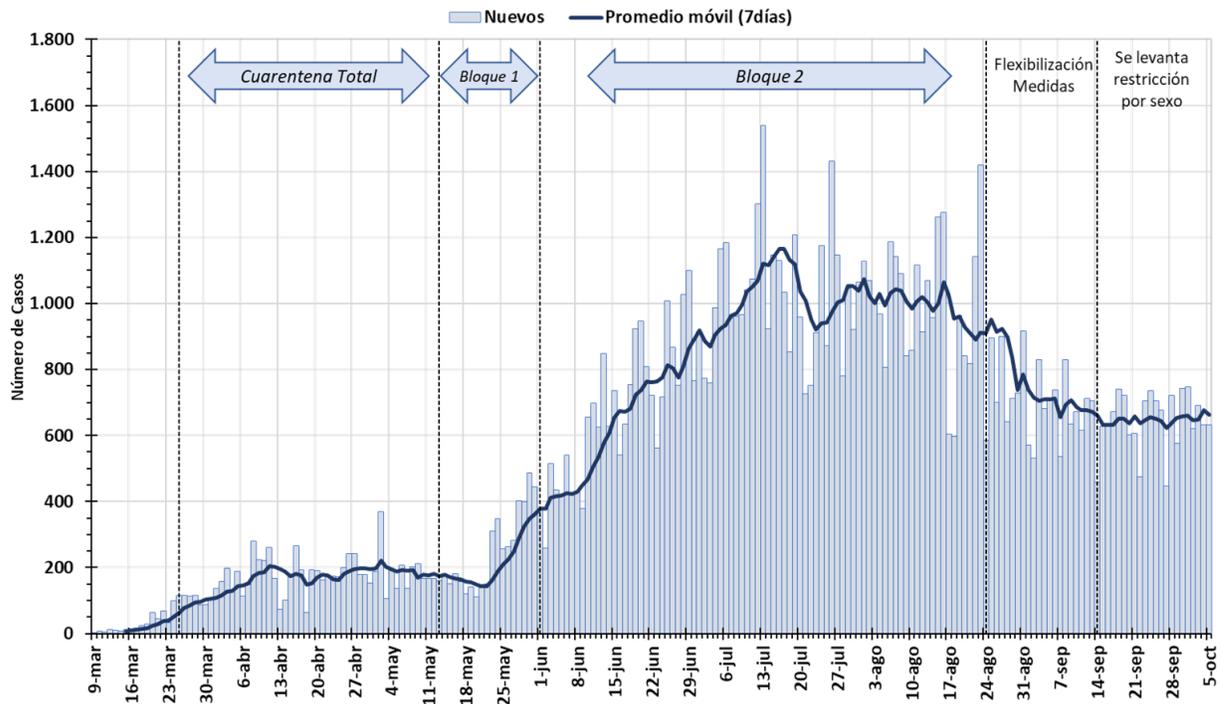
Figura 3
Número de casos confirmados de COVID-19 hospitalizados en sala y UCI por día
Panamá, 9 marzo a 5 de octubre 2020



La figura 4 muestra la tendencia de la epidemia a nivel nacional. Después de alcanzar el aplanamiento de la curva con la implementación de una cuarentena estricta (el 25 marzo), entre otras medidas, y a partir del 22 de mayo, se observa el ascenso progresivo en el número de casos, en la medida de la flexibilización de la movilidad, la reapertura de algunas de las actividades comerciales en el país (apertura del bloque 1 el 13 mayo y del bloque 2 el 1 junio). Desde mediados de julio se observa una tendencia a la estabilización en las confirmaciones diarias a nivel nacional, con un promedio de 1.023 casos confirmados por día en ese mes, posteriormente se observa un descenso a 940 casos en promedio en el mes de agosto.

En septiembre se registró un mínimo de 447 y un máximo de 830 casos confirmados por día con un promedio 654 en lo que va del mes, lo que representa una reducción del 30,5% de los casos con relación a los presentados en agosto. Desde finales de agosto hasta el 5 de octubre se observa una tendencia al aplanamiento de la curva de confirmación de casos diarios.

Figura 4
Curva Epidémica de la COVID-19 en Panamá al 5 de octubre 2020



En la figura 5 y 6 se observa el seguimiento a 2.423 muertes reportadas hasta el 5 de octubre. Desde abril y hasta finales de mayo se tuvo un promedio móvil que varió entre 0,12 y 0,1 muertes x 100.000 habitantes, con la ocurrencia de 3 a 5 muertes por día en mayo. El 19 de junio, el promedio móvil se duplicó a 0,2 x 100.000 y continuó incrementándose hasta llegar a un promedio móvil de 0,3 muertes x 100.000 habitantes el 27 de junio, con 14 muertes diarias en promedio ese mes.

En el mes de julio se registró el promedio móvil más alto de 0,75 muertes x 100.000 habitantes, correspondiendo con el mayor pico de la epidemia y con 25 muertes en promedio (varió entre 16 y 41 muertes en el mes); posteriormente se observa una tendencia descendente y desde mediados de agosto hasta el 17 de septiembre se tiene una estabilidad del promedio móvil entre 0,2 y 0,25 muertes x 100.000 habitantes. Desde el 18 al 28 de septiembre se observa un promedio móvil inferior a 0,1 muertes x 100.000 habitantes, que se duplica en la última semana (figura 5).

En la figura 6 también se visualiza la tendencia a la disminución en las muertes en el mes de agosto, con entre 7 y 31 muertes por día y un promedio de 19 muertes registradas en dicho mes. Desde el 18 de agosto y hasta el 28 de septiembre se observa una tendencia estable, con un reporte de entre 6 y 18 muertes diarias, y un promedio de 12 muertes en el mes de septiembre al igual que en la última semana (SE 40).

Figura 5
Mortalidad diaria por COVID-19, según fecha de muerte. Panamá, 09 marzo – 4 de octubre 2020

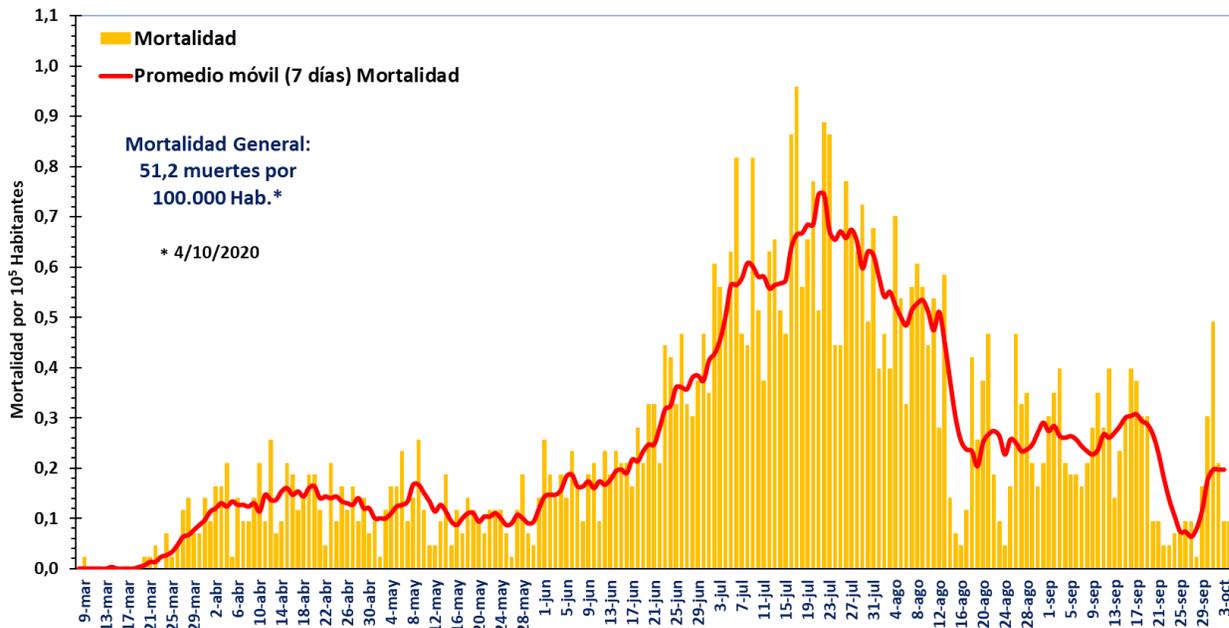
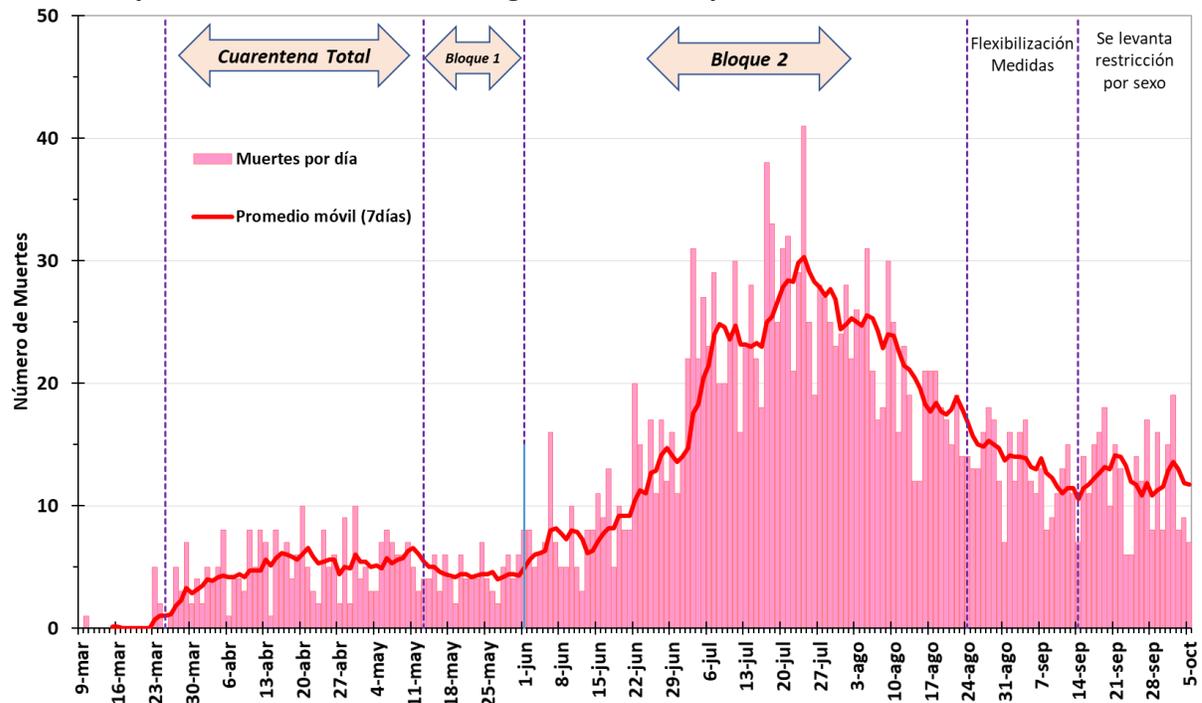


Figura 6
Muertes por COVID-19 en Panamá según fecha de reporte. Marzo 9 a octubre 5 de 2020



Con relación al indicador de mortalidad¹ de las figuras 7 y 8, la tendencia es al aumento. El 16 de junio se tuvo una mortalidad general de 10,1 x 100.000 hab., que ascendió a 14,7 muertes x 100.000 hab., a final del mes (29 de junio); para finales de julio la mortalidad fue de 31,2 muertes x 100.000 hab. (27 de julio). A finales de agosto la mortalidad es de 47,2 x 100.000 habitantes (30 de agosto), al finalizar septiembre, el 4 de octubre es de 51,2 x 100.000 habitantes (figura 5) y al 5 de octubre 56,8 x 100.000 habitantes, superando la mortalidad para la Región de las Américas de 55,2 x 100.000 habitantes.

Figura 7. Mortalidad por COVID-19 por Países, octubre 5 de 2020

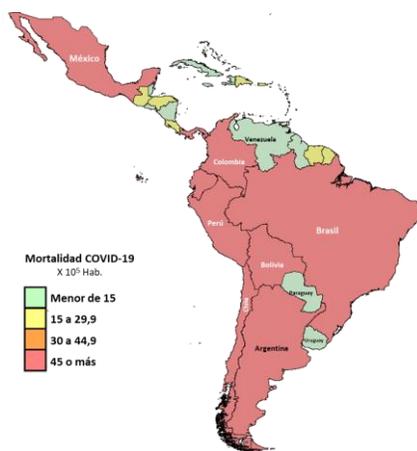


Figura 8. Mortalidad por COVID-19, primeros 20 países de América al 5 de octubre de 2020

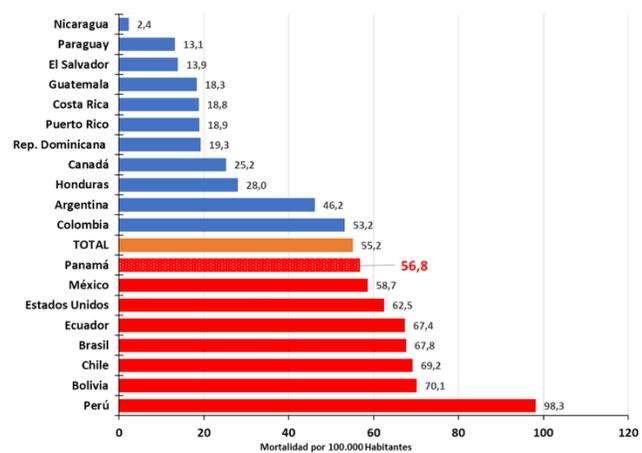
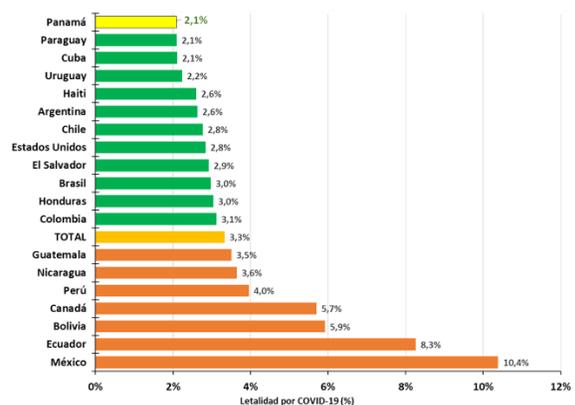


Figura 9. Letalidad de la COVID-19 por Países, octubre 5 de 2020



Figura 10. Letalidad por COVID-19, primeros 20 países de América al 5 de octubre de 2020



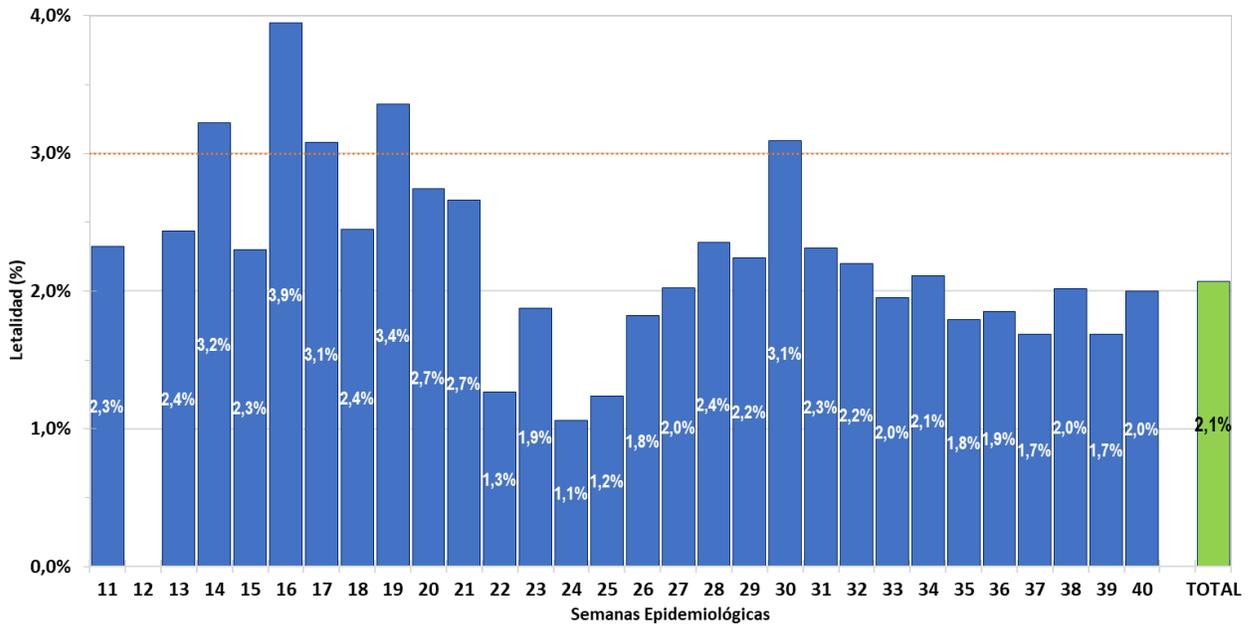
¹. Este indicador se refiere a las personas que mueren sobre el total de población, y se expresa por 100.000 habitantes.

Hasta el 5 octubre, el porcentaje total de muertes entre quienes se confirmaron con la COVID-19 es del 2,1% (figura 9 y 10), continuando entre los países de las Américas con más baja letalidad y por debajo la letalidad para la Región que es de 3,3% (Figuras 10 y 11).

Desde la SE 20 a la 40, la letalidad ha oscilado entre 1,1 a 3,1%, finalizando el mes de septiembre con una letalidad de 1,7% (SE 39) que pasa a 2,0% en la SE 40 (Figura 11).

Figura 11

Porcentaje Muertes según Semanas Epidemiológicas. Panamá, 9 marzo – 5 octubre 2020



El 70% de los fallecidos por COVID-19 se encuentra en los adultos de 60 años y más. El grupo de 80 años y más tienen la proporción más elevada y participa con el 22,0% del total, le sigue el grupo de 70 y 79 que aporta el 12,4%, los de 60 a 69 años el 6,5% y los de 50 a 59 años el 2,4%. La letalidad por COVID-19 en menores de 49 años está entre el 0,1 y 0,8%. (figura 12).

Según sexo, la mayor proporción de muertes se presentan en la población masculina y en todos los grupos de edad predominan las defunciones en hombres. Los hombres tienen una letalidad general del 2,5%, es decir, que se mueren en una proporción 0,9% mayor que las mujeres (1,6%), diferencias que se hacen más evidentes en el grupo de 80 y más años, donde la letalidad masculina es de 24,9%, indicando que los hombres que contraen la COVID-19 mueren en un porcentaje 5,9% mayor con respecto a las mujeres de este grupo (letalidad femenina 19,0%); los hombres de 70 a 79 años, de 60 a 69 años y de 50 a 59 fallecen en una proporción de 5,7%, 2,7% y 1,5% más frente a las mujeres de los respectivos grupos de edad. (figura 12).

En la figura 13 se observan las tendencias del total de muertes y en dos grandes grupos de edad (18 a 59 años y mayores de 60 años) en relación con las medidas de apertura económica de los bloques 1, 2 y 3 el 13 de mayo, el 1 de junio y el 24 de agosto. Entre el 17 de agosto y el 5 de septiembre se ha tenido un promedio móvil en la población general de 11 muertes por

semana; de 8 muertes en el grupo de 60 años y más años y de 3 en el grupo de 18 a 59 años, observándose por cinco semanas una estabilización y aplanamiento de la curva de muertes totales y en los dos grupos de edad; en la SE 39 la gráfica muestra una baja en el promedio móvil de las muertes totales inferior a 4 y en los dos grupos de referencia, con un repunte sobre 5 del promedio móvil de muertes totales y en los mayores de 60 años en la SE 40.

Figura 12

Porcentaje de Muertes según Grupos de Edad y Sexo. Panamá, marzo 9 a octubre 4 de 2020

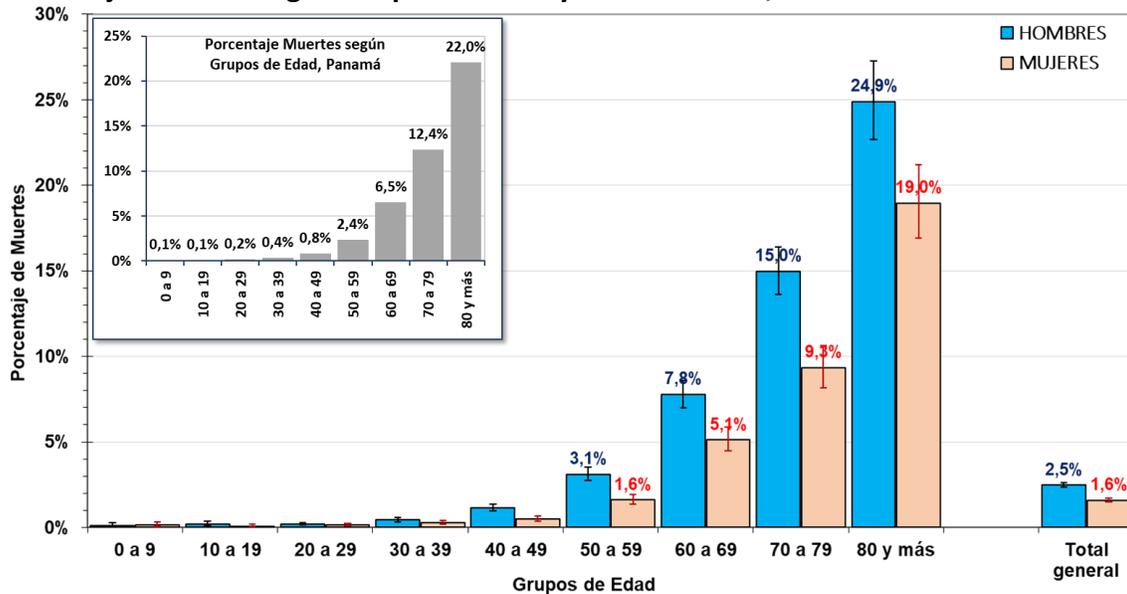
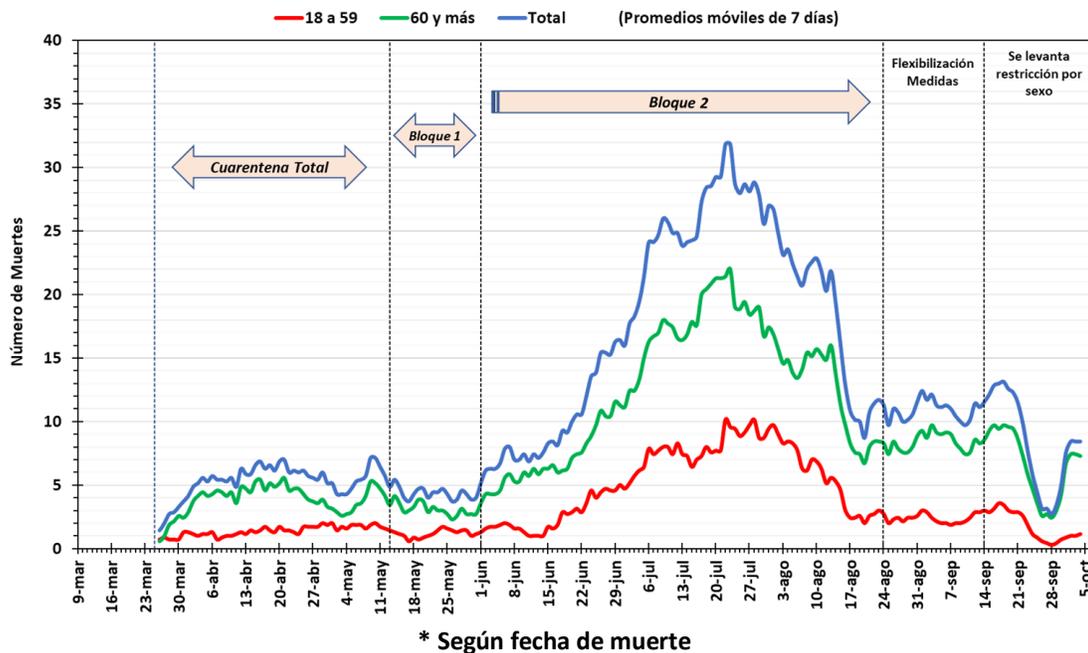


Figura 13

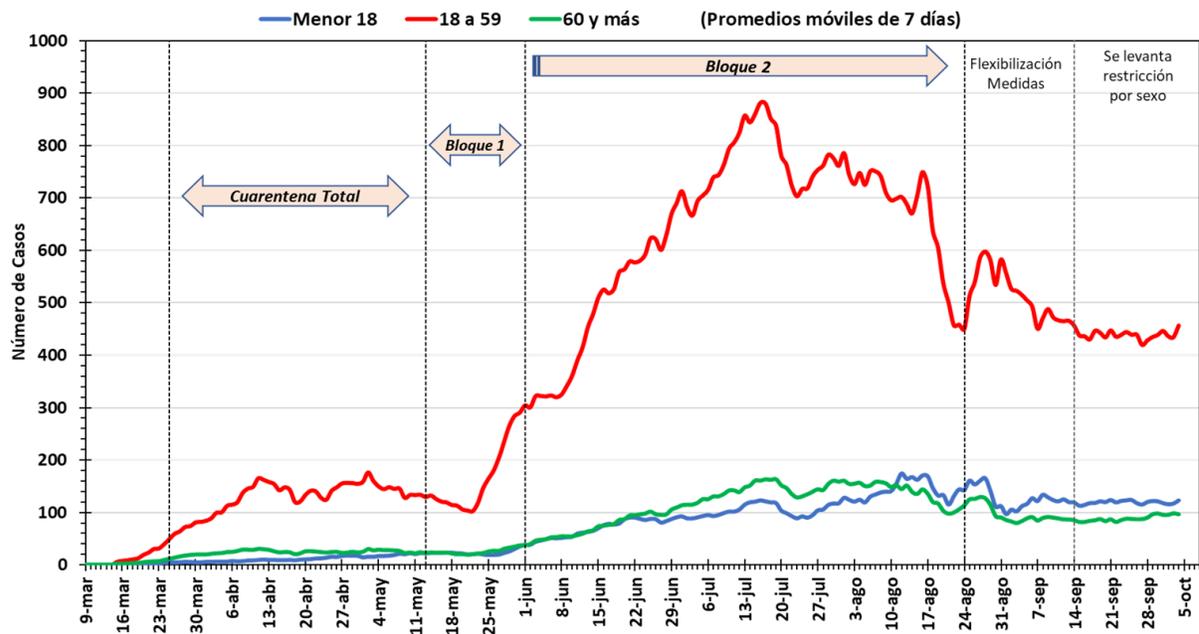
Muertes por COVID-19 en Panamá por Grupos de edad, hasta el 4 de octubre de 2020*



* Según fecha de muerte

La figura 14 muestra el comportamiento de los promedios móviles de 7 días para los casos de COVID 19 para tres grandes grupos de edad de la población y el impacto del levantamiento de la medida de cuarentena total y de la activación de los tres bloques de actividades económicas en Panamá el 13 de mayo y el 1° de junio y el 24 de agosto. Hasta el 22 de mayo se evidencia el efecto sostenido de las medidas en la reducción en la velocidad de transmisión del virus con descenso en la confirmación diaria de casos en los tres grupos de edad, que se ha mantenido después de la flexibilización de medidas el 24 de agosto y hasta la fecha.

Figura 14
Reporte de Casos de COVID-19 en Panamá por Grupos de edad. Marzo 9 a octubre 5 2020



El grupo de 18 a 59 años registró promedios móviles alrededor de 100 casos confirmados en 7 días hasta el 22 de mayo, posteriormente mostró una tendencia progresiva al alza hasta cerca de los 900 casos el 20 de julio; desde entonces descendió a 750 casos confirmados hasta el 17 de agosto, a partir de esa fecha ha llegado a promedios móviles que han variado entre 450 y los 500 casos confirmados en 7 días en las últimas tres semanas. Este grupo registra el mayor número de casos, indicando cómo la población joven trabajadora, ha tenido una mayor exposición al virus y está implicada en la transmisión de la enfermedad a los adultos posiblemente en el ámbito de la convivencia familiar, y quienes son la población de mayor riesgo de desarrollar una enfermedad grave por COVID-19.

En el grupo de más de 60 años y en el de menores de 18 años, se tuvo un incremento moderado después del 22 de mayo. Los promedios móviles para el grupo de 60 y más años fue mayor al de los menores de 18 años entre el 22 de junio y el 10 de agosto con promedios móviles de 100 y 150 casos; sin embargo, a partir de esta última fecha ha permanecido con promedios ligeramente por debajo a los menores de 18 años (entre 70 y 80 desde hace siete semanas hasta el 5 de octubre), mientras que los menores de 18 años presentan promedios móviles sobre los 100 casos en el mismo período.

Una revisión de la dinámica de COVID-19 para el mes de agosto de 2020, publicada en [Lancet](#), con motivo de la **75ª sesión de la Asamblea General de la ONU**, indica que el foco principal de la pandemia se sitúa actualmente en América. A nivel mundial, entre los 11 países con la más alta transmisión de la enfermedad se encuentran Bolivia, España, Kuwait, Estados Unidos, Argentina, Israel, Brasil, Bahréin, Colombia, **Panamá** y Maldivas; seis de esos países se encuentra en la Región de las Américas.

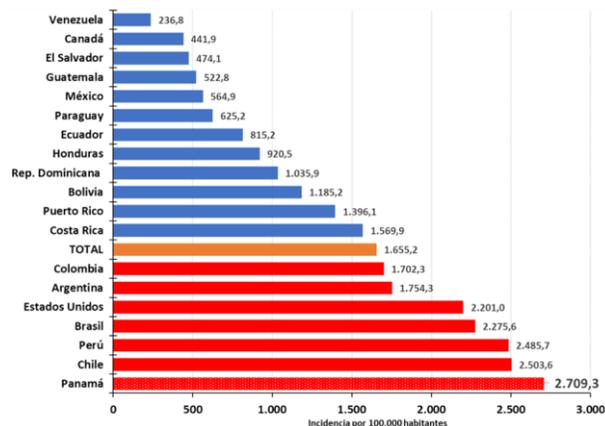
Entre las cuatro mediciones de la pandemia reportadas, Panamá registra una incidencia de 208,5 casos nuevos confirmados por millón de habitantes por día, en promediado durante los 31 días de agosto, ocupando el segundo lugar después de Maldivas que tiene 236,4 casos nuevos confirmados por millón de habitantes por día.

Hasta el 5 de octubre, Panamá registra la incidencia más alta entre los países de las Américas de 2.709,3 casos acumulados por cada 100.000 habitantes, ocupando el primer lugar y por arriba de la tasa promedio para la Región de 1.655,2 x 100.000 habitantes (figura 15 y 16).

Figura 15
Incidencia de COVID-19 por Países,
octubre 5 de 2020



Figura 16
Incidencia por COVID-19, primeros 20 países de
América al 5 de octubre de 2020



Con corte al 4 de octubre, el 71,9% de los casos se concentra en seis regiones sanitarias: Metropolitana con 25,2% (29.050 casos), Panamá Oeste con 17,2% (19.813 casos), San Miguelito con 12,0% (13.857 casos), Panamá Norte con el 7,6% (8.709 casos), Panamá Este con el 5,1% (5.890 casos) y Veraguas con el 4,8% (5.574 casos). Las nueve provincias restantes contribuyen con el 28,1% de los casos. (figura 17).

Hasta el 4 de octubre, las mayores tasas de incidencia las aporta Panamá Este con 4.687,1 casos por 100.000 habitantes, San Miguelito con 3.638,0 casos por 100.000 habitantes, Darién con 3.790,6 casos por 100.000 habitantes, la Metropolitana con 3.368,9 casos por 100.000 habitantes y Panamá Oeste con 3.267,0 casos por 100.000 habitantes. (Figura 17).

Figura 17
COVID-19 en Regiones de Salud, Panamá – Casos e Incidencia, octubre 4 de 2020

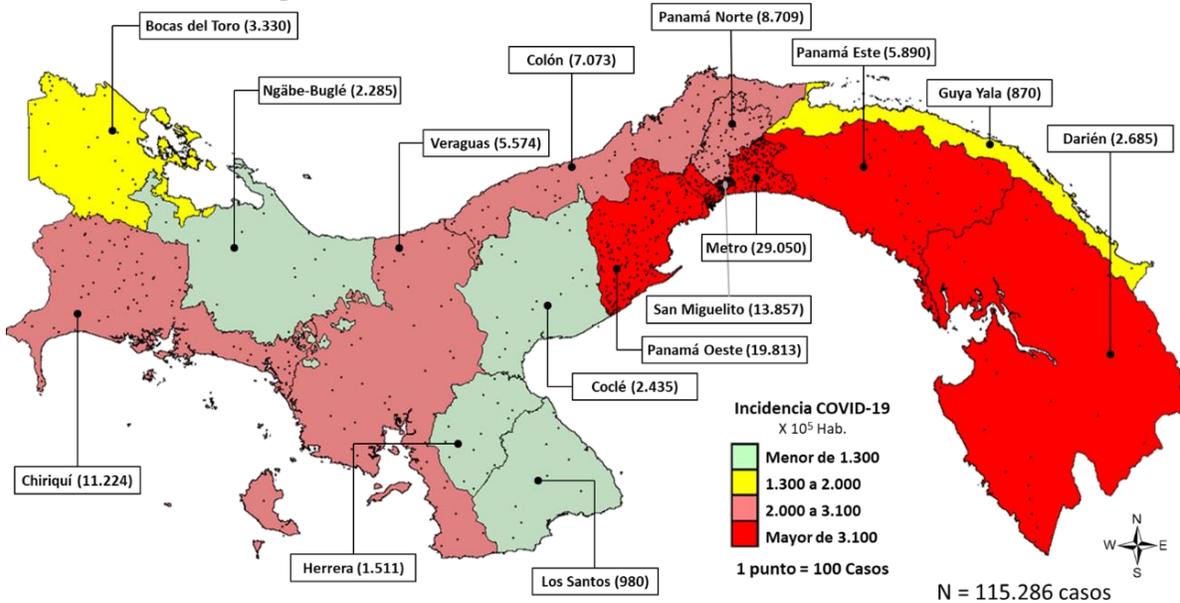
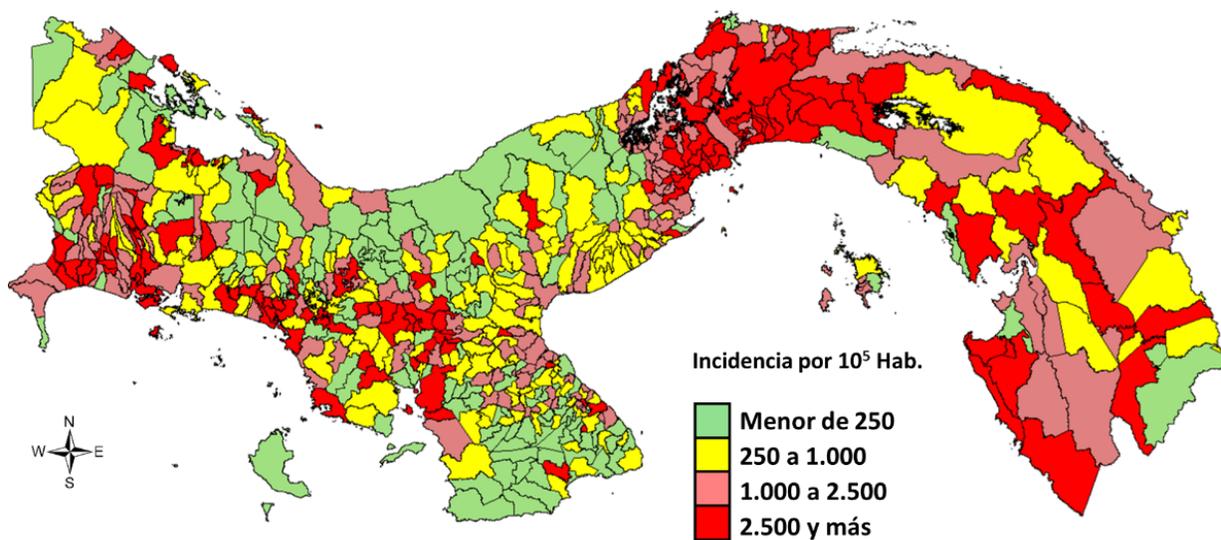


Figura 18
Incidenca COVID-19 por corregimientos de Panamá, octubre 4 de 2020

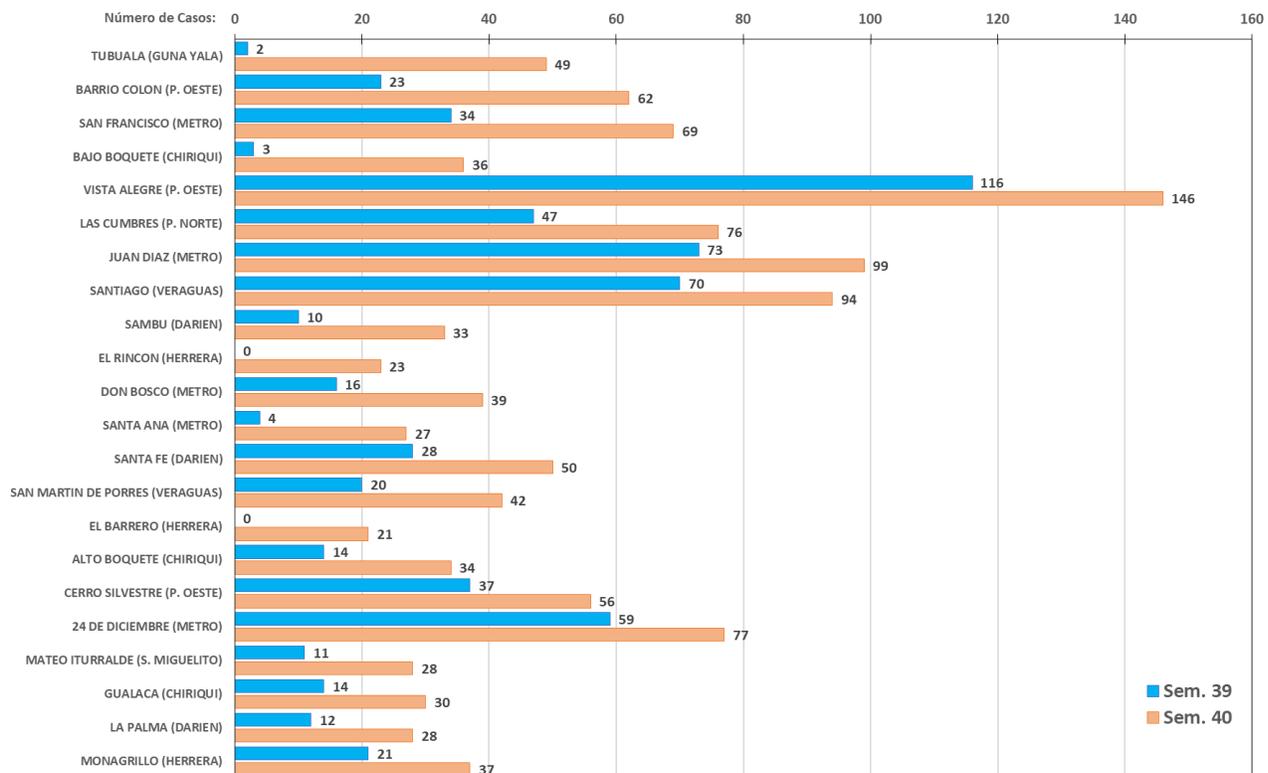


En la dinámica de la enfermedad por corregimientos, se tiene 181 con incidencias superiores a 2.500 casos acumulados por 100.000 habitantes, destacándose ocho corregimientos con las tasas más elevadas, entre 39.986,8 y 8.000 casos acumulados por 100.000 habitantes, estos son en orden de mayor a menor: San Martín de Porres (Veraguas), Herrera (Panamá Oeste), Pedregal (Chiriquí), Bugaba (Chiriquí), Santa Isabel (Colón), Divala (Chiriquí), Sambu y Santa Fe ambas en Darién. (Figura 18).

Los corregimientos que presentaron más de 100 casos en la última semana (del 27 de septiembre al 3 de octubre) son: Vista Alegre 156 (Panamá Oeste), Tocumen 110 (Metropolitana), Santiago 109 (Veraguas), Arraiján 103 (Panamá Oeste) y Pedregal 102 (Chiriquí). (Figura 19).

Los 10 corregimientos que presentaron un mayor incremento de casos en la SE 40 con relación a la SE 39 son: Tubualá (Guna Yala), Barrio Colon (Panamá Oeste), San Francisco (Metropolitana), Bajo Boquete (Chiriquí), Vista Alegre (Panamá Oeste), Las Cumbres (Panamá Norte), Juan Díaz (Metropolitana), Santiago (Veraguas), Sambu (Darién) y El Rincón (Herrera). (Figura 19)

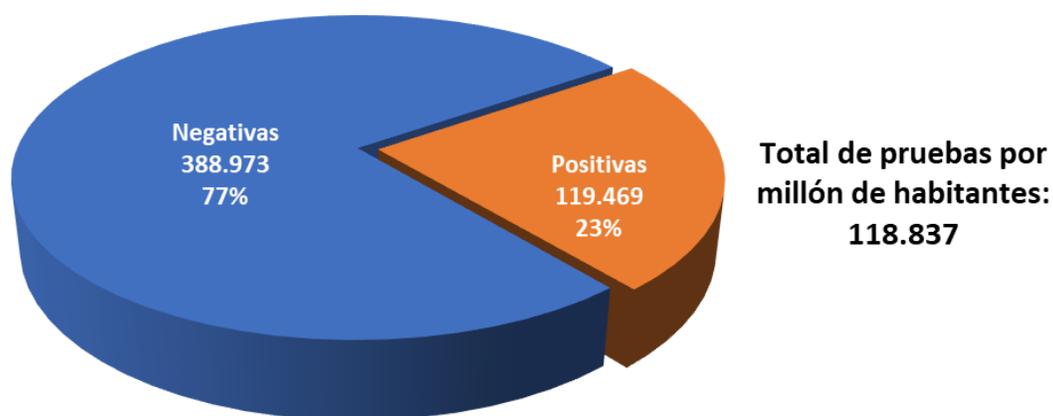
Figura 19
Corregimientos reportando mayor número de casos
(cambio entre semanas epidemiológicas 39 y 40)



Pruebas Diagnósticas para COVID-19 en Panamá

Entre el 9 de marzo que se confirmó la presencia de casos del virus en Panamá y el 5 de octubre, se tiene un acumulado de 472.799 entre pruebas antigénicas y pruebas de RT-PCR realizadas a la población, con 4.143 nuevas pruebas en las últimas 24 horas y 35.643 nuevas pruebas desde el último reporte del 28 de septiembre; lo que significa que se están efectuando 118.837 pruebas por cada millón de habitantes (Figura 20).

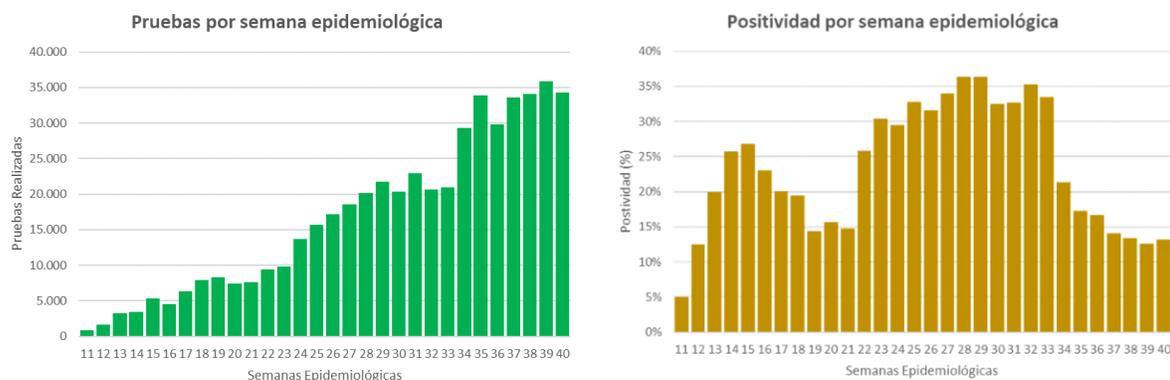
Figura 20
Pruebas Antigénicas y de RT-PCR en tiempo para COVID-19 en Panamá, acumulado a octubre 5 2020



La figura 21 muestra el incremento en el número de pruebas y la positividad por SE. Entre la SE 28 a la 34 se superaron las 20 mil pruebas por semana con una positividad que varió entre 32 y 36%, registrándose por un período de 10 semanas (SE23 a 33) los porcentajes más altos de pruebas positivas.

A partir de la SE 34 y hasta la actual SE 40 se han efectuado el mayor número de pruebas en la población; desde la SE 34 se observa un incremento progresivo de pruebas, que han oscilado entre las 29 mil y 35 mil pruebas aproximadamente en las últimas semanas hasta la SE 40. En contraste, en este mismo período se ven los porcentajes más bajos en la positividad, que han variado entre el 21% en la SE 34 al 14,0% en la SE 40.

Figura 21
Pruebas y Positividad por Semana Epidemiológica (11 a 40). Panamá, 09 marzo – 4 de octubre 2020



Este mismo comportamiento se refleja en las figuras 22 y 23. En la figura 22, se muestra como entre la SE 19 y 21 se obtenía una prueba positiva por cada 7 pruebas efectuadas, luego se aumentó la probabilidad de confirmación a un caso positivo cada 3 pruebas entre la SE 22 y la SE 33; desde la SE 34, volvió a incrementarse el número de pruebas requeridas para la confirmación de cada caso de COVID-19 hasta llegar a 8,0 en la SE 39 y 7,5 en la SE 40.

Desde la SE 26 se dispuso de pruebas rápidas, las cuales se empezaron a aplicar masivamente a la población a partir de la SE 29 y muestran un aumento en las últimas tres semanas (SE38 a la 40); no obstante, el 94% corresponden a RT-PCR, siendo la prueba diagnóstica que predomina en el país hasta el momento (figura 22).

En la figura 23, se observa que desde las primeras semanas hasta el 23 de mayo (SE 21), se realizaron alrededor de 1.000 pruebas por día, en las SE 22 y 23 entre 2.000 y 3.000 pruebas diarias y desde las SE 24 se superaron las 4.000 hasta alcanzar un promedio de 7.000 pruebas por día en las SE 28 a 33. En las últimas siete semanas (SE 34 a 40) dicho promedio está alrededor de las 5.000 pruebas por día, con incremento del promedio móvil en la última semana que supera dicho valor.

La media móvil de positividad ha ido en descenso, pasando del 38% el 16 de agosto al 13,0% en la última semana hasta el 5 de octubre, lo que representa una disminución de 25 puntos porcentuales. (Figura 23).

Figura 22
Pruebas para COVID-19 según método, por semana epidemiológica y número de pruebas por caso positivo

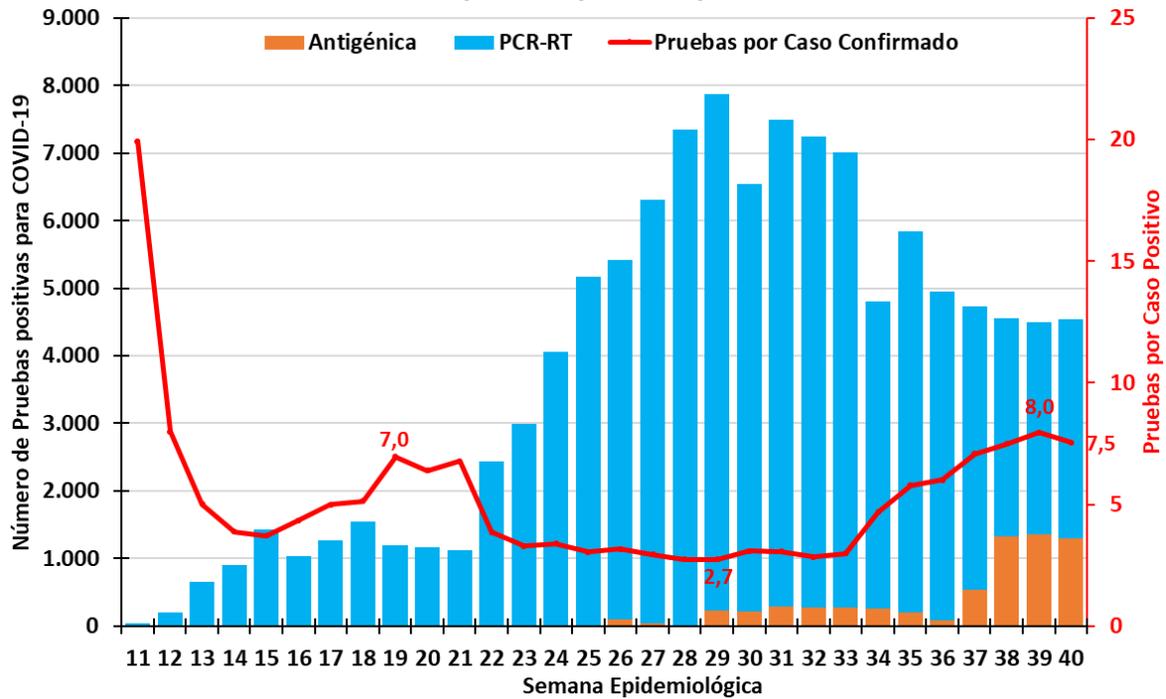
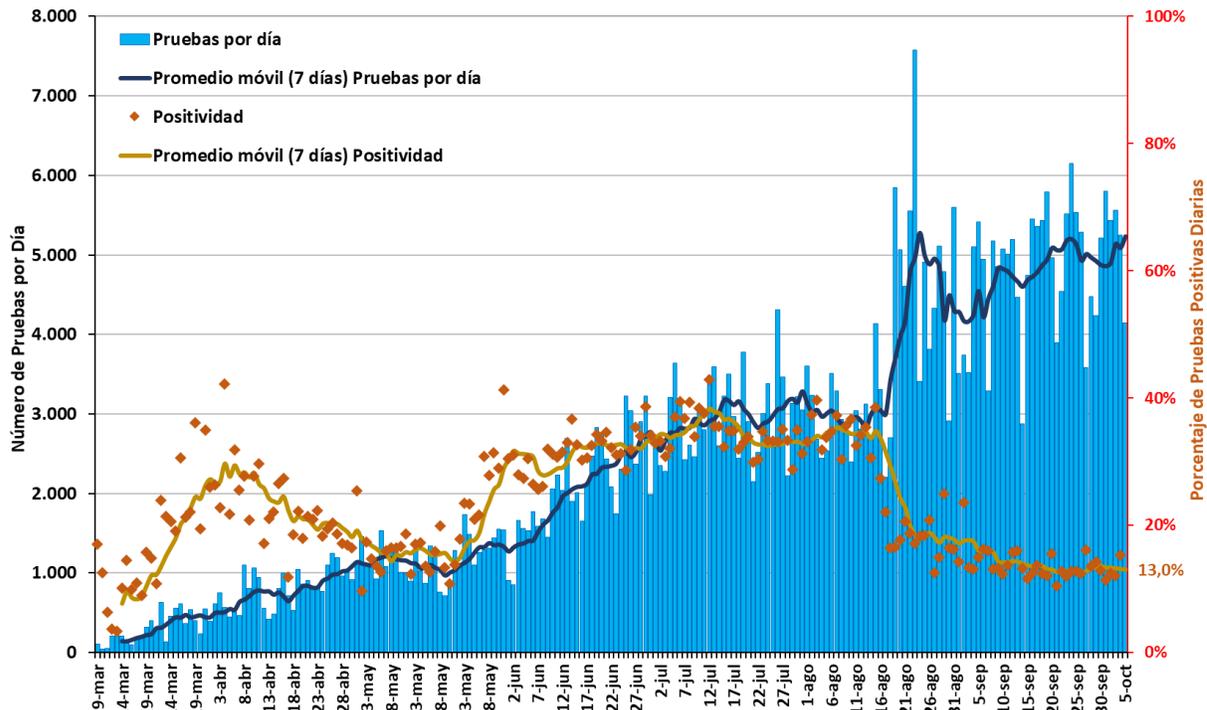


Figura 23
Número de Pruebas Reportadas y Porcentaje de Pruebas Positivas por Día Panamá, 09 marzo – 5 de octubre 2020





TENDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS

La figura 24 indica qué tan rápido se propaga el COVID-19 en Panamá. Se partió de un R_t efectivo de más de 5,5 que descendió progresivamente y se mantuvo alrededor de 1,0 durante el mes de mayo hasta el 11 de junio en donde se tuvo un $R_t=1,63$ (IC95%: 1,56 – 1,71), uno de los más altos registrados en el periodo; posteriormente del 17 al 26 de julio se han mantenido cifras cercanas a 1. En la semana del 18 de julio se tuvo descenso a un $R_t=1,23$ (IC95%: 1,20 – 1,26), el 25 de julio llegó a un $R_t=1,16$ (IC95%: 1,13 – 1,18). En el mes de agosto se ha observado un constante descenso del R_t , así: Al 1° de agosto un $R_t=1,13$ (IC95%: 1,10 – 1,16), al 8 de agosto un $R_t=1,07$ (IC95%: 1,04 – 1,09), al 15 de agosto a un $R_t=0,99$ (IC95%: 0,97 – 1,02), al 23 de agosto continuó disminuyendo a un $R_t=0,94$ (IC95%: 0,92 – 0,97), el 29 de agosto con un $R_t=0,96$ (IC95%: 0,94 – 0,98).

En las tres primeras semanas de septiembre (SE36 a 38) el R_t estuvo por debajo de 1 en 0,87, 0,90 y 0,96; en la SE 39 se tiene un $R_t=1,0$ y en la 40 un $R_t=1,01$ (0,98-1,04). El resultado de este indicador, suponiendo que se mantiene adecuado reporte de datos, indica que cada caso tiene la posibilidad de transmitir la enfermedad a otro individuo.

En esta etapa de flexibilización de medidas, se debe mantener las restricciones de contacto físico, incluso en reuniones familiares, para que este indicador permanezca lo más bajo posible, en el ideal por debajo de 1 para que la epidemia siga controlada.

Figura 24
Número de Reproducción Efectivo COVID-19 en Panamá al 5 de octubre 2020 por número de casos

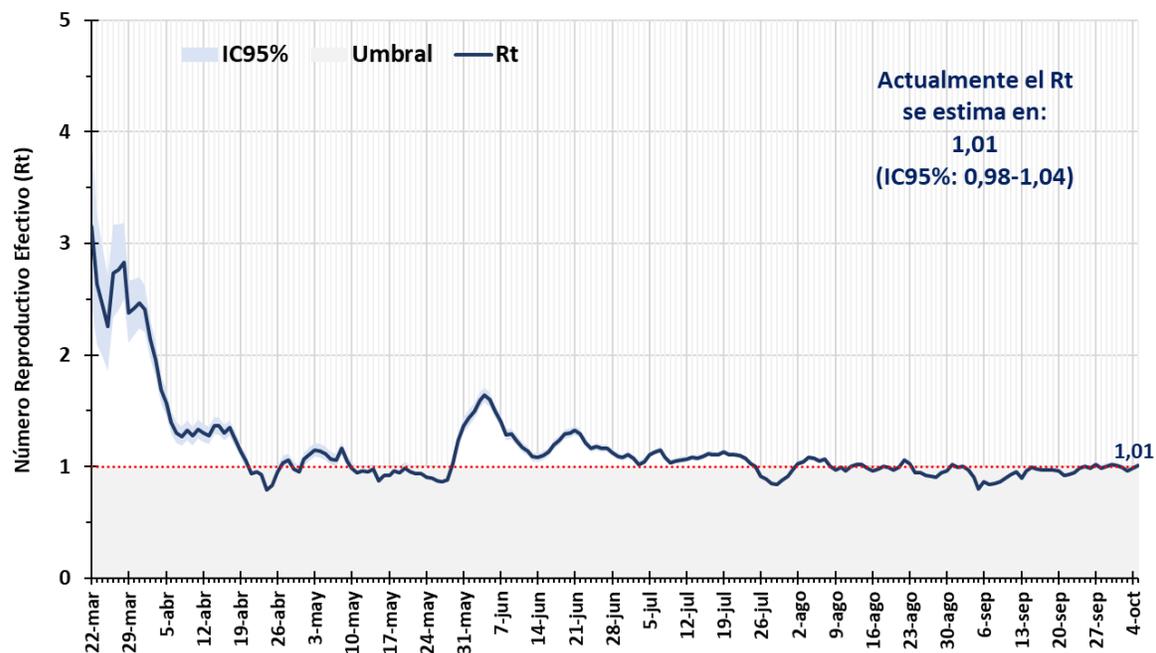
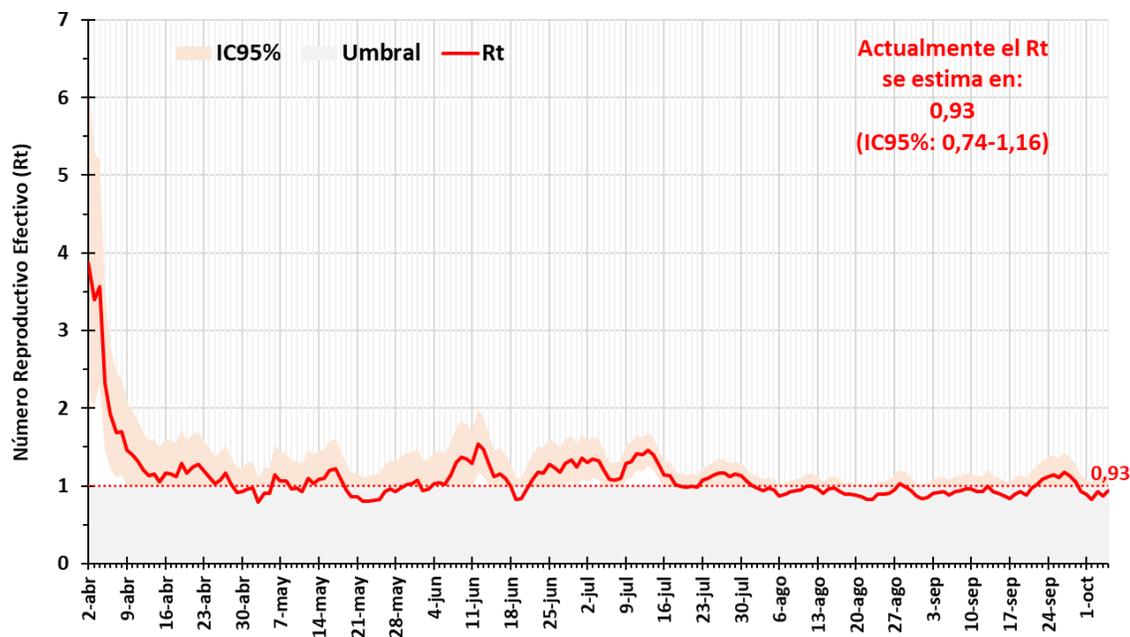


Figura 25
Número de Reproducción Efectivo COVID-19 en Panamá al 5 de octubre 2020 por número de defunciones



El Rt para las defunciones, ha permanecido con valores de 1 o menos desde finales de agosto. Este Rt en las últimas cinco semanas (SE35 a SE 39) ha registrado valores entre 0,88 y 1,05 y en la SE 40 (hasta el 4 de octubre) un $Rt=0,93$ (IC95%: 0,74 – 1,16). Esto indica que, la dinámica actual de la epidemia se ve reflejada en la mortalidad, una razón más para que los ciudadanos continúen velando por el cumplimiento estricto de las medidas de bioseguridad. (Figura 25).

La figura 26 muestra el Rt por Regiones de Salud, donde se refleja los resultados de las acciones de trazabilidad realizadas a través de un importante número de Equipos Unificados de Trazabilidad (EUT) que se han conformado en las 15 Regiones de Salud y a los esfuerzos de las autoridades de salud para aplicar las medidas de aislamiento y cuarentena brindando ayudas a la población que lo requiere; dichas intervenciones han impactado en la reducción de la transmisión del virus en todas las Regiones.

A la SE 40, tres regiones de salud vuelven a tener Rt por encima de 1, superior al promedio nacional. Estas son: Darién, Herrera y Colón. En la SE 40, 12 regiones de salud (el 80%) tienen un Rt entre 1 o más bajo (0,4-1,0) y se destaca el control en Los Santos que mantiene el menor Rt de todas las regiones ($Rt=0,4$).

Figura 26
Número de Reproducción Efectivo por Regiones en Panamá al 4 de octubre 2020

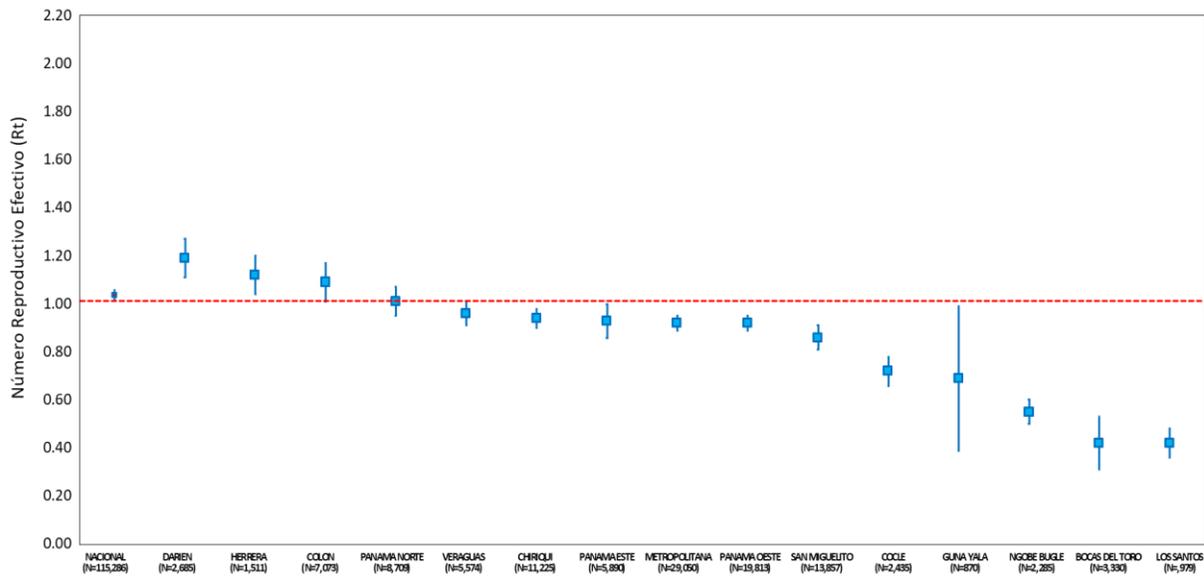
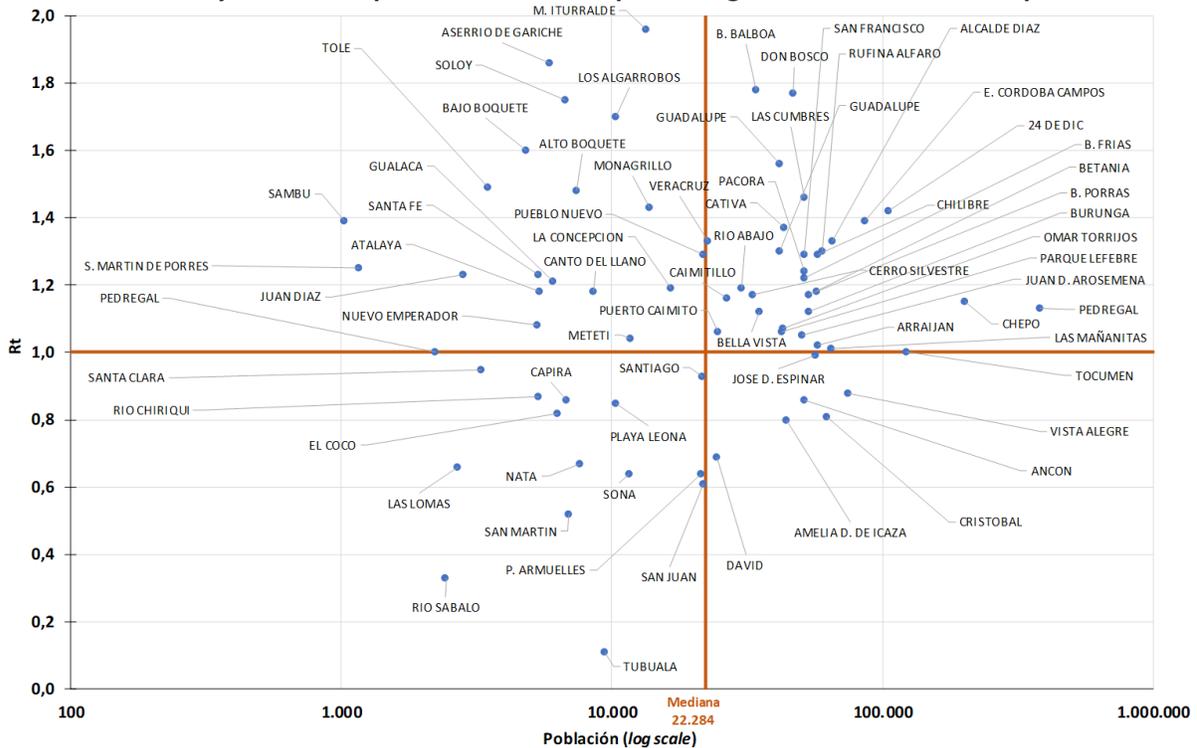


Figura 27
Población y Número Reproductivo Efectivo por corregimientos, semana 27 sep - 3 oct



A la SE 40, se tienen 47 corregimientos con Rt entre 1,0 y 2,55, con siete corregimientos que tienen Rt superior a 2; éstos son: Santa Ana 2,55 (Metropolitana), Garachine 2,54 (Darién), Bocas del Toro 2,29 (Bocas del Toro), Las Garzas 2,28 (Metropolitana), El Barrero 2,2 (Herrera), El Rincón 2,08 (Veraguas) y el Barrio Colón 2,05 (Panamá Oeste).

La localización de los corregimientos que se muestra en figura 27, indica cuatro escenarios de transmisión en relación con la población. Los dos cuadrantes superiores que tienen un R_t mayor a 1 tienen una transmisión más activa por lo que deben ser una prioridad en las intervenciones y acciones de trazabilidad para el seguimiento de casos y contactos que permitan cortar las cadenas de contagio.

En el cuadrante superior izquierdo, se localizan 22 corregimientos con población menor a la mediana de 22.284 habitantes y que tienen un R_t superior a 1. Entre éstos se destacan: M. Iturralde, Aserrío de Gariche, Los Algarrobos (Veraguas), Soloy (Ngäbe-Buglé) y Bajo Boquete. Estos corregimientos son más rurales y con mayor dispersión geográfica, lo que dificulta las acciones oportunas para la trazabilidad comunitaria

En el cuadrante superior derecho, se ubican 27 corregimientos con R_t superior a 1 y una población por encima de la mediana de 22.284 habitantes. Entre ellos se encuentran: Alcalde Díaz, San Francisco, Rufina Alfaro, Don Bosco, Barrio Balboa, Guadalupe.

La transmisión del virus en estos corregimientos puede ser más intensa por concentrar mayor número de población y para un uso racional de los recursos, las acciones de trazabilidad para el control de la transmisión deben enfocarse prioritariamente en grupos de poblaciones (Centros de alta concentración de personas como refugios para personas desamparadas, migrantes, centros penitenciarios, centros de atención del adulto mayor, en corregimientos de población pobre y marginada o que viven en condiciones de hacinamiento) donde hay mayor probabilidad de transmisión de la enfermedad.

Dichas acciones idealmente deben combinarse con medidas de promoción y prevención comunitaria, con el establecimiento de zonas epidémicas de alto riesgo si fuera necesario, o con cercos epidemiológicos, entre otras. Una vez se pase a una zona de baja transmisión se debe continuar con la localización y manejo exhaustivo de casos y contactos a nivel domiciliario.

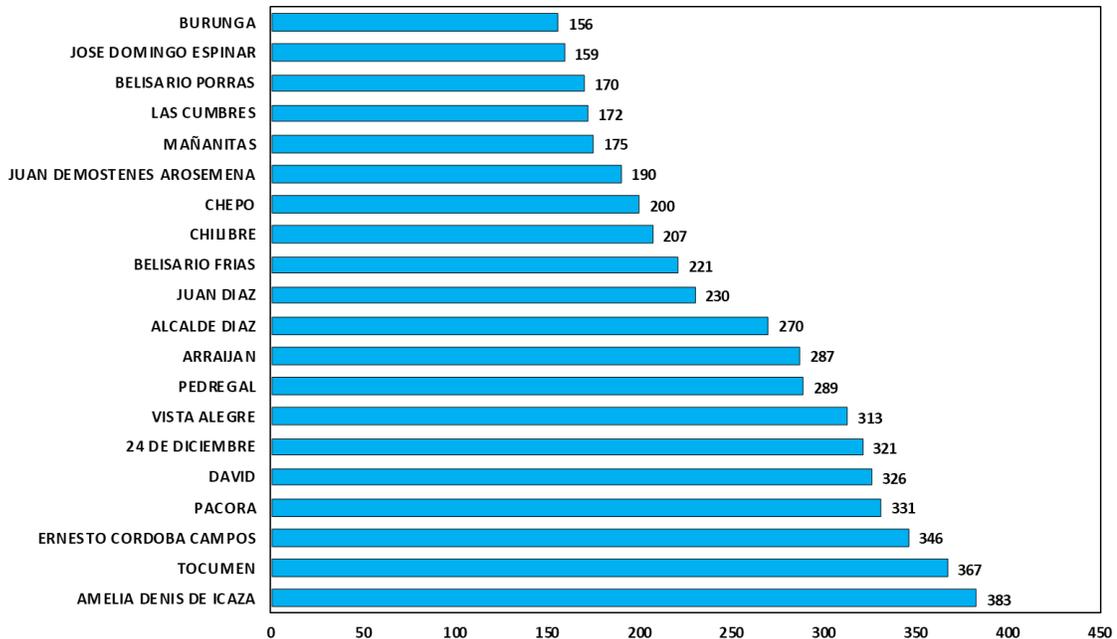
Los corregimientos clasificados en los dos cuadrantes inferiores han logrado limitar o controlar la transmisión del virus, sea a través de cercos sanitarios, puestos de control o acciones de trazabilidad comunitaria, con medidas de aislamiento de casos y cuarentena efectiva de los contactos en la población. Sin embargo, se requiere monitoreo y vigilancia activa para la detección rápida de conglomerados en ambientes laborales y comunitarios para cortar rápidamente las cadenas de transmisión y evitar el surgimiento de brotes o conglomerados de casos.

En el cuadrante inferior izquierdo se encuentran 14 corregimientos con R_t menor a 1, que tienen una población inferior a la mediana de 22.284 habitantes, como lo son: Santa Clara, Capira, Santiago, Paya Leona y el Coco entre otros.

En el cuadrante inferior derecho se ubican 16 corregimientos que también tienen un Rt inferior a 1 pero que tienen más de 22.284 habitantes, entre ellos están: José de Espinar, Amelia Denis de Icaza, David, Ancón y Tocumen.

Entre los corregimientos con mayor número de casos activos (entre 313 y 383) hasta la SE 40 figuran: Amelia Denis de Icaza (San Miguelito), Tocumen (Metropolitana), Ernesto Córdoba Campos, Pácora y David. (figura 28).

Figura 28
Corregimientos con mayor número de casos activos al 4 de octubre 2020



RECOMENDACIÓN TÉCNICA DE LA OPS/OMS

Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud durante la pandemia de COVID-19

La pandemia de COVID-19 ha evidenciado la necesidad de invertir en sistemas de salud basados en una fuerte Atención Primaria en Salud (APS), integral y universal. La APS con enfoque familiar y comunitario, que considere el ámbito territorial y la actuación intersectorial, favorece una prevención y control de la pandemia más eficaz.

En términos generales, una APS fortalecida puede contribuir a reducir la incidencia y prevalencia general de los casos de COVID-19; a disminuir las inequidades en incidencia y prevalencia de enfermedad y muerte y a mitigar el impacto en vulnerabilidad de las medidas de aislamiento social. En ese sentido, para que la estrategia de la APS sea efectiva es preciso que considere un abordaje integral, incluyendo:

- ✓ La vigilancia en salud y el acceso a servicios de prevención y tratamiento.
- ✓ El empoderamiento de las personas, familias y comunidades para enfrentar la pandemia.
- ✓ La promoción de la participación y la autogestión comunitaria, así como el fortalecimiento de las redes sociales de apoyo.
- ✓ La potencialización de la cooperación intersectorial en los territorios.
- ✓ El impulso de la interculturalidad y del respeto por los saberes y prácticas propias de los pueblos étnicos.

Es recomendable que las acciones de vigilancia en salud pública formen parte integral de la estructura y de los procesos locales de la APS con los equipos de salud (extramuros e intramuros). La búsqueda activa de personas con sintomatología de infección respiratoria aguda y sus contactos en los domicilios y comunidades por parte de los equipos de salud es de suma relevancia, sobre todo en la fase de reapertura de la economía. Igual de importante es recuperar en forma oportuna y veraz la información resultante de la vigilancia en salud pública, mediante el debido registro de la captación de datos y su análisis para la toma de decisiones con evidencias. Asimismo, es fundamental mantener y fortalecer las estrategias prehospitalarias tales como: los centros de llamada (ej. 169) o los consultorios virtuales (ej. ROSA) que disminuyen el contacto físico, la propagación del virus y la saturación de los servicios de salud, manteniendo agilidad en la prestación de los servicios y las visitas a los domicilios.

El contexto de pandemia demanda que los equipos de atención primaria en salud vayan más allá de los muros de los establecimientos de salud para realizar visitas puerta a puerta no sólo para la búsqueda activa de casos, educación, aislamiento y seguimiento de los mismos, pero también para dar continuidad a servicios esenciales de salud, tales como: la atención

antenatal, perinatal, del recién nacido y de la primera infancia; los programas de control de salud y preventivos a grupos de riesgos y personas vulnerables; la atención y prescripción a pacientes con enfermedades crónicas y enfermedades transmisibles; la atención a la salud sexual y reproductiva, bien como a los adultos mayores y la salud mental.

En ese sentido, es preciso asegurar al personal del primer nivel de atención condiciones de seguridad, protección, atención de sus necesidades de salud e incentivos para brindar los servicios a las comunidades y poblaciones vulnerables. Al mismo tiempo, es recomendable reforzar las capacidades resolutorias del primer nivel de atención para responder al COVID-19 y asegurar la continuidad de los servicios esenciales para la población, no sólo en las áreas urbanas del país, como también en zonas periurbanas pobres, rurales e indígenas, implementando modalidades alternativas para la atención y dotando al primer nivel de atención con los recursos tecnológicos necesarios para tal fin.

La estrategia de la APS requiere de la participación intersectorial que actúe desde y para las localidades. Es por ello, que se recomienda implementar y mantener mecanismos de coordinación, comunicación, articulación y participación efectivos en la red de servicios públicos para asegurar una atención integral e integrada a las necesidades de las personas, especialmente de los más vulnerables.

Finalmente, pero no menos importante, la corresponsabilidad del sector privado para el control de la pandemia en la fase de reapertura económica es tan esencial como el empoderamiento y la participación organizada de las personas, familias y comunidades. El sector privado debe cumplir todas las orientaciones emanadas por el órgano rector del sistema de salud. Las comunidades en autogestión pueden brindar apoyo y ejercer su rol de control social, necesario para el seguimiento de las acciones del sector público en esta ardua labor de la lucha contra el COVID-19 que requiere de todos.

Ver Anexo 1: Manejo en Atención Primaria del COVID-19

Revisión técnica del acceso a la vacuna contra el COVID-19 mediante el mecanismo COVAX

La Organización Panamericana de la Salud ha acompañado a Panamá en el trabajo de planificación para el acceso a la vacuna contra COVID-19 a través del Mecanismo de Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID-19 (COVAX), trabajando conjuntamente con el Programa Ampliado de Inmunizaciones del Ministerio de Salud para definir todos los criterios de incorporación de la vacuna, teniendo como principal meta la creación de una cartera amplia, diversa y activamente gestionada de vacunas candidatas contra la COVID-19 para potenciar al máximo la probabilidad de éxito de varias candidatas, a fin de disponer de las mejores vacunas y que el suministro sea suficiente y equitativo para los grupos que tienen la máxima prioridad a nivel mundial.

COVAX ha establecido la base sobre la cual participarán las economías autofinanciadas, como es el caso de Panamá y el costo total en el que incurrirán los participantes, basado en tres componentes: costos en fábrica, la prima de acceso/velocidad (opción), y los costos de financiamiento o mitigación de riesgos y de operación, de acuerdo con el mecanismo de vinculación a COVAX que el país participante decida suscribir. Pero se prevé que todos los países participantes paguen el mismo costo total por cada dosis de la vacuna independiente de su vinculación a COVAX.

En ese sentido, Panamá ha establecido el “**arreglo de compra comprometida**” con el cual deberán indicar el número absoluto de dosis que desean comprar mediante el mecanismo, y que corresponde al porcentaje de población del país que se trata de cubrir (considerando un régimen de dos dosis).

Los participantes pueden comprometerse a comprar dosis para cubrir entre 10% y 50% de su población a través del Mecanismo, con lo que el país contraerá un compromiso financiero vinculante por el monto comprometido y a cambio el Mecanismo se esforzará por obtener el número de dosis elegido en nombre del participante a la mayor brevedad posible, **sujeto a disponibilidad**.

La meta del COVAX es, para fines de 2021, distribuir 2000 millones de dosis de vacunas seguras y eficaces que hayan logrado la autorización reglamentaria o la precalificación de la OMS. Estas vacunas se ofrecerán equitativamente a todos los países participantes, de forma proporcional a su población.

Para la distribución más justa y debido a que la disponibilidad es limitada en principio, se priorizarán los grupos de población en riesgo, los cuales se definirán en función del objetivo de la vacunación:

- a) proteger el sistema de salud y permitir la continuidad de los servicios de salud esenciales (probablemente incluya a trabajadores esenciales, incluidos los trabajadores de salud),
- b) reducir la morbilidad grave por COVID-19 y la mortalidad en grupos de alto riesgo (adultos mayores de 65 años y otros adultos de alto riesgo con enfermedades subyacentes);
- c) reducir la transmisión (vacunación de adultos jóvenes).

En el caso de Panamá que ha solicitado dosis para cubrir más del 20% de su población, el excedente será recibido después que todos los demás participantes autofinanciados también hayan recibido las dosis en una cantidad suficiente para alcanzar una cobertura del 20% o alcancen la cantidad elegida (si es inferior al 20%). Para la disponibilidad de las vacunas se aplicará la Autorización para uso en emergencias o lista de uso en emergencias de la OMS.

La transparencia en los ensayos clínicos, las negociaciones de precios y las inversiones en investigación y desarrollo son de suma importancia para garantizar un acceso equitativo y justo a las vacunas.

El mecanismo permanecerá en funcionamiento durante un período inicial de hasta tres años para facilitar el suministro en el marco de los acuerdos de compromisos y un período adicional, dependiendo del acuerdo celebrado entre la Oficina del Mecanismo COVAX y los países participantes.

Ver nota completa en: [Acceso a la vacuna contra el COVID-19 mediante el mecanismo COVAX](#)

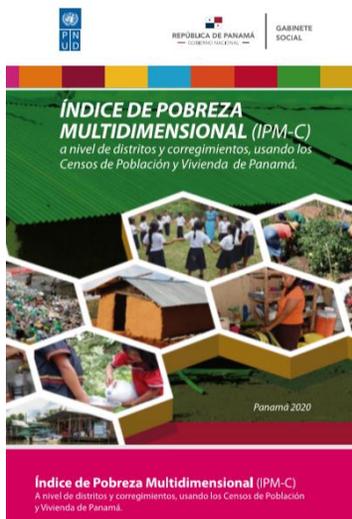
[Preguntas frecuentes sobre las vacunas candidatas contra la COVID-19 y mecanismos de acceso](#)

RESPUESTA A POBLACIONES VULNERABLES

La Dirección General del Sistema Penitenciario del Ministerio de Gobierno reporta 2.154 casos confirmados hasta el 1 de octubre, con un descenso en la cantidad de nuevos casos (20 casos nuevos) en la última semana. Se reportan casos por primera vez en el Centro de Custodia de Pacora (25 casos confirmados) y nuevos casos en los centros penitenciarios de La Joya (1) y Bocas del Toro (1). El resto de los centros penitenciarios no han notificado casos nuevos. Del total de casos registrados, 287 son casos activos, concentrados en 7 instalaciones. No hubo variaciones en el número de fallecimientos (6). <http://www.mingob.gob.pa/comunicado-cuadro-estadistico-covid-19/>

Centro	Positivos Total	Recuperados	Positivos Activos	Hospitalizados	Defunciones
La Nueva Joya	379	379	–	–	–
Santiago	313	312	–	–	1
Chiriquí	252	251	–	–	1
Cefere	218	218	–	–	–
Tinajita	150	150	–	–	–
Aguadulce	110	110	–	–	–
Nueva Esperanza	32	32	–	–	–
Transición Tocumen	15	15	–	–	–
Transición La Chorrera	16	16	–	–	–
Los Algarrobos	1	1	–	–	–
La Joya	64	63	1	–	2
Bocas del Toro	22	21	1	–	–
La Joyita	31	30	1	–	1
Las Tablas	151	150	1	–	–
El Renacer	143	116	26	–	1
Chitré	232	–	232	–	–
Centro custodia Pacora	25	–	25	–	–
Total	2,154	1,864	287	0	6

Nota: *Los casos de La Joya y La Joyita, los hisopados se realizaron en el Santo Tomás (defunciones).
 *Las hospitalizaciones se contabilizan en el renglón de casos positivos activos.
 *Los 25 que están en Pacora, son primeros ingresos de Panamá Oeste y se les detectó COVID-19 antes de estar a órdenes del Sistema Penitenciario.



El [Decreto Ejecutivo 367 de 30 de septiembre de 2020](#), por el cual Panamá adopta el Índice de Pobreza Multidimensional a Nivel de Corregimientos (IPM-C) fue firmado por el presidente de la República. Con este se podrán identificar las más importantes carencias que ocurren simultáneamente en los corregimientos del país y con el cual se busca dirigir las acciones hacia las áreas más vulnerables.

Con este indicador se han reconocido 100 corregimientos del país que presentan las mayores necesidades y en los cuales se desarrollarán proyectos y programas orientados a mejorar sus condiciones. Este Índice fue construido con el apoyo técnico del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

El gobierno también presentó fue la lista de los 50 corregimientos priorizados del [Plan Colmena](#) en tiempos de pandemia, para la cual se tomaron como referencia la accesibilidad, presencia institucional, niveles de pobreza y niveles de contagios de COVID-19 en estos corregimientos.

El Plan Colmena es un acelerador de la Agenda 2030 que beneficia a ciudadanos humildes del Panamá Rural Agrícola, Panamá de las Comarcas y el Panamá de los Barrios, que han sido afectados por la pandemia. [MIDES-Gabinete Social](#)





ACCIONES DE GOBIERNO Y DEL SECTOR SALUD

- A partir del lunes 12 de octubre se iniciará la reapertura y reactivación de la Aviación Internacional en la República de Panamá, de acuerdo con la [Resolución N°150-DG-DJ-AAC del 23 de septiembre de 2020](#). En esta se detalla que deben cumplirse todos los protocolos establecidos por el MINSA en el [Decreto Ejecutivo 1089 de 23 de septiembre de 2020](#), que establece las medidas sanitarias para las personas nacionales, residentes o extranjeros que ingresen a la República de Panamá, mientras se mantenga el Estado de Emergencia Nacional y que estará condicionada a la evolución de la COVID-19 en Panamá, en consonancia con lo señalado en el documento [“Consideraciones para reanudar el tráfico internacional no esencial en el Caribe, en el contexto de la pandemia de COVID-19”](#) en el que la OPS/OMS enfatiza que la reanudación de los viajes internacionales entrantes no esenciales no se exime del riesgo de importar el virus SARS-CoV-2, y menciona que la decisión de realizar esta reanudación *“debe ser gradual y dinámica en términos de ajustar las restricciones”*. En ese mismo sentido, la OPS, en el documento [Reanudación de los viajes internacionales no esenciales en el contexto de la pandemia de COVID-19-Asesoramiento sobre el uso de pruebas relacionadas con COVID-19](#), brinda consideraciones para apoyar a los países en el proceso de toma de decisiones relacionadas a la reanudación de los viajes internacionales no esenciales en el contexto de la pandemia y recomienda acciones clave para mitigar el riesgo de propagación internacional del virus. Además, resalta el *“...uso potencial de las pruebas relacionadas con COVID-19, destacando los desafíos biológicos, técnicos y epidemiológicos primarios; así como restricciones secundarias de naturaleza legal, operativa y relacionada con los recursos”*.
- La Embajada de Canadá en Panamá y Scotiabank han donado un hospital de campaña con 16 camas, que será utilizado para atender a pacientes con problemas respiratorios en el Hospital Irma de Lourdes Tzanetatos que actualmente funciona bajo la categoría de “No COVID-19”, reforzando la capacidad hospitalaria del sistema de salud. [hospital-campana-en-el-hospital-irma-de-lourdes-tzanetatos](#)
- El Ministerio de Salud inauguró el primer Centro de Orientación y Capacitación de la COVID-19, ubicado en un centro comercial de la ciudad capital, en el que se orientará y capacitará a los visitantes del centro comercial en temas relacionados con la prevención, la afectación por la enfermedad, secuelas, complicaciones y de qué manera se puede detectar oportunamente. [Centro de orientación y capacitación](#)



Según ha declarado la OMS, el brote de COVID-19 y su respuesta han estado acompañadas de una cantidad excesiva de información -no siempre correcta- que dificulta que las personas encuentren fuentes confiables y orientación fidedigna cuando las necesitan (infodemia), dando paso a la desinformación y los rumores. Es por esto que en la hoja informativa [Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra la COVID-19](#) se destaca que “el acceso a la información correcta en el momento oportuno y en el formato correcto ¡ES DECISIVO!”, y se menciona cómo está haciendo frente la OMS a la infodemia durante la pandemia de COVID-19.



RESPUESTA DE LA OPS/OMS EN PANAMÁ

- Colaboración al Ministerio de Salud- MINSa brindando herramientas de autocuidado de la salud mental y el bienestar a funcionarios de entidades públicas en el marco de la Semana del Bienestar.
- Se colabora con el MINSa para apoyar el desarrollo del Sistema de Vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave, en contexto de Pandemia de la COVID-19.
- Revisión y finalización de los documentos técnicos: “ORIENTACIONES PARA LA APLICACIÓN DE OXIGENOTERAPIA Y USO DE CONCENTRADORES DE OXÍGENO EN HOSPITALES EN PACIENTES CON COVID-19”, “Hoja informativa sobre Concentradores de Oxígeno” que se entregarán como parte de una donación de estos equipos a instalaciones hospitalarias de todo el país.
- Promoción de la Plataforma Global de Datos Clínicos COVID-19 de la OMS para que hospitales de Panamá participen de este proyecto.
- Coordinación y asesoría técnica para la elaboración de un proyecto de cooperación (ACNUR-OPS-MINSa) para la atención médica integral y con enfoque preventivo que brinde cobertura a la población migrante y a ciudadanos de comunidades de acogida.
- Apoyo técnico y coordinación interinstitucional para la mejora de la calidad y pertinencia cultural de la prestación de servicios de salud ante el COVID-19 en los territorios con poblaciones indígenas, incluyendo producción de protocolos, adquisición de EPP y equipos médicos, capacitaciones a trabajadores de salud, discusiones e intercambios sobre agentes tradicionales de salud y medicina tradicional.
- Los estudiantes del Programa del Doctorado en Enfermería, con énfasis en Salud Internacional, de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá, con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, han desarrollado el **“Curso Virtual de Cuidado a Pacientes con COVID 19 en estado Crítico”**, el cual se lanzará oficialmente el lunes 12 de octubre a la 1:00 pm (Hora de Panamá).

[Enlace para el lanzamiento](#). Este curso consta de dos versiones: “*Enfermería en el abordaje y manejo del paciente adulto con SARS-COV2 en estado crítico*” y “*Enfermería en el abordaje y manejo del paciente pediátrico con SARS-COV2 en estado crítico*”, y estarán dirigidos a enfermeras y enfermeros generales sin especialidad, que se encuentran laborando en los Hospitales destinados a la atención de los pacientes con COVID 19 en el país.

- En el marco de la Campaña de la Cinta Rosada contra el Cáncer de mama, que este año lleva como lema: Uniendo fuerza contra el cáncer, y en el contexto de la pandemia por COVID-19, la OPS/OMS apoya al Ministerio de Salud facilitando el acceso para realizar seminarios virtuales cada miércoles durante el mes de octubre. Estos serán impartidos por profesionales del Instituto Oncológico Nacional.

REFERENCIAS

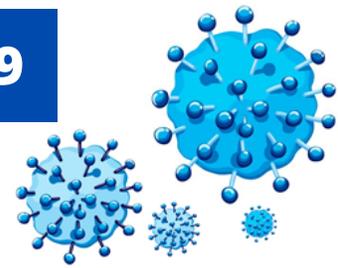
1. Ministerio de salud de Panamá. www.minsa.gob.pa
2. Comunicado 225 del Ministerio de Salud. <http://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-225>
3. Comunicado 224 del Ministerio de Salud. <http://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-224>
4. Conferencias diarias de prensa del Gobierno Nacional de Panamá. https://www.facebook.com/watch/live/?v=861224491053419&external_log_id=83d205912161db87f26d5a367b52cac8
5. Instituto Conmemorativo Gorgas.
6. [Cronología de actuación ante COVID19 en Panamá](#)
7. [COVID-19 en Panamá: Información y recursos:](#) <https://panama.campusvirtualsp.org/covid-19>
8. [Informes de Situación para COVID-19 de Panamá:](#) <https://www.paho.org/es/taxonomy/term/1066>
9. Casos de COVID-19 por semanas epidemiológicas y corregimientos de Panamá: <https://public.flourish.studio/visualisation/3376465/>
10. Lancet COVID-19 Commission Statement on the occasion of the 75th session of the UN General Assembly. Published Online September 14, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31927-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31927-9). [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31927-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31927-9/fulltext)

Anexo 1:

MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL COVID-19

Manejo en Atención Primaria del COVID-19

Recomendaciones generales



Colocar información visual sobre higiene de manos y respiratoria



Usar obligatoriamente mascarilla



Disponer de dispensadores de solución de gel alcoholado y basureros

Reducir las aglomeraciones y aumentar espacios entre pacientes

Circuito separado para atención de sospechas de COVID-19

- Promocionar consultas telefónicas 169 (con citas para la atención presencial en instalación de red primaria) y el uso de dispositivos como ROSA.
- Adaptar salas de espera para que se guarde el distanciamiento físico de 2mts entre los pacientes.
- Limitar cantidad de personas en salas de espera, sin acompañantes salvo: dependiente, menor de edad o cuidador quienes también deben portar mascarilla.
- Entrada de la instalación: toma de temperatura, disponibilidad de: mascarillas, gel alcoholado y basurero para desechos.
- Triage respiratorio: área destinada para pacientes con síntomas respiratorios, manteniendo el distanciamiento físico de 2mts, (ej. Módulos de triage).

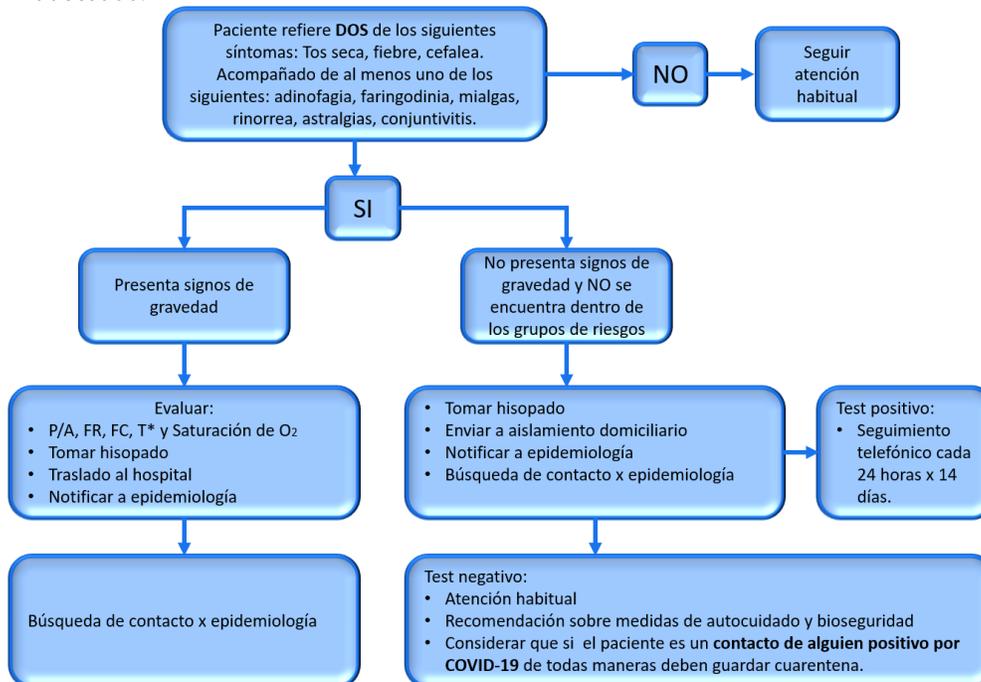
Identificación y manejo de casos

En pacientes sospechosos se realizará la toma de muestra (hisopados): 1. En la instalación de salud; 2. En el domicilio por un Equipo de Respuesta Rápida (ERR); 3. En los auto rápidos por medio de cita.



En las instalaciones de Salud

- En la entrada, tomar temperatura, revisar el cumplimiento del uso correcto de la mascarilla y proporcionar gel alcoholado. (En caso que la mascarilla del paciente esté en mal estado, se le debe ofrecer una nueva mascarilla).
- Dirigir el paciente al área de atención respiratoria.
- Evaluar síntomas respiratorios o sospechosos de COVID-19, estado clínico y comorbilidades con el equipo de protección personal adecuado.



SIGNOS DE GRAVEDAD

- Temperatura > de 38.5
- Disnea
- Opresión o dolor en el pecho
- Sibilancias
- Cianosis
- Vómitos
- Diarrea persistentes
- Síntomas neurológicos

GRUPOS DE RIESGO

- Personas de 60 años y más
- Embarazadas o puérperas
- Personas con discapacidad

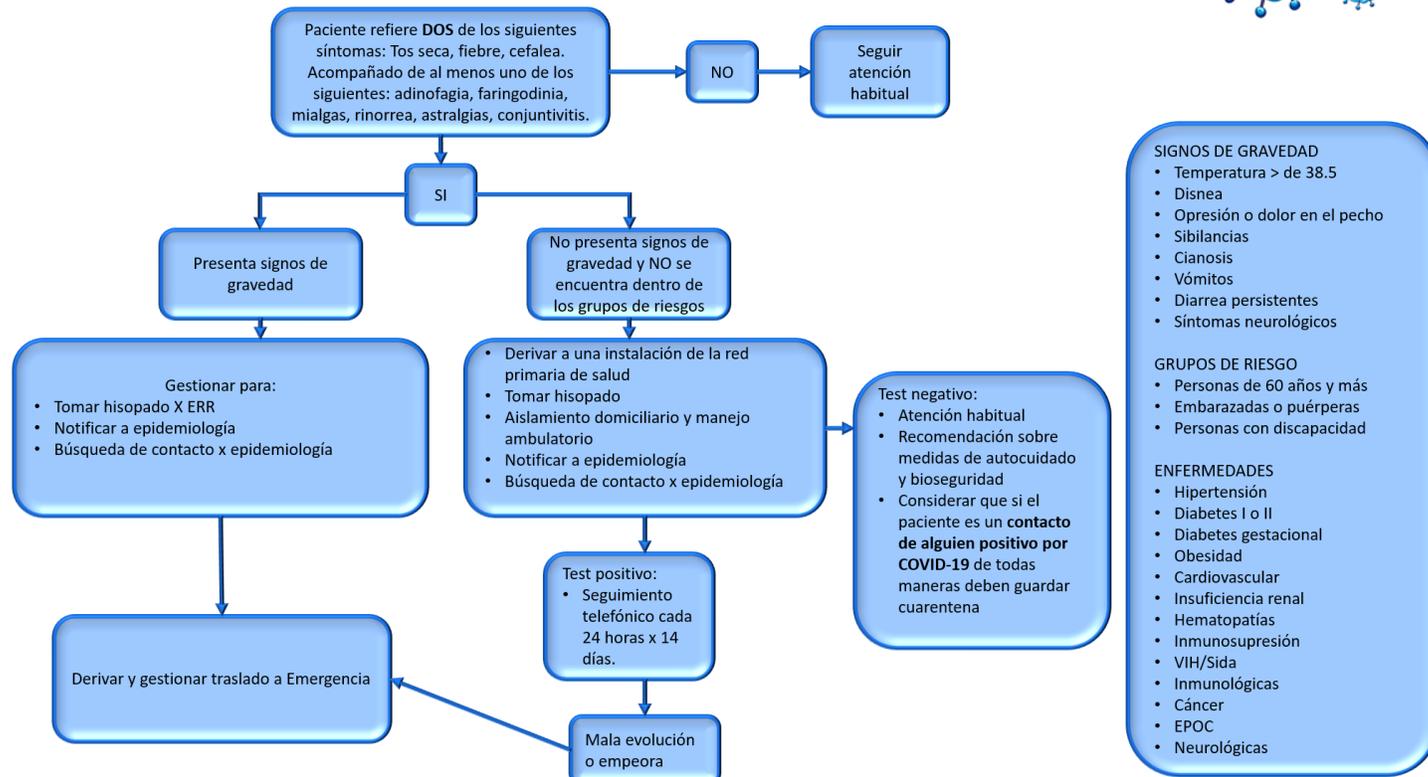
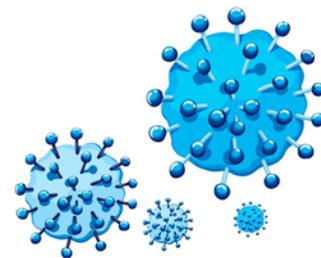
ENFERMEDADES

- Hipertensión
- Diabetes I o II
- Diabetes gestacional
- Obesidad
- Cardiovascular
- Insuficiencia renal
- Hematopatías
- Inmunosupresión
- VIH/Sida
- Inmunológicas
- Cáncer
- EPOC
- Neurológicas

Identificación y manejo de casos



Captación por Vía Telefónica



En la atención domiciliaria: domicilio u hotel-hospital



Requerimientos para manejo domiciliario: a) Caso leve sin comorbilidades, b) Asegurar las condiciones para el aislamiento, c) Disponer de comunicación telefónica.

De no cumplir con condiciones de aislamiento en domicilio debe ser evaluado para envío a hotel-hospital o albergue, para así evitar complicación y a su vez proteger a la familia evitando la propagación del virus a través del aislamiento efectivo.

Informarle al paciente que en el hotel-hospital o albergue será atendido por médicos, enfermeras, técnicos en la salud, equipo administrativo y de seguridad las 24 horas.

Además, tendrá todas las comodidades: 3 comidas al día, agua, aire acondicionado, baño con agua caliente, televisión con cable e internet inalámbrico.

Notificarle al paciente que estará hospedado por 14 días desde la prueba del hisopado hasta 28 días en casos especiales. (Dependiendo de su evolución). De igual forma, comunicarle que podrá retirarse antes si lo desea, para seguir cumpliendo con el aislamiento en casa hasta que le den de alta.



Recomendar las medidas de prevención sanitarias:

Mantener el distanciamiento físico de 2mts



Uso correcto de la mascarilla



Lavado frecuente de manos



Utensilios exclusivos del paciente

