

Ministerio de Salud Pública
Dirección General de la Salud

DIRECTIVAS DEL MANEJO DEL SARS

(SINDROME RESPIRATORIO AGUDO GRAVE)

Grupo de Trabajo Multidisciplinario
para el Manejo del SARS

Uruguay. Julio 2003

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Conrado Bonilla
Ministro de Salud pública del Uruguay

Cr. Milton Pesce
Subsecretario del Ministerio de Salud Pública del Uruguay

Dr. Diego Estol
Director General de la Salud

Dr. Julio César Vignolo Ballesteros
Subdirector General de la Salud

Coordinación General y Redactores

Prof. Adj. Dr. Julio Vignolo Ballesteros

Prof. Dra. Nelly Murillo

Prof. Dr. Eduardo Savio Larriera

Dra. Beatriz Silva

Dr. Juan C. Rodríguez Nigro

LE. Nancy González

Miembros:

Por el Ministerio de Salud Pública

Dra. Irene Cavallini	DIGESA
Prof. Adj. Dra. Raquel Rosa	División Salud de la Población
Dr. José Russi	Dpto. de Laboratorios
Dr. Sergio Curto	Dpto. de Epidemiología
Dr. Mario Vilar	Sanidad de Fronteras
Dra. Maria Savio	Unidad de Vigilancia Epidemiológica
Dra. María del C. Fontans	Emergencia Hospital Pasteur
Dr. Andrew Miller	Servicio Nacional de Sangre
Dr. Hugo Guillén	SSAE
Dr. Agustín Bidmar	SSAE

Por la Facultad de Medicina

Prof. Dra. Ivonne Rubio	Clínica Pediátrica "C"
Prof. Dra. Marta Alberti	UCIN
Prof. Adj. Dr. Alvaro Díaz	Clínica Médica
Prof. Dr. Mario Cancela	Centro de Terapia Intensiva
Prof. Dr. Augusto Muller	Hospital de Clínicas
Prof. Agdo. Dr. Luis Piñeyro	Cátedra de Neumología
Prof. Agdo. Dr. Víctor Tonto	Hospital de Clínicas
Prof. Dr. Guido Berro	Cátedra de Medicina Legal

Por otros Organismos

Prof. Agdo. Roberto Salvatella	Consultor Nacional
Prof. Agda. Dra. Liliana Etchebarne	Consultora OFDA/USAID
LE Teodora Cabrera	Casa de Galicia/CEDU
LE Annalet Viera	CEDU
LE Lía Fernández	INDE
LE María Inés Wider	INDE
LE Roxana Berriel	CEDU
Dr. Gabriel Pombo	Emergencia Hospital Policial

INTRODUCCIÓN

En marzo del corriente año la OMS declara oficialmente la aparición de una enfermedad transmisible emergente, el SARS (Síndrome Agudo Respiratorio Severo), la primera enfermedad emergente del Siglo XXI en el mundo.

De esta nueva enfermedad no se conocían en forma precisa su agente, su cadena de transmisión ni su tratamiento y los datos que se obtenían a diario eran sumamente dinámicos y cambiantes.

Sólo la dedicación y el trabajo de muchos profesionales en el mundo lograron confirmar y descartar distintas hipótesis que permitieron conocer nuevos aspectos de este Síndrome.

El Ministerio de Salud Pública del Uruguay, dentro de los lineamientos trazados en su Política de Prevención y Protección a la Población, tomó las medidas que creyó necesarias e imprescindibles para evitar el ingreso del SARS al país.

Con el objetivo de lograrlo sin olvidar ningún aspecto del amplio escenario de la Salud, se convocó a todas las disciplinas involucradas en la respuesta a este desafío, anticipándose de esta forma al impacto Sanitario, Social y Económico que tendría este Síndrome en nuestro país.

Este equipo multidisciplinario planteó las estrategias para evitar el ingreso de la enfermedad al país, así como estableció la planificación de una respuesta en caso de que ésta ingresara.

Hoy no podemos confiar que el mundo esté libre del SARS, podemos pensar que está controlado, pero sin dejar de estar alertas en la Vigilancia Epidemiológica y expectantes frente a la aparición de nuevas enfermedades “emergentes”.

Dr. Diego Estol
Director General de la Salud

Índice	Página
1. CONSIDERACIONES CLÍNICAS	
1.1. Entorno epidemiológico	
1.2. Manifestaciones clínicas	
1.3. Paraclínica	
1.3.1. Estudios virológicos	
1.3.2. Estudios bacteriológicos	
2. Identificación primaria (Triage) de casos probables y manejo	
2.1 Recomendaciones para el manejo de las personas	
2.2 Flujograma de clasificación de pacientes ambulatorios	
3 Transporte de los pacientes	
4 Internación de los pacientes	
4.1 Ingreso a sanatorio para aislamiento	
4.2 Tratamiento como neumonía grave	
5 Medidas de aislamiento y manejo de materiales	
5.1 Desinfección terminal del área de internación	
5.2 Procesamiento del material utilizado en paciente con	
5.3 Material e instrumental utilizado en	
6 Medidas de traslado	
7 Flujograma del paciente con SARS, dentro de la institución	
8 Bioseguridad de contactos en personal de salud	
9 Limpieza de unidades de traslado	
10 Medidas de bioseguridad para el funcionario actuante	
11 Desinfección terminal del área de internación	
12 Flujograma de desinfección terminal hospitalaria	
13 Cuidados domiciliarios	
14 SARS y la selección de donantes	
14.1 Escenario (A)	
14.2 Escenario (B)	
14.3 Escenario (C)	
14.4 El SARS y la transfusión	
14.5 El SARS y los hemoderivados	
14.6 Descarte de unidades de sangre con posibilidad de	
14.7 Transmisión transfusional de SARS	
14.8 El SARS y el personal del servicio de sangre	
15 Directivas de Sanidad de Fronteras	
15.1 Aeropuertos	
15.2 Puertos	
15.3 Puntos de frontera o terminal terrestre	
15.4 Situaciones especiales	

- 16. Aspectos jurídicos
- 17. Plan de Operaciones
 - 17.1 Fases del Plan
 - 17.2 Comando del Incidente (CI/SARS)
 - 17.3 Centro Operativo de Emergencia (COE/SARS)
 - 17.4 Flujograma de comunicaciones
- 18. Anexos
 - 18.1 Ficha de catastro de salud del viajero
 - 18.2 Ficha guía para selección de pacientes cursando SARS
 - 18.3 Criterios clínico-epidemiológico-paraclínicos para la selección de pacientes candidatos a estar cursando SARS

1. CONSIDERACIONES CLÍNICAS

El SARS (Síndrome Agudo Respiratorio Grave) es una enfermedad emergente que aparece en el sudeste asiático en noviembre del 2002, pero que se identifica claramente como una nueva enfermedad a partir de febrero del 2003, siendo el elemento más relevante en buena parte de los casos, su presentación como una neumonía atípica.

El diagnóstico al momento actual es por exclusión y se alcanza considerando:

- ✍ El entorno epidemiológico
- ✍ Las manifestaciones clínicas
- ✍ Exámenes paraclínicos inespecíficos de apoyo al síndrome y de descarte de otros agentes etiológicos que puedan ser responsables de una clínica similar.

1.1. Entorno epidemiológico

- ✍ Se considera zona con alto número de casos y de alto riesgo para SARS: China, región administrativa de Hong Kong y Singapur. En todos ellos se pudo comprobar cadenas locales de transmisión. Recientemente, el Reino Unido comunica 3 casos de transmisión local de SARS, todos en Londres, Estados Unidos reporta igual situación sin consignar el número de casos. De todas formas, dicho número en los Países mencionados es bajo y no hacen aun considerar de alto riesgo a ninguno de los dos según consideraciones de OPS-OMS.
- ✍ La persona candidata a sospecha de caso de SARS tiene que haber salido de esas regiones entre los 2 y 10 días previos a la consulta. Estos plazos pueden extenderse en el tiempo en aquellas situaciones de transportes marítimos, cuando el contagio desde un caso a un huésped se produce durante la travesía.
- ✍ Se jerarquizará si hubo allí, o en zonas de tránsito, contacto conocido con casos de SARS, no siendo este punto imprescindible, ya que el contacto pudo pasar desapercibido.
- ✍ Desde el inicio se postuló una etiología viral, habiéndose identificado por técnicas de biología molecular en secreciones respiratorias de algunos pacientes en Hong Kong y Canadá un coronavirus. En la segunda semana de abril el Equipo Secuenciador del C.D.C ya emitía comunicados referentes a la secuencia genómica de los coronavirus aislados y en estudio en ese Centro. El 17 de marzo la O.M.S convocó a 11 laboratorios de 9 países a trabajar cooperativamente en un proyecto para alcanzar un diagnóstico etiológico. El 15 de abril, en Ginebra, la OMS informa las conclusiones de los laboratorios participantes, concluyendo que el causante del SARS es un nuevo coronavirus. La transmisión es predominantemente por vía aerógena, y en consecuencia, las medidas preventivas prioritarias son las destinadas a minimizar la transmisión por dicha vía. De todas formas, se ha podido aislar el coronavirus también en orinas y heces, lo que a nivel de hipótesis lleva a pensar en otras posibles vías de transmisión, incluso la contaminación de aguas con los referidos elementos.
- ✍ La tasa de letalidad ha ido variando entre 3 y 8%. Es edad – dependiente y mayor cuanto más avanzada sea la edad de la persona.

1.2. Manifestaciones clínicas

Es un síndrome con manifestaciones inespecíficas dentro de las cuales se ha comunicado en forma precoz el inicio brusco de fiebre acompañada por mialgias, odinofagia, cefaleas. Puede comprobarse con cierta frecuencia diarrea y vómitos, no siendo estos elementos dominantes. Rápidamente se incorporan tos seca, disnea, eventualmente dolor torácico. Las formas de mayor gravedad evolucionan al distress respiratorio.

En algunas comunicaciones iniciales de descripción de casos clínicos de pacientes en Canadá y Hong Kong destacan del examen físico la presencia de estertores húmedos. La franja etárea de mayor incidencia es a de 40 a 80 años. Se destaca la baja prevalencia de los casos pediátricos. Al momento actual la tasa de letalidad es 3.9%.

Dado lo proteiforme de las manifestaciones clínicas y siguiendo criterios internacionales, debe adoptarse una definición de caso a los efectos que los clínicos puedan alcanzar niveles homogéneos de sospecha diagnóstica y proceder en consecuencia. Uruguay está haciendo uso de criterios internacionales para la definición de caso, emanados de C.D.C.

Al 29 de marzo de 2003, los niveles de definición son los siguientes:

Definiciones: Caso sospechoso

I. Paciente cursando enfermedad respiratoria que se inició luego del 1° de febrero del 2003, con una etiología no identificable y que asocia:

A) Fiebre > 38°C y

B) Uno o más elementos de la esfera respiratoria;

- Tos

- Disnea

- Hipoxemia y;

C) Haber iniciado los síntomas dentro de los últimos diez días de un viaje a zona epidémica, o bien

D) Haber tenido un contacto estrecho¹ con personas con enfermedad respiratoria que han viajado a áreas epidémicas o con personas cursando casos sospechosos de SARS.

II. También se considera como caso sospechoso la persona con una afección respiratoria idiopática que le cause la muerte, con posterioridad al 1° de febrero de 2003, a la que no se le ha practicado autopsia y que presente una o más de las características ya mencionadas (C y D).

¹ El contacto estrecho es definido por el CDC como el haber cuidado a una persona considerada como caso sospechoso o probable de SARS, haber convivido con ella, o haber tenido contacto directo con sus secreciones respiratorias o fluidos corporales.

Caso probable

Se definen como casos probables, los pacientes que reúnen criterios de "caso sospechoso" y que asocien evidencias radiográficas de neumonía o de distress respiratorio.

Es igualmente categorizado como caso probable, el de una persona con caso sospechoso que muere por enfermedad respiratoria inespecífica y que en la autopsia se comprueban hallazgos compatibles con distress respiratorio.

Zonas de riesgo

Se denominan *zonas de riesgo* aquellas áreas geográficas con casos comunicados de transmisión local: Taiwan y Toronto (Canadá). Datos al 30/06/03

1.3. Paraclínica

La paraclínica, hasta el momento actual, es inespecífica y la sumatoria de hallazgos podrá orientar la sospecha diagnóstica:

- ✍ Hemograma: Muestra en etapas precoces linfopenia. Posteriormente, y coincidiendo con la aparición de claras manifestaciones respiratorias, hasta la mitad de los pacientes presentan leucopenia y trombocitopenia;
- ✍ LDH: por encima de los límites superiores a la normalidad;
- ✍ Funcional hepático: es posible observar aumento de TGO y TGP;
- ✍ Gasometría: Hipoxemia;
- ✍ Radiografía de Tórax: con aparato portátil, en la zona de aislamiento, con placa y portátil protegido.
- ✍ Suele mostrar infiltrados intersticiales bilaterales, siendo este patrón de neumonía atípica el más orientador al síndrome, por lo menos en los primeros casos descritos. Recientemente y en forma aislada, algunos pacientes se han presentado con foco condensante u opacidad con broncograma aéreo, e incluso derrame pleural. La escasa información disponible no permite definir un patrón radiológico característico. A pesar de las alteraciones mencionadas, también la enfermedad puede darse con un patrón radiológico normal durante toda la evolución o durante la fase prodrómica febril.

Diagnóstico etiológico

En la actualidad, no se cuenta con un procedimiento de laboratorio que permita el diagnóstico etiológico del SARS en la práctica clínica asistencial. Sin embargo, la similitud de la sintomatología con la producida por otros agentes (virus o bacterias) seguramente hará plantear diagnósticos diferenciales.

Recientemente el C.D.C y otras redes de Laboratorio obtienen una reacción en cadena de polimerasa (PCR) apta para la identificación del coronavirus agente del SARS. También se está desarrollando un ELISA y una técnica de inmunofluorescencia (IF). La serología evidencia AC pero aproximadamente a 21 días de ocurrida la infección, y, en consecuencia, muchas veces en forma diferida a la presencia de manifestaciones clínicas. Tanto el PCR como ELISA e IF no están disponibles aún para uso convencional en laboratorios.

Dadas las recomendaciones internacionales sobre los niveles de bioseguridad requeridos para el manejo de las secreciones respiratorias y teniendo en cuenta que no es posible contar con ellas en la mayoría de los establecimientos sanitarios de nuestro medio, el Ministerio de Salud Pública ha dispuesto, para aquellos que lo requieran, la posibilidad de realizar los exámenes para investigación de bacterias y virus en secreciones respiratorias en forma centralizada. Esta actividad se llevará a cabo, por razones de bioseguridad, en los Laboratorios de la Comisión Honoraria de la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes, con personal del Departamento de Laboratorios.

A los efectos de disponer de este servicio de diagnóstico, los interesados podrán enviar las muestras al Departamento de Laboratorios del Ministerio, de Lunes a Viernes de 8:00 a 18:00 horas; Sábados, Domingos, feriados y días de semana luego de la hora 18:00, se deberá llamar al teléfono 099 610 031, a los efectos de coordinar la entrega de los materiales.

El Departamento de Laboratorios realizará los siguientes estudios:

1.3.1 Estudios virológicos:

Materiales: Aspirados nasofaríngeos, hisopados nasofaríngeos, lavados bronquio-alveolar, secreciones traqueales.

Investigación de virus: Influenza A y B, parainfluenza 1,2,3,, virus respiratorio sincial, y adenovirus.

Método: inmunofluorescencia.

1.3.2 Estudios bacteriológicos:

Materiales: secreciones traqueales, expectoración o lavado bronquio-alveolar.

Investigación de patógenos bacterianos.

Método: Directo y cultivo, investigación de BAAR (baciloscopía y cultivo) si el médico lo solicita.

OBSERVACIONES:

Además de las secreciones respiratorias necesarias para la realización de los estudios precedentes, se solicita el envío de una muestra de sangre sin anticoagulante (5 ml en tubo seco y estéril) del período agudo y otra muestra 15 -20 días después.

Los estudios paraclínicos de bioquímica y controles hematológicos, deberán ser realizados en el centro de internación.

2. IDENTIFICACIÓN PRIMARIA DE CASOS Y MANEJO EN CENTROS ASISTENCIALES

- ✍ El objetivo será realizar una clasificación dentro de la población de usuarios que solicitan asistencia médica ambulatoria (servicios de emergencia, centros asistenciales primarios, policlínicas zonales, médicos de radio, servicios de urgencia y emergencias móviles.) identificando aquellos “casos sospechosos” con posibilidad de estar cursando el SARS, con la finalidad de implementar las medidas de aislamiento y tratamiento correspondientes.
- ✍ Esta clasificación primaria e identificación se realizará en el lugar de registro o solicitud de la asistencia médica (ventanilla de registro para atención, emergencias móviles, solicitud de médico de radio ó médico de urgencia a través de recepcionista telefónica) por parte del funcionario administrativo (o el que la institución defina a tales efectos) interrogando acerca del motivo de la consulta, y en el caso de que lo hiciera por uno o mas de la sintomatología compatible con SARS (fiebre, tos, expectoración, dolor de garganta, disnea, mialgias y/o cefalea) interrogará acerca de viajes a zonas de riesgo o contactos posibles con personas que cursen un SARS.
- ✍ Identificado como “caso sospechoso” se volcará la información recabada en el formulario ANEXO 2, ítems A, B y C.
- ✍ En el caso de recepción del llamado en forma telefónica, la recepcionista avisará al profesional actuante para que realice el llamado con las medidas proteccionistas ya determinadas.
- ✍ En caso de realizarse la clasificación primaria en puerta de Emergencia el paciente será conducido al sector asignado por el Centro Asistencial para valoración médica (*Área para atención de casos sospechosos o probables de paciente ambulatorios*), donde será atendido por médico, quien

completará el volcado de datos en el formulario ANEXO 2, determinando la referencia del paciente de acuerdo al flujograma establecido (2. RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE PACIENTES).

Los acompañantes del paciente no ingresarán a ésta área quedando fuera del circuito.

- ✍ Es conveniente evitar los desplazamientos del paciente a través del edificio, preferentemente debe realizarse por fuera.
- ✍ Desde el momento del registro y de su clasificación como caso sospechoso o probable, el usuario (y sus acompañantes, si los hubiere) deberá usar tapabocas de alta eficacia durante todos sus desplazamientos.
- ✍ Se recomienda que el personal administrativo que atiende ventanilla de registros utilice también medidas de protección personal cuando se registre a un paciente febril, con síntomas respiratorios que manifiesta venir de zona de riesgo o haber tenido contacto con SARS.

2.1 Área de atención de casos sospechosos

- ✍ El Hospital, Centro asistencial o Institución, definirá un sector de la planta física a los efectos de prestar asistencia médica a los casos sospechosos ambulatorios.
- ✍ Son características ideales a contemplar:
 - Acceso directo desde la calle, independiente de otros servicios del Hospital.
 - Sala de espera propia.
 - Consultorio/s completamente equipados con materiales e insumos de acuerdo a las normas de bioseguridad establecidas.
 - Área de aislamiento para espera de traslado a Centro de Referencia si el caso lo amerita.
- ✍ Todo el personal de salud asignado a trabajar en este sector utilizará equipo de protección personal aéreo y de contacto según normas.
- ✍ Contar con equipo para IOT y en el caso y material para ventilación asistida. Si existe la posibilidad de tener un respirador, el mismo debe contar con filtros en la salida de aire.

2.2 Recomendaciones

- ✍ Evitar traslados intra-institucionales innecesarios.
- ✍ El paciente deberá permanecer siempre con tapabocas.
- ✍ La función del personal médico será la de definir clínicamente el caso como sospechoso para completar la valoración paraclínica, Rx.Tx y Laboratorio en el Centro de Referencia definido por MSP.
- ✍ Se admite la realización de Rx Tx en el centro de consulta si la misma se realiza con equipo radiológico portátil, instalado en forma permanente, y exclusivamente asignado a tal fin mientras dure el estado de alerta.
- ✍ Para pacientes valorados en domicilio por médico de radio y/o emergencia móvil, ante un caso definido como “contacto, proveniente de zona de riesgo o sospechoso” se procederá de acuerdo al flujograma de manejo general (el médico actuante no trasladará a emergencia de hospital general o mutual).
- ✍ Notificación: a la Dirección Técnica del Centro, Vigilancia Epidemiológica.

- ✍ Coordinación: con Centro de Referencia y Unidad de Traslado a los efectos correspondientes.

2.3 Vigilancia epidemiológica.

El SARS es una enfermedad emergente de notificación obligatoria de acuerdo a lo establecido por las normas vigentes¹

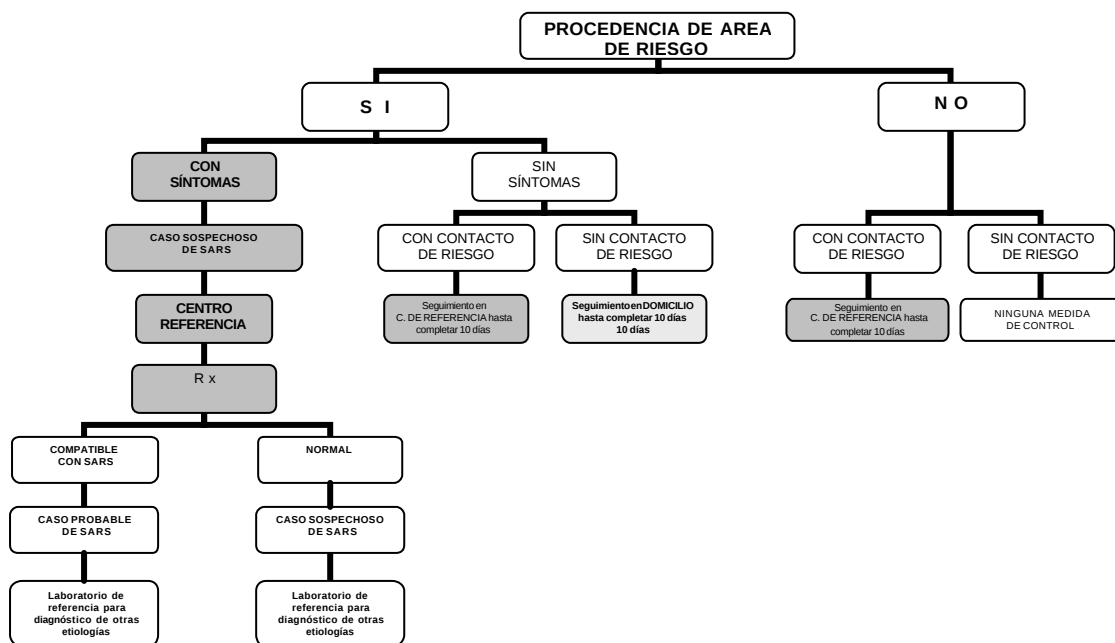
TODO CASO SOSPECHOSO O PROBABLE DE SARS DEBE SER NOTIFICADO AL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA, AREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS.

Las notificaciones o consultas técnicas sobre SARS se deben hacer al teléfono (02) 409 12 00.

El Área de Vigilancia Epidemiológica realiza también el seguimiento de aquellas personas que tuvieron contacto con enfermos de SARS o provenientes de zonas donde existe transmisión autóctona de la enfermedad. Este seguimiento se hace durante los 10 días posteriores a la fecha del contacto o a la fecha de salida de la zona de riesgo, para descartar o verificar la aparición de síntomas compatibles con el SARS.

2.4 Recomendaciones para el manejo de las personas.

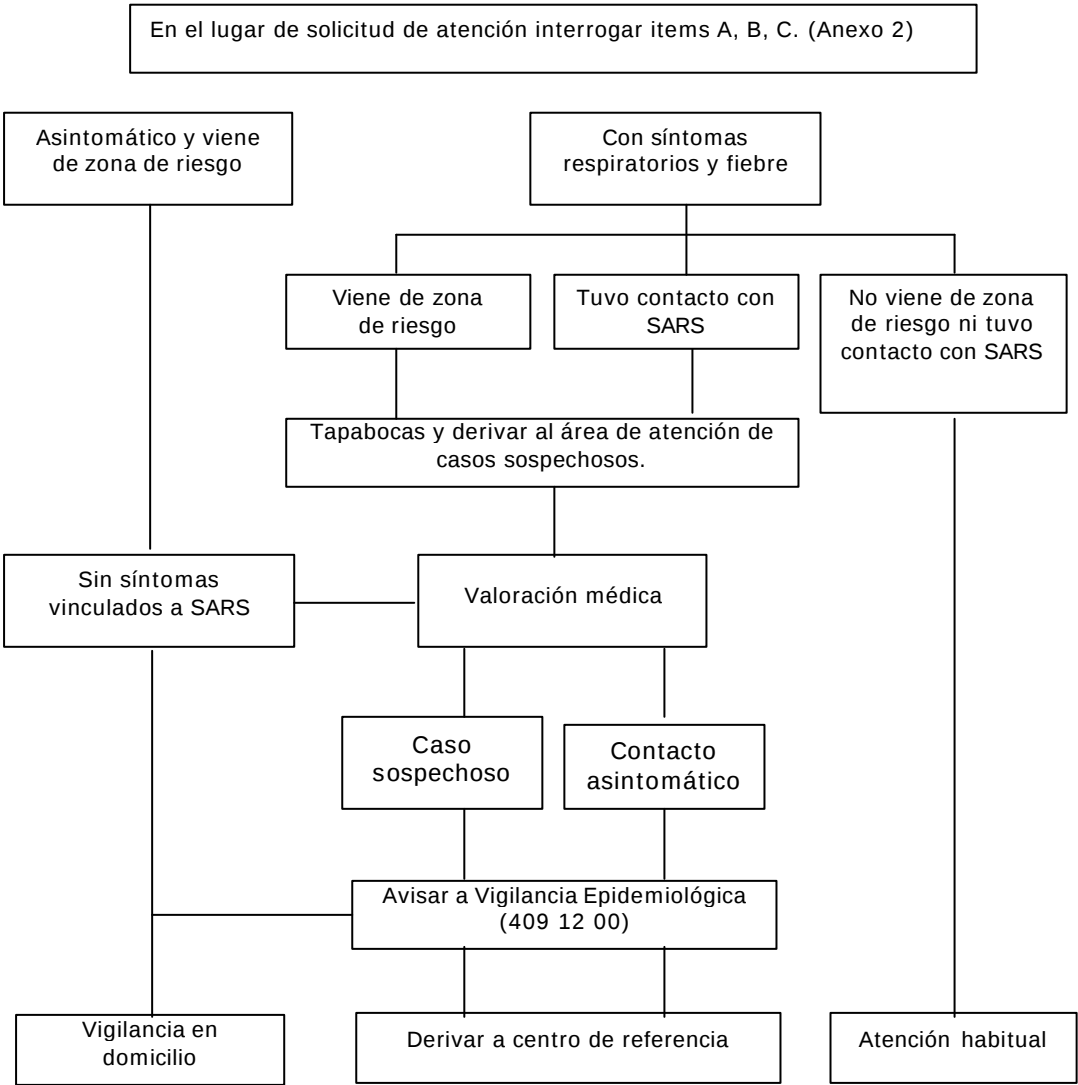
a) Flujoograma de manejo de personas



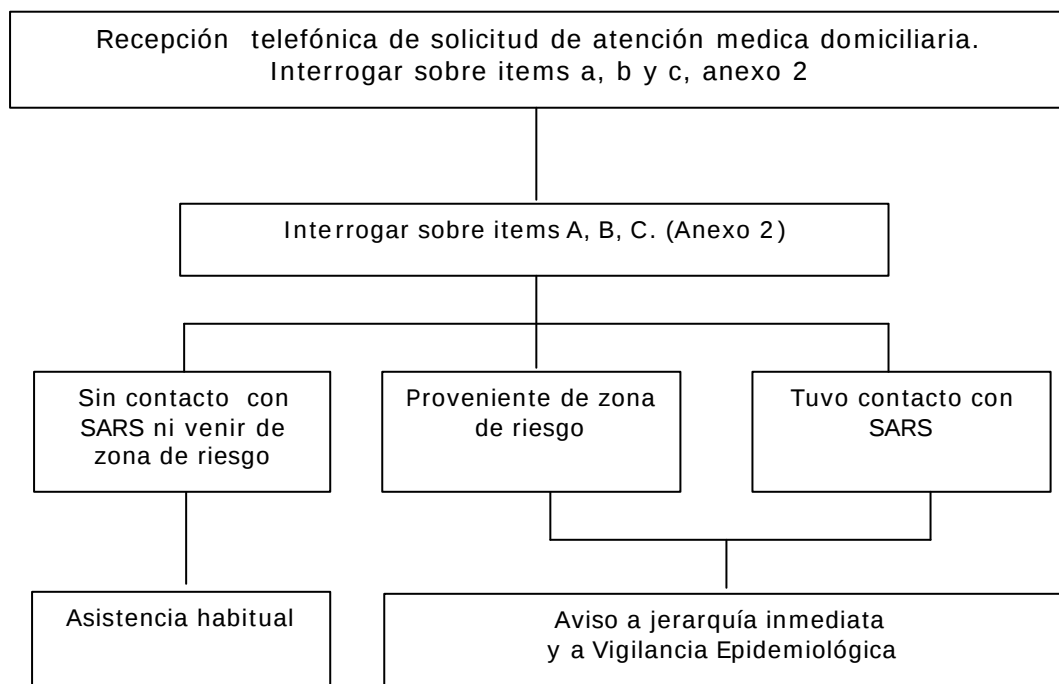
Control epidemiológico de pacientes procedentes de área epidémica (área de riesgo) comunicarse con la Unidad de Vigilancia Epidemiológica al teléfono 409 1200.

¹ Enfermedades de notificación obligatoria (Resolución del Poder Ejecutivo N° 44 130 del 05/09/1961) cuya sanción se fundamenta en el Art. 224 del Código Penal: "El que violara las disposiciones publicadas por la autoridad competente para impedir la invasión de una enfermedad epidémica o contagiosa, será castigado con tres a veinticuatro meses de prisión."

b) Clasificación de pacientes ambulatorios en centros asistenciales



c) Clasificación de pacientes ambulatorios en domicilio



3. TRANSPORTE DE LOS PACIENTES.

Para desplazar pacientes clasificados como casos sospechosos o probables de SARS, desde domicilio a internación o desde un punto de entrada a territorio nacional (vía aérea o marítima) hacia un área de internación, se empleará una ambulancia en la cual:

- ✍ El sector donde viaja el paciente debe estar separado de la cabina donde está el conductor y acompañante.
- ✍ Un solo técnico, cuando sea posible, debe acompañar al paciente.
- ✍ El técnico en contacto directo con el paciente debe usar:
 - ? Guantes no estériles
 - ? Tapabocas
 - ? Anteojos plásticos
 - ? Sobretúnica descartable no estéril (Impermeable)
- ✍ Iguales condiciones cumplirán los chóferes que auxilien al personal a desplazar al paciente.
- ✍ El paciente, de tolerarlo, deberá usar tapabocas para minimizar la dispersión de aerosoles desde vía aérea.

Finalizado el traslado, los guantes, máscaras y sobretúnica deben descartarse en bolsas de nylon amarillas, identificables como conteniendo residuos potencialmente infectantes.

La limpieza terminal de la ambulancia debe hacerse evitando dispersión de partículas por lo que no puede aplicarse aire comprimido ni manguera de agua. Las superficies se limpiarán con paño y los detergentes habituales, seguido este procedimiento por la aplicación de hipoclorito de sodio (ver numeral 9). El operador vestirá sobretúnica, anteojos, máscara y guantes estériles.

El transporte de los pacientes se realizará de diferentes formas, según el lugar de identificación del caso (sospechoso, probable, contacto) y tipo de cobertura.

1 – Paciente o grupo de pacientes identificados en puesto de frontera.

Se cumple con lo dispuesto en el “Flujograma de manejo de pacientes”, en el cual Vigilancia Epidemiológica coordina los traslados con el Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE).

El tipo de traslado se definirá según la condición clínica del paciente:

- ? Las personas sin síntomas (contacto) se trasladarán en móvil tipo minibus, con las medidas generales de aislamiento y desinfección.
- ? Los pacientes inestables se trasladarán en ambulancia, al igual que los casos catalogados como sospechosos o probables que así lo requieran

2 – Paciente identificado fuera de puestos de frontera.

A – En domicilio

El traslado de los pacientes que sean definidos como casos (sospechosos, probables o contactos) en domicilio, será realizado por la institución de cobertura formal del paciente.

Identificado el caso se deberá comunicar inmediatamente a Vigilancia Epidemiológica al Tel: 4091200, quien informará al Centro de Referencia el envío del paciente.

- ? Paciente con cobertura integral o parcial: lo traslada la institución prestadora (tanto en Montevideo como en el Interior).
- ? Paciente usuario del MSP sin otra cobertura (total o parcial de traslado): lo traslada el MSP. En Montevideo el traslado lo realiza el SSAE y en el Interior el Hospital del MSP de la zona.

B – En Centros de Asistencia

Identificado el caso se deberá comunicar inmediatamente a Vigilancia Epidemiológica al Tel: 4091200, quien informará al Centro de Referencia el envío del paciente.

- ? Paciente con cobertura integral: lo trasladará el Servicio de cobertura integral (Privado o MSP, según el caso)
- ? Paciente sin cobertura integral o sin cobertura formal: lo trasladará el SSAE en Montevideo y el Hospital del MSP de la zona en el interior.

4. INTERNACIÓN DE LOS PACIENTES.

4.1. Ingreso a Centro de Referencia para aislamiento: ante un caso *sospechoso o probable* independiente de su gravedad.

El ingreso a CI/CTI se planteará ante síntomas respiratorios severos o de gravedad:

- ? polipnea mayor de 30 pm (en los niños menores de 6 años según tablas)

- ? Hipoxemia (saturación de oxígeno menor de 90 o hipoxemia menor de 70)
- ? Cianosis
- ? Hipotensión arterial

Aislamiento de los *casos sospechosos o probables* con personal de salud protegido con tapaboca de alta eficacia, sobretúnica (Impermeables), guantes, y lentes. El paciente permanecerá con mascarilla de alta eficacia, mientras no requiera asistencia respiratoria. Los niños deberán internarse con su madre (o madre sustituta), con iguales medidas de protección y aislamiento. En caso que el paciente requiera traslado dentro de la Institución, deberá tener siempre colocada una máscara tapaboca.

4.2. Tratamiento como neumonía grave:

En tanto no se compruebe que la neumonía no es bacteriana, debe iniciarse su tratamiento empírico con:

- a) Ceftriaxona 2-4 gr i/v /día
(Niño: 100 mg/Kg/día)
- b) Claritromicina 500 mg v/o c/12 (Niño: 15-30 mg/Kg/día, en 2 dosis).
- c) Antipiréticos a demanda: dipirona 1 gr i/v
Niños ibuprofeno c/6v/o Lactante 2cc
Pre-escolar 5 cc
Mayor de 20 Kg 200mg

5. MEDIDAS DE AISLAMIENTO Y MANEJO DE MATERIALES

Se sospecha que el virus responsable del SARS (coronavirus) no sólo se transmite por secreciones respiratorias en estrecho contacto “cara a cara”, sino también a través del aire y los objetos contaminados. Ante la sospecha que un paciente sea portador de SARS, se deben aplicar las siguientes medidas proteccionistas de aislamiento aéreo y de contacto, hasta tanto se descarte dicha patología o se confirme el diagnóstico.

De confirmarse el diagnóstico, se continuará con las mismas hasta el alta.

5.1. Desinfección terminal del área de internación

- ? La desinfección terminal del área de internación se realizará en forma minuciosa con abundante agua y jabón, de pisos, paredes y mobiliario.
- ? Posteriormente se realizará otro lavado con hipoclorito al 1%, dejando la habitación airearse el mayor tiempo posible (entre 2 y 3 horas)

5.2. Procesamiento del material utilizado en paciente con SARS

El material de Terapia Respiratoria (nebulizadores, tubos de Mayo, máscaras, catéteres nasales, tubuladuras de oxígeno y de aspiración, así como los tubos corrugados del respirador) utilizado en el área de internación, se retirará de la misma en bolsa de polietileno cerrado, y será trasladada hasta el área de material séptico (ideal que sea en el Centro de Lavado).

En esa área se procederá a la descontaminación previa al lavado del mismo.

La descontaminación puede ser:

- a. Sumergir el material en agua con jabón enzimático por encima de 56° C, o

- b. Sumergir el material en agua con hipoclorito al 1%, o
- c. Autoclavado (con el fin de bajar la carga bacteriana), o
- d. Uso de Lavadora automática con programa de descontaminación a temperatura de 56° C mínima.

Luego de secado se procederá a esterilizar por el método más adecuado al tipo de material como es el Oxido de Etileno o Peróxido de Hidrógeno (STERRAD).

- ? La carcasa del respirador deberá ser lavada con un paño con agua jabonosa, luego del enjuague se le pasará una solución de hipoclorito al 1%. Se secará correctamente para luego aplicar alcohol al 70% con el fin de completar la desinfección y a la vez evitar el deterioro por la humedad.
- ? Los filtros bacteriológicos se deberán descartar entre un paciente y otro.
- ? En lo posible se deberán utilizar respiradores que no tengan calderas, en el caso de no disponer de estos equipos deberán tener calderas descartables.
- ? Se utilizaran humidificadores descartables (Nariz artificial).
- ? Las sondas orotraqueales (SOT) deberán descartarse como material contaminado

5.3. Material e instrumental utilizado en fibrobroncoaspiración

- ? El médico y el ayudante que realizan el procedimiento deberán usar el equipo correspondiente a las medidas de protección para aislamiento aéreo y de contacto.
- ? El equipo que utiliza para el procedimiento debe llevar un correcto mecanismo de limpieza y luego de desinfección de alto nivel DAN.
- ? La limpieza la realizará con jabón enzimático y enjuague con agua destilada.
- ? Luego utilizará glutaraldehído dependiendo el tiempo de exposición al mismo de las recomendaciones del fabricante del desinfectante.
- ? El tiempo de exposición deberá ser estrictamente cumplido y varía según el producto a usar: (CIDEX OPA) 5 minutos de exposición
(CIDEX) 20 minutos de exposición
(GLUTARALDEHIDOS ANIOS) 20 minutos de exposición.

En el caso de equipos usados en pacientes con SARS se recomienda el tiempo de exposición sea de 8 horas para lograr la esterilización

- ? Transcurrido el tiempo correctamente se procede al enjuague final y envase de protección acostumbrado para su traslado.

6. Medidas de traslado. Ver punto 3

7. FLUJOGRAMA DEL PACIENTE CON SARS, DENTRO DE LA INSTITUCIÓN.

7.1 Ingreso a la institución de referencia:

- ? Debe realizarse de la forma más directa, evitando contactos con otras personas.

- ? La institución de referencia designada por el MSP para la atención centralizada de los pacientes con SARS deberá tener estipulada la ruta de acceso al área de internación, ya sea de cuarentena o para tratamiento de los mismos.
- ? Frente al aviso de internación de contactos y/o portadores de SARS se deberá limitar el tránsito de funcionarios u otras personas a esa área.
- ? Toda persona que entre en el área deberá mantener las medidas de aislamiento aéreo y de contacto desde que ingresa el paciente.

7.2 Movimientos intra institucionales:

- ? Se deberá evitar el traslado innecesario de estos usuarios. En caso de ser imprescindible (TAC) el usuario mantendrá siempre colocada la mascarilla cubriéndole la nariz y boca.
- ? Las placas deberán ser sacadas en el mismo sitio de internación con aparatos portátiles.

7.3 Prevención de transmisión intrahospitalaria

Como es de conocimiento, la transmisión del virus del SARS se da por vía aérea y de contacto. Por este motivo, el manejo de los sospechosos de SARS deberán cumplir las recomendaciones de aislamiento hasta descartar el diagnóstico.

- ? Habitación individual. Debe tener ventana al exterior que permita la ventilación, la puerta debe permanecer cerrada. También están indicadas las habitaciones con presión negativa respecto a las adyacentes y contar con baño para higiene personal del usuario.

El personal que ingresa a la habitación deberá utilizar la siguiente vestimenta:

- ? Uso de tapa boca con filtro especial (N 95) si no dispone del mismo, debe usar mascarilla quirúrgica.
- ? Sobretúnica está indicada para evitar el contacto de fluidos corporales. Deben ser descartables Impermeables, no requiere ser estéril. Debe permanecer en la habitación y al retirársela doblarla con la cara externa hacia fuera. Se debe descartar luego de cada guardia (6 horas).
- ? Gorro: se aconseja que sea descartable, que cubra en su totalidad el cabello.
- ? Lentes: están indicados como elemento de protección ocular, pueden usarse antiparras. Se deben lavar con agua y jabón, finalizada la guardia y guardar en bolsa de nylon. Cada funcionario debe tener sus lentes y no deben utilizar los mismos más de una persona.
- ? Zapatos o calzado de fácil lavado: se deberá optar por uno de los dos, pero es importante que si se usa calzado se pueda lavar con agua y jabón fácilmente.
- ? Guantes: están indicados para la asistencia del paciente, deben ser descartables y no pueden ser esterilizados ni reprocesados.
- ? Lavado de manos: se deberá prestar especial atención al lavado de manos antes y después de realizar un procedimiento. El lavado debe ser vigoroso y su duración no menor de 15 segundos, haciendo énfasis en los espacios

- interdigitales y lechos ungueales. El personal debe tener las uñas cortas y limpias, no debe llevar alhajas.
- ? No realizará ningún procedimiento sin el correcto lavado de manos y posterior colocación de guantes con las características antes mencionadas.
 - ? El uso de guantes no suple el lavado de manos.
 - ? Visitas .están prohibidas tanto las sociales como para familiares.
 - ? Vajilla: puede ser descartable pero no es imprescindible, puede ser de loza. Si se usa vajilla de loza se procede a la limpieza de la misma:
 - ? Se aconseja el uso de lava-vajilla con jabón y programa de lavado caliente. Si no se dispone del mismo se deberá lavar con agua y jabón y posterior desinfección con hipoclorito al 1 %. Ropa del usuario: se retirará de la habitación en bolsas de nylon cerradas y luego en un contenedor con tapa hasta el lavadero donde se procesará como contaminada. Los funcionarios del lavadero deben cumplir con las normas de protección personal (aislamiento aéreo y de contacto) durante el cargado del lavarropa.
 - ? Material de limpieza: debe ser exclusivo de cada habitación.
 - ? Residuos: todos los residuos generados por estos usuarios serán considerados como contaminantes, por lo que se deben colocar en bolsas amarillas con pictogramas.
 - ? Equipos de uso con el paciente: deben ser individuales y permanecer en la habitación (esfigmomanómetro, estetoscopio, termómetros, etc.).

8. BIOSEGURIDAD DE CONTACTOS EN PERSONAL DE SALUD.

- ? El personal de salud que ha estado en contacto con personas con SARS (o que posteriormente se diagnostica con SARS) debe ser evaluado por un médico asignado especialmente para esta función por el comité de infecciones intrahospitalarias.
- ? La evaluación será diaria hasta 10 días desde el último contacto con el caso, al menos será telefónica y se consignará la temperatura de la persona. No está indicado suspender las actividades de atención clínica en ausencia de fiebre y sin otros síntomas.
- ? Si la persona presenta fiebre, debe suspender las actividades de atención de pacientes y ser evaluado por el médico para su diagnóstico y tratamiento.
- ? Las actividades de manejo de personal que ha estado en contacto con casos de SARS o sospechosos de serlo serán realizadas por el personal del Comité de Infecciones Intrahospitalarias del mismo centro y comunicará diariamente a Vigilancia Epidemiológica del M.S.P.

9. LIMPIEZA DE UNIDADES DE TRASLADO.

- ? Se deberá realizar una limpieza minuciosa y detallada con hipoclorito al 1% de paredes y mobiliario de cada unidad de traslado (auto, ambulancia, barco, avión, etc.) después de cada traslado.
- ? Los residuos provenientes de procedimientos realizados con el usuario, así como pañuelos o toallitas utilizadas por él, deben colocarse en bolsa de polietileno y precintarla, manteniéndola dentro de la unidad de traslado hasta tanto se llegue a destino y se elimine en forma segura en un recipiente rotulado PELIGRO. MATERIAL CONTAMINADO.
- ? Los materiales corto-punzantes utilizados con el usuario se deberán descartar en recipientes rígidos de acuerdo a las normas ya establecidas.
- ? Los demás elementos que se encuentran en la unidad de traslado deberán ser, en la medida de lo posible, cubiertos con polietileno y entregados en la unidad de lavado perteneciente a la Institución-destino del usuario para su correcto lavado con agua y jabón en primera instancia, y luego una higiene complementaria con hipoclorito de sodio al 1%. Estos elementos no deberán ser retirados de la institución sin haber sido tratados previamente. Se debe evitar el tránsito innecesario de posibles agentes.
- ? El material correspondiente a Terapia Respiratoria que permaneció en contacto directo con el usuario, luego del proceso descrito, se deberá esterilizar por un método físico o químico (de acuerdo al método que acepte el tipo de material). El material será esterilizado en la Institución destino del usuario o en el Centro de Esterilización del M.S.P. (Hospital Filtro).

10. MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

10.1 Para el funcionario actuante

- ? El funcionario actuante sea en unidad de traslado o en área institucional, deberá mantener en todo momento que esté en contacto con los casos de SARS, la siguiente indumentaria:
- ? Gorro descartable que cubra en su totalidad el cabello.
- ? Antiparras o lentes.
- ? Mascarilla específica de aislamiento aéreo (N-95, o mascarilla de cirugía), cubriendo nariz y boca.
- ? Guantes descartables no habiendo sido esterilizados ni reprocesados.
- ? Sobretúnica descartable Impermeables
- ? Calzado de fácil limpieza que luego será higienizado con agua y jabón.
- ? El funcionario deberá prestar especial atención al lavado de manos, antes y después de realizar un procedimiento, haciendo énfasis en los espacios interdigitales y lechos ungueales.
- ? No realizará ningún procedimiento sin el correcto lavado de manos y posterior colocación de guantes de las características antes mencionadas. El uso de guantes no suple el lavado de manos.
- ? Es obligatorio el control de temperatura corporal diaria de todo el personal que atienda a estos usuarios. (Todo el equipo de Salud.)
- ? El personal Sanitario. (Personal de Centro de Lavado de ropa, personal de tisanería y Personal de Limpieza) que no participa en forma directa en la

atención de estos pacientes también deberán protegerse con lentes, gorros, guantes y mascarilla al tener contacto con el material que ha sido utilizado por un paciente.

10.2 Retiro de vestimenta utilizada

Debe emplearse esta secuencia:

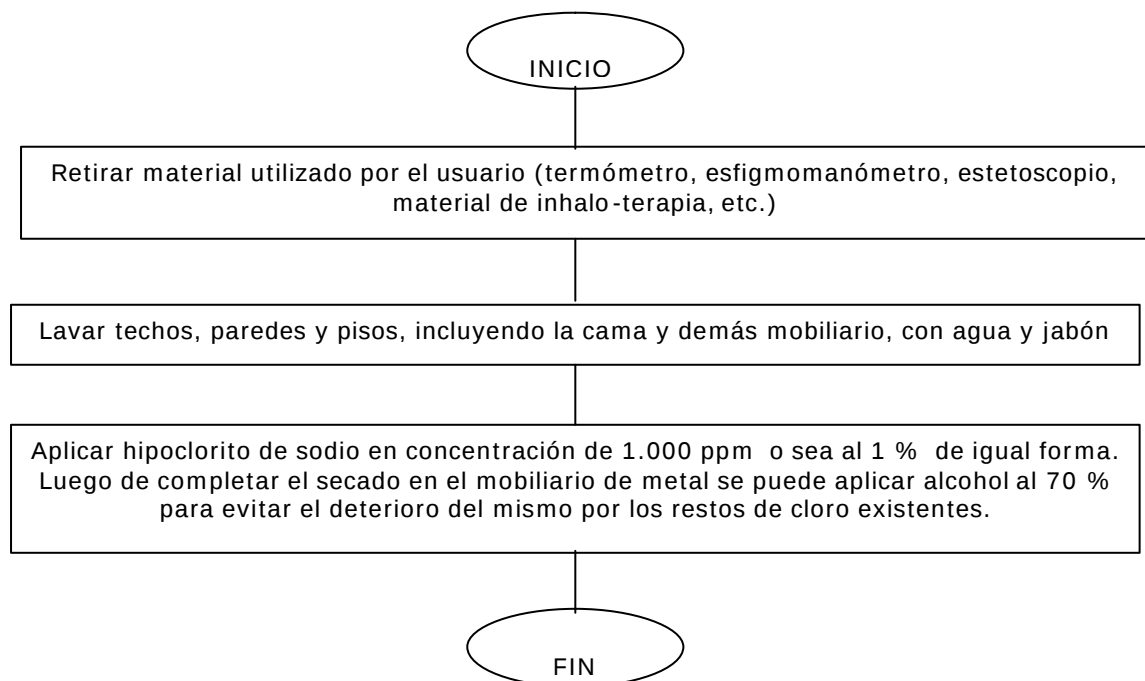
- 1° Retirar los guantes dejando la cara externa hacia adentro. Colocarlos en bolsa de nylon.
- 2° Retirar la sobretúnica doblándola de tal forma que la cara externa quede hacia adentro. Colocarla en la misma bolsa de nylon en la que se depositaron los guantes.
- 3° Retirar las antiparras o lentes y colocarlas en otra bolsa de nylon, precintada y rotulada como material contaminado, para su posterior lavado con agua caliente y jabón.
- 4° Retirar la mascarilla y colocarla en la misma bolsa de nylon que los guantes y la sobretúnica. Precintar y rotular como material contaminado, dejándola dentro de la habitación hasta su retiro y eliminación final como residuo hospitalario en bolsa amarilla con pictograma.
- 5° Cuidadoso lavado de manos con agua y jabón.

Siempre deben retirarse primero los guantes y por último la mascarilla.

10.3 DESINFECCIÓN TERMINAL DEL ÁREA DE INTERNACIÓN.

- ? La desinfección terminal del área de internación se realizará en forma minuciosa con abundante agua y jabón, de pisos, paredes y mobiliario.
- ? Posteriormente se realizará otro lavado con hipoclorito al 1%, dejando la habitación airearse el mayor tiempo posible. (entre 2 y 3 horas).
- ? El material de Terapia Respiratoria utilizada en el área de internación, se retirará de la misma en bolsa de polietileno cerrada, se trasladará hasta el Centro de Lavado y se le realizará una higiene con agua y jabón, posterior desinfección con hipoclorito al 1%, y luego de secado se procederá a esterilizar por el método más adecuado al tipo de material.

10.4 Flujograma de desinfección terminal hospitalaria



10.5 Cuidados domiciliarios

- ? La persona definida como contacto debe consultar inmediatamente a su médico y seguir sus instrucciones.
- ? Debe cubrir su nariz y boca con un pañuelo o similar al toser o estornudar, si tiene una máscara quirúrgica, usarla durante el contacto cercano con la gente.
- ? Limitar sus actividades fuera del hogar. Por ejemplo no ir a trabajar o enseñar o a las áreas públicas.
- ? Lavarse las manos con frecuencia, especialmente luego que haya limpiado su nariz.
- ? Los cubiertos, toallas, ropa de cama, no deben ser compartidos y deben ser higienizados con abundante agua caliente y jabón.
- ? Se deben limpiar las superficies (mesa, perillas de la puerta, accesorios del cuarto de baño) que hayan podido estar en contacto con fluidos corporales (sudor, saliva, mucus, vómito, orina, heces) con agua caliente y jabón. Luego repasarlos con solución de hipoclorito de sodio.
- ? Quien realiza la limpieza debe utilizar guantes durante esta tarea de limpieza y luego descartarlos, no los reutilice.

11. El SARS y la selección de donantes

Escenarios

Respecto a SARS y la medicina transfusional podemos considerar tres escenarios:

- (A) No hay casos reportados en individuos provenientes de áreas endémicas y no hay transmisión autóctona de la enfermedad.
- (B) Hay casos reportados en individuos provenientes de áreas endémicas pero no hay transmisión autóctona. Pueden haber casos en personal de salud o personas con las cuales convive un individuo enfermo.
- (C) Hay casos documentados de transmisión de la enfermedad en Uruguay, casos autóctonos, otros que la excepción establecida en (B).

11.1.- Escenario (A).

Mientras Uruguay siga en el escenario (A) previamente consignado la estrategia de selección de donantes esta basada en las disposiciones vigentes:

- ? Reglamento Técnico de Medicina Transfusional y
- ? Guía de Selección de Donantes.

En el momento actual toda persona que se presenta a donar debe ser preguntada si esta cursando un cuadro respiratorio, se le debe controlar la temperatura y esta debe ser inferior a 37°C para ser aceptado como donante. De estar cursando un cuadro respiratorio infeccioso la donación de sangre debe ser diferida por un plazo de 15 días.

Se deberá agregar al procedimiento actual preguntar por viaje desde algún país de la zona definida como “de riesgo” en el último mes. Esta pregunta debe incluir pasaje en tránsito por los países de la zona endémica, con esperas en aeropuertos. En este caso se aplicará lo correspondiente al escenario (B).

11.2.- Escenario (B)

En el escenario (B) además de recabar la información relacionada con su actual estado de salud y la presencia de infección respiratoria aguda o fiebre, se deberá preguntar por el antecedente de contacto estrecho con una persona afectada de SARS. Si la persona que se presenta a donar sangre relata un contacto estrecho con una persona afectada o probablemente afectada de SARS la donación deberá ser diferida durante 28 días. En caso de que un individuo que hubiera estado afectado de SARS se presente a donar sangre, de acuerdo a lo establecido en el Manual de Selección del donante de sangre, se deberá diferir la donación por espacio de seis meses.

En el momento actual se desconoce si un individuo convaleciente de la infección por coronavirus mantiene viremia y por qué período. La información disponible hace pensar que esta sería breve y de baja concentración, por lo cual la OMS ha recomendado diferir la donación por un período de 28 días luego de la infección por SARS. La disposición vigente en nuestro país de diferir la donación por seis meses excede ampliamente el período recomendado por OMS.

Si la persona que se presenta a donar sangre relata haber viajado desde un país o región considerado en la zona endémica, o haber estado en tránsito en un aeropuerto de zona endémica, la donación deberá ser diferida durante 15 días. Se considera que en el momento actual esta medida no tendría mayor impacto en la disponibilidad de sangre en nuestro país pero, de extenderse la zona endémica, esta medida puede sufrir variaciones.

11.3.- Escenario (C)

En el escenario (C) la selección de donantes deberá ser aplicada estrictamente ya que la posibilidad de que se presente a donar sangre un individuo en el período de incubación o convaleciente va a aumentar significativamente. Los caracteres epidemiológicos y especialmente el número de casos en la población, determinarán que se aplique el criterio más conservador de 28 días para diferir la donación.

Los Bancos de Sangre deberán recomendar a los donantes a comunicar al Banco de Sangre si en el período de 15 días luego de efectuada la donación de sangre padecen de SARS. En ese caso el Banco de Sangre deberá retirar de stock los hemocomponentes aún disponibles y deberá dar aviso al médico tratante de los pacientes transfundidos con los hemocomponentes preparados a partir de esa donación. Esta recomendación también se aplicará si luego de efectuada la donación el donante informa que padeció SARS en el plazo dentro de los 28 días que anteceden a la donación.

11.4. El SARS y la transfusión

Se desconoce la posibilidad de transmisión del SARS por vía sanguínea. Si bien no se ha comprobado ningún caso, no se puede descartar esta posibilidad. Se considera que diferir la donación de sangre por un período de 15 días en caso de estar cursando un cuadro infeccioso respiratorio o de contacto estrecho con una persona afectada de SARS, así como diferir por seis meses la donación de sangre por parte de personas que hubieran padecido una infección por coronavirus impedirá la transmisión transfusional de la infección. Se aguarda recabar mayor información para decidir si se deberán implementar medidas preventivas más estrictas en la selección de donantes.

Si eventualmente se comprobara que la transfusión es una vía de transmisión de la enfermedad se deberá implementar un tamizaje sistemático de cada unidad de sangre extraída. Esta posibilidad parece poco probable en el momento actual.

11.5. El SARS y los hemoderivados

Buena parte de los hemoderivados empleados en nuestro país son importados y pueden ser fabricados a partir de plasma extraído a personas que residen en una zona de riesgo. Debido al hecho de que el coronavirus y el paramixovirus presentan una envoltura lipídica, las técnicas de inactivación viral actualmente empleadas en la elaboración de hemoderivados destruirán estos virus. No se ha demostrado aún que las técnicas de inactivación viral también sean efectivas contra el coronavirus causante del SARS. Estos estudios recién se han iniciado y requieren la validación correspondiente. No obstante, estas técnicas han demostrado ser muy eficaces en otros agentes virales con envoltura lipídica utilizados como modelo en los estudios de seguridad. Se aguarda confirmación de esto en el coronavirus.

11.6 Descarte de unidades de sangre con posibilidad de contaminación por coronavirus

Para el descarte de todo hemocomponente del cual se sospecha o se ha comprobado infección por coronavirus en la unidad o en el donante se deberá

hacer aplicando la misma normativa vigente para otros agentes infecciosos: esterilización en autoclave y descarte al servicio de residuos hospitalarios en recipientes apropiados.

11.7 Transmisión transfusional de SARS

En caso de sospecharse o comprobarse la transmisión transfusional del SARS el médico tratante deberá comunicar este hecho inmediatamente a la División Salud de las Personas de la Dirección General de la Salud. A los efectos de evitar que otro hemocomponente preparado a partir de la misma unidad de sangre que aún esta vigente en el Banco de Sangre sea transfundido a otro paciente también se deberá dar aviso inmediato al Servicio Nacional de Sangre a los efectos de tomar las medidas del caso.

11.8 El SARS y el personal del servicio de sangre

Es posible que el personal del servicio de sangre deba asistir a un paciente afectado de SARS. Para ello deberá emplear las medidas universales de protección de barrera. Las medidas universales de protección de barrera han demostrado ser efectivas para impedir la transmisión del SARS al personal de salud. Estas comprenden el uso de gorro, máscara facial, tapabocas, sobretúnica, guantes y zapatones. Se recomienda usar tapaboca calidad N95 y efectuar su recambio periódico para evitar pierda su eficacia al humedecerse con el aire espirado. Se recomienda el lavado de manos frecuente con una solución de base alcohólica. Los responsables por la asistencia de pacientes afectados de SARS deberán asegurar que el personal cuente con el equipamiento de protección de barrera universal correspondiente, que conozcan los procedimientos de bioseguridad y que los usen correctamente. Se han publicado casos de transmisión del SARS en personal de enfermería que no utilizó correctamente el equipo de protección de barrera.

Se recomienda que el personal que asiste a personas afectadas o sospechosas de padecer en aislamiento, comprenda el menor número de personas posible a los efectos de asegurar su capacitación y reducir el número de exposiciones. No deberán participar de la asistencia de estos pacientes personas inmunocomprometidas, embarazadas o con antecedentes de patología respiratoria.

La disposición de muestras de sangre provenientes de pacientes afectados o sospechosos de SARS deberá efectuarse según los procedimientos y recomendaciones vigentes para todas las muestras. Se ha demostrado que el coronavirus es destruido por desecación, alcohol, bases cuaternarias e hipoclorito de sodio.

Por mayor información se puede consultar la página web del Ministerio de Salud Pública: www.msp.gub.uy

12. DIRECTIVAS DE SANIDAD DE FRONTERAS

A propuesta de Uruguay el Grupo Mercado Común (GMC) mediante las Res. GMC N° 06/03, 07/03, 08/03 y 09/03 ha aprobado incluir al SARS en el grupo

de enfermedades de notificación obligatoria entre los Estados Parte del MERCOSUR. En los puntos de ingreso internacionales quedó establecida la utilización de una declaración de salud del viajero a los efectos de una adecuada vigilancia epidemiológica evaluada según riesgo. Con las medidas adoptadas los respectivos Países deberán notificar a los Estados Parte acerca de la existencia de casos sospechosos o probables de SARS, así como de los contactos que se encuentren en tránsito entre los mismos.

Las acciones de control en frontera tienen como objetivo minimizar los riesgos derivados de la llegada a la región de personas afectadas por SARS.

12.1 Aeropuertos

Acciones frente a caso sospechoso:

- 1° La tripulación de la aeronave y a través de su comandante comunicará a Torre de Control del Aeropuerto y previo al arribo, la presencia a bordo de personas con síntomas y/o signos compatibles con el SARS.
- 2° La Torre de Control comunicará el hecho en forma inmediata a Sanidad de Fronteras (Sanidad Aérea), que adoptará las medidas necesarias para proceder en consecuencia.

La aeronave será estacionada en posición alejada sin colocación de manga o escalas, de acuerdo a las indicaciones de Sanidad de Fronteras (Sanidad Aérea) y esperando la presencia de las autoridades sanitarias.

- 3° Se autorizará el desembarco del pasajero o tripulante con síntomas o signos, para su evaluación médica y epidemiológica, mientras tanto el resto de pasajeros y tripulantes permanecerán a bordo a la espera de ordenes de la autoridad sanitaria.

De ser positiva la evaluación médica pasando a constituir un CASO SOSPECHOSO de acuerdo a los criterios adoptados, se determinará en forma inmediata su traslado al Centro de Referencia con las medidas de protección y seguridad correspondientes.

- 4° Se identificarán contactos en la aeronave (de acuerdo a criterios OMS) pasando estos a vigilancia epidemiológica en Centro de Referencia por un lapso de diez (10) días, catalogándolos como CONTACTOS.
- 5° El resto de los pasajeros será registrado en base a los datos de la ficha sanitaria de abordaje para SARS y se pondrán en vigilancia epidemiológica con comunicación diaria por igual período que los anteriores.
- 6° La aeronave permanecerá bajo observación sanitaria hasta tanto lo disponga Sanidad de Fronteras pudiendo ser liberada solo luego que sea autorizada y posteriormente evaluada la higiene y desinfección de la misma, la que deberá efectuarse de acuerdo a las pautas establecidas.
- 7° Si de la evaluación clínica y epidemiológica de la persona que presenta síntomas y/o signos que hicieron pensar en SARS, no surge evidencia que permita calificarlo como caso sospechoso, se procederá a liberar la aeronave, su tripulación y pasajeros.

Se registrarán todas las personas solo como provenientes de área de riesgo si así corresponde, disponiendo su vigilancia epidemiológica por un período de diez (10) días a partir de la salida del área de riesgo.

Acciones frente a aeronaves o personas provenientes de áreas de riesgo.

- 1° Se identificará a todas las personas provenientes de áreas de riesgo, a través de la participación de los diferentes organismos con capacidad de hacerlo usando a tales efectos la "Ficha Sanitaria para SARS".
- 2° Se efectuará la vigilancia epidemiológica por un período de diez (10) días a partir de la salida del área de riesgo.

12.2 Puertos

Acciones frente a caso sospechoso

- 1° La tripulación de la embarcación y a través de su comandante comunicará a la Autoridad Marítima y/o Portuaria y previo al arribo, la presencia a bordo de personas con síntomas y/o signos compatibles con el SARS.
- 2° La Autoridad Marítima y/o Portuaria comunicará el hecho en forma inmediata a Sanidad de Fronteras (Sanidad Marítima) o a la Dirección del Centro Asistencial del M.S.P. del lugar, que adoptará las medidas necesarias para proceder en consecuencia.
La embarcación será fondeada o atracada en posición alejada sin colocación de escalas, de acuerdo a las indicaciones de Sanidad de Fronteras (Sanidad Marítima) y esperando la presencia de las autoridades sanitarias.
Mantendrá izada la bandera Q (amarilla) del Código Internacional de Señales (CIS).
- 3° Se autorizará el desembarco del pasajero o tripulante con síntomas o signos, para su evaluación médica y epidemiológica, mientras tanto el resto de pasajeros y tripulantes permanecerán a bordo a la espera de ordenes de la autoridad sanitaria.
De ser positiva la evaluación médica pasando a constituir un CASO SOSPECHOSO de acuerdo a los criterios adoptados, se determinará en forma inmediata su traslado al Centro de Referencia con las medidas de protección y seguridad correspondientes.
- 4° Se identificarán contactos en la embarcación (de acuerdo a criterios OMS) por lo que ingresan a este carácter todos los tripulantes y pasajeros, pasando estos a vigilancia epidemiológica activa por un lapso de diez (10) días debiendo permanecer a bordo, sin autorización a desembarcar, catalogándolos como CONTACTOS.
- 5° La embarcación permanecerá bajo observación sanitaria hasta tanto lo disponga Sanidad de Fronteras pudiendo ser liberada solo luego que sea autorizada y posteriormente evaluada la higiene y desinfección de la misma, la que deberá efectuarse de acuerdo a las pautas establecidas.
- 6° Si de la evaluación clínica y epidemiológica de la persona que presenta síntomas y/o signos que hicieron pensar en SARS, no surge evidencia que permita calificarlo como caso sospechoso, se procederá a liberar la embarcación, su tripulación y pasajeros.

La autoridad sanitaria ordenará entonces arriar la bandera Q (amarilla) del CIS. Se registrarán todas las personas solo como provenientes de área de riesgo si así corresponde, disponiendo su vigilancia epidemiológica por un período de diez (10) días a partir de la salida del área de riesgo.

Acciones frente a embarcaciones o personas provenientes de áreas de riesgo

- 1° Se identificará a todas las personas provenientes de áreas de riesgo, a través de la participación de los diferentes organismos con capacidad de hacerlo usando a tales efectos la "Ficha Sanitaria para SARS".

- 2° Se establecerá la vigilancia epidemiológica por un período de diez (10) días a partir de la salida del área de riesgo.

12.3 Puntos de frontera o terminal terrestre

Acciones frente a caso sospechoso

- 1° El personal de la empresa de transporte terrestre o el personal encargado del control migratorio en frontera, comunicará a la autoridad sanitaria del lugar (Dirección del Centro Asistencial del M.S.P.), la presencia a bordo de un vehículo terrestre, de personas con síntomas y/o signos compatibles con el SARS .
- 2° La autoridad sanitaria del lugar pondrá en conocimiento del hecho a Sanidad de Fronteras en forma inmediata, brindando ésta las orientaciones operativas necesarias.
- 3° Se autorizará la evaluación médica y epidemiológica del pasajero o tripulante en ambulancia o local adecuado a tal fin, mientras tanto el resto de pasajeros y tripulantes permanecerán a bordo del vehículo a la espera de ordenes de la autoridad sanitaria.
De ser positiva la evaluación médica pasando a constituir CASO SOSPECHOSO de acuerdo a los criterios adoptados, se determinará en forma inmediata su traslado al Centro de Referencia con las medidas de protección y seguridad correspondiente.
- 4° Se identificarán contactos en el vehículo (de acuerdo a criterios OMS) pasando éstos a vigilancia epidemiológica en Centro de Referencia por un lapso de diez (10) días, catalogándolos como CONTACTOS.
- 5° El resto de los pasajeros será registrado en base a los datos de la Ficha Sanitaria para SARS y se pondrán en vigilancia epidemiológica por igual período que los anteriores.
- 6° El vehículo permanecerá bajo observación sanitaria hasta tanto lo disponga Sanidad de Fronteras, pudiendo ser liberado sólo luego que sea autorizada y posteriormente evaluada la higiene y desinfección del mismo, la que deberá efectuarse de acuerdo a las pautas establecidas.
- 7° Si de la evaluación clínica y epidemiológica de la persona que presenta síntomas y/o signos que hicieron pensar en SARS, no surge evidencia que permita calificar como caso sospechoso, se procederá a liberar el vehículo su tripulación y pasajeros.
- 8° Se registrarán todas las personas sólo como provenientes de área de riesgo si así corresponde, disponiendo su vigilancia epidemiológica por un período de diez (10) días a partir del momento que salieron del área de riesgo.

Acciones frente a vehículos terrestres o personas provenientes de áreas de riesgo.

- 1° Se identificará a todas las personas provenientes de áreas de riesgo, a través de la participación de los diferentes organismos con capacidad de hacerlo usando a tales efectos la "Ficha Sanitaria para SARS".
- 2° Se efectuará la vigilancia epidemiológica por un período de diez (10) días a partir de la salida del área de riesgo.

12.4 Situaciones especiales

Cuando se trate de grupos de personas, que a juicio de la autoridad sanitaria, constituyen un riesgo epidemiológico adicional, se determinará la vigilancia epidemiológica con restricción de movilidad para todo el grupo, en lugar designado a tal fin por el Ministerio de Salud Pública.

De no aceptarse el mismo se dispondrá sin mas trámites, el ingreso de las personas al Centro de Referencia para el SARS a costo del responsable del grupo.

Para el caso de contingentes de personas que llegan al país para integrarse a tripulaciones de embarcación se deberá con el fin de disminuir riegos, proceder a coordinar todos los arribos en el mismo vuelo y para una fecha en que la embarcación se encuentra ya en puerto.

La incorporación de la tripulación a la embarcación y el zarpe de la misma se deberán hacer ambas en forma inmediata a la llegada al país del contingente. Siempre que sea posible, se procurará que las tripulaciones que arriben al país, lo hagan con certificado oficial de su país de origen (cuando este se encuentra dentro de las áreas de riesgo para el SARS) que asegure que las mismas cumplieron el período de vigilancia epidemiológica (diez (10) días como mínimo) antes de salir de dicho país.

13. ASPECTOS JURIDICOS

El Ministerio de Salud Pública tiene a su cargo cometidos esenciales y en tal sentido le corresponde, con carácter de actividad esencialmente política o de gobierno, la determinación de la política nacional de salud.

Es, asimismo, de su competencia específica por razón de materia la policía sanitaria.

Estas dos actividades hacen a la *esencia* misma del Ministerio de Salud Pública y éste no se concibe sin su desempeño.

Los referidos cometidos de "policía sanitaria" implican el mantenimiento del *orden público interno*. En efecto, siendo un cometido esencial del Estado velar por ese orden público en su triple concepción: tranquilidad, seguridad y *salubridad pública* y siendo la *higiene pública* un bien jurídico constitucionalmente protegido (artículos 7, 37 inc.2; 37; 44; 47 de la Constitución de la República Oriental del Uruguay), sin duda, el ejercicio de la policía administrativa o de mantenimiento del orden público, constituye un cometido esencial del Estado que debe cumplir directamente a través de su órgano competente en la materia, esto es el M.S.P.

En tal sentido le corresponde al Ministerio de Salud Pública: la policía de la higiene o policía sanitaria humana (artículos 2 y 4 Ley Orgánica 9.202 de 12 de enero de 1934); la policía de la medicina y profesiones sanitarias humanas (artículos 2 inc. 6; 13 a 18 y 26 a 33, L.O); policía sanitaria de fronteras: aérea, marítima y terrestre (artículos 10 a 12 L.O); policía de los alimentos (artículos 2 inc. 7 y 19 a 21, L.O); policía de las drogas y medicamentos (artículos 2 inc. 5 y 20 L.O); policía de la prevención y asistencia privadas (artículo 2, 4 y 6) y policía de la prostitución y de vicios sociales (artículos 2 numeral 8, 22 y 23 L.O)

Sin perjuicio de los cometidos esenciales citados, el M.S.P. tiene a su cargo otro cometido de naturaleza esencialmente *social*, cual es la "asistencia pública". Es de su cargo la organización, administración y funcionamiento de

los servicios asistenciales, así como la asistencia en caso de enfermedad, debiendo prestar de manera gratuita los medios de *prevención y asistencia*, tan solo, a los indigentes o carentes de recursos suficientes (artículo 44 inciso segundo de la Constitución de la República), pudiendo hacerlo en forma arancelada en los demás casos.

No siendo éste un cometido esencial, sino de carácter social, el Estado podrá prestar esta actividad directamente, a través de sus propios servicios (Ministerio de Salud Pública; Universidad de la República; Gobiernos Departamentales; Servicios de Sanidad de las FF.AA y Policial, etc.), o en concurrencia con otras personas particulares (personas públicas no estatales, Instituciones de Asistencia Médica Colectiva; Cooperativas; seguros parciales; ONG'S; etc.)

En el marco expuesto, el M.S.P tiene a su cargo una actividad "*regulatoria*" o reglamentaria en materia de salud, siendo de su competencia la propuesta y el dictado mismo de la reglamentación que fije el marco jurídico-normativo adecuado para el cumplimiento de sus fines y, en especial, el logro de su objetivo último: *la salud y bienestar integral de la población*.

13.1 De la posibilidad de disponer medidas de Cuarentena y Aislamiento Sanitario

Sin duda una medida de este tipo implica la posibilidad de disponer sobre destinos individuales y colectivos con restricción de derechos individuales (art. 7; 10; 36; 37; 38; 39) por lo que resulta necesario establecer de manera precisa los límites a esa facultad.

En tal sentido, por implicar la limitación de derechos fundamentales y en especial del derecho de libertad en su más amplia acepción, la facultad a ejercer debe contar con un respaldo legal y éste con una fundamentación que justifique tal limitación.

El concepto mismo de orden público ya analizado da la base que determina que deban primar los intereses sociales o generales sobre los derechos individuales de las personas. El concepto supremo de mantenimiento del orden público, incluido su aspecto de salud pública, implica la protección de un valor que debe prevalecer sobre los intereses particulares, individuales o de grupo. Para evitar el daño a ese bien supremo que es la salud pública, el Estado está facultado para emplear todos los medios preventivos a su alcance y si ello no es suficiente (si las medidas preventivas han fracasado), podrá y deberá (poder-deber) recurrir a medidas coactivas o represivas, aún cuando ello implique restringir y limitar temporalmente derechos de individuos o grupos.

En tal sentido ya el legislador del '34 al sancionar la Ley Orgánica de Salud Pública sentó la base legal para que tales actuaciones puedan cumplirse. En efecto, el artículo 2 de la Ley 9.202 de 12 de enero de 1934, en lo que refiere a la temática específica analizada, dispone en sus numerales 1, 2 y 3:

"En materia de Higiene, el Ministerio de Salud Pública ejercerá los siguientes cometidos:

- 1. La adopción de todas las medidas necesarias para mantener la salud colectiva y su ejecución por el personal a sus órdenes, dictando todos los reglamentos y disposiciones necesarios para ese fin primordial.*
- 2. En caso de epidemias o de serias amenazas de invasión de enfermedades infecto-contagiosas, el Ministerio adoptará de inmediato las medidas conducentes a mantener indemne al país o disminuir los estragos de la*

infección. En este caso, el Poder Ejecutivo dispondrá la intervención de la fuerza pública, para garantizar el cumplimiento de las medidas dictadas.

3. *Determinar, cuando fuere necesario, por intermedio de sus oficinas técnicas, el aislamiento y detención de las personas que por sus condiciones de salud, pudieran constituir un peligro colectivo"....*

A su vez el artículo 4 del citado cuerpo legal establece:

"Todo habitante del país tiene la obligación de someterse a las medidas profilácticas o de asistencia que se le impongan cuando su estado de salud, a juicio del Ministerio de Salud Pública, pueda constituir un peligro público. El Ministerio de Salud Pública podrá imponer, cuando lo estime necesario, la denuncia y tratamiento obligatorio de las afecciones que por su naturaleza o el género de ocupaciones a que se dedica la persona que la padezca, pueda tener una repercusión sobre la sociedad".

La claridad de la norma exime de todo comentario, no obstante se destaca que la misma dispone "todo habitante" lo que excede a la condición de ciudadano. Cualquier persona, aún la que transitoriamente se encuentre dentro de los límites territoriales del Estado, está comprendida en la obligación legal citada, la que por otra parte tiene base constitucional (*artículo 44 inciso 2 de la Constitución de la República: "Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como de asistirse en caso de enfermedad"*)

Es de destacar que el artículo 5 de la L.O complementa la obligación de asistencia de todo habitante a fin de mejorar su estado de salud con la facultad del Estado de imponer, a través del M.S.P, el tratamiento y asistencia obligatoria cuando "las afecciones por su naturaleza o el género de ocupaciones a que se dedica la persona que la padezca, pueda tener una repercusión sobre la sociedad", disponiendo expresamente:

"El obligado a someterse a tratamiento podrá hacerlo en los establecimientos públicos, con sujeción a las condiciones que se le impongan, o privadamente, con el contralor de la autoridad, salvo el caso en que se disponga del aislamiento o la internación en un establecimiento o lugar determinado" (el subrayado en nuestro)

Otras disposiciones que son de aplicación a la temática lo constituyen los artículos 6 y 7 de la L.O.

El artículo 6 dispone: *"Las Intendencias Municipales coadyuvarán dentro de sus respectivas jurisdicciones al cumplimiento de las decisiones tomadas por los organismos centrales de Salud Pública".*

A su vez el artículo 7 establece la obligación de pago o compensación de los servicios asistenciales prestados, sea a requerimiento de los usuarios o impuestos por la autoridad sanitaria, por parte de quien los recibe o de las personas obligadas a prestarlos por razón del parentesco, reiterando el concepto constitucional de gratuidad sólo para los casos de pobreza notoria.

Finalmente, *dra* normativa aplicada es la referente a la sanidad marítima, aérea y de fronteras, en tanto el Capítulo II de la Ley Orgánica (artículos 10 a 12) establece la policía de fronteras, siendo competencia del M.S.P. *"fijar las condiciones de salud de todas las personas que pretendan ingresar al país, sean o no inmigrantes"* (artículo 11), pudiendo llegar a *"disponer el rechazo de los inmigrantes que no se ajusten a las condiciones de salud fijadas por las leyes vigentes o por las disposiciones que se tomen en lo sucesivo"* (artículo 12).

13.2 De la obligación y responsabilidad del personal de la salud

Las obligaciones y la responsabilidad del personal de salud respecto a la atención de personas que presenten SARS, no difiere de las generales del personal médico respecto a pacientes que adolezcan de enfermedades cuya atención y tratamiento implique riesgos de contagio.

Como se dijera oportunamente, el derecho de todo habitante a que se preserve su salud surge consagrado en el ámbito constitucional por el artículo 44 de la Constitución de la República

La citada norma consagra el concepto que el derecho a la salud es un *derecho adquirido* (inherente a la personalidad humana), que corresponde a todos los habitantes de la República y como tal debe ser protegido por el Estado. Este deberá, consecuentemente, procurar los medios necesarios para su efectiva consagración.

En esa obligación del Estado de garantizar el derecho a la salud de la que ya se habló, se encuentra el correlativo deber de todo habitante de cuidar de la misma y de asistirse en caso de enfermedad.

El derecho a la salud aparece así como una lógica aplicación del derecho a la vida e integridad física consagrado por los artículos 7 y 72 de la Constitución ya citados, la Declaración de Derechos del Hombre, de 10 de noviembre de 1948, Convención Interamericana de Derechos Humanos aprobada por la Ley 15.737, de 8 de marzo de 1985 (Pacto de San José de Costa Rica) y Convención sobre los Derechos del Niño aprobada por la Ley 16.137, de 28 de setiembre de 1990, entre otras normas de carácter nacional e internacional.

Más concretamente, dentro del derecho positivo nacional, diversas disposiciones refieren a la obligación del Estado de proteger y garantizar el derecho a la salud:

La Ley 15.181 de 18 de agosto de 1981, que en su artículo 1 ordena: *“El Estado establecerá la cobertura de atención médica para todos los habitantes de la República como esencial componente de la seguridad social, a través de organismos públicos y privados”* (al respecto el Decreto 103/86 regula la cobertura mínima que se deben ofrecer y garantizar las IAMC), A su vez el inciso segundo agrega lo que supone una misión fundamental para el MSP: *“El Ministerio de Salud Pública deberá asegurar la normalidad de las prestaciones asistenciales”*, para lo cual le faculta con amplios poderes para inspeccionar, fiscalizar, controlar los aspectos técnicos-administrativos-laborales... (Artículo 11 y concordantes)

Más recientemente el Decreto del Poder Ejecutivo N° 258/992 de 9 de junio de 1992, impone una serie de reglas sobre la conducta médica y al respecto, dispone el artículo 1: *“El médico debe asegurar la mejor calidad de atención al enfermo, brindándole la más adecuada al caso, de acuerdo a los medios a su alcance, que tenga la mayor efectividad, cause el menor sufrimiento y produzca los más reducidos efectos colaterales adversos e inconvenientes, con el menor costo posible para el paciente y la sociedad que integra.*

Para ello, debe brindarse con bondad, dedicación y calor humano, procurando que esas virtudes humanas sean comprendidas y asumidas por el paciente en su beneficio (poniendo además a su servicio su capacitación médica actualizada)”

A su vez el artículo 7 dispone: *“El médico debe, en circunstancias de urgencia, prestar inmediato auxilio al herido, accidentado o enfermo grave que se encuentre en su presencia o inmediata proximidad, carente de asistencia o*

necesitando su colaboración profesional con la de otros médicos y asimismo, ocuparse de obtener en el lugar del hecho todos y los más adecuados recursos, y de no ser ello posible, procurar el traslado del paciente, en las condiciones más apropiadas posibles.

Asimismo, debe concurrir prontamente ante un llamado apremiante"

El artículo 8 dispone: "El médico debe, en circunstancias no urgentes, asistir al enfermo a su cargo en toda situación durante el curso de una misma enfermedad y cuando encontrare obstáculo absoluto para ello, avisar de inmediato al paciente o a sus representantes y suministrar a su sustituto la información pertinente a efectos de mantener la continuidad asistencial sin inconvenientes ni perjuicios para el enfermo.

Asimismo, debe prestar asistencia a todo el que solicite sus servicios, de ser único en la localidad"

Lo dicho se complementa con las prohibiciones específicas regladas, disponiendo el artículo 19: *"Al médico le está prohibido negar asistencia, en las circunstancias a que refiere los artículos 7 y 8 del presente decreto, sea de modo directo o indirecto, a todo paciente que lo requiera salvo situaciones excepcionales debidamente autorizadas por la autoridad competente"*

En mérito a las citadas disposiciones surge la interrogante si un médico puede o no, más allá de las situaciones de urgencia, en cuyo caso queda fuera de toda duda su obligación de asistencia, decidir si atiende a un paciente alegando los riesgos de contagio con la enfermedad a tratar. Se entiende que la respuesta debe ser negativa. El médico por esencia es un profesional de la salud cuya actividad lleva insita su obligación de asumir riesgos. El médico asume con su profesión el alea del riesgo. Su ámbito de trabajo natural es el hospital, la mutualista, la policlínica, el consultorio, el centro asistencial donde concurren pacientes. Su vínculo es con la enfermedad y su obligación procurar llegar a la salud. No puede, éticamente, considerarse de otro modo su profesión.

Sin perjuicio, tendrá derecho a que los riesgos se vean minimizados y no solo podrá sino que deberá exigir los elementos auxiliares para que ello sea así y de acuerdo al acto médico a llevar a cabo.

Finalmente cabe destacar lo dispuesto por el artículo 332 del Código Penal que tipifica como delito la Omisión de Asistencia, delito éste que tiene dos modalidades: una dolosa y otra culposa y castiga deberes de asistencia recíproca que nos debemos todos quienes vivimos en sociedad, más allá de nuestra condición de profesional de la salud, disponiendo: *"El que, encontrando abandonado o perdido un niño menor de diez años, o una persona incapaz de bastarse a sí misma por enfermedad mental o corporal o por vejez, omita prestarle asistencia y dar cuenta a la autoridad, será castigado con la pena del abandono, disminuida de un tercio a la mitad.*

La misma pena se aplicará al que, por negligencia, dejare de prestar asistencia. Dando cuenta a la autoridad, a un hombre desvanecido o herido, sepultado o en situación en que corra peligro su vida o su integridad física."

13.3 De las conclusiones

Analizados los cometidos a cargo del Ministerio de Salud Pública y el marco jurídico, en especial la Ley Orgánica del dicha Secretaría de Estado, se concluye:

- ? El Estado ostenta el poder/deber de actuar cuando el orden público interno se puede ver afectado;
- ? El concepto de “orden público interno” abarca la noción tanto de tranquilidad y seguridad interna como de “salubridad pública”;
- ? Es cometido esencial del Ministerio de Salud Pública ejercer la policía sanitaria (higiene pública);
- ? En ejercicio de dicho cometido puede y debe (poder-deber) adoptar medidas preventivas y si éstas no son suficientes recurrir a medidas de carácter represivas o coactivas (recurriendo incluso al auxilio de la fuerza pública);
- ? Ello no significa la violación de derecho fundamental o humano alguno, por cuanto de conformidad con el artículo 7 de la Constitución de la República los derechos fundamentales pueden ser limitados “conforme a las leyes que se establecieron por razones de interés general”;
- ? Que la Ley Orgánica de Salud Pública N° 9.202 de 12 de Enero de 1934, previó expresamente la posibilidad al otorgar competencia al Ministerio de Salud Pública en materia de higiene, vigilancia epidemiológica y control de fronteras (en especial en lo previsto por los artículos 2 numerales 1, 2 y 3; 4 y 5);
- ? Que la citada norma legal tiene amplio respaldo Constitucional (en especial artículos 7; 10; 36; 37; 44 y 47), se encuentra vigente y como derecho positivo debe ser cumplida;
- ? Que la finalidad última es asegurar la salud y bienestar de la población, asistiendo al enfermo y previendo daños mayores frente a un peligro de epidemia. En suma, se trata de proteger la “Salud Pública” entendida como bien común. Por ello, si el individuo se negara a acatar las disposiciones sanitarias que se dispusieran en aras de la protección de ese bien común, el M.S.P. no solo puede sino que debe ejercer su poder de policía sanitaria, obligándolo si es necesario al acatamiento de las normas sanitarias dispuestas. La obligación de asistencia es un deber individual, pero se transforma en una cuestión social cuando la no asistencia de la persona enferma, aún por su propia voluntad, puede representar un peligro para el resto de la población;
- ? De tratarse de menores y de mediar oposición de sus representantes se estima aconsejable darse intervención a la justicia competente;
- ? El Ministerio podrá disponer el aislamiento en establecimientos públicos o privados y la asistencia brindada será gratuita sólo en los casos constitucional y legalmente previstos (indigentes y carentes de recursos suficientes), siendo paga la asistencia por parte de quienes no cumplan dichos requisitos (pago éste que, según los casos, corresponderá al individuo o parientes obligados o a las Instituciones a las que estén afiliadas las que deberán cubrir los costos que la atención demande);
- ? Los Gobiernos Departamentales a su vez deberán coadyuvar con las disposiciones que dicte el M.S.P. órgano rector en la materia;
- ? El personal de salud no debe ni puede negar asistencia a los pacientes de SARS por colidir ello con la esencia misma de su profesión;
- ? Es obligación del Ministerio de Salud Pública asegurar al personal de la salud los medios y elementos adecuados para garantizar su seguridad.

14.- PLAN DE OPERACIONES

Política:

Prevención y Protección a la población ante amenaza de introducción del SARS a nuestro país

Propósito:

Contribuir a la contención de la pandemia de SARS, aplicando medidas de prevención, mitigación y respuesta, a nivel país.

Objetivo general:

Evitar la epidemia de SARS en Uruguay, aplicando medidas de prevención, mitigación y respuesta oportuna.

14.1 Fase I: Prevención (antes del ingreso de casos al país)

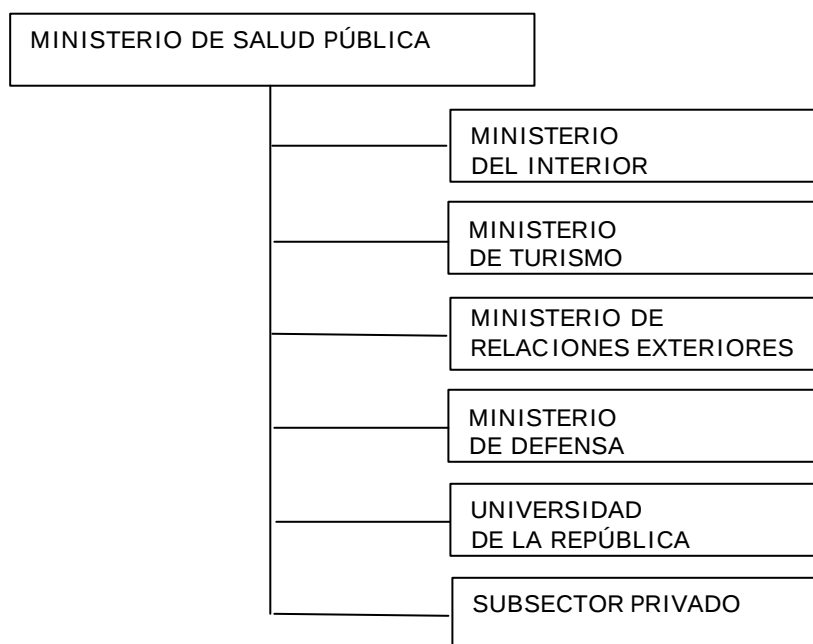
Objetivos específicos:

1. Controlar la entrada al territorio nacional de personas de riesgo para la enfermedad.
2. Instruir al personal involucrado en los diferentes pasos de frontera sobre el manejo de la enfermedad en todas sus etapas.
3. Capacitar y sensibilizar los niveles técnico, no técnico, operativo y gerencial del Subsector Público y Privado de la Salud.

Actividades:

- 1.1. Revisión del Marco Jurídico del Ministerio de Salud Pública.
- 1.2. Alerta a la red de Vigilancia Epidemiológica Nacional con enlaces correspondientes.
- 1.3. Coordinación realizada por Sanidad de Fronteras con organismos relacionados al tráfico de personas. (Ministerio del Interior, Servicio de Migración, Compañías Aéreas, Compañías Navieras, Ministerio de Defensa, Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio de Turismo).
- 2.1. Procedimientos de implementación del llenado de las fichas de registro de salud del viajero. (Anexo 1).
- 2.2. Realizar Auditoría de Migraciones.
- 2.3. Comunicación a funcionarios de Sanidad de Fronteras de recomendaciones para viajeros emitidas por la OMS, conducta a seguir frente a la eventual detección de casos sospechosos.
- 2.4. Guía de manejo de contactos.
- 2.5. Realización de simulacro involucrando a todos los puntos clave en el procedimiento y evaluación del mismo.
- 3.1. Reuniones informativas en Montevideo e Interior del país, dirigidas a todos los niveles de Asistencia Sanitaria (Gerencial y Operativo)
- 3.2. Tele conferencia y evaluación de actividades posteriores a nivel de los Servicios.
- 3.3. Manejo adecuado de la información a nivel poblacional a través de difusión periódica en página Web u otros medios de comunicación.

ENLACES INTERINSTITUCIONALES



14.2 Fase II: Mitigación

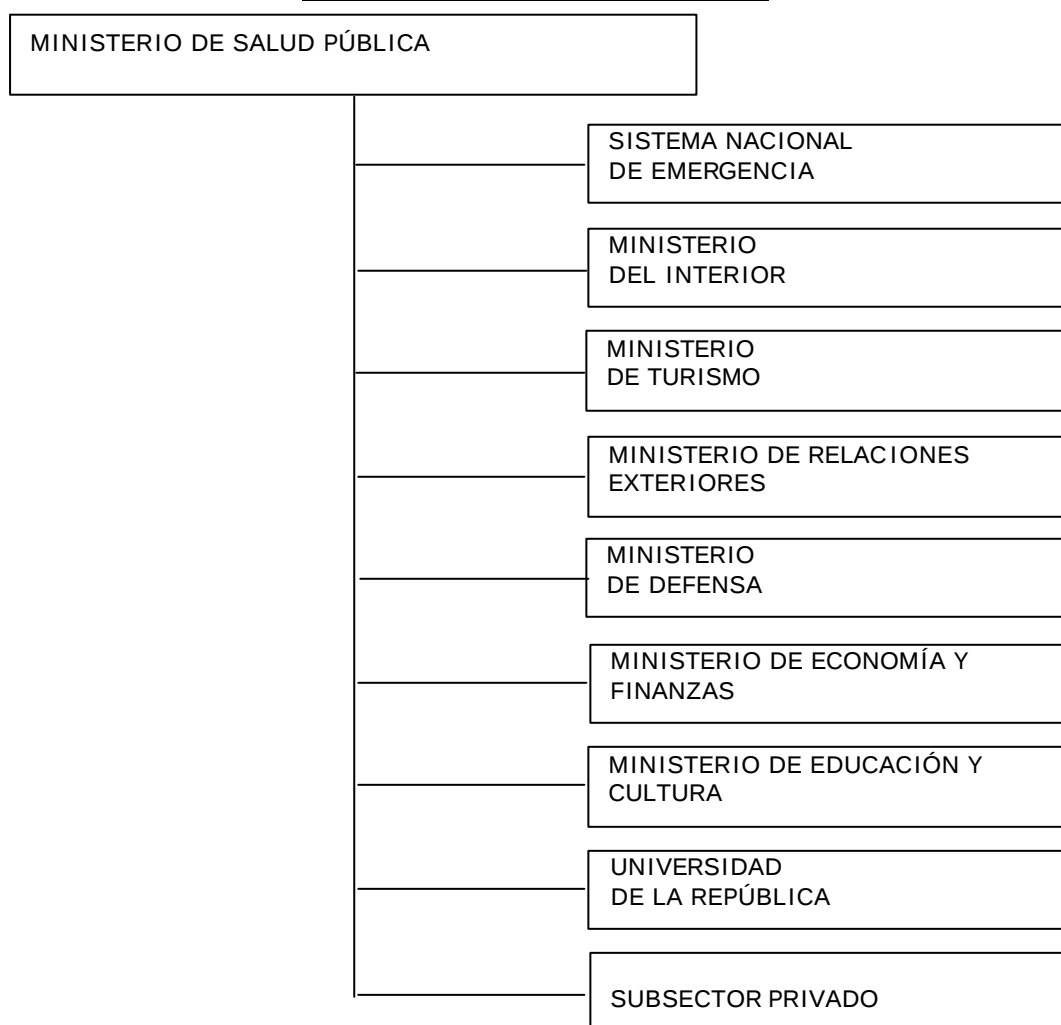
Objetivos específicos:

1. Controlar la aparición de la enfermedad.
2. Fortalecer la coordinación intersectorial en el manejo de personas de riesgo (aduanas, sector salud público y privado, sector turismo y transporte, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa y todo otro sector identificado como participante en el proceso de atención a un caso de riesgo)
3. Preparar y adecuar al sector Salud para la atención de casos de riesgo:
 - ? Recursos humanos
 - ? Recursos materiales, infraestructura instalada
 - ? Recursos Financieros
 - ? Respuesta oportuna

Actividades:

- 1.1 Centralización de tratamiento (Derivación al Centro de Referencia Nacional)
 - 1.2 Guía de manejo de casos sospechosos y probables
 - 2.1. Coordinación de la Respuesta Sanitaria a nivel del subsector Público y Privado de acuerdo a las directivas del manejo de casos de SARS.
 - 2.2. Capacitación y coordinación a nivel interinstitucional de todos los organismos involucrados en el manejo de personas de riesgo.
 - 3.1 Formulación de un Marco Jurídico en relación a las responsabilidades que debe asumir el equipo de salud en el manejo de pacientes con SARS.
 - 3.2 Gestión para la adquisición de insumos ante los proveedores a efectos del mantenimiento del precio en plaza.
 - 3.3 Gestión ante el Ministerio de Economía y Finanzas de fondos extrapresupuestales para el manejo del SARS.
- Elaboración e implementación de planes de contingencia

ENLACES INTERINSTITUCIONALES



14.3 Fase II B (con casos de SARS autóctonos)

Objetivos específicos:

1. Ofertar una respuesta eficaz, eficiente y oportuna.
2. Evitar el colapso institucional.
3. Evitar el colapso económico- financiero del país.

Actividades:

- 1.1. Adecuación de los RRHH al incremento de la demanda asistencial.
- 1.2. Establecer nuevos Centros de Referencia a nivel Nacional, de acuerdo a aquellos puntos estratégicos relacionados con la aparición de casos.
- 1.3. Aplicación de la normativa vigente sobre traslados a nivel del subsector Privado (Emergencias Móviles) Anexo 3.
- 2.1. Declaración de Estado de Emergencia Sanitaria Nacional y participación del Sistema Nacional de Emergencia, habiendo sido superada la capacidad de respuesta Institucional, de acuerdo a su Marco Normativo.

- 3.1. Gestión de los suministros provenientes del Exterior, a través de una subcomisión integrada por representantes del Comando Operativo, el Sistema Nacional de Emergencia y otras Organizaciones no Gubernamentales capaces de movilizar la ayuda Internacional (Cruz Roja, etc.).
- 3.2. Solicitar ayuda humanitaria internacional de urgencia (Apoyo técnico, línea crediticia e insumos varios)

Enlaces interinstitucionales



14.4 Fase III: Recuperación

Objetivos específicos:

Evaluar los resultados de las acciones implementadas

1. Revisar los planes de contingencia.
2. Elaborar y difundir un informe con lecciones aprendidas.

Actividades:

Evaluar el grado de impacto a nivel económico, productivo, social y sanitario.

1. Revisar los planes operativos aplicados ante la contingencia y establecer modificaciones del mismo.
2. Formular informe final sobre las medidas adoptadas y las lecciones aprendidas ante la Emergencia Epidemiológica.

14.4 Comando del incidente (CI/SARS)

Constituye el grupo responsable de aplicar lo planificado para la eventualidad de la ocurrencia de la Emergencia Epidemiológica, integrado por representantes de todas las Instituciones implicadas en la respuesta.

La importancia de constituir el CI/SARS está dada por varias razones:

- ? La coordinación interinstitucional y multidisciplinaria en la respuesta.
- ? La posible necesidad de tomar decisiones en la marcha de acuerdo a la evolución de los acontecimientos.
- ? La necesidad de establecer claramente la línea de mando de acuerdo al plan de contingencia.

Las funciones básicas del CI están en relación a la magnitud del incidente, y consisten en:

- ? Comandar el incidente

- ? Planificar las actividades
- ? Dirigir las operaciones integradas
- ? Manejar la logística
- ? Manejar suministros humanitarios, administración y finanzas.

El equipo del CI está integrado por el comandante del incidente (representante de la DI.GE.SA), y otros integrantes representantes de la:

- ? Dirección General de la Salud MSP.
 - ✍ División Salud de la Población
 - ✍ Departamento de Epidemiología
 - ✍ Sanidad de Fronteras
 - ✍ Vigilancia Epidemiológica
 - ✍ Área Asistencial Infectología
- ? Unidades Asistenciales ASSE
- ? Unidades Móviles SSAE-ASSE
- ? Laboratorio Clínico - MSP
- ? Ministerio del Interior
- ? Ministerio de Defensa
 - ✍ Prefectura Nacional Naval
 - ✍ Fuerza Aérea Uruguaya
- ? Centro de Referencia, Asociación Española 1ª de Socorros Mutuos

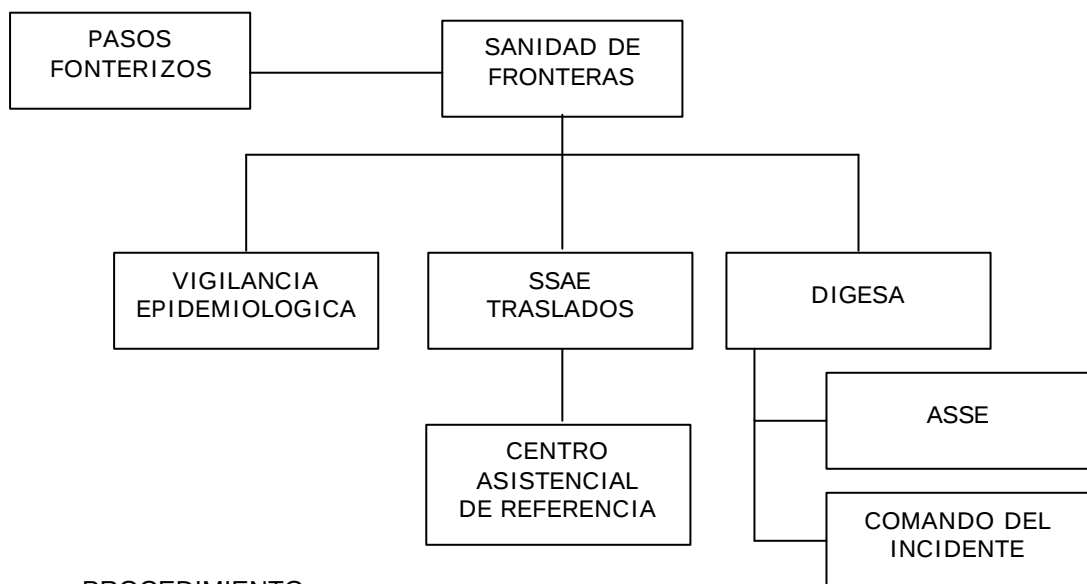
El grupo de trabajo Multidisciplinario para el manejo del SARS, ante la activación e instalación del CI, permanecerá en sesión permanente como apoyo al mismo

14.5 Centro Operativo de Emergencia (COE/SARS)

El COE/SARS se establecerá en el casco central del MSP en el área de la DI.GE.SA, con instalaciones que permiten las comunicaciones y el despliegue, a efectos de realizar las coordinaciones logísticas necesarias de la información correspondiente.

14.5.1 Pasos fronterizos

Flujograma de comunicaciones

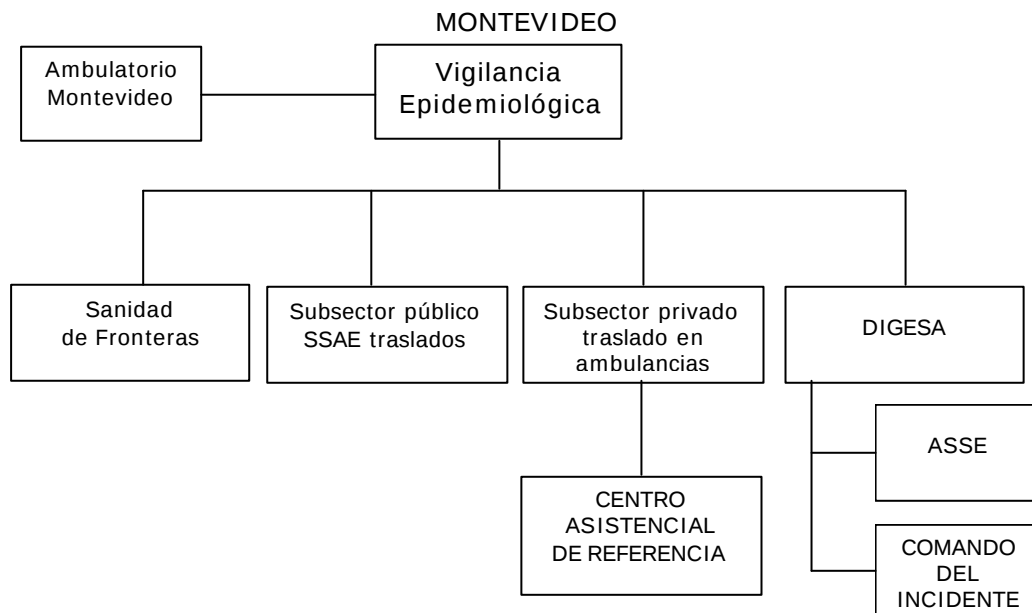


PROCEDIMIENTO:

- ? Inspectores de Migración y Personal de Sanidad de Fronteras identifican el caso sospechoso y contactos.
- ? Se activa el plan en alerta de emergencia, comunicando a la Dirección de Sanidad de Fronteras.
- ? La tripulación y pasaje quedan bajo Vigilancia Epidemiológica.
- ? Dirección de Sanidad de Fronteras comunica inmediatamente a la Dirección General de Salud, a Vigilancia Epidemiológica, al Servicio de Asistencia Externa (Unidades Móviles), y al Centro Asistencial de Referencia, (Asociación Española).
- ? La Dirección General de la Salud dará aviso a la Administración de Servicio de Salud del Estado, y convoca a los integrantes del Comando del Incidente (CI/SARS), instalando el Comando Operativo de Emergencia (COE/SARS) a nivel central del MSP.

14.5.2 Ambulatorios

Flujograma de comunicaciones

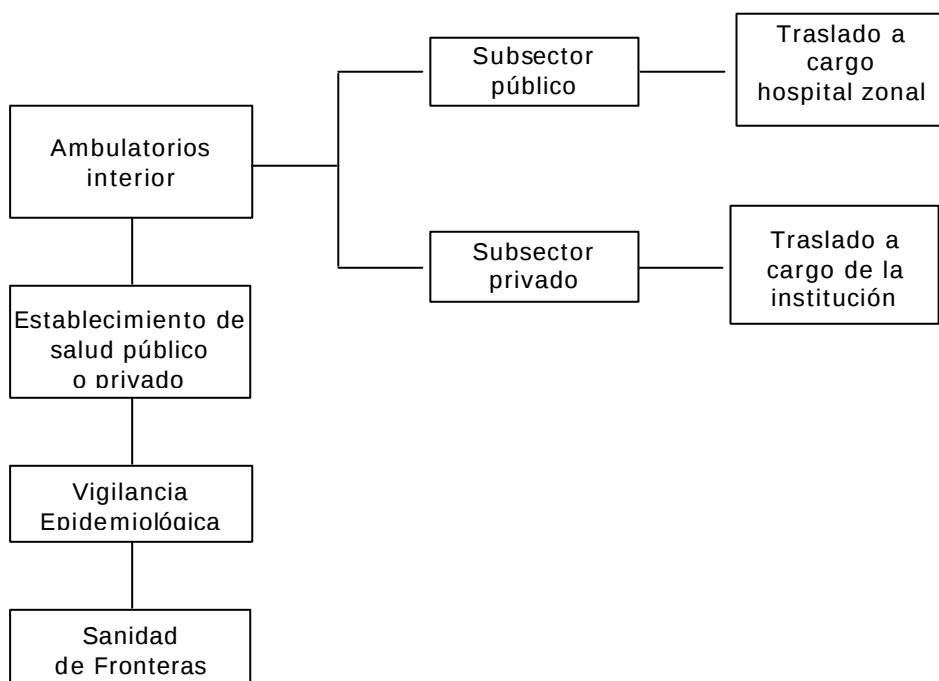


PROCEDIMIENTO:

- ? La identificación de alguna persona sintomática de SARS, que consulte en Servicio de Emergencia, Emergencias Móviles y Policlínicas, presentando antecedentes epidemiológicos válidos para el mismo, determinara por parte del equipo de salud interviniente la notificación inmediata a Vigilancia Epidemiológica del MSP.
- ? En caso de pacientes con cobertura integral privada, o parcial con traslado incluido, se trasladara al paciente al Centro de Referencia con la ambulancia perteneciente a las instituciones intervinientes.
- ? En caso de pacientes pertenecientes al Subsector Publico, o con cobertura parcial privada sin traslado incluido, o sin cobertura formal, se trasladara al paciente al Centro de Referencia por parte de las unidades móviles del Servicio de Asistencia Externa.
- ? Vigilancia Epidemiológica activa el plan en alerta de emergencia, avisando a la Dirección General de la Salud; al centro Asistencial de referencia (Asociación Española), y comunicando a la Dirección de Sanidad de Fronteras.
- ? La Dirección General de la Salud avisa a la Administración de Servicio de Salud del Estado, y convoca a los integrantes del Comando del Incidente (CI/SARS), instalando el Comando Operativo de Emergencia (COE/SARS) a nivel Central del MSP.

Flujograma de comunicaciones

INTERIOR DEL PAÍS



PROCEDIMIENTO:

- ? La identificación de alguna persona sintomática de SARS que consulta en Servicio de Emergencia, Emergencias Móviles, y Policlínicas en el Interior del País, presentando antecedentes epidemiológicos válidos para el SARS, determinará por parte del equipo de salud interviniente, la notificación inmediata a Vigilancia Epidemiológica.
- ? En caso de pacientes pertenecientes al Subsector Privado este se hará cargo del traslado con ambulancias propias, hacia el Centro de Referencia.
- ? En caso de pacientes pertenecientes al Subsector Público, el traslado se efectuará con unidad móvil del Hospital zonal.
- ? Vigilancia Epidemiológica activa el plan en alerta de emergencia, avisando a la Dirección General de la Salud; al centro Asistencial de referencia (Asociación Española), y comunicando a la Dirección de Sanidad de Fronteras.
- ? La Dirección General de la Salud avisa a la Administración de Servicio de Salud del Estado, y convoca a los integrantes del Comando del Incidente (CI/SARS), instalando el Comando Operativo de Emergencia (COE/SARS) a nivel Central del MSP.

DECLARACIÓN DE SALUD DEL VIAJERO
DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO VIAJANTE
TRAVELER'S HEALTH DECLARATION

Travelers should fill out this form and hand it in to the health authorities upon landing, so that they can be contacted by Uruguayan authorities over the next 14 days for adoption of health protection actions, if necessary. False statements are punishable by law.

Medios de Transporte: Meios de Transporte: Means of Transportation:	☐ Aéreo Aeronave Airplane	☐ Embarcación Embarcação Ship	☐ Terrestre Rodoviário Vehicle	☐ Ferrocarril Ferroviário Train
--	---	---	--	---

Lugar de Entrada/Local de entrada/Port of Arrival:		Data / Date / Fecha: ____/____/____	
--	--	--	--

mpresa: Nº de vuelo/ Embarcación / Vehículo Terrestre:	Asiento / Cabina;
mpresa: Nº Vôo / Embarcação/Veículo Terrestre:	Assento /
mpany: Flight Nr. /Name of the Ship / Land Vehicle:	Camarote:
	Seat / Cabin;

Nombre y Apellidos / Nome Completo / Full Name:	Fecha nacimiento/Data Nasc. Birth Date:
---	---

Nº de Passaporte ou C. de Identidade e País Emissor: Passport Number or Identity Card and Issuing Country:	Sexo / Sexo / Sex: M ☐ F ☐
---	---

Países y lugares por donde circuló en los últimos 14 días
Países e locais por onde circulou nos últimos 14 dias:
 Country and places where you have been in the last 14 days:

• Destino - Previsión de conexión-escala destino
Previsão de Conexão-Escala
Destination - Scheduled Connection/Place of Call

Empresa: Nº de voo/ Embarcação / Veículo Terrestre: Empresa: Nº Voo / Embarcação / Veículo Terrestre: Company: Flight Nr. / Name of the Ship / And Vehicle:		Fecha / Data / Date / /
---	--	----------------------------

Síntomas observados en los últimos 10 días/Sintomas observados nos últimos 10 días/
ymptoms observed in the last 10 days

Fiebre / Febre / Fever (>38°C/100.4°F)

Alteraciones respiratorias (tos, dificultad para respirar)
Alterações Respiratórias (tosse, dificuldade de respirar)
Respiratory illness (breath difficulty, cough)

Otros - especificar (Ej. diarrea, erupciones cutáneas, ictericia, dolor de cabeza, vómito, hemorragia, mialgia, dolores musculares, etc.)
Outros – especificar (ex: diarreia, erupções cutâneas, icterícia, dor de cabeça, vômito, hemorragia, mialgia/dores musculares, etc.)

Other-specify (ex.: diarrhea, rash, jaundice, headache, vomit, hemorrhage, myalgia, muscular pain, etc)

Ninguno / Nenhum / None

Dirección(es) para contacto en los próximos 14 días / Endereço(s) para contato nos próximos 14 dias / Address(es) where you can be found over the next 14 days :

udad(es): dade(s) ty (ies):	Estado(s): Estado(s) State(s):	País(es): País(es) Country (ies):
mail:		Teléfono / Telefone / Phone:

• **Data/Date/Fecha** _____ **Firma del viajero / Assinatura do viajante/Traveler's signature** _____

_____/_____/_____

..... CONSTANCIA PARA EL MATERO /ced

Instrucciones para llenar el formulario

- 1. CAMPO DE IDENTIFICACIÓN DEL TIPO DE MEDIO DE TRANSPORTE.**
Marque con una X la opción que corresponde al medio de transporte en el que llegó al Uruguay. Informe el local de ingreso al país y la fecha de llegada.
- 2. CAMPO DE ESPECIFICACIÓN DEL MEDIO DE TRANSPORTE.**
Informe de qué medio llegó al Uruguay en avión, informe la compañía aérea, el N° del vuelo y, en el campo de al lado, el N° del asiento. Si hubiera llegado en barco o vehículo terrestre, informe el nombre de la embarcación o del vehículo y en el campo de al lado, la cabina o el asiento.
- 3. CAMPO DE IDENTIFICACIÓN DEL PASAJERO.**
Declare su nombre completo, sin abreviador, de forma legible, de preferencia con letra de imprenta.
En el campo de al lado, informe la fecha de nacimiento (día/mes/año). En la línea de abajo informe el N° del pasaporte o el N° de la cédula de identidad y el país emisor. Al lado, informe el sexo con una X.
- 4. CAMPO DE DECLARACIÓN DEL TRAMO RECORRIDO.**
Informe todos los países y locales por donde pasó en los últimos 14 días.
- 5. CAMPO DE DESTINO.**
Informe destino, previsión de conexión y escala. En la línea de abajo informe la(s) compañía(s) aérea(s) y N° del vuelo de la escala o conexión o el nombre de la embarcación o vehículo terrestre. Al lado, informe la fecha de salida para el embarque.
- 6. CAMPO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS.**
Marque con una X las opciones correspondientes a los síntomas observados en los últimos 10 días o marque con una X si no presentó síntomas durante dicho periodo.
- 7. CAMPO DE LOCALIZACIÓN DEL PASAJERO.**
Escriba direcciones (para contacto durante los próximos 14 días, para que sea posible localizarlo rápidamente en caso de necesidad. Informe ciudad(es), departamento(s), país(es), e-mail(s) y teléfono(s) donde sea posible encontrarle.
- 8. Recuerde colocar la fecha en que fue llenada la tarjeta y firmar la Declaración de Salud del Viajante.**
Coloque la fecha y firmar el nombre completo y guardar el comprobante sellado y firmado por la autoridad sanitaria.

Instruções de preenchimento

1. **CAMPO DE IDENTIFICAÇÃO DO TIPO DE MEIO DE TRANSPORTE.**
Marque com um X a opção que corresponde ao meio de transporte em que chegou ao Uruguay.
2. **CAMPO DE ESPECIFICAÇÃO DO MEIO DE TRANSPORTE.**
Informe o local de entrada no País e a data de chegada. Caso tenha chegado de avião, informe a companhia aérea, o nº do voo e, no campo ao lado, o assento. Se tiver chegado de navio ou veículo terrestre, informe o nome da embarcação e o veículo no campo ao lado, o cabine ou assento.
3. **CAMPO DE IDENTIFICAÇÃO DO PASSAGEIRO.**
Informe o nome completo, sem abreviações, de forma legível, de preferência com letra de forma.
No campo ao lado, informe a data de nascimento (dia/mês/ano). Na linha abaixo, informe nº do passaporte ou o nº da carteira de identidade e país emissor. Ao lado, informe o sexo com um X.
4. **CAMPO DE DECLARAÇÃO DO TRECHO PERCORRIDO.**
Informe todos os países e locais por onde passou nos últimos 14 dias.
5. **CAMPO DE DESTINO**
Informe o destino, o nível de conexão e escala. Na linha abaixo, informe a(s) companhia(s) aérea(s) e o nº do voo da escala ou conexão ou o nome da embarcação e veículo terrestre. Ao lado, informe a data prevista para embarque.
6. **CAMPO DE IDENTIFICAÇÃO DOS SINTOMAS.**
Marque com um X nas opções correspondentes aos sintomas observados nos últimos 10 dias ou assinalar com X se não apresentou sintomas nesse período.
7. **CAMPO DE LOCALIZAÇÃO DO PASSAGEIRO.**
Escreva endereço(s) para contato nos próximos 14 dias de forma que seja possível localizá-lo rapidamente em caso de necessidade. Informe cidade(s), Estado(s), País(es), e-mail(s) e telefone(s) possíveis de encontrá-lo.
8. **Lembre-se de colocar a data de preenchimento e assinar a Declaração de Saúde do Viajante.**
Data: _____ Assine o nome completo e guarde o comprovante carimbado e rubricado pela Autoridade Sanitária.

Instructions for filling out the form

1. **FIELD FOR IDENTIFICATION OF THE TYPE OF TRANSPORT.**
Mark with X the box that corresponds to the means of transport in which you arrived in Uruguay.
2. **FIELD FOR SPECIFICATION OF THE MEANS OF TRANSPORT.**
Inform the place of entry in the Country and the date of arrival.
If you arrived by airplane, inform the flight company, flight number and, in the field to the side, number of seat. If you arrived by ship and vehicle, inform the name of the ship or vehicle and in the field to the side, the cabin or seat.
3. **FIELD FOR IDENTIFICATION OF THE PASSENGER.**
Inform full name, without abbreviations, legibly, preferably printed. In the field to the side, inform the date of birth (in the format dd/mm/aa) and in the line below, inform passport number or identity card number and issuing country. To the side, indicate gender with X.
4. **FIELD FOR STATEMENT OF THE AREAS WHERE YOU HAVE TRAVELED.**
Inform all the countries and places you have been to in the last 14 days.
5. **DESTINATION FIELD.**
Inform destination, scheduled connections and places of call. In the line below, flight company (ies) and flight number of connection or call or the name of the vessel and land vehicle. To the side, inform scheduled embarkation date.
6. **FIELD FOR IDENTIFICATION OF THE SYMPTOMS.**
Mark with X, the boxes that correspond to the symptoms observed over the last 10 days or indicate with X if you had no symptoms during this period.
7. **FIELD FOR LOCATING THE PASSENGER.**
Write address (es) where you will be in the next 14 days, so that you can be contacted quickly necessary. Inform City (ies), State(s), Country (ies), E-mail(s) and Phone number(s) where you can be found.
8. **Remember to write the date you filled out the form and to sign the Traveler's Health Declaration.**
You must sign your full name and keep with you the rubber-stamped form rubricate by the Health Authority.

CONSTANCIA PARA EL VIAJERO / certeza do viajante / certainty for the traveler

DECLARACION DE SALUD DEL VIAJERO
DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO VIAJANTE
HEALTH TRAVELER DECLARATION

Fecha / Data / Date **Nombre Completo / Nome Completo / Full Name:**

Empresa: N° de vuelo/ Embarcación / Vehículo Terrestre Empresa: N° Vôo / Embarcação / Veículo Terrestre Company: Flight Nr. /Name of the Ship / Land Vehicle	MATASELLO OFICIAL CARIMBO OFICIAL OFFICIAL STAMP
IMPORTANTE: Ante cualquier duda comunicarse al teléfono (02) 409.1200, durante las 24 horas. MSP – Unidad de Vigilancia Epidemiológica	

SELECCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A ESTAR CURSANDO SARS

Últimos dos países visitados: _____
Salida de ese lugar. Fecha: _____
Día de entrada a Uruguay: _____

	SI	NO		SI	NO
Tos	☐	☐			
Expectoración	☐	☐	Mialgias	☐	☐
Dolor torácico	☐	☐	Cefalea	☐	☐
Disnea	☐	☐	Diarrea	☐	☐
Fiebre (>38°)	☐	☐			

- Hemograma: Leucocitos: _____
Plaquetas: _____

- Rx Tórax _____

	SI	NO		SI	NO
Normal	☐	☐	Condensación	☐	☐
Infiltrados	☐	☐	Derrame pleural	☐	☐
intersticiales					

- Gasometría pO₂: _____

E.1. Sin criterios para SARS	☐
E.2. Neumonía atípica probablemente viral, por micoplasma, clamidia u otros agentes, no necesariamente vinculable a SARS	☐
E.3. SARS. Caso sospechoso	☐
E.4. SARS. Caso probable	☐

1. Domicilio ☐

2. Control ambulatorio ☐

3. Internación en:

Firma _____

Contrafirma

ANEXO 3. Criterios clínico-epidemiológico-paraclínicos para la selección de pacientes candidatos a estar cursando SARS.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD PARA EL MANEJO DE ESPECIMENES PROVENIENTES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO PROBABLE DE SARS

Normas provisorias emitidas el 9 de Abril de 2003

1.- DE LA OBTENCION DE LOS ESPECIMENES.

Para el acceso a la sala de internación, a los efectos de la obtención de especímenes de estos pacientes, se deberán cumplir con las medidas de aislamiento establecidas por el M.S.P. Se destaca la utilización de guantes descartables, protección ocular, respirador y sobretúnica con puño.

2.- SECRECIONES RESPIRATORIAS.

Utilizar un nivel de bioseguridad 2 (BSL-2) con prácticas de nivel 3 (BSL-3)¹ para todos los procedimientos que involucren la apertura de frascos o tubos con secreciones respiratorias, así como para su manipulación posterior.

Se debe prestar particular atención a lo siguiente:

- a.- Las manipulaciones deben ser realizadas en un gabinete de bioseguridad con certificación no mayor a un año.
- b.- El personal de Laboratorio deberá usar equipo protector, incluyendo guantes descartables sobretúnica con puños, protección de ojos y protección respiratoria (Respiradores N95 o equipos similares).
- c.- Las centrifugaciones deben ser realizadas usando cabezales de bioseguridad, con porta tubos con tapa de rosca.

3.- SANGRE, SUERO, PLASMA.

Se utilizarán las recomendaciones habituales para el manejo seguro de estos materiales frente a hepatitis/ HIV.

4.- ORINA.

Se utilizarán guantes o manoplas para el manejo de este espécimen.

5.- TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS.

Verificar cuidadosamente el cierre de los recipientes conteniendo las muestras antes de su envío al laboratorio.

Para el transporte dentro de la Institución colocar las muestras dentro una bolsa o recipiente impermeable, debidamente cerrado. La solicitud del estudio y toda otra información debe ser enviada en bolsa de plástico, adjunta y colocada exteriormente en relación con la muestra.

Para los envíos fuera de la institución, utilizar el sistema de triple envoltura² (recipiente estanco para la muestra, recipiente impermeable por fuera y recipiente resistente externamente).

ANEXO 4.- Circular N° 13 del Ministerio de Salud Pública.-

Visto: la Ley N° 9.202 de 12 de enero de 1934;

Resultando: I) que la referida norma legal asigna al Ministerio de Salud Pública el cometido de adoptar todas las medidas que estime necesarias para mantener la salud colectiva dictando todos los reglamentos y disposiciones necesarios para ese fin primordial;

II) que asimismo en caso de epidemias o de serias amenazas de invasión de enfermedades infecto-contagiosas, es competencia del Ministerio de Salud Pública la adopción de medidas inmediatas conducentes a mantener indemne el país o disminuir los estragos de la infección;

III) que el bien jurídico tutelado por la norma es la higiene pública es decir aquella actividad de carácter preventivo tendiente a preservar la salud humana y como tal se trata de un cometido esencial a cargo del Estado;

Considerando: que de acuerdo a lo expuesto, en situaciones de emergencia nacional que afectan la salud pública, corresponde que el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública disponga en forma inmediata las medidas y acciones necesarias en el sector público y privado a nivel sanitario;

Atento: a lo expuesto y a lo dispuesto por el artículo 168 numeral 4) de la Constitución de la República;

El Presidente de la República

DECRETA:

Artículo 1°.- Las entidades privadas autorizadas y habitadas a prestar atención médica de emergencia con unidades móviles, deberán cooperar con el Ministerio de Salud Pública en todas las situaciones de emergencia, crisis o desastres excepcionales o casos similares, que ocurran o sean inminentes en el ámbito del territorio nacional.

Artículo 2°.- Facúltase al Ministerio de Salud Pública a declarar la situación de emergencia así como a requerir directamente de dichas entidades privadas, la asistencia médica con unidades móviles, debiendo establecer expresamente el comienzo y las finalidades del período de emergencia.

Artículo 3°.- A tales efectos, dichas entidades deberán poner de inmediato a disposición del Ministerio de Salud Pública, como mínimo, el equivalente al 10% (diez por ciento) del total de sus unidades móviles de asistencia médica de emergencia en funcionamiento.

Artículo 4°.- Las entidades privadas de atención médica de emergencia que se pongan a disposición del Ministerio deben contar con recursos humanos y materiales especialmente adecuados para el diagnóstico, tratamiento y traslado de pacientes, y estar equipadas conforme lo dispone el Decreto 578/986 de 26 de agosto de 1986.

Artículo 6°.- la obligación de contribuir con unidades móviles de emergencia en la forma establecida precedentemente se extiende también en caso de preparativos y realización de simulacros de situaciones de emergencia, crisis, desastres o similares.

Artículo 7°.- EL incumplimiento de lo dispuesto en el presente decreto dará lugar a la aplicación por el Ministerio de Salud Pública, de las sanciones estatuidas en la Ley 9.202 de 12 de enero de 1934 y normas concordantes.

Artículo 8°.- Comuníquese, publíquese, etc.

Montevideo, 9 de febrero de 2000.