



Directrices para la prevención de infecciones por COVID-19 en personas de alto riesgo en entornos urbanos

Versión: 30 de abril de 2020

Autor: Caroline Favas

Colaboradores: Francesco Checchi, Ronald J Waldman

Índice

Lista de abreviaturas	3
1 Antecedentes	4
2 Principios generales	4
3 ¿A quién se debería incluir en el escudo protector?	6
4 Creación de zonas verdes de protección	8
5 Implantación	11
5.1 <i>Calendario</i>	11
5.2 <i>Participación comunitaria y comunicación de riesgos</i>	11
5.3 <i>Gobernanza comunitaria</i>	12
5.4 <i>Antes de establecer las zonas verdes</i>	13
5.5 <i>Registro de residentes de zonas verdes</i>	13
5.6 <i>Consideraciones específicas y mitigación de riesgos</i>	13
6 Prevención y control de infecciones	15
6.1 <i>Entre las zonas verdes y el exterior</i>	15
6.2 <i>Dentro de las zonas verdes</i>	16
6.3 <i>Uso de mascarillas</i>	17
7 Manejo de los residentes sintomáticos de la zona verde	17
8 Servicios de apoyo	18
8.1 <i>Distribución de productos básicos</i>	18
8.2 <i>Servicios sanitarios</i>	18
9 Bibliografía	20

Lista de abreviaturas

COVID-19	Enfermedad por coronavirus 2019
ENC	Enfermedades no contagiosas
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
OMS	Organización Mundial de la Salud
PCI	Prevención y control de infecciones
PNA	Productos no alimentarios
PRB	Países de renta baja
SARS-CoV-2	Coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo 2
TB	Tuberculosis
VIH/sida	Infección por virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida
WASH	Agua, saneamiento e higiene

1 Antecedentes

Las poblaciones que residen en zonas urbanas de países de renta baja (PRB) pueden ser especialmente vulnerables a la epidemia de COVID-19 debido a (i) la alta densidad poblacional que da lugar a una mezcla social importante; (ii) la urbanización descontrolada y la alta proporción de personas que viven en barrios de chabolas o precarios superpoblados, y (iii) un acceso con frecuencia deficiente a agua y saneamiento (1–3).

No hay un consenso mundial sobre lo que constituye una «zona urbana» y las definiciones nacionales varían sustancialmente (4). En estas directrices, hemos usado la siguiente definición: «población incluida dentro de los contornos de un territorio contiguo habitado con niveles de densidad urbana con independencia de los límites administrativos» (4). Esta definición suele incorporar la población de una ciudad o localidad además de las áreas suburbanas que hay fuera de los límites de la ciudad pero colindantes a esta, así como la población que vive en asentamientos urbanos no oficiales o barrios marginales, que se definen como «zonas urbanas muy pobladas caracterizadas por viviendas precarias y depauperación» (5). En los entornos afectados por crisis, una mayoría relativa de personas desplazadas a la fuerza viven dentro de la comunidad de acogida en zonas urbanas (6).

Las medidas de contención con uso intensivo de recursos que imponen restricciones estrictas a los desplazamientos y de contacto a toda la población, tales como las órdenes de «quedarse en casa» o las estrategias generales de «confinamiento», han disminuido significativamente los niveles de contacto en China y Europa y, por lo tanto, reducido drásticamente la epidemia, y ganado tiempo para la preparación de medidas adicionales (7). Sin embargo, es posible que estas medidas no sean adecuadas ni sostenibles para las personas que viven en zonas urbanas en PRB, donde podrían ser inviables físicamente o alterar gravemente la economía y suponer una amenaza a los medios de subsistencia de las comunidades de aplicarse durante un periodo largo de tiempo (8). En términos más generales, estas medidas a nivel poblacional tendrían que conseguir niveles muy altos de cumplimiento para poder reducir la transmisión del COVID-19 hasta un nivel apreciable. Esto se debe a que es probable que el número básico de reproducción en zonas urbanas de PRB, sobre todo en barrios marginales o asentamientos urbanos no oficiales, sea bastante más alta que la observada hasta la fecha en entornos de recursos económicos más altos. Por lo tanto, es posible que un enfoque más dirigido a impedir infecciones específicamente en los grupos de mayor riesgo de mortalidad por COVID-19 sea una estrategia útil para reducir la mortalidad y la presión sobre los servicios sanitarios: denominamos este enfoque «escudo protector para personas vulnerables» para distinguirlo de las medidas de distanciamiento más genéricas.

Este documento ofrece una guía para la puesta en práctica de un enfoque de escudo protector para personas vulnerables en zonas urbanas de PRB en regiones afectadas por crisis humanitarias. Está dirigido a la comunidad en sí, los organismos de gobernanza nacionales y locales, y los agentes humanitarios y de desarrollo que actúan en el país.

2 Principios generales

El enfoque del escudo protector dirigido a personas vulnerables tiene como finalidad proteger a las personas más vulnerables de la infección por SARS-CoV-2, ayudándolas a vivir de forma segura, digna y separada de la población general durante un periodo de tiempo prolongado, hasta que se produzca una de las siguientes circunstancias: a) el número de casos en la comunidad pase a ser controlable y permita la puesta en práctica eficaz de la estrategia óptima de realización de pruebas, seguimiento de contactos y aislamiento de casos positivos, así como la cuarentena de personas expuestas; b) se establezca una capacidad de hospitalización suficiente con un nivel adecuado; c) se pongan a disposición de la población general opciones terapéuticas o una vacuna eficaz, o d) desaparezca la epidemia de COVID-19 que afecta a la población debido a su control o la disminución de personas susceptibles en la población no aislada. La finalidad de este enfoque en última instancia

es reducir el exceso de mortalidad atribuible al COVID-19 y, al mismo tiempo, aliviar en parte la presión sobre un sistema sanitario a menudo desbordado.

La principal característica de este enfoque es crear «zonas verdes» (zonas específicas a nivel de unidad familiar, familia más amplia o vecindario) a las que trasladar temporalmente a las personas de mayor riesgo (los ancianos y las personas con enfermedades crónicas subyacentes) y en las que tengan un contacto mínimo con familiares y otros miembros de la comunidad con menor riesgo de sufrir una enfermedad grave. La configuración real de estas zonas verdes dependerá de las características locales, culturales y físicas del asentamiento urbano: más adelante se perfilan las posibles opciones generales. En su diseño más básico, el escudo protector para personas vulnerables tiene como finalidad principal impedir la introducción de la infección dentro de las zonas verdes; si es posible a nivel local, se puede añadir la realización de pruebas rápidas y la derivación de los residentes aislados como componente deseable pero no estrictamente necesario.

En términos epidemiológicos, el enfoque tiene como fin limitar, si no eliminar por completo, los contactos que puedan dar lugar a la transmisión («contactos eficaces») entre personas de alto riesgo y de bajo riesgo, además de entre personas de alto riesgo y alimentos, agua y fómites que puedan estar contaminados por el virus. Su efecto sobre la mortalidad directamente atribuible al COVID-19 es linealmente proporcional a la fracción de las zonas verdes aisladas que se mantienen libres de transmisión durante la epidemia de COVID-19: como tal, el enfoque no necesita conseguir un umbral de aceptación específico para ser eficaz. A pesar de esto, los trabajos de modelización realizados hasta la fecha sugieren que el aislamiento solo obtiene efectos significativos si se aísla un número suficiente de personas de alto riesgo (a modo indicativo, >60 %), si se reduce al mínimo su contacto físico con personas de bajo riesgo y si el grado de contacto dentro de las zonas verdes que albergan a más de una persona aislada es como mínimo no superior al valor previo (9).

Puesto que las personas de alto riesgo constituyen una proporción numéricamente pequeña de la población (sobre todo en países de renta baja debido a la distribución de la edad de la población), la generación de inmunidad de grupo (es decir, la progresión de la epidemia) se ve relativamente poco afectada por la intervención.

Aunque la puesta en práctica de este enfoque todavía no está documentada, es probable que dos condiciones esenciales sean indispensables para su eficacia:

- i. Aceptación y participación de la comunidad. Esencialmente, este enfoque debe estar impulsado por la comunidad. Esto requerirá la comunicación apropiada de información exacta y coherente, así como el compromiso y la participación proactivos de la comunidad en el diseño y la aplicación local del enfoque de aislamiento (10). Por el contrario, es probable que el enfoque no tenga éxito si se percibe como coercitivo, se malinterpreta o las autoridades lo utilizan como excusa para ejercer formas de opresión.
- ii. Apoyo suficiente a los residentes incluidos dentro del escudo protector, así como para sus familiares y cuidadores. Como se indica más adelante, es probable que esto incluya, como mínimo, la nutrición, la atención médica y los servicios de agua y saneamiento.

Este enfoque preventivo no debe verse como una intervención independiente para mitigar la epidemia de COVID-19, sino como parte de una estrategia de respuesta integral compuesta por intervenciones complementarias esenciales, como el aislamiento voluntario de personas sintomáticas y el distanciamiento físico general (9), y requiere una coordinación multisectorial sólida en todos los niveles.

3 ¿A quién se debería incluir en el escudo protector?

La población a la que se dirige el enfoque del escudo protector está formada por las personas que corren un alto riesgo de fallecer debido a la infección por el SARS-CoV-2, que se define principalmente por la edad o la presencia de comorbilidades. En la tabla 1 se sugieren los criterios de inclusión para del escudo protector. Los criterios reflejan la evidencia actual así como los posibles supuestos de mitigación de riesgos donde la evidencia aún no esta disponible. Los criterios relativos a la presencia de morbilidades existentes se aplicarán únicamente si se conoce el estado de la enfermedad. Se dispone ahora de una [herramienta](#) específica para cada país para facilitar la estimación de la proporción de la población que es necesario aislar (11).

Las muertes por COVID-19 pueden producirse en todos los grupos de edad, lo que incluye pacientes aparentemente sanos, y, por tanto, ningún conjunto de criterios de inclusión para uso del escudo protector puede abarcar por completo todo el riesgo de mortalidad atribuible. Más bien, los criterios sugeridos representan un equilibrio entre la cobertura y la viabilidad: protegiendo a una gran parte de la población probablemente invalidaría las posibles ventajas del enfoque. Sin embargo, a medida que se acumulen datos sobre el riesgo específico por edad del COVID-19 en PRB y entornos de crisis, es posible que sea necesario cambiar los criterios; por ejemplo, es posible que haya que plantearse la protección de grupos de menor edad.

Hasta la fecha, no hay datos disponibles de que la desnutrición aguda aumente el riesgo de consecuencias graves derivadas del COVID-19 (12). Asimismo, las manifestaciones clínicas de COVID-19 en los niños parecen ser menos graves que en los adultos, y la tasa de mortalidad parece aumentar con la edad (13–15). Si bien la desnutrición aguda grave en los niños puede empeorar las consecuencias derivadas del COVID-19, es poco probable que sea posible proteger a una población potencialmente grande de niños desnutridos y a sus cuidadores (que, además, no podrían atender a otros niños). No obstante, para reducir el riesgo con respecto a este grupo, se debe garantizar el refuerzo de la seguridad alimentaria y la identificación y el tratamiento tempranos de la desnutrición aguda grave, junto con el seguimiento proactivo de los niños que reciben tratamiento nutricional. Aunque la desnutrición aguda se asocia con un mayor riesgo de infecciones (16), el cribado de adultos entrañaría riesgos adicionales de transmisión (inherentes a la propia actividad de detección) para obtener beneficios limitados.

No se dispone de datos hasta la fecha que indiquen que existe un mayor riesgo de sufrir un cuadro grave de COVID-19 en niños que se hayan recuperado recientemente del sarampión, y emplear el escudo protector para estos implicaría los mismos retos que los mencionados anteriormente. No obstante, se puede presuponer que los adultos que se han recuperado recientemente del sarampión podrían tener un mayor riesgo debido al aumento del peligro que supone la combinación entre una edad más avanzada y la inmunodepresión profunda que provoca el virus del sarampión (17).

El embarazo no parece estar ligado a un mayor riesgo de consecuencias graves derivadas del COVID-19, y no hay datos de infección intrauterina provocada por transmisión vertical en mujeres que desarrollan el COVID-19 en la etapa final del embarazo (12,18). No obstante, hasta que haya datos disponibles, sugerimos que se tengan en cuenta a las embarazadas con desnutrición aguda en los criterios de inclusión para el uso del escudo protector (véase la tabla 1 a continuación), puesto que su embarazo junto con la desnutrición aguda pueden hacerlas particularmente vulnerables a sufrir un cuadro grave de COVID-19.

La identificación de los miembros de la comunidad con alto riesgo debe ser un proceso dirigido por la comunidad, que apoye y promueva la apropiación del enfoque por sus integrantes. El propósito del enfoque del escudo protector y los criterios de inclusión deben comunicarse y explicarse claramente a la comunidad, de modo que cada núcleo familiar pueda identificar quién de ellos corre peligro y debería protegerse dentro del escudo de forma voluntaria. El proceso puede ser facilitado por trabajadores sanitarios/voluntarios de la Cruz Roja o la Media Luna Roja, o por los comités de asistencia social establecidos para contribuir a la aplicación del enfoque (véase más adelante).

Tabla 1: Criterios de inclusión recomendados para el uso del escudo protector.

Categoría	Criterios de inclusión	Datos actuales y supuestos de mitigación de riesgos
Edad	60 años o más.	El riesgo de fallecimiento por COVID-19 parece que aumenta con la edad, sobre todo en las personas mayores de 70 años (14,19). Sugerimos que se amplíe el criterio de edad a partir de 60 años (un indicador indirecto más valioso de la edad biológica en la mayoría de los entornos de renta baja) hasta que haya datos disponibles.
ENC	Hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, obesidad. Enfermedades respiratorias crónicas (p. ej., EPOC, asma), insuficiencia renal crónica, cáncer (leucemia, linfoma, mieloma O personas que estén recibiendo tratamiento de quimioterapia para cualquier tipo de cáncer o que lo hayan recibido recientemente).	Parece que la obesidad, la hipertensión, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares se asocian a un mayor riesgo de sufrir un cuadro grave de COVID-19 y fallecimiento (14,19,20). Las recomendaciones actuales de los países de ingresos altos también incluyen enfermedades respiratorias crónicas, como la EPOC y el asma, y la insuficiencia renal crónica, así como personas con tipos específicos de cáncer (leucemia, linfoma, mieloma) o las que se han sometido recientemente o actualmente están recibiendo un tratamiento de quimioterapia.
VIH/sida	Personas infectadas por el VIH.	No hay ningún dato que sugiera un mayor riesgo de COVID-19 entre las personas que viven con el VIH. No obstante, las personas infectadas por el VIH tienen un mayor riesgo de padecer infecciones (21,22). Hasta que haya más datos disponibles, sugerimos incluir a todas las personas con infección por el VIH conocida (podría ser complicado para la comunidad diferenciar entre las fases de la infección por el VIH).
TB	Diagnóstico reciente de tuberculosis O en tratamiento actual para la tuberculosis.	La tuberculosis activa o latente puede aumentar la susceptibilidad al COVID-19 y la gravedad de la enfermedad (23). No obstante, será necesario tener planes de aislamiento específicos para los pacientes con tuberculosis (véase a continuación).
Sarampión	Adultos que se han recuperado recientemente del sarampión.	La infección por el virus del sarampión provoca una inmunodepresión profunda y prolongada y disfunción inmunitaria general, lo que podría aumentar el riesgo de consecuencias graves derivadas del COVID-19 (17).
Embarazo	Embarazadas identificadas con desnutrición aguda. Embarazadas con cualquiera de las otras enfermedades enumeradas en esta tabla.	Hasta la fecha, no hay datos disponibles de que el embarazo aumente el riesgo de consecuencias graves derivadas del COVID-19 (12). No obstante, las embarazadas con desnutrición aguda podrían ser especialmente vulnerables a sufrir un cuadro grave de COVID-19. Se incluyen las pruebas de detección para la desnutrición aguda como parte de un paquete de servicios mínimos que debe prestarse durante las visitas de asistencia prenatal, por lo que no debería suponer una carga de trabajo adicional. Por tanto, sugerimos que se plantee la inclusión de mujeres embarazadas con desnutrición aguda hasta que haya más datos disponibles.
Otras condiciones inmunosupresoras	Enfermedades inmunosupresoras graves. Enfermedad de células falciformes (excluyendo el rasgo depreanocítico). En tratamiento con inmunosupresores por cualquier otro motivo.	Hasta la fecha, no hay datos disponibles de la asociación entre inmunodeficiencia y consecuencias graves derivadas del COVID-19. No obstante, se sabe que las personas con enfermedades inmunosupresoras o que reciban tratamiento inmunosupresor (por ejemplo, dosis altas de corticoides) son más susceptibles a las infecciones. Por lo tanto, sugerimos la inclusión de personas con enfermedades inmunosupresoras hasta que se disponga de más datos.
Otras infecciones crónicas	Infección por hepatitis B. Infección por hepatitis C.	Hasta la fecha, no hay datos disponibles de la asociación entre enfermedades infecciosas crónicas como la hepatitis B o hepatitis C y consecuencias graves derivadas del COVID-19. No obstante, estas enfermedades provocan un deterioro de la función de los órganos y podrían complicar la progresión del COVID-19. Por ello, sugerimos que se plantee la inclusión de personas con hepatitis B o hepatitis C hasta que haya más datos disponibles.

4 Creación de zonas verdes de protección

Pueden considerarse tres tipologías generales para la organización del escudo protector en viviendas:

1. Nivel de unidad familiar
2. Nivel de calle o familia más amplia
3. Nivel de vecindario

Cada una de estas opciones supone ventajas y desafíos/riesgos que deben presentarse de forma clara y adecuada a la comunidad para permitirles tomar decisiones informadas sobre las opciones de organización del escudo protector. En función del contexto y las preferencias de la comunidad, puede ponerse en práctica una sola opción del escudo protector o una combinación de estas. Por lo general, la comunidad debe adaptar los planes elegidos al contexto sociocultural, teniendo en cuenta la seguridad y los riesgos que suponen para esta (por ejemplo, es posible que sea adecuado designar zonas verdes de un solo sexo o zonas segregadas por sexos). La comunidad también puede desarrollar planes de protección innovadores. No obstante, las adaptaciones locales no deben poner en peligro los requisitos para el control de la infección (véase a continuación). En la figura 1 se resumen las principales características de cada opción. En la tabla 2 se presenta una evaluación de las opciones.

En lo sucesivo, usamos el término «residentes» para referirnos a las personas de alto riesgo y cuidadores que viven en las zonas verdes, y «no residentes» para el resto de los miembros de la comunidad.

Las características comunes de todas las opciones son:

- A menos que sea factible rápidamente, el enfoque no requiere la construcción de viviendas nuevas; en su lugar, las comunidades deben implantar el escudo protector mediante el intercambio/vaciado de determinadas viviendas o habitaciones dentro de las viviendas.
- Para evitar la percepción y experiencia de aislamiento forzoso, además del riesgo de estigmatización, las zonas verdes no deben tener barreras físicas que las rodeen (como vallas), aparte de las paredes y puertas que ya tengan.
- La zona verde y las zonas habitables para los residentes deben ser lo suficientemente espaciales como para permitir el distanciamiento físico y una calidad de vida aceptable, que permita contar con dependencias para dormir separadas y cuyo fin sea que haya el menor número posible de personas viviendo en una sola zona verde. Asimismo, en la medida de lo posible, los residentes deben contar con letrinas/aseos y duchas.
- En la medida de lo posible, los residentes deberán conocerse o proceder de la misma familia más amplia.
- Aparte de los planes a nivel de la unidad familiar, cada zona verde debe contar con personas de alto riesgo sin discapacidad que puedan atender a los residentes discapacitados o con menor movilidad: a fin de reducir al mínimo el contacto con personas fuera de la zona verde, es esencial que los residentes se apoyen entre sí para cuidar de sí mismos.
- Si fuera absolutamente necesario, uno o más «cuidadores» de bajo riesgo (por ejemplo, uno por cada 5-10 residentes) podrá aislarse en la zona verde con los residentes de alto riesgo. Los cuidadores deben ser familiares o personas conocidas de confianza; si fuera posible, debería confirmarse que ya han tenido infección por COVID-19, puesto que es más probable que estas personas tengan inmunidad por lo menos temporal.

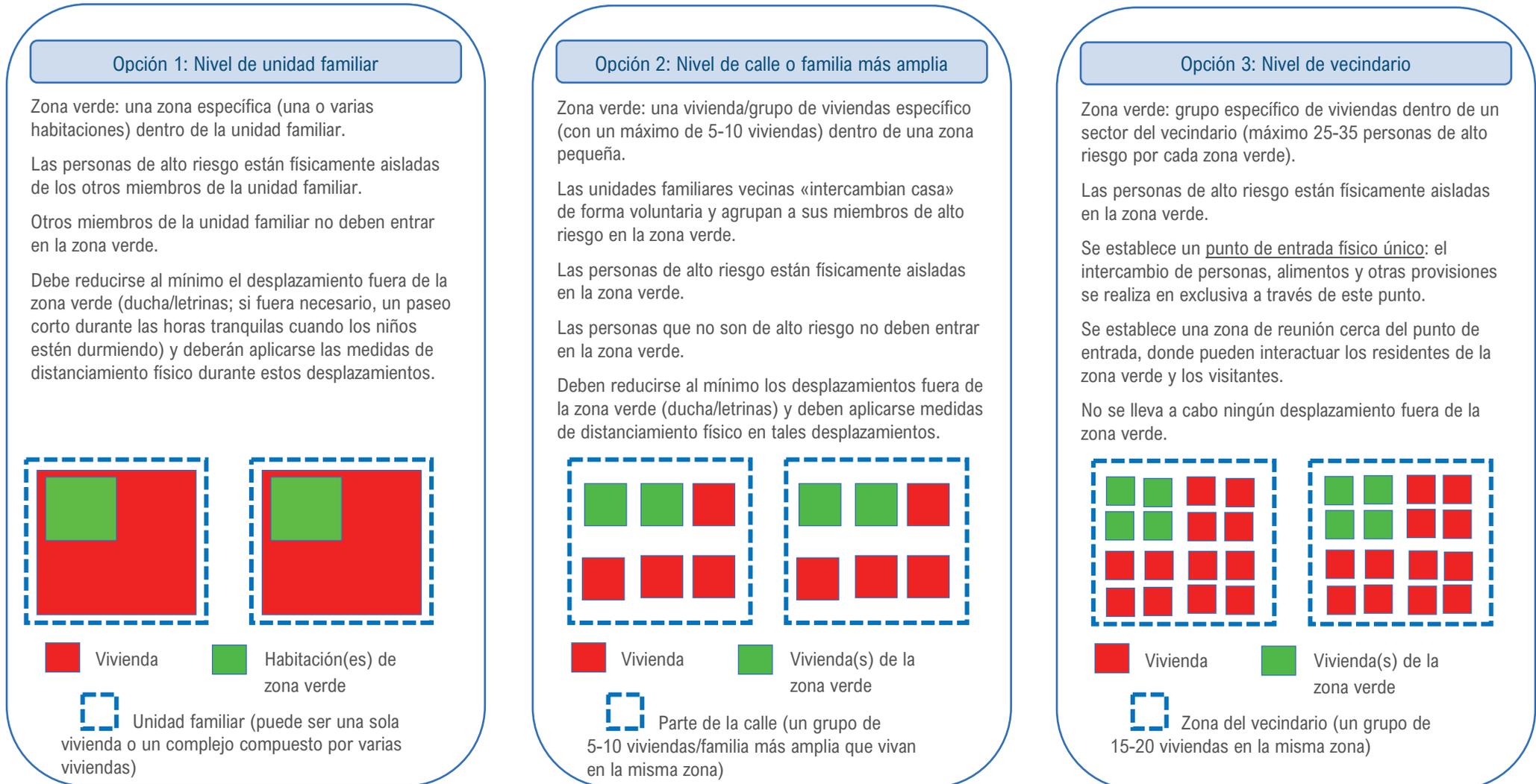


Figura 1: Representación de planes de vivienda para cada opción del escudo protector.

Tabla 2: Evaluación de las opciones del escudo protector.

Opción	Aplicabilidad	Ventajas/beneficios	Desafíos/riesgos
1. Escudo protector a nivel de unidad familiar	<p>Zonas urbanas con viviendas de varias habitaciones o complejos de varias viviendas.</p> <p>Suficiente espacio habitable disponible para crear zonas específicas para las personas de alto riesgo.</p>	<p>Mayor cumplimiento debido a la proximidad de los familiares, que pueden proporcionar las necesidades básicas y apoyo afectivo.</p> <p>Menor estigma.</p> <p>Menores cambios en la forma de vida.</p> <p>Poca necesidad de recursos adicionales.</p>	<p>Supervisión de la puesta en práctica y de los resultados, sobre todo en el caso de ciudades grandes o barrios marginados, debido al gran número de zonas verdes.</p> <p>Adopción de medidas de prevención de infecciones.</p> <p>Más probable que tenga «fugas» (es necesario salir de la zona verde, por ejemplo, para el acceso a la ducha/letrinas).</p>
2. Escudo protector a nivel de calle o familia más amplia	<p>Todos los entornos urbanos.</p> <p>Idoneidad cultural y aceptación por parte de la comunidad de trasladar a personas a viviendas agrupadas e intercambiar viviendas.</p>	<p>Menor estigma.</p> <p>Se puede depender de las redes de confianza de la familia más amplia o vecindario; es probable que los residentes de la zona verde sean familiares o personas conocidas.</p> <p>Relativamente flexible en cuanto a los planes reales, siempre que se puedan hacer cumplir las medidas de distanciamiento físico y control de la infección.</p>	<p>Las medidas de distanciamiento físico y control de la infección tendrían que cumplirse de forma estricta dentro de cada zona verde.</p> <p>Más probable que tenga «fugas» (es necesario salir de la zona verde, por ejemplo, si no hay duchas/letrinas en la zona verde).</p> <p>Menos proximidad a familiares.</p>
3. Escudo protector a nivel de vecindario	<p>No es factible el aislamiento a menor escala (opciones 1 o 2).</p> <p>Idoneidad cultural y aceptación por parte de la comunidad de trasladar a personas a viviendas agrupadas.</p> <p>El número de residentes en las zonas verdes no debe ser superior a 25-35 personas para limitar el riesgo de transmisión a gran escala.</p>	<p>Entorno más controlado que las opciones 1 y 2.</p> <p>Más fácil de supervisar la puesta en práctica y la eficacia (porque los residentes están concentrados en un número inferior de zonas verdes).</p> <p>Se podrían prestar servicios sanitarios específicos <i>in situ</i> (por ejemplo, a través de clínicas móviles). Potencial para una mejor cobertura.</p>	<p>Requiere medidas de distanciamiento físico y PCI rigurosas que deberían cumplirse de forma estricta dentro de la zona verde, debido al alto riesgo de transmisión a gran escala y cuadros de enfermedad grave si se introduce un caso.</p> <p>Riesgo de estigmatización.</p> <p>Riesgo de incumplimiento debido al aislamiento y separación de los familiares.</p>

5 Implantación

5.1 Calendario

El escudo protector para los miembros de la comunidad de alto riesgo debe organizarse lo antes posible en la evolución de la epidemia, a fin de reducir al mínimo el riesgo de introducción de un caso de COVID-19 en las zonas verdes durante el establecimiento de estas. No obstante, es posible que en los momentos iniciales de la curva epidemiológica (o antes de que se produzcan casos locales) las comunidades no tengan suficiente información o la sensación de amenaza para que se involucren de forma positiva en tal enfoque. Por el contrario, una vez que haya una transmisión intensa dentro de la comunidad, es posible que el riesgo de introducir personas infecciosas en las zonas verdes se considere demasiado alto (véase a continuación). Aunque el calendario de implantación depende de varios factores que son específicos del contexto y socioculturales, un calendario razonable para el lanzamiento de este enfoque podría ser: a) antes de que la incidencia aumente de forma significativa a nivel local, llevar a cabo iniciativas de comunicación de riesgos y participación comunitaria con los ciudadanos y ayudarles a diseñar una solución de escudo de protección que les funcione; b) pasar a respaldar la implantación del aislamiento (o asesorar a las comunidades para que adopten el aislamiento) tan pronto como se produzcan grupos de casos surgidos por transmisión local.

El escudo protector es una iniciativa que restringe la libertad personal de forma intrínseca y podría conllevar una carga psicosocial importante, tanto para las personas aisladas como para sus familias. Por lo tanto, la duración del escudo protector debería limitarse al mínimo necesario para proteger a las personas durante gran parte de la curva epidemiológica. Será difícil determinar el periodo exacto sin la vigilancia local o modelización matemática adecuadas, y este variará en función del número reproductivo básico y las medidas de distanciamiento generales implantadas localmente, puesto que estas últimas «aplanarán» la curva en diferentes grados y, por lo tanto, darán lugar a una epidemia más prolongada. Según las predicciones de modelos matemáticos de entornos africanos representativos (9), el escudo protector probablemente debería mantenerse durante un periodo de 3 a 5 meses.

5.2 Participación comunitaria y comunicación de riesgos

La implantación del tipo de escudo protector seleccionado debe estar liderada por la comunidad: esto incluye la decisión sobre qué miembros de la unidad familiar cumplen los criterios de inclusión para el aislamiento, a quién asignar a cada zona verde, qué viviendas desocupar/intercambiar y qué suministros (por ejemplo, camas y artículos domésticos) trasladar entre viviendas. La comunicación de riesgos y participación comunitaria es un primer paso obligatorio que debe llevarse a cabo antes de la transmisión local o en un estadio inicial de la epidemia, que será fundamental para:

- Sensibilizar sobre el probable nivel y la urgencia del riesgo probables (carga prevista del COVID-19, intervalo de tiempo para tomar medidas, probable inexistencia de tratamiento).
- Explicar quién tiene el mayor riesgo de sufrir consecuencias graves y fallecer por COVID-19.
- Presentar las opciones generales para formar un escudo protector, al tiempo que se comunican con claridad los principales requisitos para la prevención de infección.
- Facilitar una sensación de control entre los miembros de la comunidad: ellos pueden adoptar cambios y soluciones *voluntarios* para mitigar el riesgo. Siempre que se mantengan los fundamentos epidemiológicos del escudo protector, pueden diseñar la solución más apropiada a nivel local. Tienen que estar seguros de que contarán con el respaldo de los servicios del gobierno y los agentes de la sociedad civil para su implantación.

La movilización social y la participación de la comunidad deben llevarse a cabo mediante una comunicación de riesgos intermediada y culturalmente adecuada (si resulta útil, proporcionando la experiencia de otros entornos) y de una forma coordinada, a fin de evitar la confusión y difusión de mensajes contradictorios (consulte las directrices de la OMS (24)).

En todos los casos, debe comunicarse de forma explícita a las comunidades que su comportamiento debe cambiar, quizá de forma drástica, para que puedan reducir el riesgo de todos y, sobre todo, el de los más vulnerables. No hacer nada no puede considerarse una opción. Al igual que en el control del virus del Ébola se justificaron políticas de «no tocar» y de entierros seguros para frenar la transmisión, también con el COVID-19 será obligatorio llevar a cabo modificaciones importantes al culto religioso, costumbres y tradiciones. Debe resaltarse la conveniencia de respetar la protección de los ancianos y los miembros de la familia vulnerables, junto con la sensación de control por parte de los ciudadanos de hacer sacrificios excepcionales para ayudar a estos miembros de la familia respetados.

5.3 Gobernanza comunitaria

Podría ser útil tener un mecanismo de gobernanza comunitaria para facilitar y respaldar la implantación del enfoque del escudo protector, aumentar el cumplimiento de las medidas necesarias de control de la infección y fomentar una sensación de apropiación del enfoque por parte de la comunidad. La naturaleza, estructura y funciones de este mecanismo de gobernanza pueden adoptar varias formas en función del contexto y la estructura social existente. Un principio fundamental sería su inclusividad social: no se debe excluir, estigmatizar ni marginalizar a categorías específicas de la población, tanto si se involucran en el enfoque de aislamiento como si no. A continuación se enumeran varias opciones alternativas/complementarias:

- Podrían crearse comités de asistencia social que abarquen varias zonas verdes en un área geográfica designada (por ejemplo, un vecindario o una calle). Su composición podría variar en función del contexto, pero debería representar a las familias con miembros de alto riesgo que se aislarán. Las funciones, modos de trabajar y roles dentro del comité los definirían sus miembros.
- Redes de trabajadores sanitarios comunitarios/voluntarios de la Cruz Roja o la Media Luna Roja podrían respaldar la implantación del escudo protector, siempre y cuando posean un buen funcionamiento, los trabajadores comunitarios o voluntarios estén bien reconocidos en sus comunidades y esto no represente una carga de trabajo adicional incontrolable. Si estas redes de asistencia comunitarias están bien integradas en el sistema sanitario, podrían actuar como interfaz valiosa entre la comunidad y las instalaciones sanitarias.
- Otras organizaciones o asociaciones comunitarias bien reconocidas, incluidas las asociaciones de mujeres o instituciones religiosas.

A los miembros de la institución de gobernanza se les debe respaldar y proporcionar la información y suministros adecuados (por ejemplo, bloc de notas, bolígrafo o saldo para el teléfono) para que puedan llevar a cabo su función de la forma adecuada. Entre otras, sus principales responsabilidades podrían ser:

- Ayudar a los hogares a identificar miembros de alto riesgo de la comunidad.
- Promover una decisión sobre qué mecanismo de zona verde funciona mejor para la comunidad.
- Registrar a las personas de alto riesgo que están protegidas en las zonas verdes.
- Divulgar información adaptada al contexto cultural sobre el cambio de comportamiento, las medidas de PCI y otra información relevante.

- Hacer cumplir el uso del punto de entrada único, el lavado de manos a la entrada y salida de la zona de encuentro o zona verde y el mantenimiento de la distancia y la desinfección de artículos en la zona de reunión.
- Coordinar el abastecimiento de alimentos y suministros provenientes de los no residentes.
- Hacer de intermediarios con las instalaciones sanitarias si un residente necesita asistencia médica o tiene síntomas indicativos de COVID-19.
- Hacer de intermediarios con otros servicios de apoyo prestados por las autoridades locales, asociaciones locales o actores humanitarios.
- Recopilar comentarios y quejas.

5.4 Antes de establecer las zonas verdes

Deben limpiarse a conciencia las viviendas, letrinas/aseos, duchas y otros fómites (por ejemplo, camas, mesas, artículos domésticos, etc.) asignados a una zona verde determinada.

Las personas de alto riesgo que estén enfermas (con fiebre y tos persistente), o cuyos miembros de la unidad familiar estén enfermos, deben esperar a que ellos y los miembros de su unidad familiar no tengan síntomas para incorporarse a la zona verde asignada.

Los comités de asistencia social u otros organismos de asistencia designados (por ejemplo, voluntarios de la Cruz Roja, la Media Luna Roja o bien ONG) deben inspeccionar las zonas verdes a medida que se van creando y ofrecer asesoramiento constructivo o apoyo material si no cumplen con los criterios esenciales para el control de la infección definidos más adelante.

5.5 Registro de residentes de zonas verdes

Debe llevarse a cabo el registro, así como la actualización continua, de las personas de alto riesgo protegidas dentro de las zonas verdes, además de un mapeo de las viviendas empleadas para la creación del escudo protector, a fin de:

- Identificar el nivel y tipo adecuado de servicios de apoyo que se les deben prestar.
- Proporcionar los suministros de higiene, así como las instalaciones de saneamiento y agua necesarias a los residentes para aplicar las medidas de PCI (véase a continuación).
- Establecer un mecanismo de alerta adecuado para notificar y aislar inmediatamente a los residentes con síntomas indicativos de COVID-19.
- Supervisar y evaluar la implantación del enfoque del escudo protector.

Para el registro no es necesaria la recogida de datos médicos confidenciales, a menos que sean estrictamente relevantes para la prestación de asistencia continua para enfermedades preexistentes.

5.6 Consideraciones específicas y mitigación de riesgos

Todo niño identificado como de alto riesgo debe estar acompañado en el aislamiento por un único cuidador, que también se considerará un residente de la zona verde en lo que respecta a los desplazamientos y el contacto con aquellos que están fuera de dicha zona.

Las personas con TB activa deben aislarse individualmente (opción 1) de forma independiente de las personas protegidas o en una zona verde específica separada. Para el establecimiento de esta última, se debe prestar atención al estigma y aportar una protección suficiente (por ejemplo, situarse bajo la custodia de instalaciones médicas, una ONG o institución religiosa).

También deben tenerse en cuenta específicamente los planes de aislamiento de las personas con enfermedades inmunosupresoras graves, además de los ancianos con demencia o las personas con trastornos psiquiátricos importantes. Es posible que la protección individual sea más adecuada en estos casos específicos.

Se debe ofrecer de inmediato otras opciones alternativas de aislamiento a las personas que comuniquen que son víctimas de abuso sexual, maltrato físico o de otro tipo y discriminación por parte de los demás residentes (por ejemplo, aislamiento individual o residencia en otra zona verde). Por lo general, *no debe forzarse a nadie a permanecer en una zona verde contra su voluntad*.

En la tabla 3 a continuación se resumen los riesgos vinculados a la implantación del enfoque del escudo protector, sus consecuencias y las medidas para su mitigación. Se proporciona más información en el siguiente apartado.

Tabla 3: Registro de riesgos y medidas de mitigación.

Descripción del riesgo	Consecuencias	Medidas de mitigación específicas
Un caso infeccioso de COVID-19 se aísla dentro de las zonas verdes	Riesgo alto de transmisión a otros residentes de la zona verde. Desconfianza por parte de la comunidad. Incumplimiento.	Limitar el número de residentes dentro de cada zona verde. Proporcionar el espacio y la higiene adecuados dentro de las zonas verdes para permitir a los residentes mantener el distanciamiento físico con respecto a otros residentes. Comunicación de riesgos clara y adecuada a los residentes protegidos. Si una persona de alto riesgo o los miembros de su unidad familiar presentan síntomas indicativos de COVID-19, deberán esperar a que esta (o los miembros de su unidad familiar) esté libre de síntomas antes de aislarse dentro de la zona verde. Si fuera posible, hacer las pruebas de detección de forma sistemática a las personas antes de aislarlas en zonas verdes.
Las personas no incluidas dentro del escudo protector transmiten la infección a residentes de la zona verde	Riesgo alto de transmisión a otros residentes de la zona verde. Desconfianza por parte de la comunidad. Incumplimiento.	Comunicación de riesgos clara y adecuada. Limitar y preferentemente eliminar la entrada física de personas no incluidas dentro del escudo protector en las zonas verdes. Establecer un punto de entrada único a la zona verde, con PCI estrictos (por ejemplo, lavado de manos). Ofrecer apoyo a los residentes para reducir al mínimo su necesidad de salir de la zona verde (por ejemplo, proporcionar alimentos o medicinas). Nombrar a miembros de la comunidad para que vigilen el punto de entrada. Facilitar la interacción social segura entre los residentes incluidos dentro del escudo protector y sus familiares y amigos (por ejemplo, la zona de reunión en la opción 3).
Los residentes de la zona verde desarrollan síntomas indicativos de COVID-19	Riesgo alto de transmisión a otros residentes de la zona verde.	Limitar el número de residentes dentro de cada zona verde. Comunicación de riesgos clara y adecuada a los residentes protegidos.

	Desconfianza por parte de la comunidad. Incumplimiento.	Proporcionar el espacio y la higiene adecuados dentro de las zonas verdes para permitir a los residentes mantener el distanciamiento físico con respecto a otros residentes. Establecer un mecanismo de alerta eficaz para la identificación precoz, el aislamiento y, si procede, la derivación de casos sospechosos de infección.
Transmisión de otras enfermedades infecciosas entre los residentes incluidos dentro del escudo protector.	Morbilidad y mortalidad de los residentes protegidos.	Planes específicos de protección para los miembros de la comunidad de alto riesgo con enfermedades infecciosas, como la TB (por ejemplo, la protección individual).
Estigmatización de los residentes de zonas verdes	Incumplimiento. Tensiones entre los residentes de la zona verde y los no residentes, así como entre los propios residentes de la zona verde. Empeoramiento de la salud mental y la función psicosocial.	Participación comunitaria y comunicación de riesgos Plantearse crear el escudo protector en la unidad familiar para las personas de alto riesgo con probabilidad de estigmatización. Apoyo psicológico y psicosocial para los residentes protegidos.
Abuso sexual, maltrato físico o de otro tipo o discriminación entre los residentes	Incumplimiento. Empeoramiento de la salud mental y la función psicosocial.	Participación comunitaria y comunicación de riesgos Zonas verdes segregadas por sexos. Mecanismos de protección comunitarios. Mecanismo claro para la obtención de comentarios y quejas (por ejemplo, mediante un organismo de gobernanza, el establecimiento de una línea de teléfono específica, etc.). Ofrecer inmediatamente otros planes de protección. Apoyo psicológico y psicosocial.

6 Prevención y control de infecciones

Cualquier opción de escudo protector debe ir acompañado de medidas de control de infecciones estrictas pero realistas, así como de distanciamiento físico dentro de las zonas verdes. Esto es especialmente importante para la opción 3, debido al riesgo de transmisión a gran escala si se implanta la infección dentro de zonas verdes tan concentradas.

6.1 Entre las zonas verdes y el exterior

Es esencial reducir al mínimo el contacto entre los residentes y los no residentes, así como la circulación de los no residentes dentro de las zonas verdes, a fin de limitar el riesgo de transmisión. No obstante, debe mantenerse la interacción social y el apoyo por parte de la familia y amigos a fin de garantizar el bienestar de los residentes, al tiempo que se aplican medidas estrictas de control y prevención de infecciones.

Los no residentes no deben entrar en las habitaciones/viviendas designadas como zona verde, a menos que sea absolutamente necesario y solo tras haberse lavado las manos. Las interacciones entre los residentes y los no residentes solo deben llevarse a cabo a una distancia segura (aproximadamente 2 metros).

Debe establecerse un punto de entrada único que debe controlarse: el intercambio de personas y suministros debe realizarse exclusivamente a través de este punto. Debe establecerse una zona de reunión cerca del punto de entrada para que los no residentes visiten a los residentes. Debe estipularse un número máximo de visitantes en todo momento. Debe mantenerse una distancia segura entre los residentes y los no residentes en la zona de reunión (aproximadamente 2 metros) y evitar el contacto físico entre ellos. Los residentes y no residentes deben lavarse las manos antes de entrar en la zona de reunión. Si hay algún artículo físico en la zona de reunión,

como sillas de plástico, no deben trasladarse fuera de la zona de reunión y deben lavarse con agua y jabón o una solución de limpieza equivalente después de cada uso. Otra opción podría ser designar sillas específicas y otros artículos físicos que solo pueden usar los residentes, y otros solo para los no residentes. Los no residentes no deben entrar en las zonas verdes, excepto en la zona de reunión, a menos que sea absolutamente necesario y solo tras haberse lavado las manos.

Para evitar el contacto directo, los alimentos y otros suministros proporcionados a los residentes pueden dejarse a la entrada de la zona verde o en la zona de reunión. Debe animarse a los no residentes a que se laven las manos antes de manipular alimentos y otros suministros proporcionados a los residentes. Si procede, deben lavarse los artículos con agua y jabón antes de que los recojan los residentes en el punto de entrada.

Los residentes solo deben abandonar la zona verde para recibir atención médica esencial. Si por algún motivo un residente sale de la zona verde, debe pedírsele que aplique medidas de distanciamiento físico (por ejemplo, mantener una distancia segura de aproximadamente 2 metros) y lavarse las manos en el punto de entrada antes de volver a la zona verde.

Al igual que se aplica en las iniciativas de erradicación de la viruela (aunque para la situación inversa de aislar a las personas infectadas), podría ser aceptable nombrar (y posiblemente remunerar) a miembros de la comunidad para que actúen como centinelas en el punto de entrada de las zonas verdes, de modo que vigilen con delicadeza las transacciones, recuerden cuál es el comportamiento adecuado y organicen el apoyo necesario si un residente de la zona verde percibe la necesidad de salir.

6.2 Dentro de las zonas verdes

El lavado frecuente y adecuado de las manos es una de las medidas más importantes que pueden utilizarse para impedir la propagación/transmisión de la infección (25). Por lo tanto, debe garantizarse el acceso ininterrumpido a agua y jabón para lavarse las manos a los residentes, así como a los no residentes que vivan en la vivienda en la opción 1. Debe reforzarse la difusión de mensajes clave sobre el lavado de manos (cómo lavárselas y en qué momentos clave) entre los residentes (y los no residentes).

Como se ha señalado en los principios fundamentales, las zonas verdes deberían ser, en la medida de lo posible, lo suficientemente espaciosas como para evitar dormir en paralelo y la concentración de muchos residentes en la misma zona verde.

En la opción 1, puesto que es probable que los residentes no dispongan de instalaciones para lavarse las manos en sus zonas verdes, los miembros de la unidad familiar no residentes deben proporcionar agua y jabón, siguiendo las medidas descritas en el apartado anterior.

En las opciones 2 y 3, se deben establecer instalaciones para lavarse las manos en las zonas verdes, y estas deben ser de fácil acceso: el número mínimo imprescindible sería una en el punto de entrada. Asimismo, y en la medida de lo posible, deben designarse instalaciones de saneamiento (duchas/letrinas) y un punto de abastecimiento de agua para los residentes.

Las habitaciones/viviendas dentro de las zonas verdes deben estar limpias en todo momento. Los residentes deben recibir los productos y materiales de limpieza¹ necesarios para limpiar sus espacios vitales.

¹ Si es posible, debe usarse primero jabón o detergente doméstico normal para limpiar y, después del aclarado, aplicar un desinfectante doméstico habitual que contenga hipoclorito de sodio al 0,5 % (25). Si es necesario, también se deben proporcionar materiales de limpieza y artículos para el almacenamiento de agua (cubos, fregonas, escobas, bidones, etc.).

6.3 Uso de mascarillas

Las recomendaciones de la OMS estipulan que las mascarillas solo deben usarlas las personas que tienen síntomas respiratorios o las personas sanas que cuiden de un enfermo (26). Hay datos variables con respecto a la eficacia de las mascarillas para la protección pública. Aunque algunos estudios sugieren que llevar mascarillas reduce el riesgo de exposición vírica y de infección (27), hasta la fecha hay pocos datos disponibles específicamente para el SARS-CoV-2. Además, el efecto protector de las mascarillas depende en gran medida de cómo se usen. Por último, la demanda de mascarillas ha aumentado significativamente con la propagación del COVID-19 y deben darse prioridad a los que más las necesitan (por ejemplo, los trabajadores sanitarios).

Por tanto, el uso de mascarillas no debe considerarse un requisito para la implantación del enfoque del escudo protector. No obstante, si las comunidades expresan el deseo de usar mascarillas o dispositivos que cubran la cara, o si las autoridades locales lo recomiendan o requieren, debe incluirse información clara sobre cómo usarlas y cómo desecharlas de forma segura en la comunicación de riesgos.

7 Manejo de los residentes sintomáticos de la zona verde

Se debe establecer un mecanismo de alerta para informar inmediatamente sobre cualquier residente que desarrolle síntomas indicativos del COVID-19 (es decir, fiebre y al menos un signo/síntoma de enfermedad respiratoria, p. ej., tos o disnea (28)). Cualquier residente que presente estos síntomas debe ser aislado de inmediato y, si los recursos lo permiten, se le debe hacer una prueba de COVID-19. Las modalidades de aislamiento pueden variar en función del contexto y del entorno de la vivienda, y deben decidirse durante la etapa de diseño del enfoque de aislamiento.

El sistema de alerta y sus modalidades deben definirse con la comunidad, de modo que se adapten al contexto local, las limitaciones (p. ej., la inexistencia de red telefónica) y las preferencias de la comunidad. Sea cual sea la opción elegida, el sistema debe incluir los siguientes elementos esenciales para ser eficaz:

- Conocimiento de los riesgos: debe proporcionarse información adecuada sobre los síntomas del COVID-19 a los residentes de la zona verde, de modo que puedan reconocer los síntomas de una posible infección por COVID-19.
- Establecimiento y conocimiento de canales de comunicación claros en cada nivel del sistema de alerta para que se puedan comunicar las alertas en el tiempo adecuado.
- Deben definirse y conocerse los mecanismos de respuesta y alertas claros en cada nivel del sistema de alerta para que se puedan aislar inmediatamente los casos de sospecha de infección por COVID-19 dentro de las zonas verdes.

Una opción podría ser que se designe a un miembro de cada comité de asistencia social u otras redes de gobernanza comunitarias como coordinadores y que se les alerte verbalmente, por teléfono o SMS, o cualquier otro método apropiado, en caso de enfermedad similar al COVID-19 en una zona verde. A continuación, deben asegurarse de que se sigan los procedimientos de aislamiento voluntario y ponerse en contacto con los servicios sanitarios.

La conducta adecuada para los residentes de la zona verde en caso de que otro residente desarrolle síntomas de COVID-19 no está respaldada actualmente por datos claros: en función de la intensidad de la transmisión fuera de la zona verde en ese momento, podría ser menos arriesgado permanecer en la zona verde o volver a casa. Como mínimo, debe animarse a los residentes a cumplir con un distanciamiento físico muy estricto durante un periodo de al menos una semana, pudiendo volver a la situación normal después de este periodo si ningún otro residente muestra síntomas. Al igual que antes, los residentes de la zona verde deben tener la libertad de abandonar la vivienda donde se encuentran protegidos si así lo prefieren.

8 Servicios de apoyo

Debe formularse una respuesta multisectorial en coordinación con las autoridades locales, organizaciones humanitarias locales e internacionales y la comunidad a fin de garantizar las condiciones habitables adecuadas y de prestar los servicios de apoyo pertinentes a los residentes protegidos, entre los que se incluyen pero no se limitan al acceso a alimentos, servicios básicos y asistencia social.

8.1 Distribución de productos básicos

Los miembros de la unidad familiar de residentes protegidos pueden organizarse como quieran, con el apoyo de los comités de asistencia social o cualquier otro organismo de gobernanza, a fin de ofrecer a los residentes protegidos los productos básicos esenciales (alimentos y artículos domésticos), de modo que tengan cubiertas sus necesidades básicas y puedan vivir con dignidad dentro de sus zonas verdes. Se debe asignar a una persona o a un equipo para recoger y entregar estos artículos y depositarlos en el punto de entrada de la zona verde. Puede ser un miembro de la unidad familiar (opción 1), un miembro del comité de asistencia social o cualquier otro organismo de gobernanza (opciones 2 y 3).

Asimismo, en función de sus necesidades, los residentes protegidos y su unidad familiar pueden recibir el apoyo de agentes humanitarios a fin de conservar sus medios de subsistencia, garantizar unas condiciones de vida adecuadas y facilitar la aplicación de medidas de PCI. Dicho apoyo podría incluir la distribución de productos no alimentarios (por ejemplo, artículos domésticos, kits de higiene), vales de comida, transferencias de efectivo, teléfonos y saldo para el teléfono para los residentes protegidos y los miembros de la unidad familiar, etc. Las modalidades de distribución deben definirse y adaptarse con cuidado al contexto local, a fin de reducir al mínimo los riesgos de transmisión.

8.2 Servicios sanitarios

En la medida de lo posible, los servicios de asistencia sanitaria básica deben acercarse todo lo posible a las zonas verdes para limitar la necesidad de los residentes de desplazarse fuera de estas. Varias modalidades de prestación son posibles en función del contexto y los recursos disponibles.

Una opción es desplegar clínicas móviles, que visitarían las zonas verdes con regularidad o a petición de los residentes, y les prestarían asistencia sanitaria básica. El número de trabajadores sanitarios debe limitarse al mínimo necesario para prestar servicios de calidad, y estos trabajadores deben seguir las normas de la PCI para la atención sanitaria descritas en las directrices de la OMS para el COVID-19 (29). Para reducir al mínimo el contacto, los residentes que necesiten un tratamiento farmacológico a largo plazo (p. ej., fármacos antihipertensivos o antirretrovirales) deben recibir prescripciones médicas con el máximo periodo de tiempo que se consideren médicamente seguras. Es posible que la viabilidad de la intervención mediante clínicas móviles sea difícil en zonas urbanas de gran densidad, si una gran proporción de personas de alto riesgo están protegidos en sus propios hogares (opción 1).

Una alternativa sería prestar servicios sanitarios periféricos. Se podría designar a uno o varios trabajadores sanitarios del centro sanitario que abarca cada zona donde haya ubicadas zonas verdes para que realizara visitas a domicilio bajo petición. Debería establecerse una línea de comunicación clara para conectar los residentes protegidos con el centro sanitario. Esto se podría hacer mediante el organismo de gobernanza comunitario o los trabajadores sanitarios comunitarios. En lo que respecta a las clínicas móviles, el número de trabajadores sanitarios debe limitarse al mínimo necesario para prestar servicios de calidad, y estos trabajadores deben seguir las normas de PCI para la atención sanitaria descritas en las directrices de la OMS para el COVID-19 (29).

Además de lo anterior, pueden llevarse a cabo consultas por teléfono para los residentes protegidos a fin de llevar a cabo el proceso de triaje inicial y, en función de las necesidades, ofrecer asesoramiento y recomendaciones, organizar una visita a domicilio/enviar la clínica móvil o derivar al hospital.

Si ninguna de las opciones anteriores es factible, se debe prestar la atención sanitaria básica en las instalaciones sanitarias: no obstante, esto se desaconseja, ya que puede contrarrestar algunos de los beneficios del escudo de protección. Los trabajadores sanitarios deben usar el equipo de protección adecuado y seguir las reglas de PCI para la atención sanitaria descritas en las directrices de la OMS para el COVID-19 (29). En la medida de lo posible, deben adoptarse medidas específicas que incluyan zonas de espera separadas para los residentes, el estricto cumplimiento del distanciamiento físico en las instalaciones sanitarias, una hora específica del día dedicada únicamente a los residentes o una sala de consulta específica asignada en dichas instalaciones únicamente para los residentes.

Los residentes deben tener acceso a los servicios de asistencia sanitaria secundaria. Los residentes deben estar separados del resto de pacientes en la medida de lo posible, por ejemplo, mediante la implantación de zonas de espera y zonas de evaluación separadas. Debe evitarse la hospitalización de pacientes siempre que sea posible y considerarse el tratamiento domiciliario para evitar la exposición en el hospital a los pacientes con COVID-19. Si la hospitalización es necesaria, los residentes no deben hospitalizarse en una planta en la que sea posible la exposición a los pacientes con COVID-19. Se debe identificar un cubículo, planta o sala de aislamiento para los residentes con medidas estrictas de PCI aplicadas según las directrices de la OMS para el COVID-19. Los residentes hospitalizados con sospecha de COVID-19 no deben mezclarse con otros pacientes con COVID-19 hasta que pueda confirmarse el diagnóstico.

Los residentes de la zona verde podrían correr un riesgo considerable de sufrir problemas de salud mental debido al aislamiento, alto riesgo de consecuencias graves derivadas del COVID-19, etc. Por tanto, se les debería ofrecer apoyo psicológico y psicosocial específicos. Estos servicios pueden integrarse dentro de la prestación de atención sanitaria básica a través de las clínicas móviles/visitas a domicilio o pueden prestarse por teléfono. Deberían tenerse en cuenta el apoyo psicosocial comunitario u otras formas innovadoras de prestar estos servicios.

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD: Estas directrices no pretenden ser un documento oficial y no sustituyen a las directrices mundiales o locales aplicables para el control del COVID-19. El presente documento no ha sido revisado oficialmente por expertos y no refleja necesariamente las opiniones ni el asesoramiento de la London School of Hygiene and Tropical Medicine.

9 Bibliografía

1. Neiderud C-J. How urbanization affects the epidemiology of emerging infectious diseases. *Infect Ecol Epidemiol* [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 7];5(1):1–9. Available from: <https://doi.org/10.3402/iee.v5.27060>
2. Johnstone-Robertson SP, Mark D, Morrow C, Middelkoop K, Chiswell M, Aquino LDH, et al. Social Mixing Patterns Within a South African Township Community: Implications for Respiratory Disease Transmission and Control. *Am J Epidemiol* [Internet]. 2011 [cited 2020 Apr 7];174(11):1246–55. Available from: <http://aje.oxfordjournals.org/>
3. Alirol E, Getaz L, Stoll B, Chappuis F, Loutan L. Urbanisation and infectious diseases in a globalised world. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2011;11(2):131–41. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(10\)70223-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(10)70223-1)
4. Moreno EL. Concepts, definitions and data sources for the study of urbanization: the 2030 Agenda for Sustainable Development. 2017.
5. Un-Habitat. UN-Habitat: Twenty First Session of the Governing Council [Internet]. 2007 [cited 2020 Apr 7]. Available from: www.unhabitat.org
6. ICRC. Displaced in Cities [Internet]. 2018. Available from: https://shop.icrc.org/displaced-in-cities-experiencing-and-responding-to-urban-internal-displacement-outside-camps-2822.html?__store=default
7. Jarvis C, Zan Vandvoort K, Gimma A, Prem K, Klepac P, Rubin GJ, et al. Quantifying the impact of physical distance measures on the transmission of COVID-19 in the UK. 2020.
8. Dahab M, Zandvoort K Van, Flasche S, Warsame A, Spiegel PB, Waldman J, et al. COVID-19 control in low-income settings and displaced populations : what can realistically be done ?
9. Van Zandvoort K, Jarvis CI, Pearson CAB, Davies NG, Russell TW, Kucharski AJ, et al. Response strategies for COVID-19 epidemics in African settings: a mathematical modelling study. 2020.
10. Gillespie AM, Obregon R, Asawi R El, Richey C, Manoncourt E, Joshi K, et al. Social Mobilization and Community Engagement Central to the Ebola Response in West Africa: Lessons for Future Public Health Emergencies. *Glob Heal Sci Pract* [Internet]. 2016 [cited 2020 Mar 26];4(4):626–46. Available from: www.ghspjournal.org
11. Andrew C, Mark J, Warren-Gash C, Guthrie B, Wang HH, Mercer SW, et al. How many are at increased risk of severe COVID-19 disease? Rapid global, regional and national estimates for 2020 | CMMID Repository [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 30]. Available from: https://cmmid.github.io/topics/covid19/Global_risk_factors.html
12. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Information for healthcare professionals Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. 2020.
13. Dong Y, Mo X, Hu Y. Epidemiological characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China. *Pediatr* (pre-publication release) [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 26]; Available from: www.aappublications.org/news
14. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2020;2019:24–7.
15. Sinha IP, Harwood R, Semple MG, Hawcutt DB, Thursfield R, Narayan O, et al. COVID-19 infection in children. *Lancet Respir* [Internet]. [cited 2020 Mar 30]; Available from: <https://doi.org/10.1016/S2213-2600>
16. Calder PC, Jackson AA. Undernutrition, infection and immune function. *Nutr Res Rev*. 2000;13:3–29.
17. Permar SR, Griffin DE, Letvin NL. Immune Containment and Consequences of Measles Virus Infection in Healthy and Immunocompromised Individuals. *Clin Vaccine Immunol*. 2006;13(4):437–43.

18. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet*. 2020 Mar 7;395(10226):809–15.
19. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020 Mar;
20. Docherty AB, Harrison EM, Green CA, Hardwick H, Pius R, Norman L, et al. Features of 16,749 hospitalised UK patients with COVID-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol. *JmedRxiv* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 30]; Available from: <https://doi.org/10.1101/2020.04.23.20076042>
21. CDC. What people with HIV should know about COVID-19. 2020.
22. Finkelstein DM, Williams PL, Molenberghs G, Feinberg J, Powderly WG, Kahn J, et al. Patterns of Opportunistic Infections in Patients with HIV In...: *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirology* [Internet]. 1996 [cited 2020 Mar 31];12(1):38–45. Available from: https://journals.lww.com/jaids/Fulltext/1996/05010/Patterns_of_Opportunistic_Infections_in_Patients.6.aspx
23. Chen Y, Wang Y, Fleming J, Yu Y, Gu Y, Liu C, et al. Active or latent tuberculosis increases susceptibility to COVID-19 and disease severity [Internet]. *medRxiv*. 2020 [cited 2020 Mar 26]. Available from: <https://doi.org/10.1101/2020.03.10.20033795>
24. WHO. Risk communication and community engagement readiness and response to coronaviruse disease (COVID-19). 2020.
25. WHO. Water, sanitation, hygiene and waste management for the COVID-19 virus. 2020.
26. WHO. When and how to use masks [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 9]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks>
27. Van Der Sande M, Teunis P, Sabel R. Professional and Home-Made Face Masks Reduce Exposure to Respiratory Infections among the General Population. *PLoS One* [Internet]. 2008 [cited 2020 Apr 9];3(7). Available from: <http://www.osha.gov/pls/>
28. WHO. Global Surveillance for human infection with coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. 2020. Available from: [https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov))
29. WHO. Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected. Vol. 38. 2020.