



Directrices para la prevención de infecciones por COVID-19 en personas de alto riesgo en campamentos y entornos similares

Versión: 31 de marzo de 2020

Autor: Caroline Favas

Colaboradores: Nada Abdelmagid, Francesco Checchi, Sylvia Garry, Prudence Jarrett, Ruwan Ratnayake, Abdihamid Warsame

Índice

Lista de abreviaturas	3
1 Antecedentes	4
2 Principios generales	4
3 ¿A quién se debería incluir en el escudo protector?	5
4 Creación de zonas verdes de protección	7
5 Implantación	11
5.1 <i>Participación comunitaria y comunicación de riesgos</i>	11
5.2 <i>Establecimiento de comités de asistencia social de la zona verde</i>	11
5.3 <i>Antes de establecer las zonas verdes</i>	12
5.4 <i>Registro de residentes de zonas verdes</i>	12
5.5 <i>Consideraciones específicas</i>	12
6 Prevención y control de infecciones	13
6.1 <i>Entre las zonas verdes y el resto del campamento</i>	13
6.2 <i>Dentro de las zonas verdes</i>	14
7 Manejo de los residentes sintomáticos de la zona verde	14
8 Servicios de apoyo	15
8.1 <i>Distribución de productos básicos</i>	15
8.2 <i>Servicios sanitarios</i>	15
9 Bibliografía	17

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
PIBM	Países con ingresos bajos y medios
PNA	Productos no alimentarios
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 desplazadas a la fuerza que residen en campamentos o entornos similares¹ pueden ser especialmente vulnerables a las epidemias de COVID-19 debido al hacinamiento, el escaso acceso al agua potable y el saneamiento, y el acceso limitado a los servicios sanitarios (1,2). Si no se adoptan medidas de control, los campamentos y entornos similares podrían experimentar tasas de ataque y mortalidad muy elevadas. Esta situación produciría un número excesivamente elevado de pacientes que requerirían cuidados intensivos en un breve período de tiempo (unos meses), como se deduce de las predicciones de los modelos de los campamentos de refugiados de Cox's Bazar (Bangladés) (3).

Las medidas de contención con uso intensivo de recursos que imponen restricciones estrictas de desplazamiento y contacto a toda la población, como las órdenes en masa de «quedarse en casa», distanciamiento físico, aislamiento voluntario y cuarentena, podrían no ser apropiadas para algunos campamentos o entornos similares, en los que dichas medidas son inviables o pondrían en peligro los medios de subsistencia si se aplican durante un período prolongado (4). En términos más generales, estas medidas a nivel poblacional tendrían que obtener niveles muy altos de cumplimiento a fin de reducir la transmisión del COVID-19 hasta un nivel apreciable. Esto se debe a que es probable que la tasa de transmisión básica del virus en comunidades superpobladas con un saneamiento deficiente sea bastante más alta que la observada hasta la fecha en entornos de recursos 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 dentro de la población desplazada sea una estrategia útil para reducir la mortalidad y la presión sobre los servicios sanitarios: denominamos este enfoque «escudo protector» para distinguirlo de las medidas de distanciamiento más genéricas.

Este documento ofrece directrices para la puesta en práctica de un enfoque de escudo protector para refugiados y desplazados internos en campamentos y entornos similares. Está dirigido a la propia comunidad desplazada, a los agentes humanitarios y a las autoridades que coordinan/gestionan los campamentos.

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) se establezca una capacidad de hospitalización suficiente con un nivel adecuado; b) 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 de los campamentos debido a su control o a la disminución de personas susceptibles en la población no aislada.

La principal característica de este enfoque es crear «zonas verdes» (zonas específicas a nivel de unidad familiar, vecindario o sector del campamento) a las que trasladar temporalmente a las personas de mayor riesgo y que tengan un contacto mínimo con familiares y otros residentes del campamento 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: más adelante se perfilan las posibles opciones generales. En su diseño más básico, el escudo protector para las 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 como componente deseable, pero no estrictamente necesario.

¹ Definición general de campamentos o entornos similares: población desplazada a la fuerza, incluidos los refugiados y desplazados internos que viven en asentamientos formales o irregulares masificados, ya sea en refugios colectivos o individuales.

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 contaminados por el virus. Su efecto sobre la mortalidad directamente atribuible al COVID-19 es linealmente proporcional a la fracción de las zonas verdes con escudo que se mantienen libres de transmisión durante la epidemia de COVID-19: como tal, el enfoque no necesita conseguir un umbral de cumplimiento específico para ser eficaz. Puesto que las personas de alto riesgo constituyen una proporción numéricamente pequeña 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. Esto requerirá la comunicación apropiada de información exacta y coherente, así como el compromiso y la participación de la comunidad en el diseño y la aplicación local del enfoque del escudo protector (5). 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.

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 del escudo protector. Los criterios reflejan la evidencia actual así como los posibles supuestos de mitigación de riesgos donde la evidencia aún no está disponible. Los criterios relativos a la presencia de morbilidades existentes se aplicarán únicamente si se conoce el estado de la enfermedad.

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 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.

Hasta la fecha, no hay datos disponibles de que la desnutrición aguda aumente el riesgo de consecuencias graves derivadas del COVID-19 (6). 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 (7,8). Si bien la desnutrición aguda grave en los niños puede empeorar las consecuencias derivadas del COVID-19, es poco probable que sea posible incluir en el escudo protector 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 a los que se hace un control como parte del tratamiento nutricional. Aunque la desnutrición aguda se asocia con un mayor riesgo de infecciones (9), el cribado de adultos entrañaría riesgos adicionales de transmisión (inherentes a la propia actividad de detección) para obtener beneficios limitados.

El embarazo no parece estar ligado a un mayor riesgo de consecuencias graves derivadas del COVID-19 (6). 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 de protección 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 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 (8,10). 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 campamentos) hasta que haya datos disponibles.
ENC	Hipertensión; diabetes; enfermedades cardiovasculares. 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).	La hipertensión, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares parecen estar relacionadas con un mayor riesgo de sufrir un cuadro grave de COVID-19 y de fallecimiento (8,10). 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 (11,12). 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 (13). No obstante, será necesario tener planes de aislamiento específicos para los pacientes con tuberculosis (véase a continuación).
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 (6). 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 la inclusión de embarazos 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 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 bloque o vecindario
3. Nivel de sector²

Cada una de estas opciones supone ventajas y desafíos/riesgos que deben considerarse detenidamente al diseñar un enfoque con la comunidad. 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, se debe adaptar el plan elegido al contexto sociocultural, teniendo en cuenta la seguridad y los riesgos (por ejemplo, es posible que sea adecuado designar zonas verdes de un solo sexo o zonas segregadas por sexos). 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.

Las características comunes de todas las opciones son:

- A menos que sea factible rápidamente, el enfoque no requiere la construcción de refugios nuevos³; en su lugar, los planes de protección deben ponerse en práctica mediante el intercambio/vaciado de determinados refugios.
- Para evitar la percepción y experiencia de aislamiento forzoso, las zonas verdes no deben tener barreras físicas a su alrededor.
- La zona verde y las zonas habitables para los residentes de alto riesgo deben estar alineados con unos estándares mínimos (14); en concreto, deberían estar menos hacinadas que las viviendas generales de los campamentos, para poder contar con dependencias separadas para dormir y cuyo fin sea que haya el menor número posible de personas viviendo en un solo refugio de zona verde. Asimismo, debe haber letrinas/baños y duchas específicas.

² Un sector de un campamento o entorno similar está formado por varios bloques. Un bloque es un grupo de refugios o un único refugio que alberga varias unidades familiares.

³ En este documento, refugio alude a cualquier tipo de vivienda en la que vive la población desplazada del campamento (p. ej., tiendas de plástico, casas prefabricadas, etc.).

- En la medida de lo posible, los residentes deberán conocerse o proceder de la misma familia ampliada.
- 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 se asume que estas personas tienen inmunidad por lo menos temporal.
- Si es posible, uno de los refugios de la «zona verde» debería reservarse para el aislamiento voluntario de cualquier residente que tenga síntomas indicativos de COVID-19 (véase a continuación).

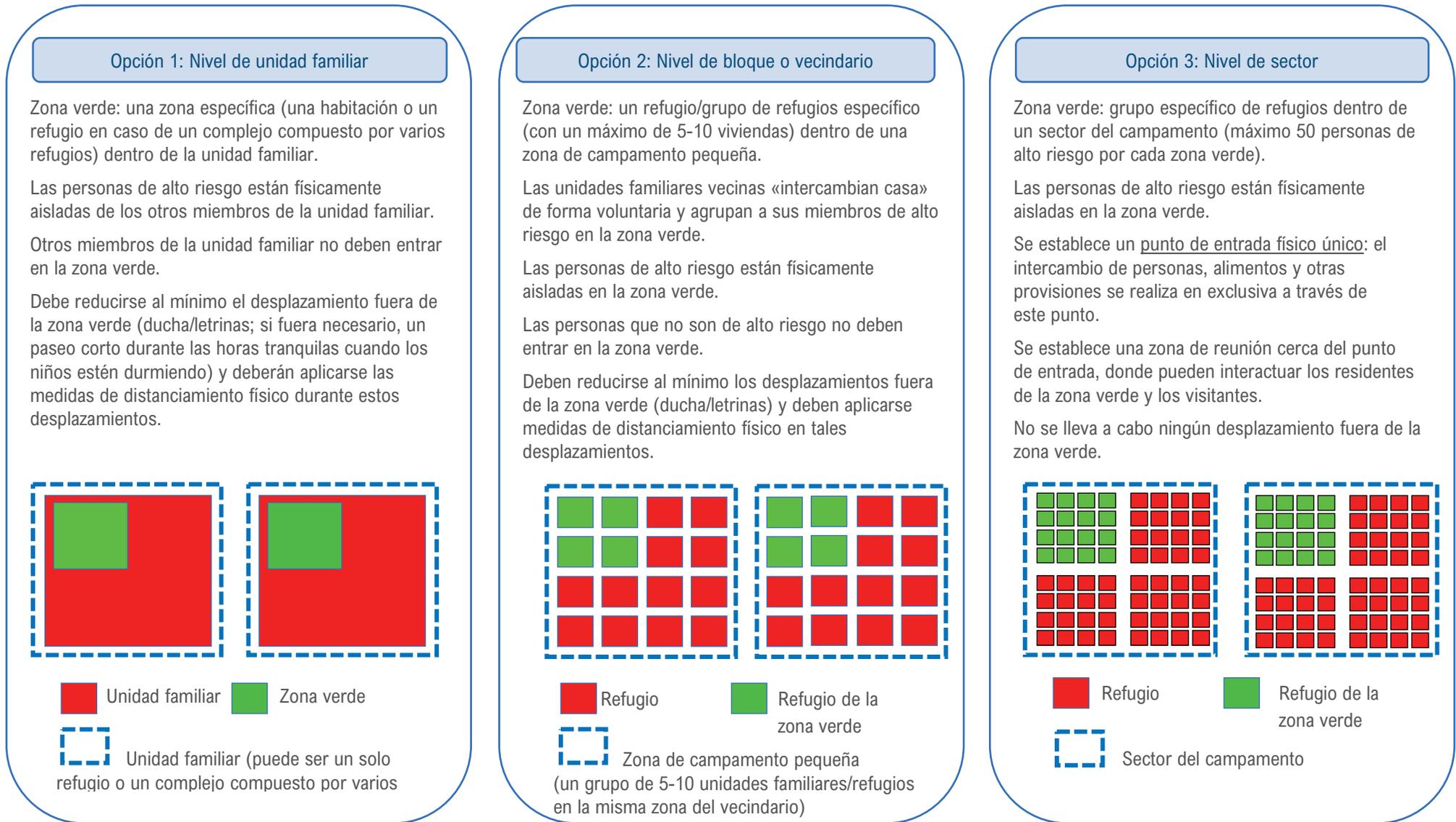


Figura 1: Representación de planes de vivienda para cada opción de escudo protector.

Tabla 2: Evaluación de las opciones del escudo protector.

Opción	Aplicabilidad	Ventajas/beneficios	Desafíos/riesgos
1. Escudo protector a nivel de unidad familiar	Entornos con complejos compuestos por varios refugios o viviendas con varias habitaciones (se desaconseja si varias unidades familiares comparten el mismo refugio). Suficiente espacio habitable disponible para crear zonas específicas para las personas de alto riesgo.	Mayor cumplimiento debido a la proximidad de los familiares, que pueden proporcionar las necesidades básicas y apoyo afectivo. Menor estigma. Menores cambios en la forma de vida. Poca necesidad de recursos adicionales.	Supervisión de la puesta en práctica y de los resultados, sobre todo en el caso de campamentos de mayor escala, debido al gran número de zonas verdes. Adopción de medidas de prevención de infecciones. Más probable que tenga «fugas» (es necesario salir de la zona verde, por ejemplo, para el acceso a la ducha/letrinas).
2. Escudo protector a nivel de bloque o vecindario	Todos los entornos del campamento, en especial si los refugios de una sola habitación son comunes (es decir, no es factible la opción 1). Aceptación por parte de la comunidad de trasladar a personas a viviendas agrupadas e intercambiar refugios.	Menor estigma. 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. Relativamente flexible en cuanto a los planes reales, siempre que se puedan hacer cumplir las medidas de distanciamiento físico y control de la infección.	Las medidas de distanciamiento físico y control de la infección también tendrían que cumplirse de forma estricta dentro de cada zona verde. Más probable que tenga «fugas» (es necesario salir de la zona verde, por ejemplo, si no hay duchas/letrinas en la zona verde). Menos proximidad con familiares.
3. Escudo protector a nivel sector	Campamentos a mayor escala (p. ej., más de 15 000 personas) o La comunidad no acepta el aislamiento a menor escala (opción 2) o este no es factible. Espacio suficiente en el campamento para crear zonas verdes.	Entorno más controlado que las opciones 1 y 2. Más fácil de supervisar la puesta en práctica y la eficacia (porque las personas de alto riesgo están concentradas en ciertas áreas específicas). Se podrían prestar servicios sanitarios específicos <i>in situ</i> (por ejemplo, a través de clínicas móviles). Potencial para una mejor cobertura.	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. Riesgo de estigmatización. Riesgo de incumplimiento debido al aislamiento y separación de los familiares.

5 Implantación

5.1 Participación comunitaria y comunicación de riesgos

A menos que las condiciones de los campamentos locales (p. ej., las tensiones comunitarias preexistentes) dicten un enfoque jerárquico descendente, la implantación de los planes de aislamiento seleccionados debe estar impulsada por la comunidad: esto incluye la decisión sobre qué miembros de la unidad familiar cumplen los criterios de inclusión para el escudo protector, a quién asignar a cada zona verde, qué refugios desocupar/intercambiar y qué suministros (por ejemplo, camas y artículos domésticos) trasladar entre refugios.

De manera más fundamental, los agentes humanitarios deben, como primer paso obligatorio que debe llevarse a cabo antes de la transmisión local o en un estadio inicial de la epidemia, implicar de manera proactiva a los residentes de los campamentos para:

- Sensibilizarlos sobre el nivel y la urgencia del riesgo probables (carga prevista del COVID-19, intervalo de tiempo para tomar medidas, inexistencia probable de tratamiento), a través de una comunicación de riesgos culturalmente apropiada y mediada, si fuera útil, aportando la experiencia de otros entornos.
- Presentar las opciones generales del escudo protector, al tiempo que se comunican los principales requisitos para la prevención de infecciones.
- Facilitar una sensación de control entre los miembros de la comunidad: ellos pueden adoptar cambios y soluciones *voluntarios* para mitigar el riesgo: mientras se mantengan los fundamentos epidemiológicos del escudo protector, estos, a diferencia de los organismos gestores de campamentos, pueden diseñar la solución más apropiada a nivel local; los agentes humanitarios les apoyarán entonces para ponerla en práctica.

5.2 Establecimiento de comités de asistencia social de la zona verde

La creación de comités de asistencia social podría facilitar la aceptación y el cumplimiento de las medidas del escudo protector. Se podría establecer un comité de asistencia social por zona verde (o un grupo de zonas verdes en la misma zona del campamento para las opciones 1 y 2). Su composición podría variar en función del contexto, pero debería representar a las familias con miembros de alto riesgo que se protegerán. Las funciones, modos de trabajar y roles dentro del comité los definirían sus miembros.

Las principales responsabilidades de los comités de asistencia social podrían incluir:

- 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 los servicios sanitarios del campamento si un residente necesita asistencia médica o tiene síntomas indicativos de COVID-19.
- Recopilar comentarios y quejas.

Una opción alternativa o complementaria podría ser usar las redes de trabajadores sanitarios comunitarios existentes, siempre y cuando estén funcionando bien, los trabajadores comunitarios estén bien reconocidos en sus comunidades y esto no represente una carga de trabajo adicional incontrolable. Los voluntarios de la Cruz Roja y la Media Luna Roja también podrían desempeñar un papel clave.

A los miembros del comité de asistencia social (o los trabajadores sanitarios comunitarios) se les debe 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.

5.3 Antes de establecer las zonas verdes

Deben limpiarse a conciencia los refugios, 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.

5.4 Registro de residentes de zonas verdes

Debe llevarse a cabo el registro, así como la actualización continua, de las personas de alto riesgo aisladas dentro de las zonas verdes, además de un mapeo de los planes de viviendas incluidos dentro del escudo protector, a fin de:

- Identificar el nivel y el tipo adecuado de servicios de apoyo que se les deben prestar.
- Proporcionar los suministros de higiene y las instalaciones de saneamiento e higiene necesarios a los residentes para aplicar las medidas de PCI (véase el siguiente capítulo).
- Diseñar 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.

5.5 Consideraciones específicas

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 deben aislarse individualmente (opción 1) de forma independiente a las personas aisladas o en una zona verde específica separada. Para el establecimiento de esta última, se debe prestar atención al estigma y aportar la 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.*

6 Prevención y control de infecciones

Cualquiera de las opciones de protección debe ir acompañada 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.

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.

6.1 Entre las zonas verdes y el resto del campamento

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.

En las opciones 1 y 2, los no residentes no deben entrar en las habitaciones/los refugios designados 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).

En la opción 3, los límites de las zonas verdes probablemente deberían ser virtuales para facilitar la aceptación y minimizar la estigmatización. No obstante, se deberá establecer un punto de entrada físico único: el intercambio de personas y provisiones se realizará en exclusiva 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. En función del tamaño, 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.

Los alimentos y otros suministros proporcionados a los residentes deben dejarse a la entrada de la zona verde (opción 1 y 2) o en la zona de reunión (opción 3). Los no residentes deben lavarse 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 aplicar medidas de distanciamiento físico (por ejemplo, mantener una distancia segura de aproximadamente 2 metros). El residente debe lavarse las manos en el punto de entrada antes de volver a entrar a la zona verde.

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 evitar la propagación/transmisión de la infección (15). Por 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 el mismo refugio 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, más espaciosas que el campamento circundante: debe evitarse dormir en paralelo y la concentración de muchos residentes en el mismo refugio, incluso si supone un mayor hacinamiento de personas de bajo riesgo.

En la opción 1, puesto que es probable que los residentes no dispongan de instalaciones para lavarse las manos en sus zonas verdes, los no residentes que compartan el refugio deben proporcionar agua y jabón, siguiendo las medidas descritas en la sección 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, se deben poner a disposición de los residentes instalaciones de saneamiento (duchas/letrinas) y un punto de abastecimiento de agua, a fin de limitar los desplazamientos fuera de la zona verde.

Los refugios dentro de las zonas verdes deben mantenerse limpios en todo momento. Los residentes deben recibir los productos y materiales de limpieza⁴ necesarios para limpiar sus espacios vitales.

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 compatibles con el COVID-19 (es decir, fiebre y al menos un signo/síntoma de enfermedad respiratoria, p. ej., tos o disnea (16)). 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 entorno de vivienda, y deben decidirse durante la etapa de diseño del tipo de escudo protector.

El mecanismo 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. Una opción podría ser que se designe a un miembro de cada comité de asistencia social, trabajadores sanitarios de la comunidad o voluntarios de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, si procede, como coordinadores, y que se les alerte verbalmente, por teléfono o SMS, o mediante cualquier otro método apropiado en caso de enfermedad

⁴ Si es posible, se debe utilizar primero jabón o detergente doméstico normal para limpiar y, a continuación, después del aclarado, aplicar un desinfectante doméstico habitual que contenga hipoclorito de sodio al 5 % (es decir, el equivalente a 5000 ppm o una parte de lejía doméstica con hipoclorito de sodio al 5 % por nueve partes de agua) (15). Si es necesario, también se deben proporcionar materiales de limpieza y artículos para el almacenamiento de agua (cubos, fregonas, escobas, bidones, etc.).

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 del campamento.

8 Servicios de apoyo

La coordinación multisectorial entre los agentes humanitarios que actúan en el campamento es esencial para garantizar unas condiciones de vida adecuadas y el acceso a los servicios básicos y a la asistencia social para los residentes protegidos.

8.1 Distribución de productos básicos

Los residentes protegidos deben beneficiarse de la distribución de productos básicos (productos no alimentarios y alimentos) organizada dentro del campamento según las normas (17). 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 un trabajador sanitario de la comunidad (opciones 2 y 3).

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 con el fin de limitar los desplazamientos de los residentes fuera de la zona verde. 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 PCI para la atención sanitaria descritas en las directrices de la OMS para el COVID-19 (18). 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.

Cuando las clínicas móviles u otras opciones sean totalmente imposibles, se debe prestar la asistencia sanitaria básica en las instalaciones sanitarias: no obstante, esto se desaconseja, ya que puede contrarrestar algunos de los beneficios del escudo protector. Los trabajadores sanitarios deben usar el equipo de protección adecuado y seguir las normas de PCI para la atención sanitaria descritas en las directrices de la OMS para la COVID-19 (18). 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 la 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 de la COVID-19, etc. Por tanto, se les debería ofrecer apoyo psicológico y psicosocial específicos. Una posibilidad es integrar estos servicios dentro de la prestación de asistencia sanitaria básica en las clínicas móviles. Se deben tener en cuenta 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. WHO. Pandemic influenza preparedness and mitigation in refugee and displaced populations WHO guidelines for humanitarian agencies Second edition. 2008.
2. Blundell H, Milligan R, Norris SL, Garner P. WHO guidance for refugees in camps: systematic review. *BMJ Open*. 2019;9:1–7.
3. Truelove S, Abraham O, Altare C, Azman AS, Spiegel PB. COVID-19: Projecting the impact in Rohingya refugee camps and beyond. 2020.
4. 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 ?
5. 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
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Information for healthcare professionals Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. 2020.
7. 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
8. 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.
9. Calder PC, Jackson AA. Undernutrition, infection and immune function. *Nutr Res Rev*. 2000;13:3–29.
10. 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;
11. CDC. What people with HIV should know about COVID-19. 2020.
12. 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
13. 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>
14. The Sphere Handbook [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 12]. Available from: https://handbook.spherestandards.org/en/sphere/#ch007_004
15. WHO. Water, sanitation, hygiene and waste management for the COVID-19 virus. 2020.
16. 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))
17. UNHCR. Commodity distribution (NFIs, food) - UNHCR|Emergency Handbook [Internet]. [cited 2020 Mar 28]. Available from: <https://emergency.unhcr.org/entry/43130/commodity-distribution-nfis-food>
18. WHO. Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected. Vol. 38. 2020.