

# COVID-19

## Guía para la prevención y el control de medidas sanitarias

***Adaptado de Influenza pandémica: Guía para la prevención de infecciones y el control de medidas sanitarias 2020***

El presente número fue redactado en colaboración con el Departamento de Salud y de Asistencia Social (DHSC, por sus siglas en inglés), la Agencia de Salud Pública (PHA), de Irlanda del Norte, el [Departamento de] Protección de Salud de Escocia (HPS) y el [Departamento de] Salud Pública de Inglaterra, los cuales nos brindaron su orientación de manera oficial.

COVID- 19: Orientación para la prevención y el control de infecciones en entornos sanitarios. Versión 1.1, 27/03/20

**Apartados modificados para esta versión (v1.1, 27/03/20)**

6.5 Procedimientos para generacion de aerosoles

8.7.4 Quirófanos

## CONTENIDOS

<b>Abreviaturas .....</b>	<b>5</b>
<b>1. Introducción .....</b>	<b>7</b>
1.1 Alcance y propósito .....	7
<b>2. Características de la transmisión de COVID- 19 y mecanismos de infección, de prevención y de control.....</b>	<b>8</b>
2.1 Vías de contagio.....	8
2.2 Periodos de incubación y de infección. ....	9
<b>2.3 Supervivencia en el medio ambiente ..</b>	<b>10</b>
<b>3. Preparativos, a nivel organizacional, para la prevención y el control de los brotes de COVID-19.....</b>	<b>11</b>
<b>4. Prevención de infecciones y medidas de control .....</b>	<b>13</b>
4.1 Definición de las medidas estandarizadas de control de infecciones (SICPs, por sus siglas en inglés) .....	13
4.2 Definición de las medidas básicas de la prevención de contagios (TBPs).....	13
4.3 Vías de contagio: .....	13
<b>5. Medidas estandarizadas de control de infecciones .....</b>	<b>14</b>
5.1 Ubicación y evaluación de posibles focos de infección.....	14
5.2 Higiene de manos .....	15
5.3 Medidas de higiene en caso de tos y otros padecimientos respiratorios: “limpia, desecha y esteriliza”.....	16
5.4 Equipo de protección personal (PPE) .....	17
5.4.1 Trajes quirúrgicos y batas desechables.....	17
5.4.2 Guantes desechables .....	18
5.4.3 Gafas médicas y visores protectores.....	18
5.5 Manejo seguro de la ropa de cama (lavado).....	19
5.6 Indumentaria y uniformes del personal.....	20
5.7 Manejo de sangre y de otros fluidos corporales derramados.....	21
5.8 Manejo de desechos médicos, clínicos y no clínicos.....	21

<b>6. Medidas básicas de prevención de contagios (TBPs) frente a brotes pandémicos de COVID-19.....</b>	<b>22</b>
6.1 Duración de las medidas .....	22
6.2.1 Salas de aislamiento de presión negativa .....	23
6.2. 2 habitaciones individuales .....	23
6.2.3 Áreas de Agrupamiento .....	23
6.2.4 Agrupamiento de personal.....	24
6.2.5 Visitantes a áreas segregadas y de agrupamiento .....	25
6.3 Transferencias y transporte de pacientes .....	25
6.3.1 Transferencias intrahospitalarias: .....	25
6.3 .2 Transferencia de atención primaria / entornos comunitarios: .....	26
6.3.3 Inter- traslados al hospital: .....	26
6.4 Equipo de protección personal (EPP) .....	26
6.4.1 Mascarillas quirúrgicas resistentes a los fluidos (Tipo IIR) (FRSM) .....	27
6.4.2 Mascarilla filtrante (clase 3) (FFP3) respiradores .....	28
6.5 Procedimientos de generación de aerosoles (AGP) . .....	29
6.6 Gestión de equipos y entorno de cuidado .....	31
6.6.1 Equipo .....	31
6.6.2 Medio ambiente .....	32
6.7 Manejo de cadáveres .....	33
<b>7. Salud ocupacional y despliegue de personal .....</b>	<b>34</b>
<b>8. Ajustes específicos .....</b>	<b>35</b>
8.1 Configuración del hogar de cuidados .....	35
8.2 Atención primaria .....	35
8.3 Configuraciones ambulatorias .....	36
8.4 Cirugías dentales .....	36
8.5 Visitas al hogar .....	36
8.6 Ambulancias .....	36
8.7 Servicios de urgencias y unidades de evaluación aguda .....	37
8.7.1 Cribado y triaje .....	37
8.7.2 Área de recepción .....	37

8.7.3 Cuidados críticos .....	38
8.7.4 Quirofanos (donde se siguen utilizando para la cirugía) .....	38
<b>Apéndice 1: Mejores prácticas: colocación y extracción de EPP .....</b>	<b>40</b>
<b>Apéndice 2: Descontaminación de rutina de productos no invasivos reutilizables para el cuidado del paciente .....</b>	<b>41</b>
<b>Apéndice 3: Mejores prácticas sobre la limpieza de los derrames de sangre y fluidos del cuerpo.....</b>	<b>42</b>
<b>Apéndice 4 Glosario .....</b>	<b>43</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>48</b>

## ABREVIACIONES

SMBA (ABHR)	Sanitizante de manos basado en alcohol
PGA (AGP)	Procedimiento generador de aerosol
CCPE (CDC)	Centros de Control y Prevención de Enfermedades
DSCS (DHSC)	Departamento de Salud y Cuidado Social
MQRF (FRSM)	Máscara quirúrgica resistente a fluidos (Tipo IIR)
PFF3	Pieza Facial de filtrante (clase 3)
EIAC (HCID)	Enfermedad infecciosa de alta consecuencia
VOAF (HFOV)	Ventilador oscilatorio de alta frecuencia
PSE (HPS)	Protección de Salud de Escocia
UCI/UTI/UAD (ICU/ITU/HDU)	Unidad de cuidados intensivos, unidad de terapia intensiva, unidad de alta de dependencia
EPCI (IPCT)	Equipo de Prevención y Control de infecciones
GACARNE (NERVTAG)	Grupo de asesoría contra amenazas respiratorias nuevas y emergentes
NIPCM (NIPCM)	Manual nacional de prevención y control de infecciones
NIV (NIV)	Ventilación No-invasiva
ASP (IN) (PHA (NI))	Agencia de Salud Pública (Irlanda del Norte)
SPI (PHE)	Salud Pública de Inglaterra
SPG (PHW)	Salud Pública de Gales
EPP (PPE)	Equipo de Protección Personal
EPR (RPE)	Equipo de Protección Respiratoria
PECI (SICP)	Precauciones Estándar de Control para Infecciones
PBT (TBP)	Precauciones basadas en transmisión
OMS (WHO)	Organización Mundial de la Salud



## **1.Introducción**

Este documento de línea las recomendaciones de prevención y control de infecciones para los trabajadores de la salud al recibir, evaluar y cuidar a pacientes que son casos posibles o confirmados de COVID-19. Está basado en la mejor evidencia disponible de periodos pandémicos e interpandémicos previos, se enfoca en los aspectos de prevención y control de infecciones solamente, reconociendo que un plan de preparación considerará otras contramedidas.

Las recomendaciones de prevención y control de infección en este documento se consideran una buena práctica en respuesta a esta pandemia de COVID-19.

N.B. La base de datos y evidencia sobre COVID-19 está rápidamente evolucionando. Se podrán hacer más actualizaciones a esta guía conforme emerja mayor detalle o evidencia.

### **1.1 Alcance y propósito**

Este documento provee de guía e información sobre precedimientos de prevención y control para informar y aconsejar en los cuidados y planeación de salud frente al COVID-19. Esta guía ha sido escrita para el Sistema Nacional de Salud de Reino Unido, pero los principios de prevención y control de infecciones aplican a otros lugares donde se imparte el cuidado a la salud. Está publicado en conjunto con el Departamento de Salud y Cuidado Social, Salud Pública de Gales, la Agencia de Salud Pública de Irlanda del Norte, Protección de Salud de Escocia y Salud Pública de Inglaterra como guía oficial.

En tanto que esta guía busca asegurar un abordaje en Reino Unido consistente y resiliente, pueden aplicar algunas diferencias de operación y organización en otros países.

## **2.Características de Transmisión de COVID-19 y Principios de Prevención y Control de Infección**

### **2.1Vías de Transmisión**

Los consejos de control de infección están basados en la suposición razonable de que las características de transmisión de COVID-19 son similares a aquellas del brote de SARS-CoV del 2003. Las similitudes filogenéticas e inmunológicas iniciales similares entre COVID-19 y SARS-CoV pueden ser extrapoladas para lograr perspectiva hacia algunas de las características epidemiológicas. Se cree que la transmisión de COVID-19 ocurre principalmente a través de aerosol respiratorio generado al toser y estornudar, y a través del contacto con superficies contaminadas. Se asume que las formas de transmisión predominantes son las gotas y el contacto. Para SARS-CoV, hay evidencia limitada derivada de estudios de observación que muestran el efecto protector hasta de un 80% de las máscaras y respiradores N95 (el equivalente americano al FFP2 de RU) usados por trabajadores de la salud, sin embargo, la evidencia y las indicaciones (y conformidad) son escasas para el uso de mascarilla/respirador y varían en estos estudios. Aun así se recomienda el uso intensivo de mascarilla/respirador.

Debe notarse que los respiradores N95 no son recomendados para el uso en las instalaciones de salud del Reino Unido (RU). En RU, los respiradores se deben usar los respiradores FFP3 como precaución ante aerosoles y deben estar en conformidad con BS EN149:200.1 Para SARS-CoV, la evidencia sugiere que el uso de tanto respiradores como de mascarillas quirúrgicas ofrecen un nivel similar de protección, ambos asociados con hasta 80% de reducción del riesgo de infección (2). Durante AGPs hay un riesgo incrementado de dispersión de agentes infecciosos en aerosol, independientemente del modo de transmisión (contacto, gota, aéreo) (Sección 6.5 AGPs) y se deben implementar precauciones aéreas al llevar a cabo AGPs, incluyendo aquellas llevadas a cabo en casos sospechosos o confirmados de COVID-19.



Se sabe que toser y estornudar producen aerosoles, sin embargo, se piensa que los aerosoles generados por procedimientos médicos (AGPs) suponen un riesgo más significativo de transmisión de infección.

A la luz de lo antes mencionado, el grupo de Asesoría contra amenazas respiratorias nuevas y emergentes del Departamento de Salud y Cuidado Social (de RU) ha recomendado que se implementen precauciones aéreas en todo momento en las áreas clínicas consideradas de alto riesgo por AGPs, por ejemplo, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidades de Terapia Intensiva o Unidades de Alta Dependencia que están manejando pacientes con COVID-19 (a menos que los pacientes estén aislados en un cuarto de presión negativa o estén en una habitación solos, donde solamente el personal que entre requiere usar un respirador).

En otras áreas se recomienda una mascarilla quirúrgica resistente a fluidos (Tipo IIR); todo el personal de áreas generales, comunidad, ambulancia y cuidado social deben usar una MQRF (mascarilla quirúrgica resistente a fluidos) para contacto cercano con pacientes (1 metro), a menos que estén llevando a cabo una AGP, en cuyo caso deben usar una pieza de filtraje facial clase 3 (PFF3), respirador, protección ocular, bata desechable de manga larga y guantes.

Las investigaciones iniciales han identificado la presencia del virus COVID-19 vivo en las heces y secreciones conjuntivales de casos confirmados. Todas las secreciones (excepto el sudor) y excreciones, incluyendo heces blandas (diarrea) de pacientes sospechosos o confirmados con COVID-19 deben ser consideradas potencialmente infecciosas.

## **2.2 Periodo de Incubación e Infección**

La evaluación de las características clínicas y epidemiológicas de los casos de SARS-CoV-2 sugiere que, de manera similar al SARS-CoV, los pacientes serán infecciosos aunque no presenten los síntomas. En la mayoría de los casos, los individuos son usualmente considerados infecciosos mientras tienen síntomas; cuán infecciosos son los individuos, depende de la severidad de sus síntomas y de la etapa de su enfermedad. El

tiempo medio entre la aparición de síntomas hasta la recuperación clínica para casos leves es de aproximadamente 2 semanas y de 3-6 semanas para casos severos o críticos. Ha habido reportes de casos que sugieren una ineffectividad durante el periodo asintomático, con un paciente que se encontraba soltando virus antes de la aparición de síntomas. Se requieren estudios más profundos para determinar la ocurrencia actual y el impacto de la transmisión asintomática.

Precauciones en la sección 5: Precauciones estándar de control de infecciones (PECI) y sección 6: (PBT) deben permanecer en su lugar hasta que se resuelvan los síntomas.

De la información internacional, el balance de la evidencia es que la ineffectividad ha reducido significativamente después de 7 días de la aparición de los síntomas.

### **2.3 Supervivencia en el Ambiente**

A la luz de los datos limitados para SARS-CoV-2, se evaluó la evidencia de estudios conducidos con coronavirus humanos previos, incluyendo MERS-CoV y SARS-CoV. Los coronavirus humanos pueden sobrevivir en objetos inanimados y pueden permanecer viables hasta por 5 días en temperaturas de 22-25° C y una humedad relativa de 40-50% (la cual es típica de los ambientes con aire acondicionado interior). La sobrevivencia en las superficies ambientales también depende del tipo de superficie. Un estudio experimental usando una cepa de SARS-CoV-2 reportó viabilidad en plástico hasta por 72 horas, 48 horas en acero inoxidable y hasta 8 horas en cobre. Puede ocurrir contaminación ambiental extensa después de un procedimiento generador de aerosol AGP. La tasa de eliminación de aerosoles en un espacio cerrado depende del grado de ventilación mecánica/natural – mientras mayor sea el número de cambios de aire por hora (tasa de ventilación), mas rápido se aclarará el aerosol. El tiempo requerido para el despeje de aerosoles, y por lo tanto el tiempo después del cual se puede entrar a una habitación sin una mascara filtrante (clase 3) puede determinarse por el número de cambios de aire por hora (CAH) como lo indica la guía de la OMS; en las salas generales y cuartos individuales debe haber al menos 6 cambios de aire por hora, en habitaciones

de presión-negativa debe haber un mínimo de 12 cambio de aire por hora. Cuando sea posible la descontaminación ambiental debe ser llevada a cabo cuando sea considerada apropiada para entrar al cuarto/área sin un respirador FFP3. Se estima que un solo cambio de aire elimina el 63% de los contaminantes aéreos, y después de 5 cambios de aire, se cree que menos del 1% de la contaminación area permanece. Un mínimo de 20 minutos, es decir, 2 cambios de aire, en instalaciones hospitalarias donde ocurren la mayoría de estos procedimientos, es considerado pragmático.

Las precauciones descritas en la sección 5.2: higiene de manos y en la sección 6.6: Manejo del ambiente y equipo de cuidado de pacientes deben seguirse.

### **3. Preparación Organizacional para la prevención y el control para COVID-19**

La limitación de la transmisión de COVID-19 en las instalaciones de salud requiere un rango de medidas de prevención y control que pueden ser consideradas como una jerarquía de controles. Los controles administrativos son implementados en un nivel organizacional (por ejemplo, el diseño y uso de procesos apropiados, controles de sistemas e ingeniería , la provisión y uso de materiales , equipo de trabajo) para ayudar a evitar la introducción de la infección , para controlar , limitar la transmisión de la infección en las instalaciones. El control de la exposición en la fuente, incluyendo sistemas de ventilación adecuados y descontaminación ambiental efectiva, reducirán físicamente la exposición a la infección. Los empleadores están bajo obligación legal – bajo el control de sustancias peligrosas para la salud (SPPS)- de controlar adecuadamente el riesgo de exposición a las sustancias peligrosas donde la exposición no puede evitarse. La provisión y el uso de equipo de protección personal (EPP), incluyendo equipo de protección respiratoria (EPR), protegerá al personal, a los pacientes y a los visitantes. Los empleados tienen la obligación de hacer uso completo y correcto de cualquier medida de control, incluyendo PPE, dado por su empleador. Los principios mencionados abajo se enumeran como una jerarquía de prevención de infección y medidas de control a nivel de un hospital local. (Note que la lista no es exhaustiva pero

incluye los principios clave e ilustra un abordaje útil para prevenir y controlar el COVID-19).

#### Jerarquía de Medidas de Control

- Reconocimiento temprano/reporte de casos;
- Evaluación temprana/triage de los casos;
- Implementación de las medidas de control, incluyendo:
  - Mantener separación en el espacio y/o tiempo entre pacientes sospechosos o confirmados con COVID-19
  - Educación de personal, pacientes y visitantes sobre las precauciones estándar de control de infecciones y de las Precauciones Basadas en Transmisión.
  - Oportuna implementación de PBTs (Precauciones Basadas en Transmisión) para limitar la transmisión.
  - Restringir el acceso de visitantes enfermos a las instalaciones.
  - Instruir a los miembros del personal con síntomas de quedarse en casa y no regresar hasta que los síntomas se resuelvan.
  - Planear e implementar las estrategias para administrar la capacidad hospitalaria .

En preparación para implementar estas medidas de control, todas las organizaciones de cuidado de la salud deben emprender una planeación y probar la respuesta de preparación para las diferentes fases de una pandemia.

Esto incluye:

- Una evaluación de las capacidades actuales de sus instalaciones. Los servicios de salud no serán capaces de operar bajo el mismo esquema de siempre durante una pandemia de COVID-19. Se debe calcular su habilidad práctica para otorgar cuidados y para implementar medidas de control bajo la presión de un número excepcional de admisiones de pacientes y personal reducido debido a enfermedad; asegurándose que estén disponibles los planos más recientes de sus instalaciones y que estén accesibles por si se requiere hacer los cambios necesarios.

- Un cálculo de su fuerza de trabajo actual;
- Trabajar con un equipo multidisciplinario con líderes en las áreas de salud y cuidado social, ingenieros y personal clínico para planear una segregación de pacientes y/o servicios , la creación de cuartos de aislamiento adecuados; identificando las áreas potenciales que pudieran convertirse efectivamente con modificaciones mínimas;
- Definir requerimientos de ingeniería, administrativos y de personal que pudieran ser eficientemente implementados durante un evento de pandemia por COVID-19.

#### **4. Precauciones de Prevención y Control de Infecciones**

Se deben usar Precauciones Estándar de control de infecciones y Precauciones Basadas en Transmisión, al manejar pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19.

##### **4.1 Definición de Precauciones Estándar de Control de Infecciones**

Las precauciones estándar de control de infecciones son las medidas básicas de prevención y control de infecciones necesarias para reducir el riesgo de transmisión de agentes infecciosos tanto de fuentes reconocidas como no reconocidas. Estas fuentes incluyen sangre y otros fluidos corporales, secreciones y excreciones (excluyendo el sudor), piel o membranas mucosas no-intactas, y cualquier equipo u objetos en el ambiente de cuidados. Las PECEI deben ser utilizadas por todo el personal, en todas las instalaciones de cuidado, en todo momento, para todos los pacientes.

##### **4.2 Definición de Precauciones Basadas en Transmisión**

Las precauciones basadas en transmisión (PBT) se aplican cuando las PECEI por si solas son insuficientes para prevenir transmisión cruzada de un agente infeccioso. Las PBTs son precauciones adicionales de control de infecciones requeridas al cuidar a un paciente con un agente infeccioso conocido o sospechoso.

##### **4.3 Vías de transmisión**

- Precauciones de Contacto: Se usan para prevenir y controlar la transmisión de infección via contacto directo o indirecto del ambiente de cuidado inmediato (incluyendo equipo de cuidados). Esta es la ruta más común de transmisión de infección.
- Precauciones de Gota: Se usan para prevenir y controlar la transmisión de infección en distancias cortas, por medio de gotas (>5Mm) del tracto respiratorio de un individuo directamente a la superficie mucosa o conjuntiva de otro. Las gotas penetran el sistema respiratorio a nivel supra alveolar. La distancia máxima para la transmisión cruzada por gotas no se ha determinado definitivamente, aunque una distancia de aproximadamente un metro (3 pies) alrededor del individuo infectado se ha reportado con frecuencia en la literatura médica como área de riesgo. Se recomienda mínimo un metro con ochenta centímetros (1.8 mts)
- Precauciones aéreas: usadas para prevenir y controlar la transmisión de infección sin necesariamente tener contacto cercano, vía aerosoles (<5Mm) del tracto respiratorio de un individuo directamente a la superficie mucosa o conjuntiva de otro. Los aerosoles penetran el sistema respiratorio a nivel alveolar.

Interrumpir la transmisión de COVID-19 requiere de precauciones por gota así como por contacto; si un Procedimiento Generador de Aerosol (PGA) se lleva a cabo, entonces se requieren precauciones aéreas adicionales a las precauciones de contacto.

## **5. PEGI Precauciones Estándar de Control de Infecciones**

### **5.1 Colocación/evaluación del paciente para riesgo de infección**

Los pacientes deben ser inmediatamente valorados para determinar el riesgo de infección al llegar al area de cuidados y, si es posible, antes de aceptar a un paciente de otra área de cuidado. Los pacientes deben ser continuamente revisados a lo largo de su

estancia hospitalaria. En todas las instalaciones de salud, los pacientes con síntomas de COVID-19 deben ser segregados de los pacientes no-sintomáticos tan rápido como sea posible.

## **5.2 Higiene de las manos**

La higiene de las manos es esencial para reducir la transmisión de infección en las instalaciones de salud , es un elemento crítico de las PECIs. Todo personal, pacientes y visitantes deben descontaminar sus manos con SMBA ( sanitizante de manos basado en alcohol) al entrar y dejar las áreas donde se cuida a pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19.

La higiene de manos debe llevarse a cabo inmediatamente antes de cada episodio de contacto directo con pacientes y después de cualquier actividad o contacto que potencialmente resulte en que las manos se contaminen, incluyendo la extracción de equipo de protección personal (EPP), equipo de descontaminación y manejo de residuos:  
[https://www.who.int/gpsc/5may/Your\\_5\\_Moments\\_For\\_Hand\\_Hygiene\\_Poster.pdf](https://www.who.int/gpsc/5may/Your_5_Moments_For_Hand_Hygiene_Poster.pdf)

Antes de realizar la sanitización de manos:

- Exponer los antebrazos (descubrir hasta los codos);
- Eliminar toda joyería en las manos y muñecas ;
- Asegurarse de que las uñas estén limpias, cortas y eliminar todo tipo de uñas falsas o productos de uñas (esmaltes);
- Cubrir toda cortada o abrasión con una cinta impermeable.

Técnica para el lavado y frotado de manos

- La higiene de las manos incluye el uso de la SMBA para la higiene de manos rutinaria , lavado de manos con agua y jabón, incluyendo el secado, si las manos están visiblemente sucias o manchadas.

- La técnica para el lavado de manos debe llevarse a cabo a conciencia y por un periodo de tiempo suficiente para inactivar el virus, es decir, de 40 a 60 segundos. Ver Apéndice 1: La mejor práctica para lavar las manos
- El SMBA debe estar disponible para todo el personal tan cerca del punto de cuidados como sea posible, donde no sea práctico el personal debe traer dosificadores personales. La técnica para el uso del Sanitizante de Manos Basado en Alcohol para descontaminar las manos se debe llevar a cabo a conciencia y por un periodo de tiempo suficiente para inactivar el virus, es decir de 20 a 30 segundos. Ver apéndice 2.
- En donde no haya agua corriente o facilidades de higiene de manos, tal como en la casa del paciente, el personal debe usar toallas limpiadoras seguidas de SMBA y lavar sus manos en la primera oportunidad posible.

### **5.3 Higiene Respiratoria y de Tos- “atrápalo, tíralo, mávalo.”**

Se exhorta a los pacientes, el personal y los visitantes a minimizar una potencial transmisión de COVID-19 a través de buenas medidas de higiene respiratoria:

- Papel desechable de uso único debe usarse para cubrir la nariz y la boca al estornudar, toser o limpiar y sonarse la nariz. Los papeles usados deben ser tirados rápidamente en el contenedor de desechos más cercano.
- Los papeles así como contenedores de basura (previamente forrados de bolsa y operados con el pie) y las facilidades para la sanitización de manos debe estar disponible para pacientes, visitantes y personal.
- Las manos se deben limpiar (usando agua y jabón, de ser posible, de lo contrario usando SMBA) después de toser, estornudar, usar papel o después de cualquier contacto con secreciones respiratorias y objetos contaminados.
- Exhortar a los pacientes a mantener siempre las manos lejos de los ojos, la boca y la nariz.



- Algunos pacientes (como los ancianos y niños) podrán necesitar asistencia con la contención de las secreciones respiratorias; aquellos que están inmóviles necesitarán un contenedor (por ejemplo, una bolsa de plástico) a la mano para la inmediata eliminación de los papeles.
- En las áreas de espera común o durante el transporte, los pacientes sintomáticos deberán usar una mascarilla quirúrgica resistente a fluidos (tipo IIR), si la toleran, para minimizar la dispersión de las secreciones respiratorias y reducir la contaminación ambiental.

#### **5.4 Equipo de protección Personal (EPP)**

Antes de emprender cualquier procedimiento, el personal debe evaluar cualquier posible exposición y asegurarse de usar un EPP que provea de una protección adecuada contra los riesgos asociados con el procedimiento o la tarea a realizar. Todo personal debe ser entrenado en el uso correcto de todo el EPP que se les pedirá que usen.

Además:

- El personal que haya padecido y se haya recuperado de COVID-19 debe continuar utilizando las precauciones de control de infección, incluyendo la EPP recomendada en este documento.

Toda PPE debe ser:

- En conformidad con los Estándares Europeos adoptados en Reino Unido;
- Localizados cerca del punto de uso;
- Guardados para prevenir la contaminación en un lugar limpio/seco hasta que sean requeridos para usarse (se deben agregar fechas de caducidad);
- De uso único
- Cambiados inmediatamente después de cada paciente y/o después de terminar un procedimiento
- Eliminados después de su uso en el sistema adecuado de eliminación de basura, es decir en la basura de la clínica (que pudiera requerir eliminación en una bolsa

amarilla o anaranjada; se proveerá de guía local dependiendo en el impacto de la enfermedad.)

#### **5.4.1 Bata desechable**

Las batas desechables deben ser usadas para proteger el uniforme o ropa del personal de la contaminación al proveer de cuidado directo a los pacientes y durante una descontaminación de ambiente y equipo.

Se deben usar batas resistentes a fluidos cuando la bata desechable provea de una cubierta inadecuada al uniforme o ropa para el procedimiento que se va a realizar y cuando haya riesgo de salpicamiento extenso de sangre o cualquier otro fluido corporal, es decir, durante procedimientos generadores de aerosol (PGAs). Si se usan batas no resistentes a fluidos, se debe usar un delantal plástico desechable debajo.

Las batas y delantales desechables deben ser cambiados entre pacientes e inmediatamente después de completar un procedimiento.

#### **5.4.2 Guantes Desechables**

Los guantes desechables se deben usar al proveer de cuidado directo al paciente y cuando se anticipe exposición a sangre y/o otros fluidos corporales, incluyendo durante la descontaminación de equipamiento y ambiente. Los guantes deben ser cambiados inmediatamente después del episodio del cuidado o de la tarea completada.

#### **5.4.3 Protección Ocular/Visor para la cara**

Se debe usar protección ocular/ facial cuando haya riesgo de contaminación a los ojos por secreciones que salpiquen (incluyendo secreciones respiratorias), sangre, fluidos corporales o excreciones. Se debe hacer una evaluación de riesgo individual previo al momento del cuidado.

Se recomienda usar protección facial/ocular desechable de uso único.

La protección ocular/facial puede ser lograda con el uso de uno de los siguientes:

- Mascarilla quirúrgica con visor integrado
- Visor/careta de cara completa
- Lentes de seguridad de policarbonato o equivalentes.

Los lentes regulares de corrección no son considerados protección ocular adecuada. Ver Apéndice 3 para el orden correcto colocación y extracción del Equipo de Protección Personal (EPP).

## **5.5 Manejo Seguro de Lavandería**

No se requieren procedimientos especiales; las sábanas se categorizan como “usadas” o “infecciosas”. Todas las sábanas usadas en el cuidado directo de pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19 deben ser manejadas como “sábanas infecciosas”. Deben ser manejadas, transportadas y procesadas de una manera que evite la exposición con la piel y las membranas mucosas del personal, la contaminación de su ropa y del ambiente.

Se deben usar guantes desechables y un delantal al manejar sábanas infecciosas.

Todas las sábanas deben manejarse dentro del area del paciente. Un receptáculo de lavandería debería estar tan cerca como sea posible al punto de uso para depósito inmediato.

Al manejar sábanas NO:

- Enjuagar, sacudir o sortear las sábanas al quitarlas de la cama
- Colocar sábanas usadas/infecciosa en el piso o en cualquier otra superficie (por ejemplo mesas);
- Volver a sacar y manejar sábanas usadas/infecciosas una vez embolsadas.

- Sobrellenar receptáculos de sábanas;
- Colocar artículos inapropiados al receptáculo de lavandería, por ejemplo, equipo/ agujas.

Al manejar sábanas infecciosas:

- Coloque directamente en una bolsa (soluble en agua) y asegúrela;
- Coloque la bolsa soluble en agua dentro de una bolsa transparente de polietileno y asegúrela;
- Coloque la bolsa de polietileno en una bolsa de coloración apropiada según la política local.

Todos los receptáculos/bolsas de lavandería deben estar marcados, por ejemplo: área de cuidados y la fecha. Guardar todo material de lavandería usado/infectado en un área designada, segura, que se pueda cerrar con llave para aguardar a que la recojan. Los planes de preparación organizacional deben considerar el resguardo seguro del exceso de sábanas aguardando la recolección y considerar mantener suficientes sábanas limpias para el uso de los pacientes.

## **5.6 Uniforme/Ropa del Personal**

El uso apropiado del Equipo de Protección personal (EPP) protegerá el uniforme del personal de la contaminación en la mayoría de las circunstancias. Las instalaciones de atención de salud deben proveer áreas de cambiado donde el personal puede cambiarse a su uniforme al llegar al trabajo.

Las organizaciones pueden considerar el uso de (scrubs/uniforme medico) para el personal que normalmente no usa uniforme pero que probablemente entre en contacto cercano con los pacientes, por ejemplo el personal médico.

La lavandería del servicio de salud debe ser utilizada para lavar los uniformes del personal. Si no hay lavandería, los uniformes deben ser transportados a casa en una

bolsa desechable. Esta bolsa debe desecharse en el sistema de eliminación de basura de la casa.

Los uniformes deben lavarse:

- Por separado de cualquier otro artículo o sábana casera
- En una carga de no más de la mitad de la capacidad de la máquina
- A la temperatura máxima que la tela pueda soportar, después se debe planchar o secar en secadora a alta temperatura.

Es mejor practicar ponerse el uniforme al llegar al trabajo y quitárselo antes de salir y no usarlo al desplazarse a casa; esto se basa en la percepción pública más que en evidencia de riesgo. Esto no aplica a los trabajadores de salud comunitaria a quienes se les requiere que viajen entre pacientes con el mismo uniforme.

### **5.7 Manejo de sangre y derramamiento de fluidos corporales**

Derramamientos deben ser descontaminados de acuerdo a la política local. Ver Apéndice 3.

### **5.8 Manejo de desechos clínicos y no clínicos**

Volúmenes grandes de desecho pueden generarse por el uso frecuente del EPP; debe buscarse el consejo del equipo local de manejo de residuos para acordar cómo resolver esto.

Todo material debe ser desechado como desecho clínico.

El desecho derivado de un caso posible o confirmado debe ser eliminado como desecho de categoría B. El transporte del desecho Categoría B se describe en el Memorandum Técnico de Salud de cada país. El desecho de toda basura relacionada a casos posibles o confirmados debe ser clasificada como desecho clínico infeccioso y posiblemente candidato a tratamiento alternativo, a menos que tenga otras propiedades que requieran de incinerarlo.

## **6. Precauciones Basadas en Transmisión para la pandemia de COVID-19**

Además de las precauciones estándar de control de infección, se deben usar precauciones por gota para pacientes sospechosos o confirmados con COVID-19 en todas las instalaciones de salud.

- El virus de COVID-19 es expulsado conforme pequeñas gotas del tracto respiratorio de un individuo infectado (por ejemplo al toser o estornudar) viajan directamente a una superficie mucosa o conjuntiva de un individuo susceptible o superficies del ambiente.
- Las gotas viajan distancias cortas solamente a través del aire; una distancia de al menos 1 metro ha sido usada para establecer precauciones por gota. Sin embargo, esta distancia debe ser considerada como la mínima, más que como un absoluto;
- Las precauciones basadas en transmisión (PBT por gota) debe continuar hasta la resolución de la fiebre y síntomas respiratorios del paciente.

### **6.1 Duración de las Precauciones**

Los pacientes deben permanecer en grupos de aislamiento con PBT aplicadas hasta la resolución de la fiebre los síntomas respiratorios. La duración de las PBT podrían requerir modificación basada en la información que se vaya recopilando sobre COVID-19.

Los pacientes pueden ser dados de alta antes de la resolución de síntomas si se les considerara clínicamente aptos para ello y deben ser aconsejados de auto aislarse conforme a la guía de quedarse en casa.

La alta o traslado hacia instituciones de estancia de largo plazo se pueden discutir y acordar localmente.

La decisión de modificar la duración/cesión de los PBT debe tomarse por el equipo clínico que está a cargo del manejo de los pacientes; basándose en la condición de los pacientes y en acuerdo con el Equipo de Prevención y Control de Infecciones.

## **6.2 Segregación y Grupos**

### **6.2.1 Cuartos de aislamiento con presión negativa**

Los controles ambientales especiales, tales como los cuartos de aislamiento con presión negativa, no son necesarios para evitar la transmisión de COVID-19. Sin embargo, en las etapas iniciales, y en lugares de mayor riesgo, los pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19 pueden ser aislados en cuartos de presión negativa.

### **6.2.2 Habitaciones Individuales**

Cuando sea posible, los pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19 deben ser puestos en cuartos individuales. Durante una situación que escale, sin embargo, es probable que no haya facilidad de aislamiento/cuartos individuales. Donde los espacios de aislamiento sean escasos y el agrupamiento aún no se considere posible (como en pacientes esperando confirmación de laboratorio), se debe priorizar a los pacientes que tienen tos excesiva y producción de esputo para colocarles en aislamiento.

Las habitaciones individuales en áreas segregadas de COVID-19 deben, cuando sea posible, ser reservadas para los Procedimientos Generadores de Aerosoles (PGAs).

Las habitaciones individuales en áreas no COVID-19 deben ser reservadas para pacientes que requieran aislamiento por otras razones (por enfermedades que no asemejen influenza).

La priorización de pacientes no COVID-19 para el aislamiento debe decidirse localmente, basándose en la necesidad del paciente y los recursos locales.

### **6.2.3 Áreas de Agrupamiento**

Si no está disponible una habitación individual, se puede agrupar a los pacientes con infección respiratoria confirmada con otros pacientes confirmados con COVID-19. Asegúrese de que los pacientes estén físicamente separados en una distancia de al menos 1 metro. Use cortinas de privacidad entre las camas para minimizar las oportunidades de contacto cercano. Donde sea posible, un área designada de auto contención de las instalaciones debe ser utilizada para el tratamiento y cuidado de pacientes con COVID-19. Esta área debe:

- Incluir un área de recepción que esté separada del resto de las instalaciones y debería si se puede, tener una entrada/salida separada del edificio;
- no debe usarse como un espacio de tránsito para otros pacientes, visitantes o personal, incluyendo pacientes transferidos, personal que sale a tomar un descanso, o personal y visitantes que entren y salgan del hospital.
- estar separada de las áreas no-segregadas por puertas cerradas
- debe tener un letrero que advierta de la entrada al área segregada de control.

Los hospitales deben considerar crear áreas de agrupamiento que diferencian el nivel de cuidados requerido. También puede ser prudente considerar :

- La necesidad de agruparse en géneros o mixto
- Pacientes con padecimiento subyacente (inmunocomprometidos)
- Grupos de edad al agrupar niños
- Estatus de vacunas rutinarias de los niños agrupados.

### **6.2.4 Agrupamiento del Personal**

Se debe asignar un equipo de personal dedicado a los pacientes en aislamiento/ agrupamiento como una medida de control de infección adicional. Esto debe ser



implementado cuando haya suficientes niveles de personal disponibles (de modo que no se tenga un impacto negativo en el área de cuidados de pacientes no infectados.)

El personal que haya padecido y se haya recuperado de COVID-19 debe continuar siguiendo las precauciones de control de infecciones, incluyendo el EPP como se ha detallado en este documento. (Ver sección 7)

### **6.2.5 Visitantes a las áreas segregadas/de agrupamiento**

Los visitantes a todas las áreas serán restringidos a visitantes esenciales solamente, tal como los padres en áreas pediátricas o el cuidador principal del paciente. Se debe evaluar el riesgo local y se debe considerar el manejo práctico, asegurándose de ser una respuesta pragmática y proporcionada, incluyendo la consideración de si se requiere que los visitantes utilicen EPP o EPR (equipo de protección respiratoria).

Se deben suspender las visitas si se considera apropiado. Todos los visitantes que entren un área de segregación/agrupación deben ser instruidos sobre la higiene de las manos. No deben visitar ninguna otra área de cuidado.

Los letreros para apoyar las restricciones son críticos. Los visitantes con síntomas de COVID-19 no deben entrar a las instalaciones de salud. Visitantes que son sintomáticos deben ser aconsejados de irse y no se les debe permitir la entrada a áreas donde haya pacientes inmunocomprometidos.

## **6.3 Transferencia y transporte de pacientes**

### **6.3.1 Transferencias intrahospitalarias**

- el movimiento y transporte de pacientes de su área de aislamiento/agrupación deben ser limitados a propósitos esenciales solamente. El personal en el destino receptor debe ser informado que el paciente tiene o se sospecha de contagio por COVID-19.

- Si el transporte/movimiento es necesario, considerar ofrecer al paciente una mascarilla quirúrgica resistente a fluidos para ser usada durante el transporte, para minimizar la dispersión de gotas respiratorias cuando esto sea tolerado.
- Los pacientes deben ser llevados y traídos directamente de los departamentos clínicos y no deben esperar en áreas comunales. Si es posible, los pacientes deben ser puestos al final de las listas clínicas.

### **6.3.2 Traslado de cuidados primarios/entornos comunitarios:**

- Si se requiere del traslado de una unidad de cuidados primarios a un área clínica, el servicio de ambulancia debe ser informado sobre el estatus infeccioso del paciente.
- El personal del departamento de recepción del paciente debe ser notificado de antemano de cualquier traslado y se les debe informar que el paciente es sospechoso o confirmado COVID-19.

### **6.3.3 Traslados Interhospitalarios.**

El traslado de pacientes de una unidad de salud a la otra debe evitarse; el traslado puede ser llevado a cabo si es médicamente necesario por razones de cuidados especiales que surjan por complicaciones o eventos médicos concomitantes (por ejemplo, angioplastia cardíaca y diálisis renal). Si es esencial hacer el traslado, el servicio de ambulancia y hospital receptor deben ser notificados de antemano sobre el estado infeccioso del paciente.

### **6.4 Equipo de Protección Personal EPP**

El EPP para el cuidado de los pacientes con COVID-19 se resume en la tabla 1, ver Apéndice 3 para cómo poner y extraer el EPP.

Tabla 1. Precauciones Basadas en Transmisión (PBT): Equipo de Protección Personal (EPP) para cuidado de pacientes con COVID-19 pandémico.

	Entrada a área de agrupamiento (sólo si es necesario) sin contacto con el paciente	A un metro de distancia del paciente con COVID-19 posible/ confirmado	Unidades de Alto Riesgo donde se realizan Procedimientos Generadores de Aerosol (UCI)	Procedimientos Generadores de Aerosol (en cualquier lugar)
Guantes desechables	No	Si	Si	Si
bata de plástico desechable	No	Si	Si	No
Bata desechable	No	No	No	Si
Mascarilla Quirúrgica Resistente a Fluidos	Si	Si	No	No
Mascarilla de filtraje n95	No	No	Si	Si
Protección Ocular desechable	No	Evaluar riesgo	Si	Si

#### 6.4.1 Mascarillas quirúrgicas resistentes a Fluidos

Las mascarillas quirúrgicas resistentes a fluidos se usan para proteger al usuario de la transmisión de COVID-19 por medio de gotas respiratorias.

En todas las unidades de salud:

- Se debe usar una mascarilla quirúrgica cuando se trabaje en contacto cercano (dentro de un metro) de un paciente con síntomas de COVID-19. Esto provee una barrera física para minimizar la contaminación de la mucosa de la boca y la nariz.
- En un área donde han sido agrupados pacientes de COVID-19, podría ser más práctico para el personal usar una mascarilla quirúrgica en todo momento, no sólo cuando esté en contacto directo con el paciente. De manera similar en cuidados

primarios y alta de pacientes podría ser más práctico para el personal trabajando en un espacio segregado de pacientes con COVID-19, usar la Mascarilla quirúrgica durante el tiempo que están en el área de pacientes.

- Una mascarilla para COVID-19 debe:
  - Estar bien puesta en la nariz y boca
  - No debe permitirse colgar alrededor del cuello después o entre usos
  - Debe ser cambiada cuando se humedezca o se dañe
  - Debe ser removida afuera del cuarto del paciente o área de agrupamiento, al menos a un metro de distancia del paciente con posible/confirmado COVID-19
  - Debe usarse una vez y después descartado como desecho clínico (siempre se debe usar sanitizante de mano después de quitarnosla.)

Se debe considerar la provisión de una Mascarilla Quirúrgica Resistente a Fluidos a pacientes sospechosos/confirmados COVID-19 en el punto de evaluación/triage de cualquier unidad de salud si el paciente lo puede tolerar.

#### **6.4.2 Respiradores de Filtración individual (clase 3) (FFP3)**

Los respiradores individuales (clase 3) (FFP3) deben ser usados cuando haya un riesgo de transmisión aérea del COVID-19 durante Procedimientos Generadores de Aerosoles (PGAs) y en todo momento en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), Unidades de Terapia Intensiva y Unidades de Alta Dependencia donde estén agrupados los pacientes de COVID-19.

Todo tipo de Equipo de Protección Respiratoria ajustado (Respiradores tipo FFP3) deben:

- Ser desechables, de un solo uso, y resistentes a fluidos. Las FFP3s deben ser usadas con la protección ocular apropiada.
- Probada en todo el personal de salud que sea requerido de usar un respirador, para asegurar un sello adecuado de acuerdo a la guía de los proveedores;

- Debe ser compatible con otra protección facial, por ejemplo, protección ocular de modo que ésta no interfiera con el sello de la protección respiratoria. Los lentes de corrección regulares no son considerados protección ocular adecuada.
- Debe ser tirado o reemplazado si se dificulta la respiración, si el respirador está dañado o distorsionado, si el respirador se contamina evidentemente por secreciones respiratorias u otros fluidos corporales, or si no se puede mantener en su lugar de manera correcta en la cara.
- Debe ser usado una vez y después descartado como desecho clínico (siempre sanitizar las manos después de haberlo quitado).
- Si se usa una mascarilla/respirador que no es resistente a fluidos, se debe utilizar un visor/careta.

El respirador FFP3, aunque es de uso único, puede ser utilizado por tanto tiempo como sea cómodo, por ejemplo, la duración de la guardia o el tiempo de cuidado clínico.

Una vez que se ha separado el respirador de la cara debe ser descartado.

En la ausencia de una antesala, se debe extraer el respirador FFP3 en un área segura (por ejemplo, afuera del cuarto de aislamiento/agrupación).

Todos los otros EPP deben ser removidos en el área de cuidado al paciente.

Más información correspondiente a la talla correcta de los respiradores, puede ser encontrada en el sitio web Exclusivo de Salud y Seguridad. Ver Apéndice 6 para guía sobre pelo facial y el uso correcto del FFP3.

## **6.5 Procedimientos Generadores de Aerosol**

Los Aerosoles generados por procedimientos médicos son una vía de transmisión de COVID-19. Los siguientes procedimientos son considerados potencialmente PGA infeccioso:

- Intubación, extubación y procedimientos relacionados, por ejemplo ventilación manual y succión abierta del tracto respiratorio (incluyendo tracto respiratorio alto)
  - Traqueostomía (inserción/apertura, succión/extracción)
  - Broncoscopía y procedimientos de la vía respiratoria superior que involucren succión.
  - Endoscopía del tracto gastrointestinal superior, donde haya succión abierta de la vía respiratoria superior.
  - Cirugía y procedimientos post mortem que involucren aparatos de alta velocidad.
  - Algunos procedimientos dentales (por ejemplo, taladrar a alta velocidad)
  - Ventilación no invasiva, como BiPAP y CPAP
  - Ventilación Oscilatoria de Alta frecuencia
  - Inducción de Espujo
  - Alto flujo de Oxígeno nasal
- 
- Las compresiones de tórax y desfibrilación como parte de un procedimiento de resucitación no son consideradas PGAs; los paramédicos pueden comenzar compresiones torácicas y desfibrilación sin necesidad de EPP PGA mientras esperan el arribo de personal que se hará cargo de las maniobras aéreas. Al llegar el equipo, los paramédicos deben dejar la escena antes de que se realice cualquier tipo de procedimiento de vía aérea y regresar solamente si están usando el equipo apropiado de EPP.

Para pacientes con sospecha/confirmación de COVID-19 cualquiera de estos Procedimientos Generadores de Aerosoles potencialmente infecciosos solo deben hacerse cuando sean esenciales. Donde sea posible, estos procedimientos deben ser realizados en un cuarto solo con puertas cerradas. Solo aquellos del personal de salud que son necesarios para llevar a cabo el procedimiento deben estar presentes. Una bata desechable repelente a fluidos, guantes, protección ocular y un respirador FFP3 deben ser utilizados por todos los que se encuentren en la habitación y los que realicen el procedimiento.

Algunos otros procedimientos/equipo puede generar aerosol de material además de secreciones de pacientes pero no se consideran de riesgo significativo para infección. Los procedimientos en esta categoría incluyen:

- La administración del oxígeno humedecido
- La administración de medicamento vía nebulización.

Nota: durante la nebulización, el aerosol se deriva de una fuente que no es el paciente (el fluido en la cámara del nebulizador) y no lleva partículas virales derivadas del paciente. Si una partícula en el aerosol se junta con la membrana mucosa contaminada, dejará de estar en el aire y por lo tanto no será parte de un aerosol. El personal debe usar la higiene de manos apropiada al ayudar a pacientes a remover los nebulizadores y máscaras de oxígeno.

## **6.6 Manejo del equipo y cuidado del ambiente**

La descontaminación del equipo y el cuidado del ambiente deben realizarse usando:

- Una combinación de solución detergente/desinfectante en dilución de mil partes por millón de cloro;
- Un detergente neutral de propósito general en una solución de agua tibia seguida de una solución desinfectante de mil ppm de cloro.

Se deben utilizar solamente detergentes y productos desinfectantes que sean recomendados/administrados por los empleadores. Los productos deben ser preparados y utilizados de acuerdo a las instrucciones de manufactura y se deben seguir los tiempos de “contacto”. Si se han de usar agentes de limpieza alternativos, debe solamente hacerse bajo el consejo y en conformidad con el estándar oficial para la activación viricida.

### **6.6.1 Equipo - Gestión y entorno**

El equipo del cuidado a pacientes debe ser compuesto de artículos de uso único, de ser posible. El equipo reutilizable (comunal) no invasivo debe en la medida de lo posible ser adjudicado al individuo o agrupación de pacientes.

El equipo comunal no invasivo debe ser descontaminado:

- Entre cada paciente y después de ser usado
- Después de contaminación por sangre y fluidos corporales
- En intervalos regulares como parte de la limpieza del equipo

Una frecuencia incrementada de descontaminación también debe considerarse para el equipo reutilizable de cuidado no invasivo cuando sea usado en áreas de aislamiento y agrupación.

Los ventiladores deben protegerse con un filtro de alta eficiencia, y se debe usar un sistema de succión cerrado.

Consulte el Apéndice 4 para obtener orientación sobre la descontaminación de rutina del equipo reutilizable no invasivo para el cuidado del paciente.

Evite el uso de ventiladores que recirculan el aire.

No es necesario usar platos o cubiertos desechables. La vajilla y los cubiertos se pueden lavar a mano o en un lavavajillas con detergente doméstico y agua caliente después de su uso.

### **6.6.2 Medio ambiente**

Las salas de aislamiento de pacientes, las áreas de agrupamiento y las salas clínicas deben descontaminarse al menos diariamente. Las salas clínicas también deben descontaminarse después de las sesiones clínicas para pacientes con sospecha o de conocimiento de COVID-19 pandémico. Además, las salas de aislamiento de pacientes deben limpiarse :

- Después de la resolución de los síntomas, el alta o la transferencia (esto incluye la extracción y el lavado de todas las cortinas y pantallas de cama);
- Una vez desocupado por el personal después de un AGP. La eliminación de partículas infecciosas después de un AGP depende de la ventilación mecánica / natural y del



cambio de aire por hora (ACH) dentro de la habitación. Se estima que un solo cambio de aire elimina el 63% de los contaminantes en el aire; Después de 5 cambios de aire, se cree que queda menos del 1% de la contaminación del aire. En una sala de aislamiento con 10-12 ACH, un mínimo de 20 minutos se considera pragmático; en una habitación lateral con 6 ACH esto sería aproximadamente 1 hora. Se debe buscar asesoramiento del Equipo local de Prevención y Control de Infecciones (IPCT).

Se debe incorporar una mayor frecuencia de descontaminación al medio ambiente.

COVID-19: Orientación para la prevención y el control de infecciones en entornos sanitarios. Versión 1.1, 27/03/20

Establecer horarios fijos de descontaminación para áreas donde puede haber tasas de contaminación ambiental más altas.

- baños / cómodas, especialmente si los pacientes tienen diarrea;
- las superficies "tocadas con frecuencia", como equipos médicos, manijas de puertas / sanitarios y tapas de casilleros, campanas de llamada de pacientes, sobre mesas de cama y barandas de cama, deben limpiarse al menos dos veces al día y cuando se sepa que están contaminadas con secreciones, excreciones o fluidos corporales.

El personal doméstico / de limpieza que realiza la descontaminación ambiental debe:

- ser asignado a áreas específicas y no moverse entre las áreas de atención COVID-19 y no COVID-19;
- recibir capacitación sobre qué equipo de protección personal (EPP) usar y los métodos correctos para usar, quitar y desechar el EPP. Las áreas de atención y cuidado deben mantenerse limpias y sin desorden. Todos los artículos no esenciales, incluidos juguetes, libros y revistas, deben retirarse de las áreas de recepción y espera, salas de consulta y tratamiento, departamentos de emergencia, salas de día y salones. Cuando estén disponibles, estos elementos no deben compartirse. Todos los juguetes deben poder limpiarse y deben limpiarse regularmente (preferiblemente al mismo tiempo que el medio ambiente).

## **6.7 Manejo de cadáveres**

Los principios de las Precauciones estándar de control de infecciones (SICP) y las Precauciones basadas en la transmisión (TBP) continúan vigentes mientras las personas fallecidas permanecen en el entorno de atención. Esto se debe al riesgo continuo de transmisión infecciosa por contacto, aunque el riesgo suele ser menor que para los pacientes vivos. Cuando se sabe o se sospecha que el fallecido ha sido infectado con COVID-19, se requiere una bolsa para cadáveres, de ser posible se permite la visualización, las preparaciones higiénicas, la autopsia y el embalsamamiento.

Tras una evaluación de riesgos de las posibles vías de riesgo post-mortem, PHE ha desarrollado este consejo en línea con los principios establecidos en la guía de HSE para el riesgo de transmisión de gotas como se establece en: 'Manejo de riesgos de infección cuando se maneja al fallecido: guía para la morgue , sala de autopsias y locales funerarios, y durante la exhumación '.

## **7. Salud laboral y despliegue de personal**

El reconocimiento rápido de los casos de COVID-19 entre el personal de salud es esencial para limitar la propagación. El personal de atención médica con enfermedades similares a la influenza no debe venir a trabajar. Como principio general, el personal de atención médica que brinda atención en áreas para pacientes sospechosos / confirmados no debe atender a otros pacientes, aunque pueden ser necesarias las excepciones.

Se requiere una evaluación de riesgos para el personal de salud y asistencia social con alto riesgo de complicaciones por COVID-19, incluido el personal cursando embarazo.

Los empleadores deberían:

- Discutir con las empleadas que están en riesgo o que están embarazadas la necesidad de desplegarse fuera de las áreas utilizadas para el cuidado de aquellos que tienen, o se sospecha clínicamente que tienen, COVID-19;
- Asegúrese de que haya asesoramiento disponible para todo el personal de atención médica, incluido el asesoramiento específico para aquellos en riesgo de complicaciones.

El personal de bancos, agencias y suplentes debe seguir los mismos consejos de despliegue que el personal permanente.

Como parte del deber de cuidado de su empleador, los proveedores tienen un papel que desempeñar para garantizar que exista un programa de prueba de ajuste para aquellos que necesiten usar un respirador con filtro facial (clase 3) (FFP3). En caso de incumplimiento de los procedimientos de control de infecciones, un respirador FFP3 usado incorrectamente durante un procedimiento de generación de aerosol es potencialmente infeccioso (AGP), el personal y su equipamiento debe ser revisado por el encargado de la salud laboral.

Los departamentos de salud laboral deben liderar la implementación de sistemas para monitorear las enfermedades y ausencias del personal.

Siempre que sea posible, el personal que haya confirmado casos con COVID-19 (al principio de las etapas del brote sería a través de la confirmación de la virología, a partir de entonces, es probable que esto sea según la definición del caso) debe trabajar en las áreas de cohorte para atender a los pacientes sospechosos y/o confirmados COVID-19. Dicho personal debe seguir las precauciones de control de infecciones, incluido el equipo de protección personal (EPP).

## **8. Configuraciones específicas**

La siguiente guía se brinda para ayudar a entornos de atención específicos a implementar los principios de las precauciones estándar de control de infecciones (SICP) y las precauciones basadas en la transmisión (TBP) descritas en este documento, que se aplican en todos los entornos de atención.

### **8.1 Configuración de cuidados en el hogar.**

En la mayoría de los casos, se puede lograr el aislamiento dentro de un hogar. La atención de una persona con infección conocida y/o sospechosa se hace en la habitación de las personas. Los pacientes deben permanecer en su habitación mientras se consideran infecciosos (como se describió anteriormente) y la puerta debe permanecer cerrada (si no puede aislar al individuo, esto debe documentarse).

### **8.2 Atención primaria**

En entornos de atención primaria (por ejemplo, prácticas de médicos generales), los pacientes sospechosos de COVID-19 deben separarse en el lugar o en el tiempo de otros pacientes, esto puede lograrse mediante:

- Crear un área separada dentro de la instalación para el cuidado de pacientes sospechosos, incluyendo áreas separadas de espera y recepción si es posible. El área debe estar separada de las áreas no segregadas por puertas cerradas. Para controlar la entrada, se debe mostrar señalización de advertencia del área segregada.
- Alternativamente, los pacientes sospechosos deben ser vistos en un momento diferente al de otros pacientes, con desinfección de áreas compartidas entre diferentes clínicas.
- Las consultas de atención por médicos generales pueden hacer los arreglos para distinguir entre las clínicas COVID-19 y no COVID-19. (Las clínicas no esenciales se pueden necesitar pero necesitan ser habilitadas para esto).
- El personal de atención primaria debe, siempre que sea posible, asignarse a COVID-19 u otros pacientes.

### **8.3 Configuraciones ambulatorias**

Para pacientes que desarrollan síntomas y tienen afecciones de salud a largo plazo que requieren asistencia para entornos ambulatorios, las opciones incluyen:

- aplazar el procedimiento y reprogramar la próxima cita;
- transferir al paciente a un hospital designado con instalaciones de aislamiento o cohorte;
- Introducción de barreras físicas como pantallas en unidades especiales para separar a los pacientes con síntomas de COVID-19.

### **8.4 Cirugías dentales**

Los pacientes con síntomas de COVID-19 no deben ser vistos para recibir atención dental de rutina. Si se sospecha de una emergencia dental, como hemorragia grave o dificultad para respirar, el paciente debe verse en un entorno hospitalario.

Si se requiere atención dental de emergencia, el personal de asistencia debe mantenerse al mínimo y debe usar el equipo de protección personal (EPP) adecuado, especialmente si esto implica una perforación de alta velocidad.

## **8.5 Visitas al hogar**

Las visitas domiciliarias deben continuar todo el tiempo que sea necesario para los pacientes sin COVID-19. Si es necesario suspender algunas visitas domiciliarias, se deben establecer arreglos alternativos para mantener el contacto (por ejemplo, enlace telefónico). El personal de salud y asistencia social que realiza visitas esenciales no diferibles (por ejemplo, protección infantil) a hogares con COVID-19 ya sea sospechoso y/o confirmado, debe seguir las precauciones de control de infección en este documento.

## **8.6 Ambulancias**

En ambulancias, la segregación de pacientes se puede lograr mediante:

- designar una (s) ambulancia (s) para el traslado exclusivo de pacientes con COVID-19 sospechoso y/o confirmado durante la duración de cada turno;
- transportar pacientes con tos y estornudos solos siempre que sea posible. Sin embargo, si se produce presión sobre el servicio, dos pacientes con síntomas de COVID-19 pueden transferirse juntos y deben usar una máscara quirúrgica (FRSM) resistente a los líquidos (Tipo IIR).
- Dependiendo de la etapa de la pandemia y una evaluación del riesgo, el personal de la ambulancia puede estar obligado a usar equipo de protección respiratoria (RPE). Esto se determinará localmente.

## **8.7 Servicios de urgencias y unidades de evaluación aguda**

Los departamentos de emergencias y las unidades de evaluación aguda pueden verse abrumados con pacientes que buscan atención durante el pico de una pandemia. Se requerirán enfoques alternativos para el triaje y la evaluación inicial para:

- examinar e identificar rápidamente a aquellos que tienen síntomas de COVID-19 a su llegada;
- separar a los pacientes sintomáticos de los demás para reducir el riesgo de transmisión;
- determinar lo antes posible el tipo de atención que requerirán los pacientes (es decir, ver y dar de alta o ingresar para recibir tratamiento).

### **8.7.1 Cribado y triaje**

La señalización debe mostrarse antes y al ingresar a las unidades de evaluación, indicando a los pacientes con síntomas que informen al personal de recepción inmediatamente a su llegada.

El triaje debe estar basado en la recepción para gestionar el flujo de pacientes, incluido el aplazamiento de pacientes que no requieren atención de emergencia.

### **8.7.2 Área de recepción**

Los pacientes con síntomas de COVID-19 deben ser evaluados de inmediato en un área de espera y evaluación segregada. Se debe indicar a los pacientes que permanezcan en esta área de espera y que no visiten otros departamentos o partes del hospital, las áreas públicas como la cafetería deben ser cerradas. La señalización y las barreras físicas deben usarse según corresponda.

Si no se pueden establecer áreas separadas para pacientes con síntomas de COVID-19, se debe establecer un área / sitio alternativo para aquellos con mayor riesgo de complicaciones de COVID-19 y que no tienen síntomas respiratorios (por ejemplo, pacientes que se presentan para diálisis, pacientes con una historia de trasplante de células sanguíneas u órganos, quimioterapia o inmunocomprometidos por otros motivos). Los pacientes que no tienen síntomas de COVID-19 pero requieren una evaluación inmediata de la atención aguda deben ser evaluados en un área específica de espera y examen, físicamente separados del área de espera y evaluación de COVID-19.

### **8.7.3 Cuidado crítico**

- todos los equipos respiratorios deben protegerse con un filtro de alta eficiencia. Este filtro debe desecharse después de su uso.
- Se debe utilizar equipo respiratorio desechable siempre que sea posible. El equipo reutilizable debe, como mínimo, descontaminarse de acuerdo con las instrucciones del fabricante.
- se debe utilizar un sistema de aspiración cerrado

- los circuitos del ventilador no deben romperse a menos que sea necesario
- los ventiladores deben colocarse en modo de espera al realizar el ensacado

#### **8.7.4 Quirofanos (donde estos continúan siendo utilizados para cirugía)**

Se recomienda que la ventilación tanto en el flujo laminar como en los quirofanos con ventilación convencional permanezca completamente encendida durante los procedimientos quirúrgicos en los que los pacientes pueden tener infección por COVID-19. El aire puede pasar por alto la filtración si un respirador no se ajusta perfectamente o se desplaza durante el uso. Los más cercanos a los procedimientos de generación de aerosoles tienen mayor riesgo. La rápida dilución de estos aerosoles mediante la ventilación del quirófano protegerá al personal del quirófano. El aire que pasa de los quirófanos a las áreas adyacentes se diluirá mucho y no se considera un riesgo.

- los quirofanos deben ser informados con anticipación de la transferencia de un paciente de un caso COVID-19 positivo confirmado o posible
- el paciente debe ser transportado directamente al quirófano y debe usar una máscara quirúrgica si se puede tolerar
- el paciente debe ser anestesiado y recuperado en el quirófano. El personal debe usar ropa protectora (ver tabla 1) pero solo aquellos dentro de 2 m de un procedimiento de generación de aerosol. Para realizar la intubación, es necesario usar respiradores FFP3, batas de manga larga, guantes y protección para los ojos. Las consideraciones sobre el uso de equipo respiratorio / anestésico se abordan en la sección de cuidados críticos anterior
- los instrumentos y dispositivos deben descontaminarse de la manera normal de acuerdo con los consejos del fabricante
- tanto el mango del bisturi como la hoja deben ser de un solo uso o reprocesados en el Departamento de suministros estériles. Las hojas de video laringoscopia deben ser de un solo uso y el alcance / mango deben estar descontaminados según las instrucciones de fabricación.
- el quirófano debe limpiarse según la política local para casos infectados, prestando especial atención a los puntos de contacto manual en la máquina de anestesia

- los casos posibles o confirmados de COVID-19 deben colocarse al final de la lista cuando sea posible

## Apéndice 1

### Poner y quitar el PPE

Usa prácticas de trabajo adecuados para protegerte y no esparcir más virus.

- Mantén las manos lejos de la boca y cara cuando te pongas el equipo (PPE)
- Cámbiate los guantes cuando se rompen o están muy contaminados.
- Limita superficies que han tocado los pacientes.
- Lávate las manos a menudo.
- Lávate las manos siempre que te quites los guantes.

Los lentes y las mascarillas NB no son recomendados para revisiones rutinarias. Considera que su uso bajo precauciones de control de infección estándar o si hay otros tipos de transmisión.

El tipo de equipo personal (PPE) varía dependiendo de la exposición anticipada, y no todas las piezas del PPE serán necesarios.

#### Ponerse el PPE:

- Lavarse las manos antes de empezar
  1. Babero
  2. Bata
  3. Mascarilla o cubre boca
  4. Protección de ojos



## 5. Guantes

- quitarse o remover el PPE
  1. Guantes
  2. Bata o babero
  3. Protección de ojos
  4. Mascarilla quirúrgica

- Lavarse las manos inmediatamente después de quitar los guantes.
- Todo el equipo PPE protector personal debe ser removido en las áreas designada para residuos sanitarios.

## Apéndice 2

### Rutina de material reusable y descontaminación de equipo para cuidado del paciente.

Rutina de descontaminación de equipos reusables no invasivo.

- Checar las instrucciones para el aseo de los equipos especiales electrónicos.
- Tirar el PPE equipo protector personal, guantes y babero que sea desechable, en caso de no contar con mas material descontaminarlo según el material del que este hecho.
- Si la máquina tiene sangre contaminada: Inmediatamente descontaminar con un paño desechable rollo de papel y solución o detergente enjuagar y poner desinfectante (cloro con 10'000 unidades por millón) enjuagar y secar.
- Si el equipo está contaminado con orina, vómito, heces o ha sido usado por pacientes sospechosos de infección, se puede usar detergente con cloro combinados con concentración de 10,000 unidades por millón, enjuaga y seca. Si el aparato es resistente a esta solución, si no, es necesario preguntar al productor como desinfectar.
- Descontaminar el equipo medico con un paño de papel desechable o toalla húmeda, enjuagar y secar. Algunos objetos que sean reusables es recomendable desinfectarlos con alcohol 70% isopropyl por ejemplo: estetoscopio.
- Si el equipo fue contaminado inmediatamente descontaminar con un paño con solución o detergente, enjuagar y secar enseguida con un desinfectante, puede ser cloro de 10,000 unidades por millón, o usa una combinación de detergente y cloro de 10,000 unidades por millón, enjuagar y secar.
- Si el aparato no resiste llamar al productor para saber cómo desinfectar según las

recomendaciones para usar la solución adecuada para todos los aparatos electrónicos.

- Limpia la pieza del equipo de arriba o de enmedio hacia afuera.
- Deposita el paño o rollo desechable usado al bote de residuos clínicos.
- Regresa a su lugar correcto o adecuado el detergente o solución.
- Limpie y seque, además acomode el equipo de uso frecuente reusable en su sitio correcto.
- Deposite y renueve el equipo personal protector PPE
- Lavarse las manos.

### **Apéndice 3**

#### **Mejores prácticas sobre la limpieza de los derrames de sangre y fluidos del cuerpo.**

Vestir la protección apropiada PPE, guantes y babero.

Cuando el derrame es en superficies blandas o tapetes:

Derramamiento que contenga solamente orina, vómito o heces : No usar cloro cuando se trata de orina directamente, usar un rollo de papel desechable para absorber fluidos, puede usar un agente gelatinizador como pañal. Descontaminar las áreas con agente cloro de 10,000 unidades por millón o un detergente con cloro, seguir las instrucciones del productor al momento del contacto.

Cuando se derramó sangre y fluidos: Aplicar cloro liberando gránulos directamente en el derrame. Si no hay gránulos, poner una toalla o paño desechable de papel sobre el derrame para que se absorba y poner la solución que contenga cloro de 10'000, unidades por millón, seguir las instrucciones del productor de manufactura. Dejar 3 minutos y depositar todo esto en el bote de residuos contaminados.

Todo el sistema de salud debe tratar de usar los gránulos o paños y rollo desechable para derramamientos.

- Lavar el área con papel de rollo desechable y la solución o detergente y agua tibia.
- Secar el área y dejar al aire para que se siga secando.
- Depositar el rollo de papel utilizado y sucio en el cesto de residuos.
- Lavarse las manos.

## Caja 1

Líquido cefalorraquídeo

Líquido peritoneal

Líquido Pleural

Líquido Amniótico

Semen

Secreciones vaginales

Leche materna

Cualquier líquido con sangre visible

Excluyendo orina

Discutir y considerar

- Si el mueble fue contaminado exageradamente puede desecharlo.
- Si el mueble soporta la limpieza con cloro, seguir las instrucciones del productor y limpiar el derramamiento.
- Si se puede limpiar con detergente seguir las instrucciones.
- Si no se puede limpiar con detergente entonces desechar.

## Apéndice 4

### Glosario

**Procedimientos de generadores de aerosol:** cierto tipo de procedimientos de pacientes en los que pueden haber transporte de partículas por aire que pueden crear riesgo de transmisión de infecciones que usualmente se contagian por medio de gotas.

**Transmisión por aire transportadores:** El contagio de una persona a otra por medio de aire transportador (aerosoles) que contiene agentes infecciosos.

**Aire transportadores:** Partículas pequeñas que contienen agentes infecciosos, pueden quedarse en el aire por mucho tiempo y pueden ser acarreados por el aire por distancias largas. Los aire transportadores pueden ser liberados cuando alguien estornuda o tose y durante procedimientos de aerosol, los núcleos de gotas se forman en aerosol por la evaporación de núcleos de gotas de mayor tamaño. Aerosol que es formado por partículas de gotas se comporta

como otro aerosol contaminado.

**Precauciones para los aire transportadores:** Las medidas de prevención y control de infecciones para no propagar la infección sin que fuera necesario tener cerca al paciente por vía aerosol, menor que 0 y mayor que 5 del tracto respiratorio o directo de un individuo del área mucosa o el conjunto con otro individuo. El aerosol puede penetrar a otro individuo por el área arriba del nivel alveolar.

**Área de agrupaciones:** lugar o habitación donde se encuentran 2 o más pacientes confirmados de infección.

**Precauciones de contacto:** Medidas de prevención de control para que no se propague la infección directamente de un paciente infectado inmediatamente o indirectamente por medio del equipo, o contacto con superficies infectadas. Que esta es la ruta más común de transmisión de la infección.

**Transmisión por contacto:** Es la más común ruta de propagación, existen dos tipos directo e indirecto: directo ocurre cuando los microorganismos se transmiten de un individuo a otro, indirecto la transmisión ocurre cuando el microorganismo es transmitido involucrando objetos o más individuos infectados.

**COVID-19** es una infección respiratoria causada por coronavirus, fue descubierta en China públicamente en diciembre de 2019 y se extendió por todo el mundo.

**Precauciones de la sección por gotas:** Las medidas para prevenir el control de infecciones a corta distancia ( por lo menos un metro) por medio del tracto respiratorio y de la zona de mucosa de la cara, las gotas pueden penetrar por el sistema respiratorio arriba de la zona alveolar.

**Transmisión por gota:** Se propaga la infección de una persona a otra por gotas que contienen agentes infecciosos.

**Protección de ojos y cara:** se utiliza cuando hay riesgo de salpicadura de secreción (incluidas secreciones respiratorias). La protección de ojo y cara se puede lograr con utilizar uno de los siguiente: una mascarilla quirúrgica con visor integrado; o una pantalla de cara completa; o gafas de seguridad policarbonados o equivalentes.

**FFP3:** equipos de protección para nariz y boca designada para proteger de no ingerir sustancias, Incluyendo partículas en el aire. Existen mascarillos tipo FFP1 - FFP2 -FFP3. FFP3 provee el más alto nivel de protección y es el más recomendado para usarse.

**Fluidos resistentes (tipo IIR ) cubreboca quirúrgico (FRSM):** Mascarilla o cubre boca, resistente a fluidos de la nariz y boca , sirve para proteger las membranas mucosas de gotas infectadas y salpicadas también se puede usar en pacientes. Cuando el propósito es el control de infecciones una mascarilla puede detener los residuos.

**Resistencia de fluidos:** Los términos quieren decir qué hay una tela que resiste fluidos y se usan como repelente de fluidos y si ese es el caso se especifica en el equipo.

**Superficies muy utilizadas y tocadas:** Superficies del ambiente que comúnmente se tocan o entran en contacto con manos humanas.

**Enfermedades de Alta Consecuencia Infecciosa:** Se definen como enfermedades que cumplen con el siguiente criterio: Enfermedad aguda infecciosa; típicamente tiene una probabilidad de fatalidad alta; puede que no exista un tratamiento o profilaxis efectivo; A menudo difícil de reconocer o detectar rápidamente; tiene la capacidad de extenderse en la comunidad y sistemas sanitarios de salud; requiere una respuesta individual de la población y los sistemas para asegurar que se maneja de forma efectiva, eficiente y segura.

**Cuidados de salud residuos clínicos:** residuos son los resultados del cuidado de salud como batas sucias y objetos punzantes.

**Unidades de alto riesgo:** Unidades de cuidados intensivos, unidades de terapia intensiva y unidades de alta dependencia.

**Período de incubación:** El período entre la infección de un individuo por un patógeno y la manifestación de la enfermedad o enfermedad que causa.

**Inducción de esputo:** La inducción de esputo generalmente implica la administración de solución salina nebulizada para humedecer y aflojar las secreciones respiratorias (esto puede ir acompañado de fisioterapia torácica (percusión y vibración)) para inducir una tos fuerte.

**Ropa de cama infeccioso:** Ropa de cama que ha sido utilizada por un paciente que se sabe o se sospecha que es infeccioso y / o ropa de cama que está contaminada con sangre u otros fluidos corporales.

**Condición de salud a largo plazo:**

Definido como:

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bronquitis, enfisema o asma.
- Enfermedad del corazón
- Enfermedad del riñón
- Enfermedad del hígado
- Accidente cerebrovascular o un ataque isquémico transitorio (AIT)
- Diabetes
- Disminución de la inmunidad como resultado de una enfermedad o tratamiento médico, como medicación con esteroides o tratamiento contra el cáncer.
- Condición neurológica, como la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de las neuronas motoras, la esclerosis múltiple (EM), la parálisis cerebral o una discapacidad del aprendizaje.
- Problema con el bazo, incluida la enfermedad de células falciformes, o se le extirpó el bazo.
- Un IMC de 40 o más (obeso).

**Sala de aislamiento de presión negativa:** Una habitación que mantiene una presión negativa permanente, es decir, el flujo de aire es del espacio adyacente exterior (por ejemplo, el corredor) hacia la habitación y luego se expulsa al exterior.

**Virus nuevos y emergentes (según el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades) (CDC) :** Se define las enfermedades infecciosas emergentes como:

- Nuevas infecciones como consecuencia de cambios o evolución de organismos existentes.
- Infecciones conocidas que se propagan a nuevas áreas geográficas o poblaciones.
- Infecciones previamente no reconocidas que aparecen en áreas sometidas a transformación ecológica.
- Infecciones antiguas que resurgen como resultado de la resistencia a los antibióticos en agentes conocidos.

**Equipo de protección personal :**Equipo que usa una persona para protegerse (PPE) de riesgos para su salud o seguridad, incluida la exposición a agentes infecciosos. El nivel de PPE requerido depende de: el agente infeccioso sospechoso / conocido; la severidad de la enfermedad; ruta de transmisión del agente infeccioso; y el procedimiento / tarea que se realiza.

**Gotitas respiratorias:** Una gotita pequeña, como una partícula de humedad liberado de la boca al toser, estornudar o hablar.

**Síntomas respiratorios:** Los "síntomas respiratorios" incluyen rinorrea (nariz que moquea); dolor de garganta tos; dificultad para respirar o falta de aliento.

**Segregación:** Separación física o aislamiento de otras personas.

**SARS-CoV:** Síndrome Respiratorio Agudo y Grave Coronavirus,  
El virus responsable del brote de 2003 de la enfermedad del coronavirus humano.

**SARS-CoV-2:** Síndrome Respiratorio Agudo y Grave Coronavirus severo 2,  
El virus responsable del brote de 2019 de la enfermedad COVID-19.

**Precauciones estándar de control de infecciones (SICPs):** Son las medidas básicas de prevención y control de infecciones necesarias para reducir el riesgo de transmisión de un agente infeccioso de fuentes reconocidas y no reconocidas de infección.

**Habitación individual:** Una habitación con espacio para un solo paciente que normalmente contiene como mínimo una cama, un armario, y un lavabo de lavado de manos clínico.

**Agrupación del personal:** Cuando el personal atiende a un grupo específico de pacientes y no se mueve entre los diferentes grupos de pacientes. Las agrupaciones de pacientes pueden incluir, por ejemplo, grupos de pacientes 'sintomáticos', 'asintomáticos y expuestos' o 'asintomáticos y no expuestos'.

**Precauciones basadas en la transmisión:** Precauciones adicionales que se utilizarán además de SICPs cuando atiende a pacientes con una infección o colonización conocida o sospechada.

## **Bibliografía**

1. Health Protection Scotland. Rapid Review: Infection Prevention and Control Guidelines for the Management of COVID-19. Health Protection Scotland, 2020.
2. Offeddu V, Yung CF, Low MSF, et al. Effectiveness of Masks and Respirators Against Respiratory Infections in Healthcare Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Infect Dis* 2017; 65: 1934-1942. 2017/11/16. DOI: 10.1093/cid/cix681.
3. World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Commission on Coronavirus disease 2019. 2020. World Health Organization.
4. Chan JF, Yuan S, Kok KH, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet* 2020; 395: 514-523. 2020/01/28. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30154-9.
5. Department of Health. Health Technical Memorandum 03-01: Specialised ventilation for healthcare premises. Part A - Design and installation. In: Estates and Facilities Division, (ed.). London: The Stationery Office, 2007.
6. World Health Organisation. Infection prevention and control of epidemic- and pandemic- prone acute respiratory infections in health care. WHO guidelines. [https://www.who.int/csr/bioriskreduction/infection\\_control/publication/en/](https://www.who.int/csr/bioriskreduction/infection_control/publication/en/) (2014).
7. Coia J, Ritchie L, Adisesh A, et al. Guidance on the use of respiratory and facial protection equipment. 2013; 85: 170-182.
8. Subhash SS, Baracco G, Miller SL, et al. Estimation of Needed Isolation Capacity for an Airborne Influenza Pandemic. *Health Security* 2016; 14: 258-263.
9. Siegel JD RE, Jackson M, Chiarello L. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007.: Centres for Disease Control and Prevention, 2007.
10. Health Protection Scotland. SBAR: Portable cooling fans (bladed and bladeless) for use in clinical areas. 2018.