Protocolo de abordaje COVID–19 - Provincia de Córdoba

Nuevas recomendaciones provisorias para el equipo de salud

Actualización 12/06/2020

Introducción

Los coronavirus son virus ARN pertenecientes a la familia Coronaviridae, que afectan a humanos y animales. Aunque en humanos las infecciones por coronavirus son leves (resfrío común), las epidemias de otros coronavirus como el Síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) y Coronavirus del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV), causó, en el pasado, más de 10.000 casos acumulativos, con tasas de mortalidad del 10% para el SARS-CoV y 37% para MERS-CoV.

En diciembre de 2019, una serie de casos de neumonía de causa desconocida surgió en Wuhan, Hubei, China, con presentaciones clínicas muy parecidas a las neumonías virales, desde donde se identificó en muestras del tracto respiratorio un nuevo coronavirus. El virus se ha denominado "SARS-CoV-2" y la enfermedad que causa "Enfermedad por Coronavirus 2019" (abreviado "COVID-19").

Hasta el 11 de junio, esta pandemia ha provocado caso 7 millones y medio en todo el mundo, de los cuales 3 millones y medio se registraron en la Región de las Américas. El total de casos confirmados en Argentina hasta el 12 de junio es de 27.373, de los cuales 772 fallecieron.

Un análisis filogenético ha determinado al murciélago como el huésped original, siendo un animal (pangolín) el huésped intermediario. La evidencia actual sugiere que la transmisión de persona a persona está ocurriendo a través de gotas, contacto y fómites y que una sola persona infectada puede contagiar entre 1 y 4 contactos cercanos.

El período de incubación estimado es de 1 a 12,5 días (media 5 - 6 días).

Un estudio sobre las características clínicas de pacientes infectados con 2019-nCoV describe como síntomas comunes al inicio de la enfermedad fiebre 83%, tos 82% y mialgia o fatiga 11%. La disnea se desarrolló en el 31% de los pacientes (mediana de tiempo desde el inicio de la enfermedad hasta la disnea es 8 días). Respecto a las alteraciones bioquímicas el 35% presentaba linfopenia, un 35% tenían incremento de GOT (aspartato aminotransferasa) y el 76% incremento de la LDH. Según la radiografía de tórax y la TAC, 75% de los pacientes mostró neumonía bilateral y un 25% neumonía unilateral. La tasa de

mortalidad es del 4,2% aproximadamente.

1. **VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA: Todo caso sospechoso constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la Ley 15465 y debe ser notificado de forma completa hacia dos vías:**

    - Notificarse en el **Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud** (SNVS 2.0) dentro del grupo de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en el evento Caso Sospechoso de COVID-19. Ante dudas acerca de cómo notificar al SNVS, consulte a los referentes del SNVS Córdoba: vigilanciasnvscordoba@gmail.com
    - **De forma inmediata** a la autoridad referente provincial: **Área de Epidemiología** (Para consultas, llamar a los teléfonos de la guardia epidemiológica de Coronavirus: 3518129227 / 3518129230. Si sólo es para notificar caso sospechoso, enviar foto de la ficha por WhatsApp, consignando nombre de profesional e institución que envía).

2. **ESTÁN OBLIGADOS A LA NOTIFICACIÓN:**

    - Médicos/as que asistan o hayan asistido a la persona enferma o portadora, o hubiere practicado su reconocimiento o el de su cadáver;
    - Laboratoristas y anatomopatólogos/as que hayan realizado exámenes que comprueben o permitan sospechar la enfermedad.

3. **DEFINICIONES DE CASO:**

Criterio 1

Toda persona que (de cualquier edad) que presente uno de los siguientes síntomas (con o sin temperatura):

- **Fiebre (37.5°C o más)**
- **Tos**
- **Odinofagia**
- **Dificultad respiratoria**

- **Perdida repentina del gusto o del olfato**
- **Cefalea**
- **Diarrea y/o vómitos**

Este criterio incluye toda enfermedad respiratoria aguda severa, sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica.

Criterio 2

Toda persona que:

- **Sea trabajador de salud**
- **Resida o trabaje en instituciones cerradas o de internación prolongada***
- **Sea Personal esencial****
- **Resida en barrios populares o pueblos originarios*****
- **Sea contacto estrecho de caso confirmado de COVID-19, que dentro de los 14 días posteriores al contacto**

Y que presente **1 o más** de estos síntomas: tos, odinofagia, dificultad respiratoria, perdida repentina del gusto o del olfato, con o sin temperatura.

***** *penitenciarias, residencias de adultos mayores, instituciones neuropsiquiátricas, hogares de niñas y niños*

****** *se considera personal esencial:*

Fuerzas de seguridad y Fuerzas Armadas

Personas que brinden asistencia a personas mayores

******* *Se considera barrio popular a aquellos donde la mitad de la población no cuenta con título de propiedad, ni acceso a dos o más servicios básicos. Fuente: Registro Nacional de Barrios Populares*

Criterio 3

SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO* POST- COVID19 EN PEDIATRÍA:

*Definición adaptada de la Organización Mundial de la Salud

Niños y adolescentes de 0 a 18 años con fiebre mayor a 3 días:

Y dos de los siguientes:

a) Erupción cutánea o conjuntivitis bilateral no purulenta o signos de inflamación

mucocutánea (oral, manos o pies).

b) Hipotensión o shock.
c) Características de disfunción miocárdica, pericarditis, valvulitis o anomalías coronarias (incluidos los hallazgos ecográficos o elevación de Troponina / NT-proBNP).
d) Evidencia de coagulopatía (elevación de PT, PTT, Dímero-D).
e) Síntomas gastrointestinales agudos (diarrea, vómitos o dolor abdominal).

Y

Marcadores elevados de inflamación, como eritrosedimentación, proteína C reactiva o procalcitonina.

Y

Ninguna otra causa evidente de inflamación (incluida la sepsis bacteriana, síndromes de shock estafilocócicos o estreptocócicos)

Definición de contacto estrecho:

Para todos los casos, el periodo de contacto se considerará desde las 72 horas previas al inicio de síntomas del caso de COVID-19

Definición de contacto estrecho:

Se considerará como **contacto estrecho a:**

- Toda persona que haya proporcionado cuidados a un caso confirmado mientras el caso presentaba síntomas o durante las 72 horas previas al inicio de síntomas y que no hayan utilizado las medidas de protección personal adecuadas.
- Cualquier persona que haya permanecido a una distancia menor a 2 metros con un caso confirmado mientras el caso presentaba síntomas, o durante las 72 horas previas al inicio de síntomas. durante al menos 15 minutos. (ej. convivientes, visitas, compañeros de trabajo).

Adicionalmente debe considerarse:

Contacto estrecho en barrios populares, pueblos originarios, instituciones cerradas o de internación prolongada a:

- Toda persona que comparta habitación, baño o cocina con casos confirmados de COVID-19.
- Toda persona que concurra a centros comunitarios (comedor, club, parroquia, paradores para personas en situación de calle, etc) y haya mantenido estrecha proximidad con un caso confirmado, mientras el caso presentaba síntomas (menos

de 2 metros, durante 15 minutos).

Contacto estrecho en personal de salud:

Se considerará personal de salud expuesto a SARS-CoV-2 a quienes sin emplear correctamente equipo de protección personal apropiado:

- Permanezcan a una distancia menor de dos metros de un caso confirmado de COVID-19 durante por lo menos 15 minutos (por ejemplo, compartir un consultorio o una sala de espera).
- Tengan contacto directo con secreciones (por ejemplo, tos, estornudo, etc.).
- Tengan contacto directo con el entorno en el que permanece un paciente confirmado (como habitación, baño, ropa de cama, equipo médico, entre otros, incluye los procedimientos de limpieza de estos).
- Permanezcan en el mismo ambiente durante la realización de procedimientos que generen aerosoles.

No se considerará personal de salud expuesto a SARS-CoV-2 a quienes hayan empleado correctamente el equipo de protección personal apropiado en todo momento.

Más información Protocolo para el Equipo de Salud de COE Córdoba

Contacto estrecho en un avión/bus:

Todos los pasajeros situados en un radio de dos asientos alrededor de casos confirmados, que hayan estado sintomáticos durante el vuelo y a la tripulación que haya tenido contacto con dichos casos.

Contacto estrecho en un buque:

Todas las personas que compartieron un viaje en buque con casos confirmados.

Caso confirmado COVID-19

Todo caso sospechoso o probable que presente resultados positivos por rtPCR para SARS CoV-2.

La información a notificar debe ser recopilada de acuerdo con la ficha de notificación,

investigación epidemiológica y pedido de estudios de laboratorio ante caso sospechoso de Nuevo Coronavirus (COVID-19) disponible en: http://msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001798cnt-ficha-coronavirus-05052020.pdf

El objetivo principal de la vigilancia epidemiológica en la actual situación es detectar de manera temprana casos, permitiendo la atención adecuada de los pacientes y la implementación de las medidas de investigación, prevención y control tendientes a reducir el riesgo de propagación de la infección en la población.

EL SISTEMA DE VIGILANCIA SE PONE EN ALERTA ANTE LA SOSPECHA CLINICA. AL MOMENTO DE LA CONSULTA Y ANTE CUALQUIER DUDA EN RELACIÓN CON LA DEFINICIÓN DE CASO, COMUNICARSE DE INMEDIATO PARA ASESORAMIENTO CON GUARDIA EPIDEMIOLÓGICA DE CORONAVIRUS: 3518129227 / 3518129230.

4 - ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL: La organización del servicio de salud incluye:

- Educación del personal del centro de salud, pacientes y visitantes;
- Carteles con instrucciones para los pacientes y acompañantes.
- Instrucciones **estrictas** para la circulación del personal
- Instrucciones **estrictas** para la circulación de pacientes
- Adecuaciones edilicias que garanticen la doble circulación de casos sospechosos y otras patologías.
- Triage

5 - EVALUACIÓN DE TRIAGE: Se recomienda **realizar triage en el ingreso de pacientes (guardia/sala de espera/orientación) para la búsqueda y atención rápida de CASOS SOSPECHOSOS.** El agente de salud que realiza el triage deberá entregar ***barbijo quirúrgico al paciente*** e informar la presencia del caso al personal del hospital destinado al manejo de los mismos.

Identificar personas con síntomas respiratorios, con o sin fiebre, tengan o no:

- Antecedentes de viaje fuera de país o haber residido o estado en lugares de circulación local (en conglomerado o comunitaria) de COVID-19 en Argentina.
- Contacto estrecho de caso sospechoso o confirmado de COVID-19.

6 - MANEJO DE CASOS: Aislamiento de pacientes sintomáticos y medidas de protección para evitar la transmisión de virus, por gota y de contacto.

A. Protección del equipo de salud:

El equipo de salud, incluido personal administrativo, de limpieza y de seguridad, deberá respetar las recomendaciones de uso de EPP del Ministerio de Salud de la Provincia, que se encuentran vigentes y para cada caso.

B. Paciente ambulatorio (consulta inicial)

- Se debe proveer al paciente de un **barbijo quirúrgico** tan pronto como se identifique explicando el uso del mismo.
- La evaluación se deberá realizar en una habitación individual **con ventilación adecuada** y con la puerta cerrada, idealmente destinada para estos casos.
- Para salas generales se considera adecuada una ventilación natural (ANEXO 2).
- El personal de atención médica que ingresa a la habitación debe respetar las indicaciones para protección del equipo de salud **(Ver Punto 7A)**
- **Notificar y enviar ficha epidemiológica por WhatsApp al Área de Epidemiología** (Tel: 3518129227 / 3518129230).

EL AISLAMIENTO CONSISTE EN UNA HABITACIÓN INDIVIDUAL, DE SER POSIBLE CON BAÑO PRIVADO, QUE DEBERÁ PERMANECER CON LA PUERTA CERRADA Y CONTAR CON ADECUADA VENTILACIÓN.

Se deberá realizar hisopado diagnóstico a todos los casos sospechosos y, si presentan un buen estado clínico, se indicará el aislamiento obligatorio, para ellos y sus convivientes o espacios adecuados especialmente a tal fin.

De acuerdo con el estado clínico del paciente, se podrá manejar en forma ambulatoria o internado, cumpliendo en cualquier caso el aislamiento obligatorio, tanto el paciente como sus contactos.

C. Criterio de manejo domiciliario o en centros intermedios

Se podrán tratar de manera ambulatoria los pacientes que cumplan los siguientes requisitos:

- Formas leves
- Menores de 60 años
- Con morbilidades controladas

Se recomienda el seguimiento en centros intermedios para todos los casos sin criterios de internación hospitalaria.

El aislamiento y el manejo de las complicaciones vinculadas a COVID-19 es más eficiente y seguro en centros intermedios, en comparación con el seguimiento domiciliario.

La presentación de complicaciones en casos de inicio leve se suele producir entre los días 8 y 10 de inicio de los síntomas. El 80-90% de los pacientes no severos presentan rt-PCR negativa al día 10.

En el caso de imposibilidad de seguimiento en centros intermedios, para poder otorgar seguimiento domiciliario, se deberá cumplimentar con todos los criterios estipulados en el documento de aislamiento domiciliario. El alta en este escenario se otorgará cuando el paciente haya transcurrido 14 días desde el inicio de los síntomas, todos los síntomas se hayan resuelto durante las 72 hs. Anteriores.

CRITERIOS DE ALTA EN PACIENTES CON MANEJO DOMICILIARIO O INSTITUCIONES DE SEGUIMIENTO INTERMEDIO, CASO POSITIVO PARA COVID-19

Alta definitiva para población general (sólo cuadros leves, <60 años)

- Al menos 14 días después del comienzo de síntomas MAS
- Al menos 72 hs después de la desaparición de síntomas respiratorios (no considerar anosmia y ageusia)
- CONSIDERAR EL ALTA SIN NECESIDAD DE rt-PCR

Alta definitiva para equipo de salud o personal que asiste a comunidades cerradas ver protocolo correspondiente.

D. Criterios para internación

Debe indicarse internación hospitalaria ante confirmación o sospecha de COVID-19, y la presencia de:

- Factores de riesgo: edad ≥60 años, diabetes, enfermedad cardiovascular o respiratoria crónica, insuficiencia renal, cirrosis, inmunocompromiso o embarazo
- Neumonía
- Hipoxemia
- Otro criterio de internación
- No cumplir con criterios de seguimiento en centro intermedio

E. Criterios de alta

Alta hospitalaria del paciente internado:

Al menos 15 días desde el inicio de los síntomas

- Afebril durante más de 3 días, sin el uso de antipiréticos
- Estabilidad clínica con mejoría respiratoria
- Laboratorio normal o mejoría significativa

Paciente que se mantuvo internado con criterios clínicos de ingreso hospitalario esperar el alta microbiológica para el alta definitiva que puede ser en un centro intermedio.

Alta microbiológica

Si el paciente presenta los parámetros citados para el alta hospitalaria, se obtendrá el alta microbiológica con dos hisopados negativos con un intervalo de 24 hs (muestras negativas: dos faríngeas).

Se otorga el alta microbiológica con dos resultados negativos de un ensayo molecular autorizado de uso de emergencia de la FDA para SARS-CoV2 en las muestras de hisopado nasofaríngeo o faríngeo, separadas por 24 horas.

Alta definitiva

Se otorga al cumplir con los requisitos clínicos y microbiológicos.

Institución sin capacidad de aislamiento:

- El paciente deberá ser derivado a los hospitales de referencia provinciales, si tiene criterio de internación.
- Notificación de la derivación a los hospitales de referencia:

Hospital de la ciudad de Córdoba:

  - Hospital Rawson, para pacientes adultos.
  - Hospital San Roque, para pacientes adultos.
  - Hospital Florencio Díaz, para pacientes adultos.
  - Hospital de Niños, para pacientes pediátricos.

Hospitales del interior:

  - Hospital San Antonio de Padua (Río Cuarto).
  - Hospital Pasteur (Villa María).
  - Hospital José Bernardo Iturraspe (San Francisco).
  - Regional Domingo Funes (Villa Caeiro)
  - Vicente Agüero (Jesús María)
  - Luis F. María Bellodi (Mina Clavero)

- El traslado del paciente al hospital de referencia se llevará a cabo a través del móvil que determine el COE.
- El personal de salud encargado del traslado del paciente debe respetar las indicaciones para protección del equipo de salud (Ver punto 7A).

F. INTERNACIÓN (Institución CON CAPACIDAD DE AISLAMIENTO):

Internación del paciente:

- **Comunicar de inmediato el caso al Área de Epidemiología** (Área de Epidemiología - Guardia epidemiológica de Coronavirus: 3518129227 / 3518129230)
- El asilamiento consiste en una habitación individual, de ser posible con baño privado, deberá permanecer con la puerta cerrada y contar con adecuada ventilación.
- **El aislamiento recomendado es principalmente de contacto y transmisión por gota:**

- internar al paciente en habitación individual (de ser posible con baño privado), con ventilación adecuada.
- Cuando no haya habitaciones individuales disponibles, los pacientes con sospecha de infección por SARS CoV-2 pueden compartir habitación.
- Todas las camas de los pacientes deben colocarse al menos a 1 metro de distancia independientemente de si se sospecha o no que tengan infección por SARS CoV-2.
- Siempre que sea posible, los casos sospechosos o confirmados deberían ser asistidos por un equipo de trabajadores sanitarios designados para atenderlos de forma exclusiva, a los fines de reducir el riesgo de diseminación.
- Proporcionar barbijo quirúrgico al paciente para cualquier desplazamiento fuera de la habitación.
- Elementos de atención exclusivos: Los elementos para control de signos vitales y otros dispositivos como chata, recolector de orina, etc., deben ser de uso exclusivo del paciente y, luego de su uso, se deben descontaminar con alcohol al 70%.
- Restricción de visitas.
- El personal de salud que atiende a un caso sospechoso o confirmado de COVID-19 debe usar las medidas habituales de precaución estándar, de contacto y para transmisión por gota (Ver punto 7A)

G. Toma de muestras de casos sospechosos de COVID-2019

- Las muestras deben ser recolectadas:
  - Por personal capacitado y teniendo en cuenta todas las instrucciones de bioseguridad y el equipo de protección personal apropiado para virus respiratorios (medidas de precaución para transmisión respiratoria).
  - Para cada paciente sospechoso internado en la institución.

- Deben derivarse al Laboratorio Central de la Provincia de Córdoba, bajo normas de bioseguridad adecuadas para este tipo de muestras (Laboratorio Central de la Provincia de Córdoba: Tránsito Cáceres de Allende 421 – TE: 0351-4342452 - Dra. Borda: 3516060503).

- Deben acompañarse obligatoriamente de la **Ficha de notificación de COVID-2019 completa**: http://msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001798cnt-ficha-coronavirus-05052020.pdf

- **Las muestras recomendadas son:**
  - Del tracto respiratorio inferior, incluyendo esputo, lavado broncoalveolar y aspirado traqueal (siempre que sea posible).
  - De no ser posible la toma de estas muestras, podrán remitirse muestras del tracto respiratorio superior, como ser **hisopado nasofaríngeo o hisopado orofaríngeo** (Ver “Instructivo para toma de muestra”).
  - En caso de muestras de tracto superior, se debe tomar una muestra (1

hisopo) y colocarla en el mismo tubo (Ver “Instructivo para toma de muestra”).

ATENCIÓN

Para minimizar al máximo la exposición del equipo de salud con el caso confirmado o sospechoso, y con el objetivo también de optimizar el recurso de equipos de protección personal, **el hisopado debe ser realizado principalmente por el mismo profesional médico que asiste al paciente**, a menos que se le deban realizar otros estudios a cargo del personal de Laboratorio y, entonces, deberá ser esa persona la que haga todas las tomas de muestras.

- La muestra debe colocarse en una caja identificada y conservarse en heladera a 4-8ºC.
- Las muestras deben enviarse refrigeradas en triple envoltorio: guante – sobre metalizado – caja o conservadora de telgopor (cuidar que vaya parado y cerrado para evitar derramamientos).

- **Instructivo para toma y envío de muestras para diagnóstico de coronavirus**

Muestras

- Esputo. Deberá ser contenido en un tubo plástico, estéril, con tapa a rosca y hermético.
- Lavado broncoalveolar o aspirado traqueal (cuando sea posible). Deberá ser contenido en un tubo plástico, estéril, con tapa a rosca y hermético.
- Hisopado nasofaríngeo. Los hisopos a utilizar deben ser de torunda de nylon, dacrón o viscosa con manguito plástico. Deberán sumergirse en 2 ml de medio de transporte para virus. Deberán estar contenidos en un tubo plástico, estéril, con tapa a rosca y hermético.

HISOPADO FARINGEO O NASOFARÍNGEO:

Frotar vigorosamente con un hisopo ambas amígdalas y la faringe posterior. Se obtendrá un hisopo (faríngeo o nasofaríngeo), que deberá ser colocado en un tubo cónico de plástico que contenga medio de transporte para virus. Introducir el hisopo en el tubo que contiene el medio de transporte y **CORTARLO** para poder tapar el tubo - **ASEGURARSE DE QUE EL TUBO QUEDE HERMÉTICAMENTE CERRADO PARA EVITAR DERRAMES.**

- **Bioseguridad en el laboratorio:**
  - Lavado de manos antes y después del contacto con el paciente y de la manipulación de material biológico.
  - Uso de guantes de látex y bata descartables.
  - Barbijo N95.
  - Protección ocular o máscara facial, dependiendo de la exposición anticipada.
  - Reducir los aerosoles.
  - Descontaminación de superficies con hipoclorito (preparar la dilución en el momento).

- **Los laboratorios** deben continuar utilizando el algoritmo de Influenza recomendado por la OPS para la vigilancia de influenza de rutina y los casos de IRAG e IRAGI inusual. Ante un caso sospechoso:
  - Se deberá en primer lugar descartar influenza A y B por técnica de PCR.
  - Los laboratorios que no cuentan con la técnica de PCR, deberán enviar la muestra al Laboratorio Central de la Provincia de Córdoba, para descartar en primera instancia influenza, RSV, adenovirus y parainfluenza.
  - Si se descartan estas patologías, la muestra se derivará, a través del componente laboratorial del SNVS 2.0, al Laboratorio Nacional de Referencia y Centro Nacional de Influenza de OMS: Servicio Virosis Respiratorias, INEI- ANLIS “Carlos G. Malbrán”, para que se realice la caracterización viral correspondiente.

7 - MEDIDAS DE DESINFECCIÓN

- Se debe realizar la limpieza y desinfección de las superficies con las que ha estado en contacto el paciente.
- La limpieza y desinfección se realizará con un desinfectante incluido en la política de

limpieza y desinfección del centro sanitario o con una solución de hipoclorito sódico que contenga 1000 ppm de cloro activo (dilución 1:50 de lavandina con concentración 40-50 gr/litro preparada recientemente).

- Estos virus se inactivan tras 5 minutos de contacto con desinfectantes de uso habitual como lavandina doméstica.
- El personal de limpieza utilizará equipo de protección individual adecuado para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto que incluya:
    - Bata impermeable.
    - Barbijo quirúrgico.
    - Guantes.
    - Protección ocular de montura integral.

8 - IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE CONTACTOS

Los equipos de salud jurisdiccionales a cargo de la investigación epidemiológica, deberán identificar de forma sistemática a los contactos de casos de COVID-19 para seguimiento, según las definiciones precedentes:

CONTACTO ESTRECHO:

Se considera contacto estrecho a las personas que hayan estado con un caso confirmado de COVID-19 mientras presentaba síntomas o durante las 48 horas previas al inicio de los mismos.

- **En la comunidad:**
    - Personal de salud o cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso sospechoso, probable o confirmado, y que no haya utilizado las medidas de protección personal adecuadas.
    - Cualquier persona que haya permanecido a una distancia menor a 2 metros (ej. convivientes, visitas) con un caso probable o confirmado.
    - Persona que haya trabajado con un caso confirmado de COVID-19 en estrecha proximidad o
    - Persona que haya compartido la misma aula que un caso confirmado (no se ha determinado tiempo de exposición especifico).
- **En un avión/bus:**
    - Todos los pasajeros situados en un radio de dos asientos alrededor de casos confirmados, en etapa de viremia durante el viaje, y a la tripulación que haya tenido contacto con dichos casos.
- **En un buque:**

- Todas las personas que compartieron un viaje en buque con casos confirmados.

- **Contacto estrecho en barrios populares, pueblos originarios, instituciones cerradas o de internación prolongada a:**
  - Toda persona que comparta habitación, baño o cocina con casos confirmados de COVID-19.
  - Toda persona que concurra a centros comunitarios (comedor, club, parroquia, paradores para personas en situación de calle, etc) y haya mantenido estrecha proximidad con un caso confirmado, mientras el caso presentaba síntomas (menos de 2 metros, durante 15 minutos).

- Recabar los datos de contactos estrechos de casos sospechosos: A cargo del referente epidemiológico del establecimiento de salud, usando la Planilla de recolección de datos de contacto (ANEXO 1).

- **Informar inmediatamente los datos de contactos al Área Epidemiologia por correo electrónico** a la siguiente dirección: vigilanciacovid19@gmail.com, a los fines de que se pueda realizar desde allí la coordinación y el seguimiento de los contactos del caso.

- **Manejo de contactos: Los contactos deberán permanecer bajo vigilancia activa durante 14 días, a partir del último día de contacto.**

  - El equipo a cargo de la investigación epidemiológica, deberá identificar de forma sistemática a los contactos estrechos de casos sospechosos y/o confirmados.
  - El equipo que realiza la investigación mantendrá comunicación telefónica en forma diaria.
  - Ante la aparición de fiebre u otra sintomatología respiratoria, se considerará caso sospechoso y se procederá en consecuencia. **Ver punto 7: Manejo de casos.**
  - El registro del seguimiento de los contactos se hará a través de la Planilla de seguimiento de contactos de COVID-19 (ANEXO 1).

Acciones según tipo de contacto

1-Contactos estrechos

Teniendo en cuenta la información actual disponible, se indica:

- Aislamiento domiciliario y seguimiento por 14 días. El contacto deberá tener un mail y teléfono del referente jurisdiccional para comunicación.
- Monitoreo diario de las autoridades sanitarias durante 14 días (signos y síntomas, incluida fiebre, tos o dificultad para respirar).
- **El equipo de salud debe indicar:**

Por un período de 14 días desde el momento del contacto o del regreso del viaje, no salir de su hogar para asistir a reuniones sociales, trabajo, escuela, iglesias o casas de culto, transporte público, centros de atención de la salud y atención a personas mayores, eventos deportivos, restaurantes y todas las otras reuniones públicas. Tampoco deben recibir visitas en su hogar.

- Evitar tener contacto cara a cara a menos de 2 metros con todas las personas con las que conviven y no compartir con ellos/as platos, vasos, cubiertos, toallas, almohadas u otros artículos. Después de usar estos objetos o utensilios, lavarlos minuciosamente.
- Cubrirse la boca y la nariz con un pañuelo descartable al toser o estornudar, o utilizar el pliegue del codo. Los pañuelos usados deben tirarse en un tacho de basura inmediatamente luego de su uso.
- Lavarse las manos de manera frecuente con agua y jabón durante al menos 60 segundos. Puede usar alcohol en gel si no hay agua y jabón disponibles.
- Ventilar regularmente los ambientes y desinfectar superficies comunes como mesa, escritorios, mesadas, etc., con una solución de agua y lavandina (colocar 100 ml de lavandina de uso doméstico en 10 litros de agua).
- No es necesario utilizar barbijos mientras no tengan síntomas.
- Ante la presencia de fiebre y tos, dolor de garganta o dificultad respiratoria, no automedicarse y avisar telefónica e inmediatamente al servicio de salud local o referente sanitario que se encuentre haciendo su seguimiento clínico y epidemiológico.

Alta de aislamiento en contactos estrechos de casos positivos para COVID-19

- Contactos convivientes de pacientes confirmados para COVID-19 que continúan el aislamiento en su domicilio por su buena evolución clínica: Deben comenzar un nuevo período de aislamiento de 14 días luego del alta microbiológica del paciente confirmado.

- Contactos de pacientes confirmados para COVID-19 que finalizan su aislamiento en el hospital y tienen alta microbiológica con muestras de hisopados negativas o contactos no convivientes de pacientes confirmados para COVID-19: Terminan su período de aislamiento el día 14 desde el último contacto con el paciente confirmado.

La autoridad sanitaria puede evaluar la necesidad de realizar PCR en tiempo real para SARS-CoV2 en muestra de hisopado faríngeo, 48 a 72 horas previas a la finalización del aislamiento (14 días), para el alta definitiva.

Contactos en buques

Cuando se detecte un caso confirmado dentro de un buque, idealmente se indica el aislamiento de todos los pasajeros y tripulación dentro del medio de transporte por 14 días. De no haber sido aplicada esta medida, se recomienda indicar el aislamiento domiciliario,

descripto más arriba.

2- Contactos de bajo riesgo

- Auto monitoreo de síntomas para COVID-19 (fiebre, tos, dificultad respiratoria), durante 14 días posteriores a la exposición en el domicilio.
- La autoridad sanitaria podrá indicar medidas adicionales ante situaciones específicas.

1. NOTIFICACIÓN

Los contactos estrechos y de buques, deberán permanecer bajo monitoreo activo durante 14 días a partir del último día de exposición y deberán ser notificados a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud por SNVS 2.0: Infecciones respiratorias agudas (IRAS), Evento: ”Contacto de casos COVID-19”, y los sucesivos seguimientos se informan a través de la sección “Documentos”, consignando las variables básicas: fecha y hora de la comunicación, estado de salud relevado, nombre del agente que realizó el seguimiento. Ante dudas acerca de cómo notificar al SNVS, consulte a los referentes del SNVS Córdoba: vigilanciasnvscordoba@gmail.com.

2. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

IMPORTANTE: Solo se procesarán muestras que cumplan con la definición de caso sospechoso.

La muestra e debe remitirse con ficha de notificación completa: http://msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001798cnt-ficha-coronavirus-05052020.pdf

El caso debe notificarse por SNVS 2.0.

3. DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Para la mayoría de los pacientes, la radiografía de tórax es suficiente para la evaluación inicial del grado de afectación pulmonar y las complicaciones.

Las radiografías de tórax pueden ser normales en la enfermedad temprana o leve.

Los hallazgos radiográficos anormales son consolidación y opacidades en vidrio esmerilado, con distribuciones bilaterales, periféricas, e involucran los campos pulmonares

medios e inferiores.

La afectación pulmonar aumenta con el transcurso de la enfermedad, con un pico a los 10-12 días del inicio de los síntomas.

Lesiones Radiográficas compatibles con COVID-19:

1-COMPATIBLE/ALTAMENTE SUGESTIVO DE COVID-19: Afectación uni o bilateral con lesiones de predominio en periferia. Certeza prácticamente absoluta

2-SUGESTIVO/SOSPECHOSO DE COVID-19: Menor cantidad de lesiones cuyo aspecto lo sugiere aunque no necesariamente todas estén en periferia. Alta probabilidad

3-NO CONCLUYENTE DE COVID-19: Ya sea por el aspecto, localización o la sutileza de las anomalías, no podemos asegurar que estemos ante una infección por Covid-19, ya que existen otros agentes patógenos e incluso otras entidades no infecciosas que podrían dar el patrón que estamos viendo.

4-NO SUGESTIVO DE COVID-19/DIAGNÓSTICO ALTERNATIVO: El tipo de hallazgo no nos sugiere infección por Covid-19 y sí no sugieren otro diagnóstico: neumonía bacteriana, tumor, fallo cardíaco, etc.

No son lesiones sugestivas de COVID-19: Consolidaciones, Adenopatías, Derrame Pleural, Nódulos Pulmonares.

Una vez obtenida la radiografía de tórax, se realiza una inspección global guiándose por el siguiente informe:

Informe Radiográfico En todos los puntos marcar lo positivo.

Parénquima pulmonar:
Opacidades: SI / NO
Patrón intersticial: SI / NO

Distribución:
Periférica
Central
Difusa

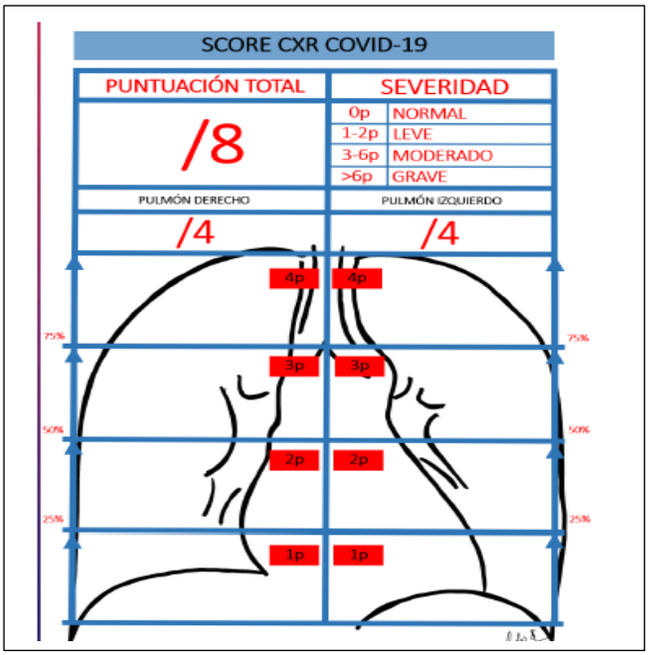
Campos pulmonares:
Pulmón derecho: superior / medio / inferior
Pulmón izquierdo: superior / inferior
Otros:

Otros hallazgos relevantes:
Derrame pleural
Edema agudo de pulmón
Lesión compatible con cáncer de pulmón

CONCLUSIÓN: Afectación compatible con COVID-19: SI / NO **LEVE – MODERADA-SEVERA**

Luego se realiza el Score Radiográfico de COVID-19, basado en la valoración radiológica del Edema de Pulmón. Se divide en 4 partes cada pulmón, siendo la mitad el hilio pulmonar y cada cuadrado supone un 25% del parénquima. De esta forma, el pulmón queda dividido en 8 sectores.

Se numera la cantidad de sectores afectados:
0 Normal
1-2 puntos Leve
3-6 puntos Moderada
>6 puntos Grave



Aunque la TAC de tórax puede ser más sensible que la radiografía y algunos hallazgos pueden ser característicos de COVID-19, ningún hallazgo puede descartar por completo la posibilidad de COVID-19.

La Sociedad Americana de Radiología ha categorizado las características como típicas, indeterminadas o atípicas para COVID-19:

Hallazgos de TAC relacionados con COVID-19			
Clasificación de imágenes de neumonía COVID-19		**Hallazgos TAC**	**Lenguaje de informe**
Apariencia típica	Características de imagen comúnmente reportadas de mayor especificidad para la neumonía por COVID-19.	-Opacidad de vidrio esmerilado (OVE) periférico, bilateral con o sin consolidación o líneas intralobulares visibles ("crazy-paving") - OVE multifocal de morfología redondeada con o sin consolidación o líneas intralobulares visibles ("crazy-paving") -Signo de halo inverso u otros hallazgos de neumonía organizada.	"Las imágenes comúnmente reportadas de la neumonía COVID-19 están presentes. Otros procesos como neumonía por influenza, la neumonía organizada toxicidad por fármaco y la enfermedad del tejido conectivo, pueden causar un patrón de imagen similar".
Apariencia indeterminada	Características de imagen no	**-Ausencia de características típicas Y**	"Las imágenes pueden verse en la neumonía COVID-19,

	específicas de la neumonía por COVID-19.	**- Presencia de:** *OVE multifocal, difuso, perihilar o unilateral con o sin consolidación que carece de una distribución específica y no son redondeadas ni periféricas. *Pocas OVE muy pequeños con una distribución no redondeada y no periférica.	aunque son inespecíficas y pueden ocurrir con una variedad de procesos infecciosos y no infecciosos".
Aspecto atípico	Características poco frecuentes o no informadas de la neumonía por COVID-19.	**-Ausencia de características típicas o indeterminadas Y** **-Presencia de:** * Consolidación lobar aislada o segmentaria sin OVE -Nódulos centrilobular ("árbol en brote") -Cavitación pulmonar -Suave engrosamiento septal interlobular con derrame pleural	"Las imágenes son atípicas o poco frecuentes de neumonía COVID-19. Se deben considerar diagnósticos alternativos".
Negativo para neumonía	No hay características de neumonía.	No hay imágenes en TAC que sugieran neumonía.	"No hay hallazgos presentes en TAC que indican neumonía. (NOTA: TAC puede ser negativa en las primeras etapas de COVID-19)".

Cuando solicitar TAC:

-Radiografía normal o dudosa + datos clínicos de severidad.
-Clínica de alarma + alta sospecha y PCR negativa.
-Hipoxemia o Taquipnea y sin infiltrados en Rx de tórax.
-Pacientes Inmunodeprimidos (Oncológicos – VIH) y TBC.
-Curso clínico no esperado para valorar complicaciones y/o diagnósticos alternativos.

Manejo del Paciente en Guardia			
Radiografía	**Laboratorio**	**Clínica**	**Conducta**
Normal	No pedir o LBT Mínimo	VAS	Manejo Domiciliario[1]
Leve 1-2	LBT Mínimo	VAS o VAI	Manejo Domiciliario[1] /Internación[2]
Moderado 3-4 sin APP	LBT ampliado COVID + ECG	VAI	Internación[2]
Moderado 3-4 con APP **o** Moderado 5-6	LBT ampliado COVID + ECG	VAI	Internación[2] (Valorar UTI)
Severa >6	LBT ampliado COVID + ECG		Internación en UTI

4. TRATAMIENTO

Debido a la escasa evidencia disponible y la dinámica epidemiológica del SARS-CoV2, estas recomendaciones se encuentran sujetas a eventuales modificaciones y en revisión permanente.

Las medidas preventivas orientadas a la prevención y control de infecciones desde que el paciente realiza el primer contacto con el sistema de salud son fundamentales para evitar la diseminación en el ámbito de las instituciones de salud.

El tratamiento de las complicaciones y las medidas de soporte oportuno son las intervenciones con mayor impacto beneficioso en la morbimortalidad de personas con COVID-19.

Tratamiento de Sostén:

-La neumonía grave por COVID-19 que lleva al SDRA ha sido caracterizada como un síndrome hiperinflamatorio secundario a una “tormenta de citokinas”. La administración de corticoides, dado su efecto antiinflamatorio, ha sido propuesta como una terapéutica posible.

La dexametasona es el primer fármaco que muestra mejorar la supervivencia en COVID-19, con reducción del riesgo de muerte entre pacientes con complicaciones respiratorias graves (insuficiencia respiratoria hipoxémica aguda con requerimiento de oxígeno o ventilación mecánica).

La evidencia disponible no respalda el uso de dexametasona en pacientes con COVID-19 que no requieren oxígeno.

El momento ideal para el inicio de esteroides es probablemente después de que el paciente comienza a requerir oxígeno, el uso demasiado pronto es potencialmente dañino.

- Considerar el uso de corticoides sistémicos en pacientes con shock séptico y en estadios avanzados de COVID-19 confirmado asociado a aumento de parámetros inflamatorios. (Ver Algoritmo de Manejo Hospitalario COVID-19).

Administrar en pacientes con requerimiento de oxígeno o en ARM, dexametasona 6 mg/día (vía oral o vía intravenosa) durante diez días.

-Existe evidencia de activación de la coagulación en los pacientes con neumonía por COVID-19. El aumento del dímero-D es un hallazgo común y es un predictor independiente de mortalidad. Se han reportado casos de trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar e infartos cerebrales. Estudios observacionales sugieren que la administración de

heparina a pacientes con neumonía por COVID-19 y niveles de dímero-D mayores a 3000 ng/mL (6 veces el límite superior normal) puede asociarse a disminución de la mortalidad. La heparina fue empleada en dosis de profilaxis y no anticoagulante: 40-60 mg de enoxaparina/día ó 10.000-15.000 U/día de heparina no fraccionada.

-En la enfermedad por COVID-19, la Sociedad Americana de Hematología plantea que la heparina no debería administrarse con otros objetivos distintos a la tromboprofilaxis, reservándose la anticoagulación terapéutica para sus indicaciones habituales.

Por lo cual: 1) En ausencia de contraindicaciones (sangrado activo o plaquetas <30.000) todos los pacientes internados en áreas críticas con COVID-19 deben recibir profilaxis antitrombótica con heparina de bajo peso molecular (si la depuración plasmática de creatinina es >30 ml/min) o heparina no fraccionada. Dosis: 40 mg subcutáneos de enoxaparina cada 24 hs.

Abordaje terapéutico de COVID19:

No se ha demostrado la eficacia de ninguna terapia antiviral para el tratamiento del cuadro clínico asociado a COVID-19 en humanos.

Las Recomendaciones de tratamiento de los pacientes internados son:

Condición Clínica	Tratamiento
* **NAC GRAVE +** cualquiera de los siguientes: -Frecuencia respiratoria: >30/min -Sat O_2 <93% (aire ambiente)[1] -Requerimiento de ARM[1] -Incremento infiltrados >50% en 24-48hs -Alteración de conciencia -Inestabilidad hemodinámica -CURB-65 ≧ 2 puntos -Requerimiento de UTI 1.Adicionar **dexametasona 6 mg/día- diez días.**	**Tratamiento de soporte** + Tratamiento ATB de NAC grave. (Reevaluar la indicación cuando se disponga del resultado de la PCR) + Vigilancia de complicaciones **No hay evidencia que apoye el empleo de un tratamiento antiviral o inmunomodulador específico excepto en contexto de un ensayo clínico.**
***NAC (sin criterios de gravedad ni condiciones previas)**	Tratamiento de soporte + Tratamiento ATB de NAC (Reevaluar la indicación cuando se disponga del resultado de la PCR) + Vigilancia de complicaciones **No hay evidencia que apoye el empleo de un tratamiento antiviral o inmunomodulador específico excepto en contexto de un ensayo clínico.**
***Caso confirmado sin NAC (faringitis, infección respiratoria superior, etc.)**	-Tratamiento sintomático. -Vigilancia de complicaciones.

Plasma de Convaleciente

La terapia de inmunización pasiva implica la administración de anticuerpos contra un agente infeccioso administrada a un individuo susceptible o enfermo con el fin de prevenir o tratar una enfermedad infecciosa causada por ese agente.

El plasma convaleciente (PC), además de los **anticuerpos neutralizantes**, contiene otras proteínas como las **citoquinas antiinflamatorias, los factores de coagulación, los anticuerpos naturales, las defensinas, las pentraxinas** y otras proteínas indefinidas. La transfusión de PC podría proporcionar beneficios adicionales como la inmunomodulación a través de la mejora de la respuesta inflamatoria severa. En COVID-19 una sobreactivación del sistema inmunológico puede ocasionar hiperinflamación sistémica o "tormenta de citoquinas" que puede perpetuar el daño pulmonar con fibrosis y reducción de la capacidad pulmonar. Los anticuerpos neutralizantes son cruciales para la eliminación del virus y se han considerado esenciales en la protección contra enfermedades virales. La eficacia de esta terapia se ha asociado con la concentración de anticuerpos neutralizantes en plasma de donantes recuperados.

El Hospital Rawson participa del Protocolo de acceso extendido para el uso de plasma de convaleciente para el tratamiento de pacientes con COVID-19, el cual tiene por objetivo estandarizar la producción del plasma convaleciente, establecer un monitoreo central de la utilización y de los efectos adversos esperables y contar con la disponibilidad del tratamiento experimental para pacientes con enfermedad por SARSCoV2 grave o potencialmente mortal y que estén **internados en Unidades de Terapia Intensiva.**

Criterios de Inclusión:

1. Pacientes mayores a 18 años.
2. Diagnóstico confirmado de infección por COVID19 por RT-PCR en hisopado nasofaríngeo o muestra de secreción respiratoria.
3. Admisión a una unidad de cuidados intensivos.
4. Enfermedad grave o con alto riesgo de progresión a una enfermedad grave o potencialmente mortal (a criterio del médico tratante).

   Enfermedad grave: incluye cualquiera de los siguientes:

   - Frecuencia Respiratoria mayor de 30/min
   - Saturación de O2 menor de 93% respirando aire ambiental
   - PaFiO2 (relación de la presión arterial de oxígeno menor de 300 mmHg)
   - Infiltrados pulmonares mayores del 50% dentro de las primeras 24 -48 hs por

imágenes (Rx o Tc).

Enfermedad con riesgo potencial para la vida:

- Falla respiratoria
- Shock séptico
- Falla multiorgánica

5. Consentimiento informado proporcionado por el paciente o representante legal, o médico tratante.

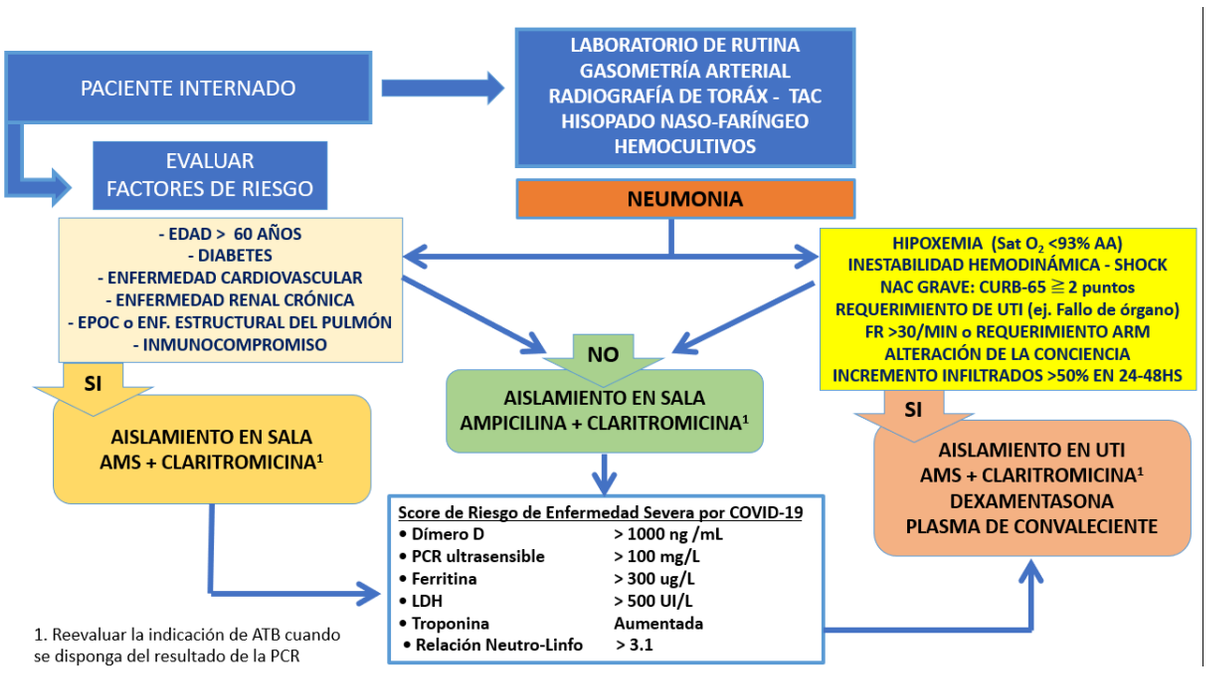
Criterios de exclusión:

1. Sujetos con antecedentes de reacciones adversas a la administración de componentes de la sangre
2. Embarazo.

Los criterios de exclusión no son excluyentes y la decisión de la administración será responsabilidad del médico tratante.

Dosis de PC:

La dosis de plasma convaleciente es de **1 unidad con un volumen de 200 a 250 ml** que haya sido testeada para anticuerpos específicos Sars-Cov-2. En caso que el médico tratante lo considere necesario, se podrá repetir la dosis dentro de las 12 hs de administrada la primera unidad.



Laboratorio

- Sala General/Áreas Críticas:

A los pacientes que requieran internación, se debe solicitar **cada 48hs** los siguientes parámetros bioquímicos para control de evolución: Citológico - LDH - PCR de alta sensibilidad - Dímero D - Ferritina - Troponina I.

Score de Riesgo de Enfermedad Severa por COVID-19		Valor de referencia
Dímero D	**> 1000 ng/mL**	< 500 ng/ml
PCR de alta sensibilidad	**> 100 mg/L**	<5 mg/L
Ferritina	**> 300 ug/L**	
LDH	**> 500 UI/L**	230-450 UI/L
Troponina I	**> 8.8 ng/L**	<2 ng/L
Recuento absoluto de linfocitos	**< 800**	>1500
Relación Neutrófilos-Linfocitos*	**>3.1**	<3

La procalcitonina (PCT) solo se eleva en un 5% de los pacientes, por ello, el aumento de este marcador puede indicar infección bacteriana. Por lo cual, ante un resultado de **PCT negativo (<0.07 ng/ml)** se podrá considerar el **no uso de antibiótico** acorde a la condición clínica del paciente.

Criterio de Alta Definitiva

Hasta que haya información disponible sobre la eliminación del virus después de la mejoría clínica, la interrupción de las precauciones de aislamiento se basa en los siguientes factores:

- resolución de la fiebre, sin el uso de medicamentos antipiréticos,
- mejora en los signos y síntomas de la enfermedad,
- fecha de resolución de los síntomas,
- tra información de laboratorio que refleje el estado clínico,
- alternativas al aislamiento hospitalario - posibilidad de una recuperación segura en el hogar.
- hisopado realizar:
  - ✓ luego de 3 días (72 horas) desde la resolución de la fiebre (sin el uso de antitérmicos) y mejoría de síntomas respiratorios; **y**,
  - ✓ han transcurrido al menos 15 días desde que aparecieron los primeros síntomas

Resultados negativos de un ensayo molecular autorizado para SARS-CoV-2 de al menos dos muestras de hisopo con una separación de ≥ 24 horas (total de dos muestras negativas)

Para más información sobre recomendaciones generales para el manejo de Infecciones Respiratorias Agudas Graves y sobre envío de muestras, referirse a Guía IRAS 2019: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001499cnt-actualizacion-guia-irag-2019.pdf

5. **ABORDAJE EN AEROPUERTOS**
   - VER PROTOCOLO CORRESPONDIENTE
6. **ABORDAJE DE SALUD MENTAL EN PACIENTES POSITIVOS PARA COVID-19 Y SUS CONTACTOS**
   - VER PROTOCOLO CORRESPONDIENTE

7. **PROCEDIMIENTO DE SERVICIOS DE EMERGENCIA**
   - VER PROTOCOLO CORRESPONDIENTE

8. **PROTOCOLO PARA GERIÁTRICOS**
   - VER PROTOCOLO CORRESPONDIENTE

9. **PROTOCOLO PARA EMPRESAS E INDUSTRIA**
   - VER PROTOCOLO CORRESPONDIENTE

10. **PROTOCOLO PARA ÓBITOS**
    - VER PROTOCOLO CORRESPONDIENTE

11. **PROTOCOLO PARA TRANSPORTE PÚBLICO DE PASAJEROS**
    - VER PROTOCOLO CORRESPONDIENTE

12. **PROTOCOLO PARA ESPACIOS ADECUADOS PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA**
    - VER PROTOCOLO CORRESPONDIENTE

ENLACES DE INTERÉS OMS
https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019
https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technicalguidance
Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)
Centros para el Control y Prevención de Enfermedades Europeo (CDCE)
https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6
https://www.google.com/maps/d/u/0/viewer?mid=1S0vCi3BA7DOCS13MomK7KebkPsvYl8C&ll=31.190363173352242%2C24.994346223456205&z=2

ANEXO 1. Planilla de recolección de datos de contactos de casos sospechosos

Nombre y Apellido	DNI	profesión u ocupación	Fecha de contacto con caso sospechoso	Sintomático (SI/NO)	Fecha inicio de síntoma	Tipo de síntoma	Teléfono	Seguimiento (SI/NO)	Aislamiento (SI/NO)

ANEXO 2. Recomendaciones para la prevención de infecciones respiratorias en empresas y organismos con atención al público

Estas recomendaciones buscan prevenir la transmisión de todas las infecciones respiratorias en ámbitos de atención al público, incluyendo las infecciones producidas por coronavirus como el COVID-2019.

Están destinadas a orientar sobre medidas de prevención en lugares con alto tránsito de personas como pueden ser: aeropuertos, terminales de transporte, estadios deportivos, cines, transporte público, etc.

Las medidas deben ser adoptadas como **prácticas estándar** para la prevención de infecciones respiratorias tales como gripe, coronavirus, entre otros, que se transmiten por gotas de saliva al hablar, toser y estornudar; y que contaminan superficies y objetos en un área de circunferencia de aproximadamente un metro.

1. Recomendaciones visuales

En todo momento es recomendable poner a disposición del público información sobre la adecuada higiene de manos y la apropiada higiene respiratoria o manejo de la tos ante la presencia de síntomas de una infección respiratoria.

Las recomendaciones visuales suelen ser de utilidad como recordatorios en todos los puntos de acceso a las instalaciones. Se sugiere su ubicación en lugares fácilmente visibles para el público general, pasajeros, visitantes. Dependiendo del tipo de organismo o empresa de que se trate, es deseable incluir mensajes en varios idiomas.

2. Adecuada higiene de manos

Una adecuada higiene de manos puede realizarse a través de dos acciones sencillas que requieren de un correcto conocimiento de ambas técnicas:

- Lavado de manos con agua y jabón

Crédito: OMS

- Higiene de manos con soluciones a base de alcohol (por ejemplo, alcohol en gel).

Es importante higienizarse las manos frecuentemente sobre todo:

- Antes y después de manipular basura o desperdicios.
- Antes y después de comer, manipular alimentos y/o amamantar.

- Luego de haber tocado superficies públicas: mostradores, pasamanos, picaportes, barandas, etc.
- Después de manipular dinero, llaves, animales, etc.
- Después de ir al baño o de cambiar pañales.

2.1 Lavado de manos con agua y jabón

El lavado de manos requiere asegurar insumos básicos como jabón líquido o espuma en un dispensador, y toallas descartables o secadores de manos por soplado de aire.

Método adecuado para el lavado de manos con agua y jabón

- Para reducir eficazmente el desarrollo de microorganismos en las manos, **el lavado de manos debe durar al menos 40–60 segundos**.
- El lavado de manos con agua y jabón debe realizarse siguiendo los pasos indicados en la ilustración.

2.2 Higiene de manos con soluciones a base de alcohol

El frotado de manos con una solución a base de alcohol es un método práctico para la higiene de manos. Es eficiente y se puede realizar en prácticamente cualquier lado.

Método adecuado para el uso de soluciones a base de alcohol

- Para reducir eficazmente el desarrollo de microorganismos en las manos, la higiene de manos con soluciones a base de alcohol debe durar **20 – 30 segundos**.
- La higiene de manos con soluciones a base de alcohol se debe realizar siguiendo los pasos indicados en la ilustración.

3. Adecuada higiene respiratoria

La higiene respiratoria refiere a las medidas de prevención para evitar la diseminación de secreciones al toser o estornudar. Esto es importante, sobre todo, cuando las personas presentan signos y síntomas de una infección respiratoria como resfríos o gripe.

- Cubrirse la nariz y la boca con el pliegue interno del codo o usar un pañuelo descartable al toser o estornudar.
- Usar el cesto de basura más cercano para desechar los pañuelos utilizados.
- Limpiar las manos después de toser o estornudar.

Las empresas y organismos deben garantizar la disponibilidad de los materiales para facilitar el cumplimiento de una adecuada higiene respiratoria en áreas de espera u alto tránsito.

- Disposición de cestos para el desecho de los pañuelos usados que no requieran de manipulación para su uso: boca ancha, sin una tapa que obligue al contacto.
- Es recomendable la disposición de dispensadores con soluciones desinfectantes para una adecuada higiene de manos.
- Las soluciones a base de alcohol son el estándar internacional por alta eficiencia demostrada.
- El lavado de manos es una opción igual de efectiva, pero debe garantizarse que los suministros necesarios estén siempre disponibles.
- También se sugiere la colocación de material gráfico que demuestre como debe realizarse la higiene de manos adecuada.

4. Desinfección de superficies y ventilación de ambientes

La contaminación de superficies y objetos es una de las vías más frecuentes de transmisión de las infecciones respiratorias. Se recuerda que diversas superficies deben ser desinfectadas regularmente para minimizar el riesgo de transmisión por contacto: mostradores, barandas, picaportes, puertas, etc.

La desinfección debe realizarse diariamente y esta frecuencia, depende del tránsito y de la acumulación de personas, la época del año y la complementación con la ventilación de ambientes.

Antes de aplicar cualquier tipo de desinfectante debe realizarse la limpieza de las superficies con agua y detergente. Esta limpieza tiene por finalidad realizar la remoción mecánica de la suciedad presente.

4.1 Limpieza húmeda

La forma sugerida es siempre la limpieza húmeda con trapeador o paño, en lugar de la limpieza seca (escobas, cepillos, etc.). Un procedimiento sencillo es la **técnica de doble balde y doble trapo:**

- Preparar en un recipiente (balde 1) una solución con agua tibia y detergente de uso doméstico suficiente para producir espuma.

- Sumergir el trapo (trapo 1) en la solución preparada en balde 1, escurrir y friccionar las superficies a limpiar. Siempre desde la zona más limpia a la más sucia.
- Repetir el paso anterior hasta que quede visiblemente limpia.
- Enjuagar con un segundo trapo (trapo 2) sumergido en un segundo recipiente (balde 2) con solución de agua con detergente.

4.2 Desinfección de las superficies

Una vez realizada la limpieza de superficies se procede a su desinfección.

Con esta solución pueden desinfectarse las superficies que estén visiblemente limpias o luego de su limpieza. Esta solución produce rápida inactivación de los virus y otros microorganismos

El proceso es sencillo y económico ya que requiere de elementos de uso corriente: agua, recipiente, trapeadores o paños, hipoclorito de sodio de uso doméstico (lavandina con concentración de 55 gr/litro):

- Colocar 100 ml de lavandina de uso doméstico en 10 litros de agua.
- Sumergir el trapeador o paño en la solución preparada, escurrir y friccionar las superficies a desinfectar.
- Dejar secar la superficie.

El personal de limpieza debe utilizar equipo de protección individual adecuado para limpieza y desinfección.

4.3 Ventilación de ambientes

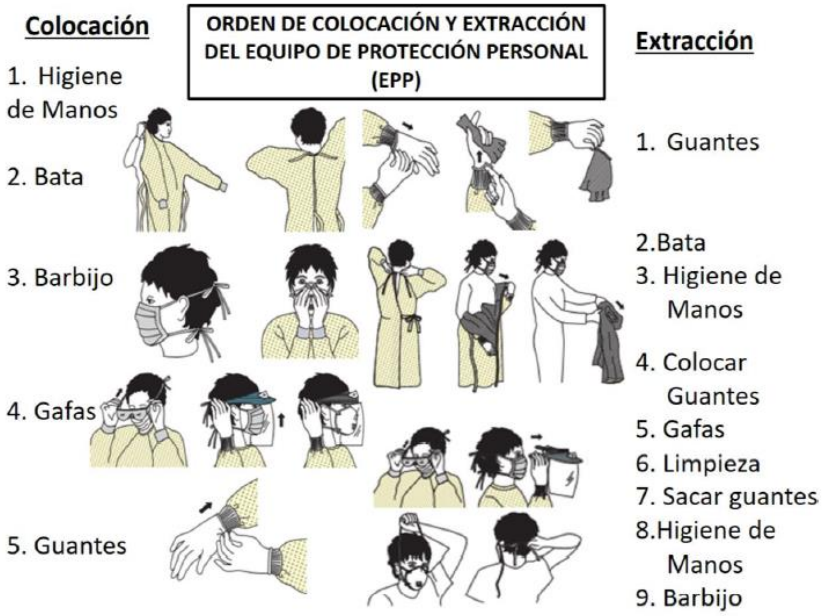
La ventilación de ambientes cerrados, sobre todo en período invernal o de bajas temperaturas debe hacerse con regularidad para permitir el recambio de aire. En otras circunstancias y lugares se recomienda que se asegure el recambio de aire mediante la abertura de puertas y ventanas que produzcan circulación cruzada del aire.

5. Uso de barbijos

No se recomienda el uso de barbijos, de manera rutinaria, en trabajadores y trabajadoras

que atienden al público.

El uso de barreras protectoras personales como los barbijos solo está recomendado para:

- Personas que presentan síntomas respiratorios detectados.
- Personal de salud que atiende a personas con síntomas respiratorios.

USO CORRECTO DE BARBIJO N95