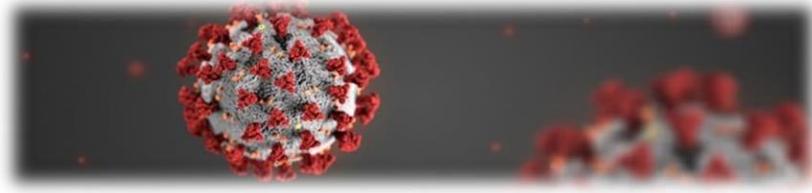


HOSPITAL INFANTIL E INTEGRAL DE LA MUJER DEL ESTADO DE SONORA

PLAN OPERATIVO HOSPITALARIO EN PACIENTES CON SOSPECHA DE COVID-19 EN LAS DIVERSAS FASES DE LA EPIDEMIA

Actualizado a 30 de marzo de 2020



DIRECTORIO

DR. JOSE JESUS CONTRERAS SOTO

DIRECTOR GENERAL HIES/HIMES

DRA. ADORACIÓN MURILLO BENÍTEZ

DIRECTORA MÉDICA DEL HIES

DR. JOSE AURELIO RENTERIA MEDINA

DIRECTOR MEDICO DEL HIMES

LIC. JUAN ABELARDO RETAMOZA PAPPATHEODOROU

DIRECTOR ADMINISTRATIVO

DR. RENATO MARTÍNEZ MORENO

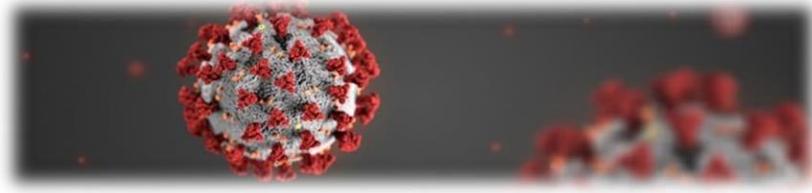
SUBDIRECTOR MÉDICO DEL HIMES

DRA. DENISSE PATRICIA RIVERA DE LA TORRE

JEFA DE LA UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA
(UVEH)

DR. MANUEL ALBERTO CANO RANGEL

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN, CALIDAD Y
CAPACITACIÓN



DRA. ANGELICA ARACELY ENCINAS CARDENAS
MÉDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE LA UVEH

DR. CRISTHIAN MIGUEL TAPIA TORRES
MÉDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE LA UVEH

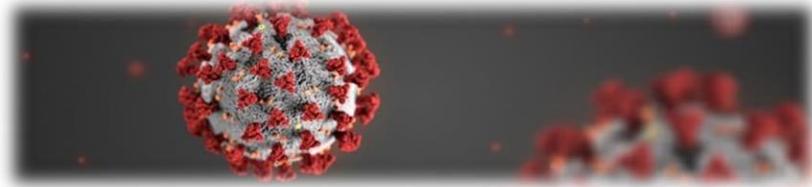
DR. ROBERTO DORAME CASTILLO
JEFE DEL SERVICIO DE INFECTOLOGIA

DRA. MARIA DE LOS ANGELES DURAZO ARVIZU
MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE INFECTOLOGIA

DR. NORBERTO GOMEZ RIVERA
JEFE DEL SERVICIO DE URGENCIAS

DR. RAFAEL MARTINEZ VAZQUEZ
JEFE DEL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA

DRA. ERIKA MARTILDE MARTINEZ CARBALLO
JEFA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA



CONTENIDO

ANTECEDENTES 5

MARCO LEGAL 6

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN MÉXICO 6

DEFINICIONES OPERACIONALES PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE COVID-19 7

MEDIDAS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD QUE IMPLICA COVID-19..... 8

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA 12

DESCRIPCIÓN DEL PLAN OPERATIVO 12

TRASLADO DE OTRA UNIDAD HOSPITALARIA DE PACIENTE CON SOSPECHA DE COVID-19..... 15

INGRESO POR CUARTO DE CHOQUE DE PACIENTE CON SOSPECHA DE COVID-19..... 16

SITUACIONES EXTRAORDINARIAS 16

RUTA DE ACTIVACION DE EQUIPO DE RESPUESTA PARA ATENCION DE PACIENTE SOSPECHO Y/O CONFIMADO POR COVID-19..... 17

PROTOCOLO DE MANEJO EN RECIEN NACIDOS CON SOSPECHA DE COVID 19 EN SERVICIO DE NEONATOLOGIA HIES..... 18

PLAN DE FASE 2 DE CONTINGENCIA 21

PLAN DE FASE 3 DE CONTINGENCIA 21

ALGORITMO DE MANEJO PARA RN SANO HIJO DE MADRE CON SOSPECHA Y/O CONFIRMADA A COVID 19 22

ALGORITMO DE MANEJO PARA RN CON PATOLOGIA Y/O SINTOMATICO HIJO DE MADRE CON SOSPECHA Y/O CONFIRMADA A COVID 19..... 23

ALGORITMO DE MANEJO PARA RN SINTOMATICO CON SOSPECHA DE COVID 19 24

PERSONAL ASIGNADO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE SOSPECHOSO POR COVID-19..... 25

ROL DEL PERSONAL HOSPITALARIO PARA CONTINGENCIA SANITARIA POR COVID-19 – HIES.. 25

ALGORITMO PARA LA ATENCION DE PACIENTES SOSPECHOSOS A COVID-19 EN LA SALA DE URGENCIAS..... 30

RUTA DE ATENCION INTRAHOSPITALARIA ANTE UN CASO DE SOSPECHOSO DE COVID-19 EN EL HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA..... 23

..... 23

HOSPITAL INTEGRAL DE LA MUJER DEL ESTADO DE SONORA 24

MANEJO DE PACIENTE EMBARAZADA CON SOSPECHA DE INFECCIÓN POR COVID 19..... 24

CRITERIOS DE INGRESO..... 24

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN LOS CASOS QUE CUMPLAN DIAGNOSTICO OPERACIONAL..... 25

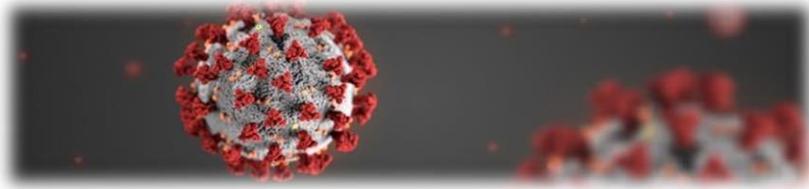
..... 25

MANEJO CLÍNICO DE LA EMBARAZADA CON COVID-19..... 26

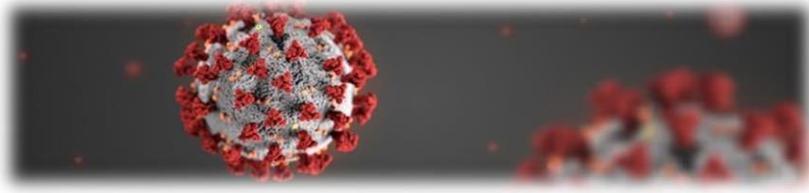
CRITERIOS DE EGRESO DE CASO SOSPECHO O CONFIRMADO COVID 19..... 29

ROL DE ADSCRITOS POR CONTINGENCIA SANITARIA POR COVID-19 - HIMES..... 31

ALGORITMO PARA SEGUIMIENTO DE CASO SOSPECHOSO DE COVID-19 DEL HOSPITAL INTEGRAL DE LA MUJER (HIMES)..... 35

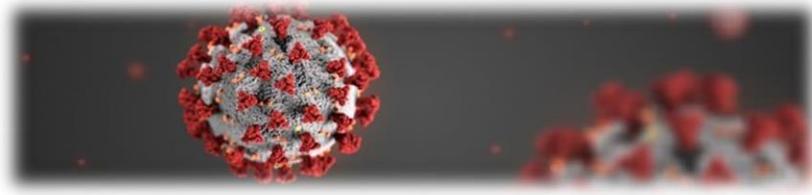


RUTA DE ATENCION INTRAHOSPITALARIA ANTE UN CASO DE SOSPECHOSO DE COVID-19 EN EL HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA SERVICIO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	36
ENCUESTA AL SOLICITAR CONSULTA EN URGENCIAS.....	37
EVALUACIÓN POR EL TRIAGE DE INFECCION RESPIRATORIA.....	38
LINEAMIENTOS PARA LA VIGILANCIA POR LABORATORIO DE ENFERMEDAD POR COVID-19	39
Tipos de muestra.....	40
Procedimientos para toma de muestras clínicas	40
Exudado faríngeo.....	40
Exudado nasofaríngeo.....	41
Material para toma de muestras clínicas	42
Criterios de aceptación	43
Criterios de rechazo	43
Envío y embalaje de muestras.....	43
RECOMENDACIONES EN EL HOSPITAL INFANTIL E INTEGRAL DE LA MUJER DEL ESTADO DE SONORA	45
Utensilios para alimentación.....	45
Ropa de cama y ropa del paciente.....	45
Basura, excretas y desechos biológicos.....	45
Recomendaciones para los trabajadores de la salud.....	46
Medidas de prevención durante traslados intra e interhospitalarios	46
PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE CADÁVERES DE CASOS DE COVID-19	47
Justificación	47
PASOS EN EL TRATAMIENTO DEL CADÁVER	47
COLOCACIÓN Y RETIRO DE EQUIPO DE PROTECCIÓN SEGÚN LA OMS.....	52
DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.....	56
MANEJO DE LOS CUBRE BOCAS/MÁSCARAS O RESPIRADORES N95.....	59
PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS DE CASO SOSPECHOSO DE COVID-19.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXO 1. Formato de Estudio de Caso Sospechoso de COVID-19.....	66
ANEXO 2. Formato SUIVE-1.....	68
ANEXO 3. Formato de seguimiento de contactos	70



ANTECEDENTES

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó sobre un agrupamiento de 27 casos de neumonía de etiología desconocida con inicio de síntomas el 8 de diciembre, incluyendo siete casos graves, con una exposición común a un mercado mayorista de marisco, pescado y animales vivos en la ciudad de Wuhan, sin identificar la fuente del brote. El mercado fue cerrado el día 1 de enero de 2020. El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae, que fue denominado “nuevo coronavirus”, 2019- nCoV. Posteriormente el virus ha sido denominado como SARS-CoV-2 y la enfermedad se denomina COVID-19. La secuencia genética fue compartida por las autoridades chinas el 12 de enero. El 30 de enero la Organización Mundial de la Salud declaró el brote de SARS-CoV-2 en China Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional. Según la información facilitada por el Centro de Control de Enfermedades de China, la mayoría de los casos notificados provienen de la provincia de Hubei (más de un 70%) y entre los casos notificados en China un 80% han presentado un cuadro leve. La proporción de fallecidos entre los casos confirmados ha oscilado entre el 2 y 3%, siendo mayor en Hubei que en el resto del país, donde se ha notificado una proporción de 0,4% de fallecidos entre los confirmados. La mayoría de los casos detectados en China son mayores de 30 años, siendo la afectación en la población menor de 10 años muy escasa y con un cuadro clínico más leve. Además, se ha descrito una alta proporción de pacientes con comorbilidades entre los casos graves y fallecidos. Hasta el momento, se desconoce la fuente de infección y hay incertidumbre respecto a la gravedad y a la capacidad de transmisión. Por similitud con otros coronavirus conocidos se piensa que el SARS-CoV-2 se transmite principalmente por las gotas respiratorias de más de 5 micras y por el contacto directo con las secreciones de personas infectadas. Se están valorando otras posibles vías de transmisión. El periodo de incubación de la enfermedad se ha estimado entre 2 y 14 días. La evidencia sobre la transmisión del virus antes del comienzo de los síntomas no se ha podido verificar hasta la fecha. Actualmente no existe un tratamiento específico frente al SARS-CoV-2. Basándose en la experiencia previa de brotes por otros coronavirus, actualmente se está empleando en algunos casos y de forma experimental el tratamiento con una combinación de inhibidores de la proteasa (lopinavir/ritonavir) con o sin interferón β , o tratamiento con un inhibidor de la ARN polimerasa (remdesivir).



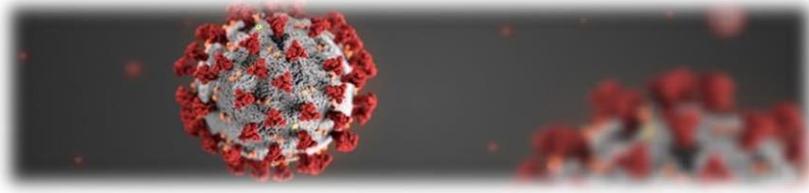
MARCO LEGAL

Los presentes lineamientos se sustentan normativamente en lo establecido en los artículos 3º, fracción XVII, 134 fracción XIV, 136 fracción II, 137, 138 y 142 de la Ley General de Salud y apartados 6.5, 6.5.1 y 6.5.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA-2-2012 para la vigilancia epidemiológica, acuerdo secretarial 130, toda vez que COVID-19 constituye un riesgo a la salud de la población por considerarse una enfermedad emergente con riesgo alto de introducción al territorio mexicano. Asimismo, se sustenta en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) con los artículos 2, 3, 6, 19, 23, 24, 30, 31 y 43. El incumplimiento de las acciones de vigilancia epidemiológica descritas en el presente lineamiento será motivo de reporte a las áreas administrativas correspondientes de la Secretaría de Salud y, en caso de persistencia, a la instancia jurídica de su competencia.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN MÉXICO

La vigilancia epidemiológica de COVID-19 debe enfocarse principalmente en la detección inmediata de casos importados o autóctonos, con la finalidad de prevenir la propagación del virus en la población mexicana. Para lograr dicho objetivo es necesario establecer un sistema altamente sensible que detecte los casos sospechosos de COVID-19 que cumplan con la definición operacional en cualquier unidad de salud (pública o privada), con la finalidad de detonar las acciones de vigilancia epidemiológica y por laboratorio, atención, prevención y control correspondientes, dirigidas a eliminar los riesgos de transmisión del padecimiento.

Por lo que alineados a la vigilancia epidemiológica, se han elaborado definiciones operacionales que tienen como objetivo realizar una medición estandarizada de las características que deben cumplir los casos ingresados a un sistema, a efecto de unificar los criterios para su identificación, notificación y seguimiento, las cuales se caracterizan por tener elevada sensibilidad, con la finalidad de detectar la mayoría de los casos a través de los signos y síntomas más frecuentes reportados hasta el momento, así como por los antecedentes epidemiológicos de los casos. La especificidad del diagnóstico clínico estará determinada por los resultados de laboratorio, por lo que es fundamental contar con una adecuada toma de muestra de los casos para las pruebas específicas que se describen en los siguientes apartados.



DEFINICIONES OPERACIONALES PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE COVID-19

Las definiciones están basadas en las actuales recomendaciones de OMS, están en permanente revisión y se irán modificando según avance el conocimiento epidemiológico de esta infección.

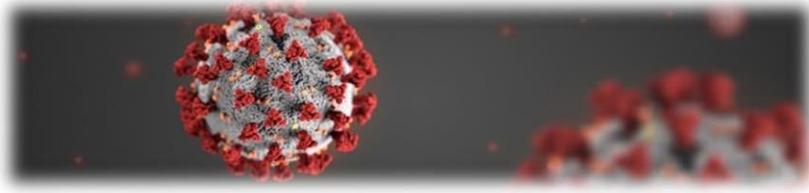
Se considerarán casos en investigación de COVID-19 los que cumplan alguno de los siguientes criterios

CASO SOSPECHOSO

Persona de cualquier edad que en los últimos 14 días haya presentado al menos dos de los siguientes signos y síntomas: tos, fiebre o cefalea* Acompañadas de al menos uno de los siguientes signos y síntomas: - Disnea - Artralgias - Mialgias - Odinofagia/Ardor faríngeo - Rinorrea - Conjuntivitis - Dolor torácico Antecedente de viaje a regiones de riesgo, en los últimos 15 días (Tabla I) o contacto con un **CASO CONFIRMADO**, bajo investigación o retornados de regiones de riesgo. ***Información sujeta a cambios.**

Tabla I. Regiones con casos

Europa
Italia España Alemania Francia Suiza
Región del Pacífico occidental
China República de Corea Australia Malasia Japón Singapur Filipinas
Región de Asia sudoriental
Tailandia Indonesia India
Región del Mediterráneo Oriental
Irán (República Islámica) Pakistán Arabia Saudita Katar
Región de las Américas
Estados Unidos de America: Washington, California, Colorado, Illinois, Nueva York, Georgia, Arizona, Connecticut, Iowa, Maryland, Massachusetts, Oklahoma Brasil Canadá Ecuador Chile
Región Africana
Sudáfrica Argelia
México
Cd. De México Jalisco Nuevo León Estado de México Quintana Roo



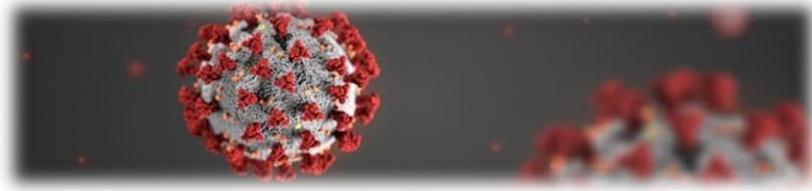
MEDIDAS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD QUE IMPLICA COVID-19

Ante la identificación de un caso sospechoso de COVID-19.

- 1.** El médico de primer contacto después de identificar a un paciente con sospecha de COVID-19, deberá realizar el interrogatorio y atención del caso bajo medidas de precaución estándar y por gotas en un cubículo aislado, bien ventilado y mantener la puerta cerrada.
- 2.** Verificar estrictamente que cumpla la definición operacional de caso sospechoso. Si el caso se detecta en el primer nivel de atención médica, se llevará a cabo la coordinación con la jurisdicción sanitaria, para el llenado del estudio epidemiológico de caso* sospechoso de COVID-19, así como la toma de muestra. En las instituciones que cuenten con el personal de epidemiología, este realizará el estudio epidemiológico de caso.
- 3.** Si el caso es detectado en una unidad de segundo o tercer nivel de atención, el médico de primer contacto deberá mantener coordinación con el epidemiólogo de la unidad médica y se aplicarán las medidas de precaución estándar y gotas. El uso de respiradores N95 únicamente cuando al paciente se le realicen procedimientos que generen aerosoles.

Si el paciente presenta síntomas respiratorios, se le debe proporcionar una mascarilla quirúrgica desechable y pedir que lo use tanto como sea posible tolerar. Para los pacientes que no puedan tolerar el uso de una mascarilla quirúrgica desechable, indicar que debe aplicar rigurosamente la higiene respiratoria, es decir, cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar con papel higiénico.

- 5.** El personal de primer contacto de la unidad que identifique un caso sospechoso de COVID-19, deberá llevar a cabo la atención bajo la aplicación de medidas de precaución estándar y basadas en la transmisión por gota y contacto (Cuadro 1).
- 6.** El médico deberá mantener coordinación con el epidemiólogo de la unidad médica y se aplicarán las medidas de precaución estándar y gotas. El uso de respiradores N95 únicamente cuando al paciente se le realicen procedimientos que generen aerosoles (Cuadro 1).

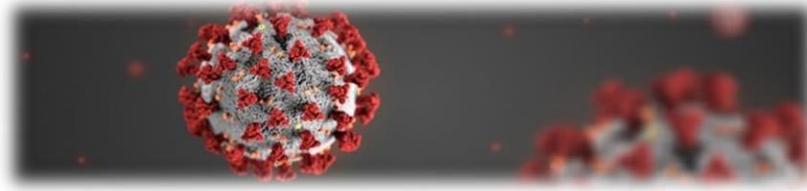


Cuadro 1. Medidas de Precaución para el manejo de COVID-19, para el personal de salud Precauciones estándar

Precauciones estándar (Tarjeta color rojo)	Medidas de Aislamiento por Gotas (Tarjeta color verde)	Medidas de precaución por aerosoles (Tarjeta color azul)
<ul style="list-style-type: none"> Higiene de manos. Lavado de manos con agua y jabón o higiene de manos con alcohol gel en concentraciones mayores al 70% en los cinco momentos establecidos de acuerdo a la OMS 	<ul style="list-style-type: none"> Mantener una distancia de un metro con el paciente. Mantener la puerta cerrada durante la atención. Visitantes reportarse a central de enfermeras antes de tener contacto con el paciente. 	
<ul style="list-style-type: none"> Uso de guantes cuando haya contacto con líquidos corporales (sangre y secreciones), artículos contaminados, membranas mucosas y heridas en la piel. No olvidar el lavado de manos antes de colocar los guantes y después de quitarlos. 	<ul style="list-style-type: none"> Equipo médico desechable o personalizado, por ejemplo: estetoscopio, manguitos de presión arterial y termómetros, si el equipo necesita ser compartido entre pacientes, limpiar y desinfectar entre cada uso con alcohol etílico al 70%. 	<ul style="list-style-type: none"> El uso de respiradores N95 únicamente cuando al paciente se le realicen procedimientos que generen aerosoles, (aspiraciones, intubaciones, bronoscopías y reanimación cardiopulmonar). De igual forma utilizar estas medidas ante la presencia de un caso confirmado.
<ul style="list-style-type: none"> Usar mascarilla con protección facial cuando haya riesgo de salpicaduras de sangre u otros líquidos corporales en ojos y cara (aerosoles). 	<ul style="list-style-type: none"> Habitación individual cuando se tenga disponible o llevar a cabo aislamiento de cohorte. (Cuadro 2) 	
<ul style="list-style-type: none"> Uso de bata impermeable si hay riesgo de salpicaduras para prevenir la contaminación de la piel y ropa. Transportar la ropa contaminada dentro de bolsa de plástico de color rojo. 	<ul style="list-style-type: none"> Transportar al paciente solo para propósitos indispensables y el paciente deberá portar mascarilla quirúrgica desechable. 	
<ul style="list-style-type: none"> Uso de contenedores rígidos (RPBI) para el desecho de agujas y material punzocortante. Nunca volver a encapuchar las agujas. 	<ul style="list-style-type: none"> Notificar al área que reciba al paciente sobre las precauciones. 	

7. Garantizar los insumos necesarios para llevar a cabo las medidas de precaución y aislamiento de los casos. (Cuadro 2)

Cuadro 2. Definiciones de aislamiento de COVID-19



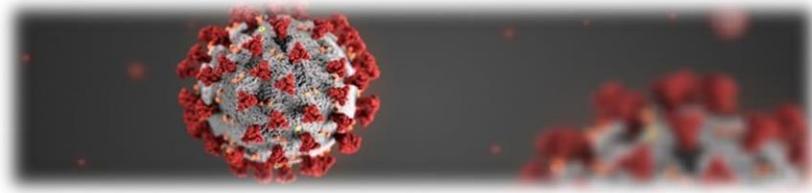
Concepto	Definición
Aislamiento	Es la separación o restricción del movimiento de personas con enfermedad infecciosa para prevenir la trasmisión a otros.
Caso en aislamiento	Es la separación o restricción del movimiento de personas enfermas ya sea en casa o en una unidad de salud, para prevenir la trasmisión a otros.
Paciente aislado	Es un aislamiento de personas enfermas con enfermedades infecciosas en una unidad de salud, para prevenir la trasmisión a otros. Se recomienda que el paciente se ubique en habitación individual y si no es posible y existe más de un paciente infectado, llevar a cabo aislamiento en cohorte (ubicación en una misma sala de dos o más pacientes que portan un mismo tipo de enfermedad), con al menos un metro de distancia entre las camas de estos pacientes y destinando personal de salud e insumos exclusivamente para la atención de estos pacientes. Concluyendo con estas medidas al ser dado de alta el último paciente con el mismo diagnóstico.
Aislamiento en casa	Es el confinamiento en casa de personas enfermas con una enfermedad infecciosa que no requieren hospitalización para prevenir la trasmisión a otros, en habitación individual y si no es posible, utilizar medidas de precaución estándar.
Aislamiento voluntario	Es la separación voluntaria o restricción del movimiento de personas enfermas en una habitación para prevenir la trasmisión a otros. Esta usualmente se realiza en casa o en algún otro lugar.
<p>Fuente: ·Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza. World Health Organization. https://www.who.int/influenza/publications/public_health_measures/publication/en/ ·World Health Organization.infection.prevention and control of epidemic and pandemic-prone acute respiratory disease in health care. Who: geneve: 2014. Disponible en: http://www.who.int/csr/bioriskreduction/infection_control/</p>	

8. Una vez identificado el caso, se deberá realizar el estudio epidemiológico de caso sospechoso de COVID-19 y la toma de muestra por personal capacitado y designado por la unidad hospitalaria, de acuerdo al perfil institucional, con las medidas de protección mencionadas (precauciones estándar, gotas y vía aérea). (Cuadro 1)

9. Los tipos de muestra para el diagnóstico de COVID-19, serán exudado nasofaríngeo y faríngeo en el mismo medio de transporte (los dos hisopos en el mismo tubo que contiene el medio de transporte); si el caso se encuentra con apoyo ventilatorio (intubado) se deberá de gestionar el lavado bronquioalveolar y en caso de defunción la biopsia pulmonar.

10. Una vez corroborado el caso sospechoso, el área de epidemiología coordinará la identificación y seguimiento del caso y contactos.

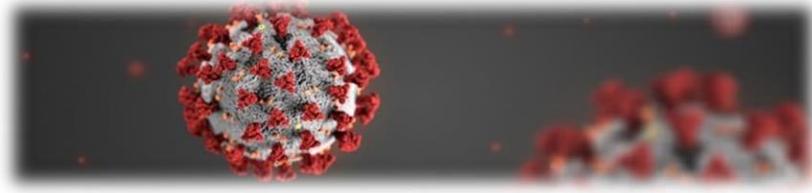
11. A todo caso identificado como sospechoso, así como a los contactos sintomáticos, se deberá realizar el estudio epidemiológico de caso sospechoso de COVID-19 y la notificación en el formato SUIVE-1 (Anexo 1 y 2), con la Epiclave No. 191.



12. En aquellos casos sospechosos que no requieran hospitalización, se deberán manejar en aislamiento domiciliario y dar seguimiento a través de monitoreo diario hasta tener el resultado de laboratorio por parte de la jurisdicción y centro de salud que le corresponda. (Cuadro 2)

13. Si el caso se confirma, es necesario aislar al paciente hasta 14 días después de la resolución del cuadro clínico.

14. El responsable de la unidad médica notificará de inmediato (en menos de 24 horas), todo caso que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso a través de la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria (UIES) al teléfono 5337-1845 o al 800-00-44- 800 y al correo ncov@dgepi.salud.gob.mx y de manera simultánea al personal de la jurisdicción sanitaria correspondiente y órganos normativos de las instituciones quienes harán del conocimiento al nivel jerárquico técnico superior; enviando el estudio epidemiológico de caso sospechoso de COVID-19 debidamente requisitado. (Anexo 1)



HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

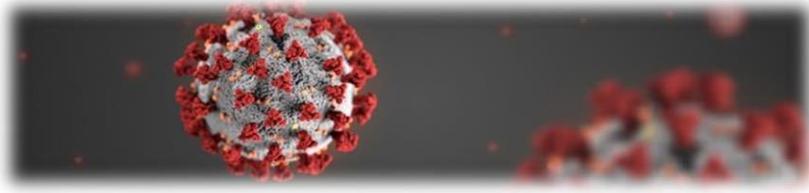
DESCRIPCIÓN DEL PLAN OPERATIVO

Para realización de este plan operativo se modificó estructuralmente la sala de espera del área de urgencias pediátricas, logrando tener una sala de espera para el paciente con problemas respiratorios y una sala de espera para otras urgencias; de tal manera que cuando el usuario intenta acceder al hospital por la puerta de urgencias será abordado inmediatamente en un mostrador donde se le colocará gel antibacterial por parte del personal de vigilancia y posteriormente se le interroga el motivo de consulta, si el motivo de consulta incluye fiebre y datos respiratorios (tos, rinorrea, datos de dificultad respiratorio) inmediatamente accede a la sala de espera de pacientes respiratorios, mientras que el usuario que acuda por otras causas (síntomatología abdominal o traumatismos, entre otros) accederá al fondo por el pasillo a las ventanillas de admisión y posteriormente al TRIAGE para su atención de rutina.

El usuario que refirió sintomatología respiratoria permanecerá en la sala de espera inmediata e independiente para acceder a la consulta con el médico pediatra, donde también se cuenta con un baño asignado solo para pacientes respiratorios, con un máximo de 4 usuarios en espera, uno en cada extremo de la banca, si el número de pacientes en espera supera a cuatro usuarios, entonces deberán esperar por fuera del hospital en bancas separadas.

El médico valorador de la consulta respiratoria previo a su acceso al consultorio lavará sus manos con agua y jabón y acudirá a CEYE al iniciar su turno para la adquisición de googles y bata impermeable, posteriormente se viste con cubre bocas N95, googles, careta, bata y guantes para poder iniciar la consulta.

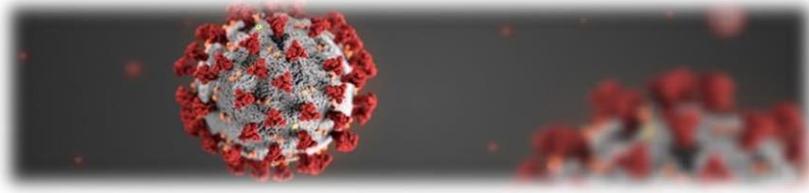
En el consultorio de pacientes respiratorios se cuenta con lavamanos, escritorio, equipo de cómputo, teléfono, cama de exploración y rociador de solución clorada.



El equipo de cómputo cuenta con un programa sencillo y práctico para la captación de pacientes, que solo requiere nombre, fecha de nacimiento, dirección y teléfono, la fecha actual, la nota médica, el diagnóstico y nombre del médico que atendió, este programa llevara un folio de registro independiente y subsecuente con la posibilidad de buscar en otra ocasión por nombre o folio notas previas para consultas subsecuentes, posteriormente se hará un corte por día para fines estadísticos, de igual manera por nombre se buscara expediente previo si es que el paciente cuenta con él para imprimir y agregar por parte del servicio de archivo clínico la nota de consulta de urgencias en su expediente correspondiente.

Al acceder al consultorio, el paciente y familiar deberán lavarse las manos con agua y jabón para tomar asiento e iniciar el interrogatorio, si el paciente no cumple con la definición operacional, el médico evaluador podrá enviarlo a la consulta de urgencias en la sala principal, pero si cumple con la definición operacional procederá a la exploración física para determinar si presenta datos de severidad o cuenta con factores de riesgo para considerar su ingreso hospitalario. Una vez valorado, si el médico considera caso sospecho, pero el paciente se encuentra estable, sin factores de riesgo ni datos de severidad, podrá egresarlo a casa con indicaciones precisas de aislamiento, colocación de cubre bocas al paciente y al familiar, facilitándole también indicaciones generales y capacitando al familiar ante datos de alarma, posteriormente notificara al coordinador médico en turno quien deberá notificar a la UVEH para el registro, toma de muestra y seguimiento del paciente ambulatorio, así también, al supervisor de servicios generales para proceder con la desinfección de la sala de espera y el consultorio, mientras que el médico evaluador realiza cambio de equipo de protección personal.

Si el médico evaluador considera caso sospechoso con factores de riesgo o severidad, deberá decidir si el paciente se considera estable para manejarse en el servicio de Infectología o si presenta datos de severidad para hospitalizarse en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) activando el protocolo de atención a través del médico coordinador en turno vía telefónica, a quien le otorgara el nombre completo y fecha de nacimiento del paciente a ingresar y será el coordinador médico en turno quien a su vez activara al equipo de atención.

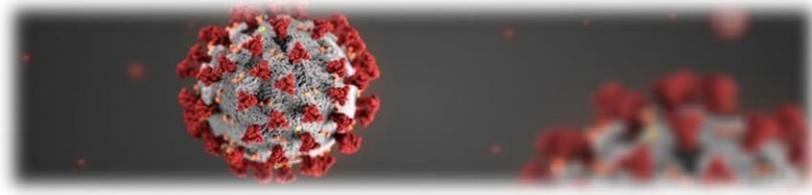


El médico coordinador en turno al recibir la llamada del médico evaluador avisara primeramente a la enfermera que asistirá al paciente, a su vez notificara del ingreso al servicio de admisión y trabajo social, otorgando el nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento, posteriormente presentara al paciente al servicio al que se decida ingresar (Infectología, UCIP o UCIN), notificando también a la UVEH y al supervisor de servicios generales en turno. De considerarse paciente con datos de severidad se notificará también al servicio de inhaloterapia para la instalación de un ventilador en el aislado de UCIP.

Una vez activado al equipo de atención, la enfermera asignada informara a la supervisora de enfermería, acudirá a CEYE por googles y bata, lavara sus manos con agua y jabón y procederá a colocarse bata impermeable, guantes, googles, cubrebocas N95 y careta, solicitara una bata para el paciente y una silla de ruedas, posteriormente acudirá al consultorio donde se encuentra el paciente a quien se le colocara cubrebocas quirúrgico así también al familiar y se procederá a desvestir al paciente, colocando su ropa en una bolsa transparente la cual se le entregara al familiar, posteriormente si es posible, se le pide al paciente permanezca sentado en la silla de ruedas sin bajar sus pies y colocando sus manos sobre sus rodillas pidiéndole no tocar nada para pedirle al familiar nos apoye para la movilización de la silla a la ruta de traslado. En caso de que el paciente no pueda permanecer sentado por sí solo, se le pedirá al familiar se sienta en la silla de ruedas y cargue al paciente para movilizar a ambos al servicio correspondiente por la ruta establecida.

Una vez que el paciente se ha movilizado al servicio de ingreso, el supervisor de servicios generales otorgara el equipo de protección personal a la persona asignada para iniciar con la desinfección de la sala de espera de respiratorios, consultorio y elevador. Mientras tanto el médico evaluador deberá realizar cambio de equipo de protección personal.

Al llegar al servicio de hospitalización asignado, la supervisora en turno otorgara a la enfermera asignada su kit de vestimenta y protección personal para manejo del paciente aislado. Al familiar acompañante se le solicitara nuevamente el lavado de manos y se le colocara bata, aclarando que se aislara con el paciente. La silla de ruedas utilizada para el traslado permanecerá en piso hasta desinfectarla.



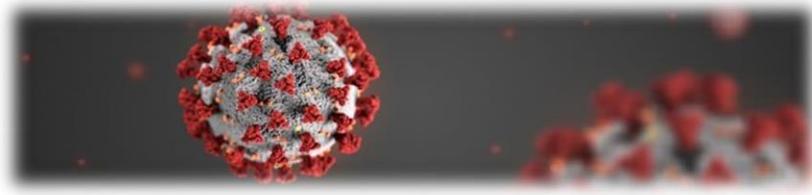
Una vez instalado el paciente en el cuarto aislado, podrá solicitarse en caso de que lo requiera, radiografía de tórax, la cual se realizara de manera portátil, requiriendo para el técnico cubre bocas quirúrgicas, googles, bata y guantes otorgado por la supervisora en turno para posteriormente a la toma realizar la desinfección del chasis.

Para la toma de muestra, una vez activado el protocolo de atención, el médico de UVEH ya notificado por el coordinador médico en turno, deberá avisar al químico responsable de la toma de muestra en turno, para proceder a realizarla previo aseo y colocación del equipo de protección personal necesario bajo los protocolos ya establecidos para la toma de muestra y será el químico quien acuda al servicio de hospitalización ya con su vestimenta y equipo de protección personal entregado por la jefa de laboratorio así como los hisopos y medios necesarios.

En caso de que el familiar acompañante presente sintomatología de COVID-19, se le solicitara acuda a valoración médica y aislamiento en casa, solicitando el apoyo de otro familiar. Si esta observación se detecta desde la consulta de urgencias, se esperará a que llegue otro familiar para proceder con el ingreso del paciente.

TRASLADO DE OTRA UNIDAD HOSPITALARIA DE PACIENTE CON SOSPECHA DE COVID-19

En caso de traslado de paciente de otra unidad hospitalaria bajo la sospecha de COVID-19, deberá presentarse previamente vía telefónica con el coordinador en turno, obteniendo los datos personales del paciente, el cumplimiento con la definición operacional, así como la verificación de criterios de hospitalización para considerar su ingreso directo al servicio correspondiente para posteriormente activar al equipo de atención e iniciar con el protocolo establecido pero el acceso en esta ocasión será por la recepción de ambulancia, donde esperara su enfermera asignada previamente vestida, asegurándose de que el paciente cuente con cubre bocas así como el familiar.



En este caso solo se realizaría la desinfección del elevador de traslado y la silla o camilla. Por otra parte, abra de considerarse si el paciente viene con la posibilidad de trasladarse en silla de ruedas o de ser necesario en camilla la supervisora de enfermería en turno deberá proporcionar el equipo de protección personal necesario (cubre bocas quirúrgico, bata y guantes) al camillero que apoyará en el traslado intrahospitalario.

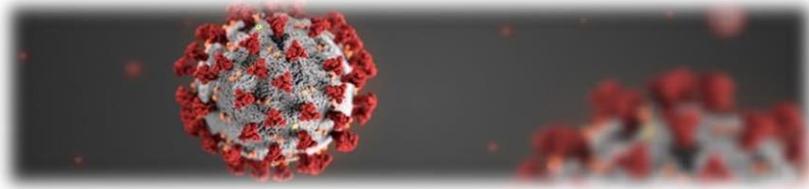
INGRESO POR CUARTO DE CHOQUE DE PACIENTE CON SOSPECHA DE COVID-19

Ante la pandemia establecida, cuando se active el cuarto de choque, el equipo médico y de enfermería asistirán la emergencia con las medidas y equipo de protección personal indispensable. Una vez estabilizado el paciente se procederá a evaluar de manera rápida la historia de la enfermedad y si fuese paciente que cumpla con la definición operacional el médico adscrito del servicio informará al coordinador en turno para activar al protocolo de atención.

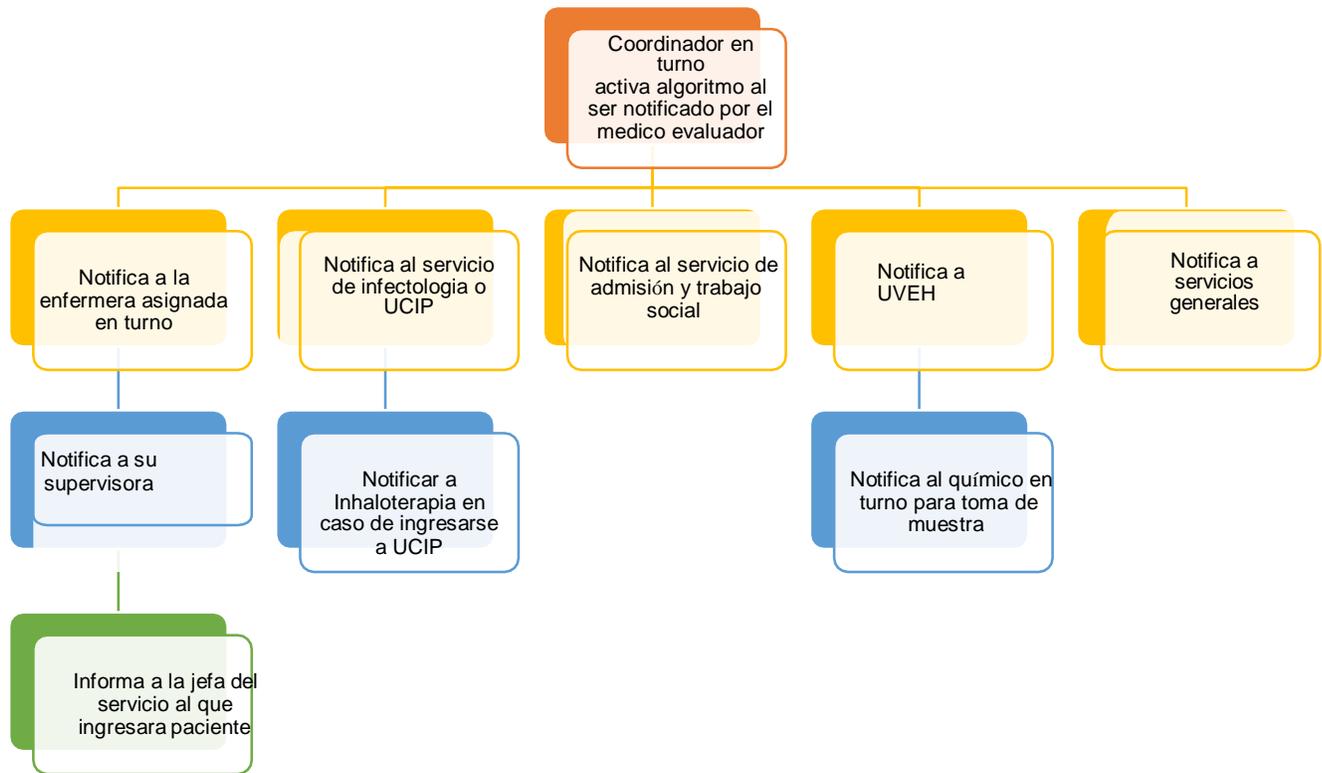
SITUACIONES EXTRAORDINARIAS

Si durante la contingencia de pacientes con sospecha o casos confirmados con COVID-19 en estado crítico que requieren cuidados intensivos pediátricos supera el número de 3 pacientes, se hará uso total de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y los pacientes en estado crítico por otras causas de movilizaran a una adaptación de una UCIP en el 4to piso donde originalmente se encuentran los pacientes neonatales en crecimiento y desarrollo.

Paciente estable, pero con necesidad de hospitalización, se ingresará al aislado de Infectología, en caso necesario se tomaría también el cuarto aislado de medicina interna en el mismo piso, posterior al uso de los cuartos aislados, se procederá ir tomando ambientes y si fuese necesario todo el 2do piso, movilizando a los pacientes con otras causas de tipo infeccioso a una adaptación de ambiente en el 3er piso de cirugía.

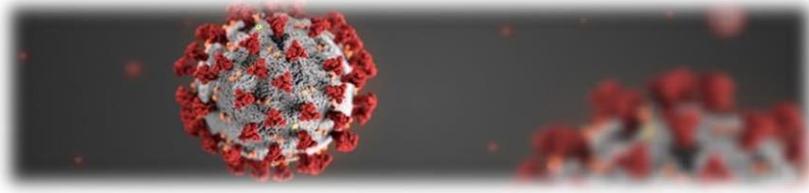


RUTA DE ACTIVACION DE EQUIPO DE RESPUESTA PARA ATENCION DE PACIENTE SOSPECHO Y/O CONFIMADO POR COVID-19



En caso de ingresar paciente a UCIP también deberá notificarse al Dr. Durón, jefe del servicio de anestesiología.

Cel. 6621115197



PROTOCOLO DE MANEJO EN RECIEN NACIDOS CON SOSPECHA DE COVID 19 EN SERVICIO DE NEONATOLOGIA HIES

DEFINICIONES

- **NACIDOS EN LA UNIDAD (HIMES)**

CASO SOSPECHOSO: serán aquellos recién nacidos hijos de madres que cumplan con definición operacional para COVID 19, 14 días previos al parto.

CASO CONFIRMADO: serán aquellos recién nacidos hijos de madre con prueba positiva a COVID-19, con o sin sintomatología clínica y con prueba positiva a covid-19 (al menos 2).

CASO DESCARTADO: recién nacido hijo de madre sospechosa y/o positiva a COVID 19 con prueba negativa (al menos 2).

- **PACIENTES FORANEOS**

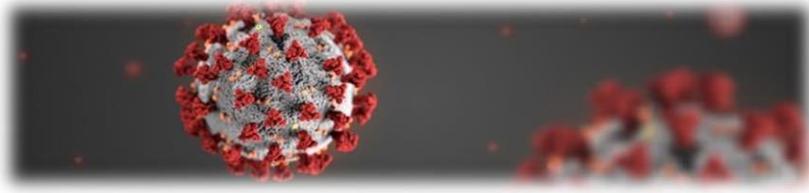
CASO SOSPECHOSO: Serán aquellos recién nacidos menores a 28 días con sintomatología clínica que tengan contacto cercano con casos sospechosos y/o confirmado de COVID 19.

CASO CONFIRMADO: Todo recién nacido menor a 28 días con o sin sintomatología clínica con prueba positiva a COVID-19.

CASO DESCARTADO: RN con sintomatología con prueba negativa para COVID 19 (al menos 2).

CUADRO CLINICO

- Inespecífico en prematuros principalmente
- **Inestabilidad térmica.**
- Síntomas respiratorios: taquipnea, quejido, aleteo nasal, aumento de esfuerzo respiratorio, apnea y tos.
- Síntomas cardiovasculares: taquicardia.
- **Otros:** pobre succión, letargia, vómito, diarrea, distensión abdominal.



LABORATORIO

LABORATORIO	COVID - 19
LEUCOPENIA-LINFOPENIA	80 %
Nitrógeno Ureico	Elevado
Creatinina	Elevado
Bilirrubinas	Elevado
TGO	Elevado
TGP	Elevado
DIMERO D	Elevado
PROTEINA C REACTIVA	Elevado
DHL (deshidrogenasa láctica)	Elevado
Ferritina	Elevado
Interleucina 6	Elevado
PROCALCITONINA	Negativo

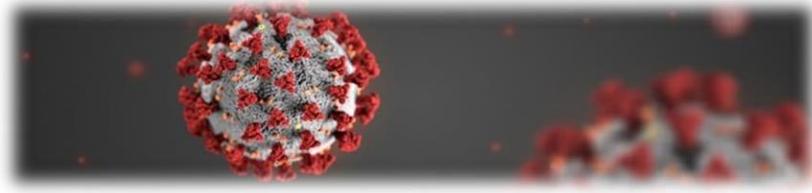
- En todo paciente con cuadro clínico y PCR positiva con manejo hospitalario, se deberá tomar: biometría hemática completa, pruebas de función hepática, función renal, PCR, DHL, Dímero D, Ferritina.

GABINETE

Radiografía de tórax al ingreso y las necesarias de acuerdo a evolución

MUESTRAS DEL TRACTO RESPIRATORIO (PCR CONFIRMATORIA)

- Superior: exudado nasofaríngeo y/O, oro-faríngeo.
- Inferior: preferentemente lavado broncoalveolar, y/o aspirado endotraqueal en pacientes con enfermedad respiratoria grave (intubados). *con una de ellas positiva sería suficiente.
- Si la prueba inicial resulta negativa, pero la sospecha sigue siendo alta, la OMS recomienda repetir la prueba tomando múltiples muestras de diferentes sitios del tracto respiratorio



TRATAMIENTO

El manejo clínico no difiere del de cualquier neonato con la misma sintomatología, aplicando las medidas de soporte que se requieran.

No existe actualmente evidencia procedente de ensayos clínicos controlados para recomendar un tratamiento específico para el coronavirus EN LA ETAPA NEONATAL.

- **ANTIBIOTICOS**

Útiles solo en caso de infección sobre-agregada.

- **CORTICOIDES**

No están recomendados de forma general. No tienen efectos beneficiosos e incluso se ha retrasado el aclaramiento del virus.

Se puede valorar en casos especiales.

- **ANTIVIRALES**

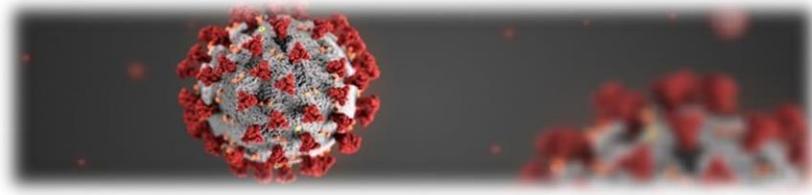
Oseltamivir, no indicado, solo en sospecha de coinfección con Influenza.

Lopinavir, Ritonavir, Remdesivir. No autorizados

- **COLORQUINA/HIDROXICOLORQUINA**

La cloroquina parece ser efectiva para limitar la replicación del SARS-CoV-2 *in vitro*.

- *Dosis:* <6 años: hidroxicloroquina sulfato 6,5 mg/kg/día dividido cada 12 horas (máx. 400 mg/día).
- Uso restringido en paciente neonatal
 - En general se recomienda restringir lo más posible el personal sanitario que atiende a estos neonatos para reducir el riesgo de transmisión.
 - Las medidas de aislamiento del personal, serán las mismas a las ya establecidas como protocolo hospitalario.
 - Se recomienda de forma general limitar el número de visitas en el servicio de neonatología y solo familiar sano podrá recibir informes en caso de paciente sospechoso y/o positivo a COVID.
 - Las medidas de desinfección de espacios y material son genéricas de acuerdo a los protocolos ya establecidos en el hospital, insistiendo en la gran importancia de la desinfección de superficies, especialmente incubadoras.
 - Se insiste además intensificar protocolos de higiene y lavado de manos, así como mantener distancia en todo el personal involucrado.
 - **MEDIDAS DE AISLAMIENTO EN INCUBADORA Y AREA COVID DE ACUERDO A ORGANIGRAMA DEL SERVICIO.**

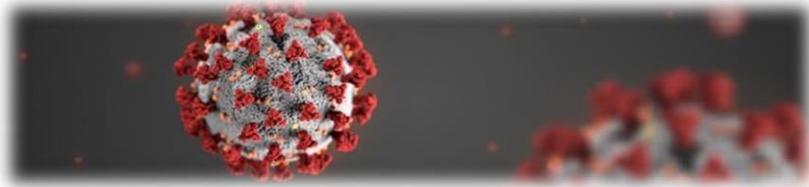


PLAN DE FASE 2 DE CONTINGENCIA

Pacientes de área de crecimiento y desarrollo de servicio de Neonatología en 4to piso, pasarían al servicio de terapia intermedia neonatal para poder ceder espacio físico de crecimiento y desarrollo a terapia pediatría con pacientes NO COVID.

PLAN DE FASE 3 DE CONTINGENCIA

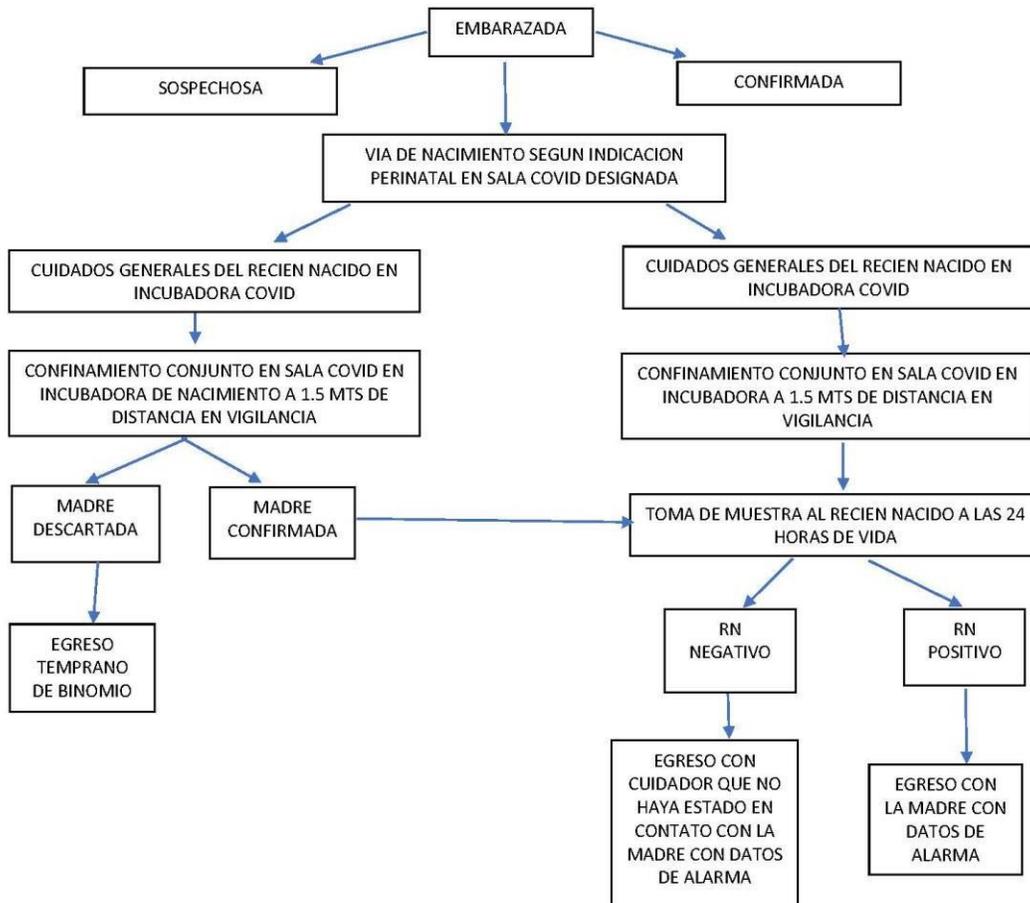
Pacientes neonatales con COVID positivo, pasaran a terapia intensiva pediátrica con resto de pacientes COVID, para poder liberar espacio físico de UCIN 1 para ceder a pacientes ginecológicas NO COVID con necesidad de terapia intensiva, con necesidad de delimitar área de terapia intensiva neonatal con espacio físico de 10 camas.



ALGORITMO DE MANEJO PARA RN SANO HIJO DE MADRE CON SOSPECHA Y/O CONFIRMADA A COVID 19

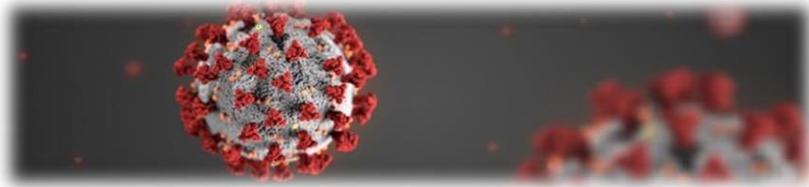


ALGORITMO DE MANEJO PARA RN SANO HIJO DE MADRE CON SOSPECHOSA Y/O CONFIRMADA A COVID 19



* Toda atención de recién nacido deberá ser con bata, gorro, cubre boca quirúrgico, guantes, googles y cubre zapato
 * No se deberá realizar apego inmediato madre y recién nacido
 * No se deberá realizar pinzamiento tardío de cordón umbilical
 * Recién nacido deberá tener enfermera independiente a la de su madre
 * Lactancia materna se retomará una vez que la madre haya sido descartada, por lo que se deberá capacitar a la madre para la extracción manual de leche
 * Indispensable monitorización de signos vitales de recién nacido durante su estadia en el hospital

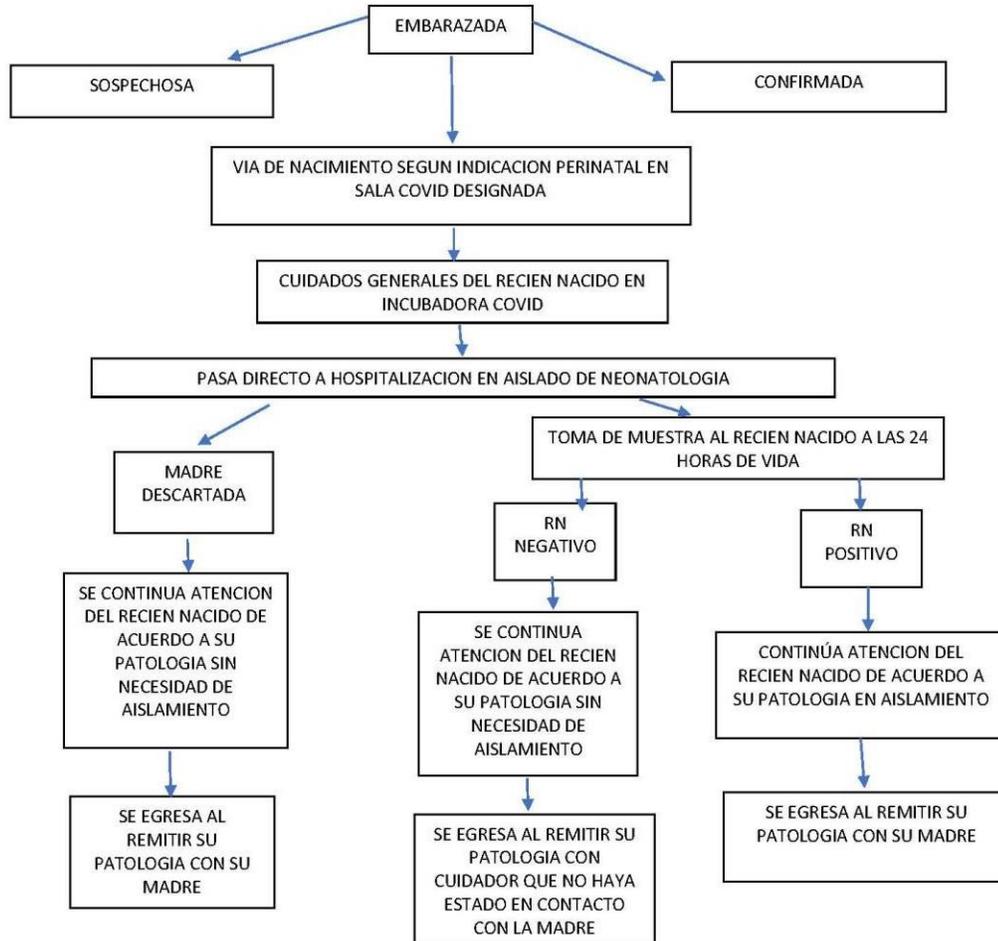




ALGORITMO DE MANEJO PARA RN CON PATOLOGIA Y/O SINTOMATICO HIJO DE MADRE CON SOSPECHA Y/O CONFIRMADA A COVID 19

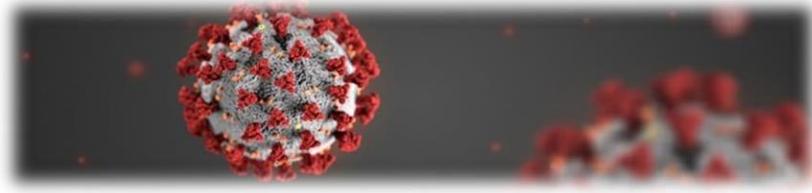


ALGORITMO DE MANEJO PARA RN CON PATOLOGIA Y/O SINTOMATICO HIJO DE MADRE CON SOSPECHOSA Y/O CONFIRMADA A COVID 19



- * Toda atención de recién nacido deberá ser con bata, gorro, cubre boca quirúrgico, guantes, googles y cubre zapato
- * Se agregará mascarilla N95 y careta si hay riesgo de generación de aerosoles (Intubación, manejo de secreciones)
- * No se deberá realizar apego inmediato madre y recién nacido y no se deberá realizar pinzamiento tardío de cordón umbilical
- * Lactancia materna se retomará una vez que la madre haya sido descartada, por lo que se deberá capacitar a la madre para la extracción manual de leche
- * El transporte neonatal será en la incubadora COVID que se utilizó desde su inicio

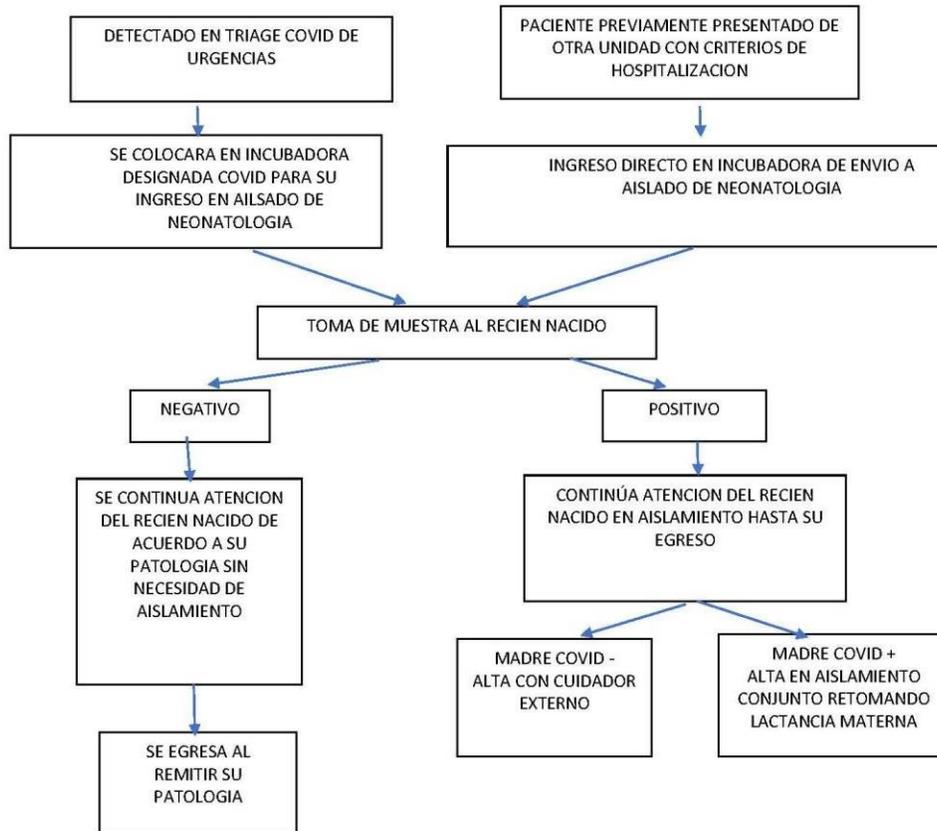




ALGORITMO DE MANEJO PARA RN SINTOMATICO CON SOSPECHA DE COVID 19

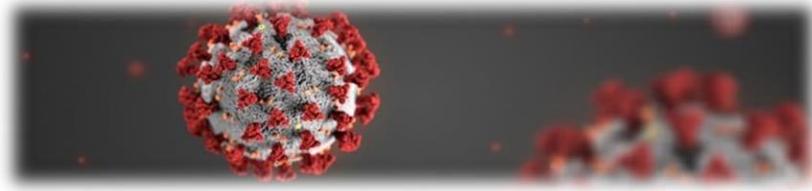


ALGORITMO DE MANEJO PARA RN SINTOMATICO CON SOSPECHOSA DE COVID 19



* Toda atención de recién nacido deberá ser con bata, gorro, cubre boca quirúrgico, guantes, googles y cubre zapato
 * Se agregará mascarilla N95 y careta si hay riesgo de generación de aerosoles (Intubación, manejo de secreciones)





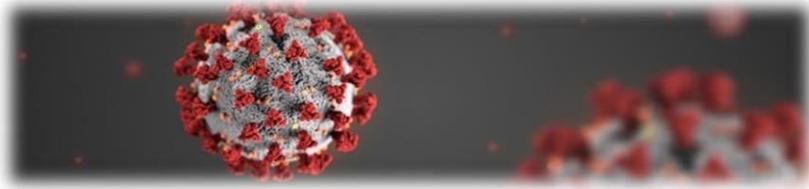
PERSONAL ASIGNADO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE SOSPECHOSO POR COVID-19

HIES	
Número de camas	4 aislados
Número de médicos	12 médicos adscritos
Número de personal de enfermería	12 enfermeras

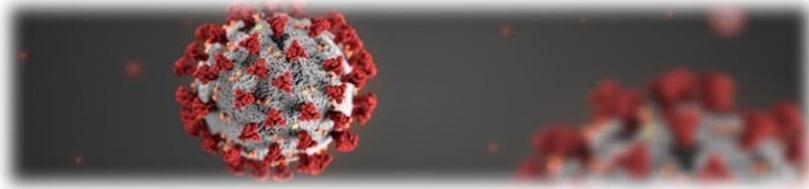
En caso de que el ingreso de pacientes supere el número de camas asignadas (aislados), se procederá a tomar camas por ambientes en el servicio de Infectología, con un máximo de 19 camas, además del apoyo de médicos residentes de segundo y tercer grado asignados a los servicios de urgencias, Infectología y terapia intensiva.

ROL DEL PERSONAL HOSPITALARIO PARA CONTINGENCIA SANITARIA POR COVID-19 – HIES

COORDINADORES MEDICOS		
NOMBRE	CELULAR	TURNO
Dra. Adoración Murillo Benítez	(662) 188 0055	Matutino
Dra. Sandra de la Herrán Padua	(637) 106 3267	Matutino
Dr. Héctor Hernández Alvarado	(662) 140 3292	Vespertino
Dra. Anabelle Loyo	(662) 120 5546	Jornada acumulada
Dr. Víctor Cervantes	(662) 948 8513	Velada lunes, miércoles y viernes
Dr. Luis Antonio Bojórquez Zazueta	(662) 256 4480	Velada de martes, jueves y domingo
Dr. Javier Estardante	(662) 168 1318	Velada de sábado

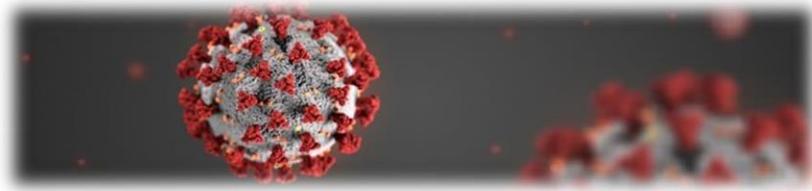


MEDICOS EN CONTACTO CON PACIENTE SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE COVID-19		
NOMBRE	CELULAR	SERVICIO Y TURNO
Dra. Natalia Contreras Navarro	(662) 200 6675	Médico pediatra de consulta respiratoria Turno matutino
Dr. Rodrigo Ibarra	(662) 111 8950	Médico pediatra de consulta respiratoria Turno vespertino
Dra. Judith Sánchez	(662) 119 1003	Médico pediatra de consulta respiratoria velada miércoles, viernes y domingo
Dr. Javier Estardante	(662) 168 1318	Médico pediatra de consulta respiratoria velada martes y jueves
Dr. Isaac Gómez	(662) 353 5653	Pediatra intensivista de cuarto de choque Turno matutino
Dra. Lucio	(644) 146 0210	Médico pediatra de cuarto de choque Turno vespertino
Dr. Roberto Dorame	(662) 256 3896	Jefe del servicio de Infectología Turno matutino
Dr. Rafael Martínez Vásquez	(662) 139 0179	Jefe del servicio de UCIP Turno matutino
Dr. Alfonso Alapisco	(662) 353 4003	Intensivista pediatra Turno vespertino
Dra. Emma García	(662) 205 8166	Pediatra adscrita a UCIP Jornada acumulada
Dra. Erika Martínez Carballo	(662) 112 8197	Jefa del servicio de neonatología Turno matutino
Dr. Edgar Monroy Zuñiga	(662) 168 3619	Neonatologo, Turno vespertino



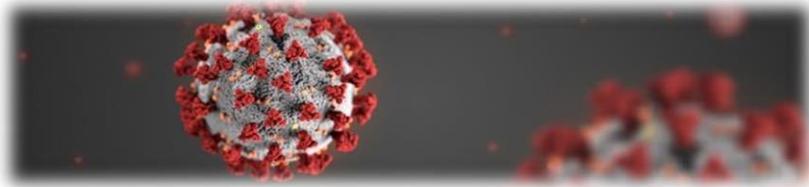
MEDICOS DE LA UVEH		
NOMBRE	CELULAR	TURN O
Dra. Angélica Aracely Encinas Cárdenas	(662) 383 3142	Matutino
Dra. Christian Tapia Torres	(662) 187 4656	Vespertino

PERSONAL DE ENFERMERIA ASIGNADO A PACIENTE CON SOSPECHA O CASO CONFIRMADO DE COVID-19		
NOMBRE	CELULAR	TURN O
LEN / POST C.I. Marlen Murillo Ozuna.	(662) 276 0259	Matutino
E.G. Micaela Valenzuela Moroyoqui	(662) 104 4402	Matutino
E.G Alina González Espinoza	(662) 396 2653	Matutino
LEN. Juan Carlos Alcázar Mendoza	(662) 361 7590	Matutino
LEN. Jacel Patricia Rodríguez Pérez.	(662) 137 7828	Vespertino
LEN. Oswaldo López Sandoval	(687) 122 3839	Vespertino
LEN. Itzebel Corrales Gorostegi.	(662) 104 8237	Veladas de lunes, miércoles y viernes
E. G. Eleno Hernández Romero	(662) 453 2439	Veladas de martes, jueves y sábado
E.G. Rodrigo Montoya Quintero.	(662) 278 7386	Veladas de martes, jueves y sábado
E.G. German Pablo Mendivil Jiménez		Veladas de miércoles, viernes y domingo
LEN. Raquel Montoya Quiroz.	(662) 295 0511	Jornada acumulada
LEN. Anahí Alvarado Sánchez	(662) 291 9296	Jornada acumulada

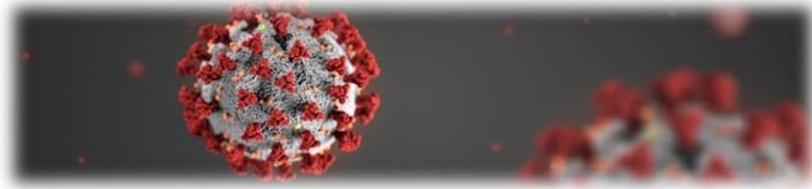


SUPERVISOR DE SERVICIOS GENERALES		
NOMBRE	CELULAR	TURNO
Azucena	(662) 448 6567	Matutino
Josefina Navarro Ruiz	(662) 139 7867	Vespertino
Axel Acosta	(662) 307 0771	Veladas de lunes, miércoles y viernes
Yadira Herrera López	(662) 195 7941	Veladas martes, jueves y sábado
Isaías Parra	(662) 221 8940	Jornada acumulada

CONSULTA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (R2)		
RESIDENTE	TELEFONO	GUARDI A
Barba Gutiérrez Iris Nataly	(686) 113 7362	A
Estrella Valdez Flor Griselda	(662) 336 6861	A
Canales Guerrero Carlos Jesús	(656) 176 8057	B
Murrieta Cortez José Manuel	(662) 120 6468	B
Borbón Galaviz Ciarol Mireya	(662) 360 6024	C
Corella Orozco Luis Felipe	(662) 183 8459	C
URGENCIAS HOSPITALIZACION R2		
RESIDENTE	TELEFONO	GUARDI A
Flores Araujo Iris Adhara	(668) 157 0319	C
Ponce Flores José Jesús	(662) 188 0788	A
Wendlandt Amezaga Luisa María	(644) 152 3818	B
URGENCIAS HOSPITALIZACION R3		
RESIDENTE	TELEFONO	GUARDI A
Juan García Maytorena	(667) 790	A

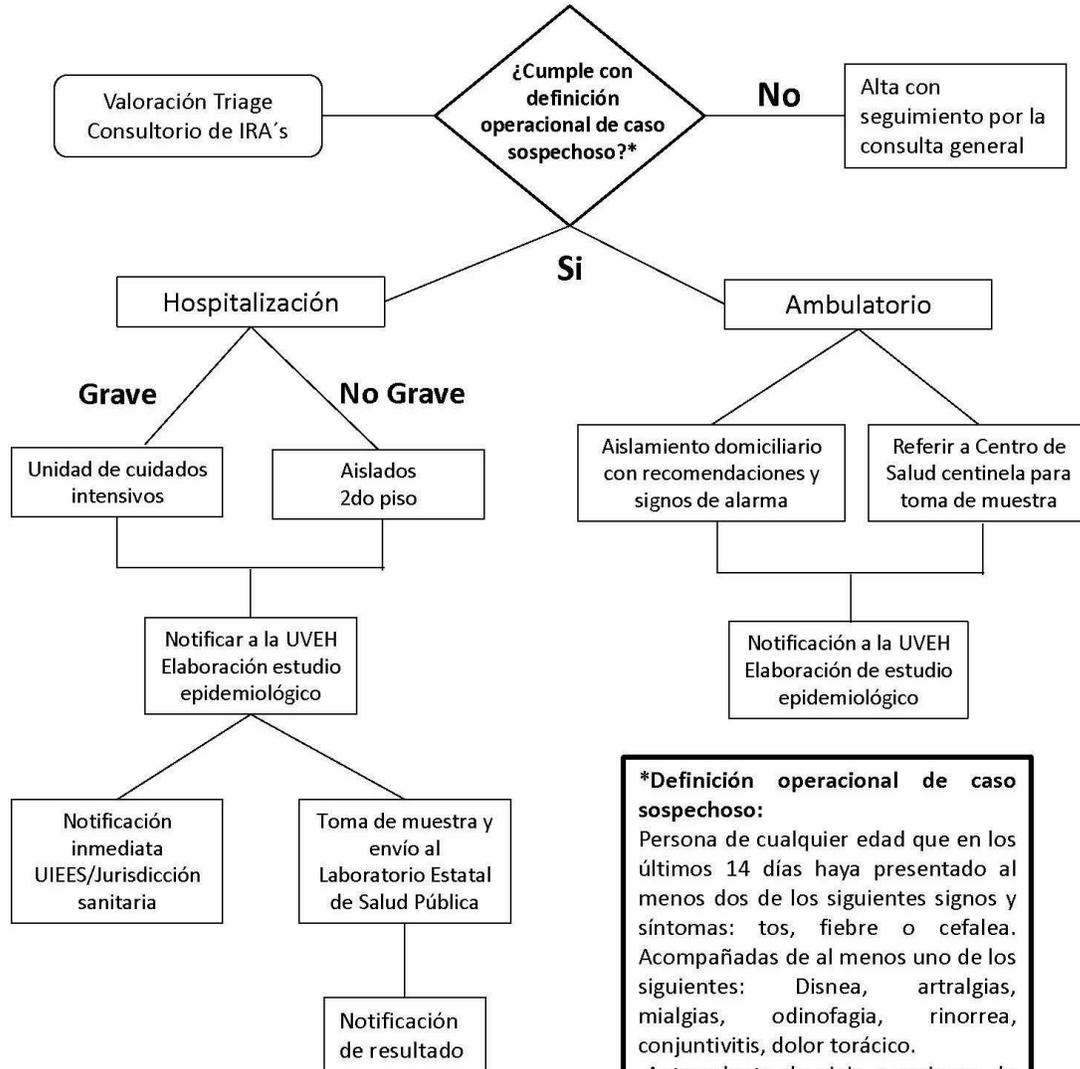


	4090	
Kenya Nallely Velazquez Fontes	(668) 151 7580	B
Mariela Ibarra Osuna	(686) 210 7457	C
RESIDENTE	UCIP R3 TELEFONO	GUARDI
		A
Ali Raquel Gonzalez Portillo	(664) 386 7247	A
Luis Armando Espinoza Paco	(662) 341 3070	B
Karen Ximena Rosas Garcia	(662) 142 4379	C
INFECTOLOGIA		
RESIDENTE	TELEFONO	GUARDI
		A
Corpus Navarro Mindie Stephanie (R1)	(686) 392 5463	A
GaitanAlvarez Daniel Eduardo (R1)	(686) 226 516	B
Salazar Canizales Jessica Estefania (R2)	(662) 115 3249	C

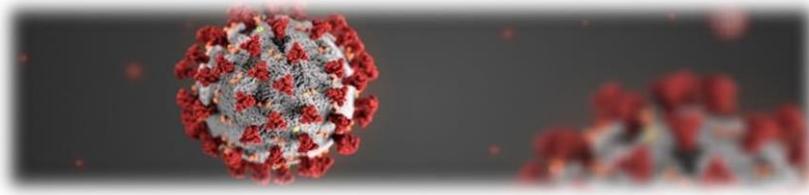


ALGORITMO PARA LA ATENCION DE PACIENTES SOSPECHOSOS A COVID-19 EN LA SALA DE URGENCIAS

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA Algoritmo para atención de pacientes sospechosos a COVID-19

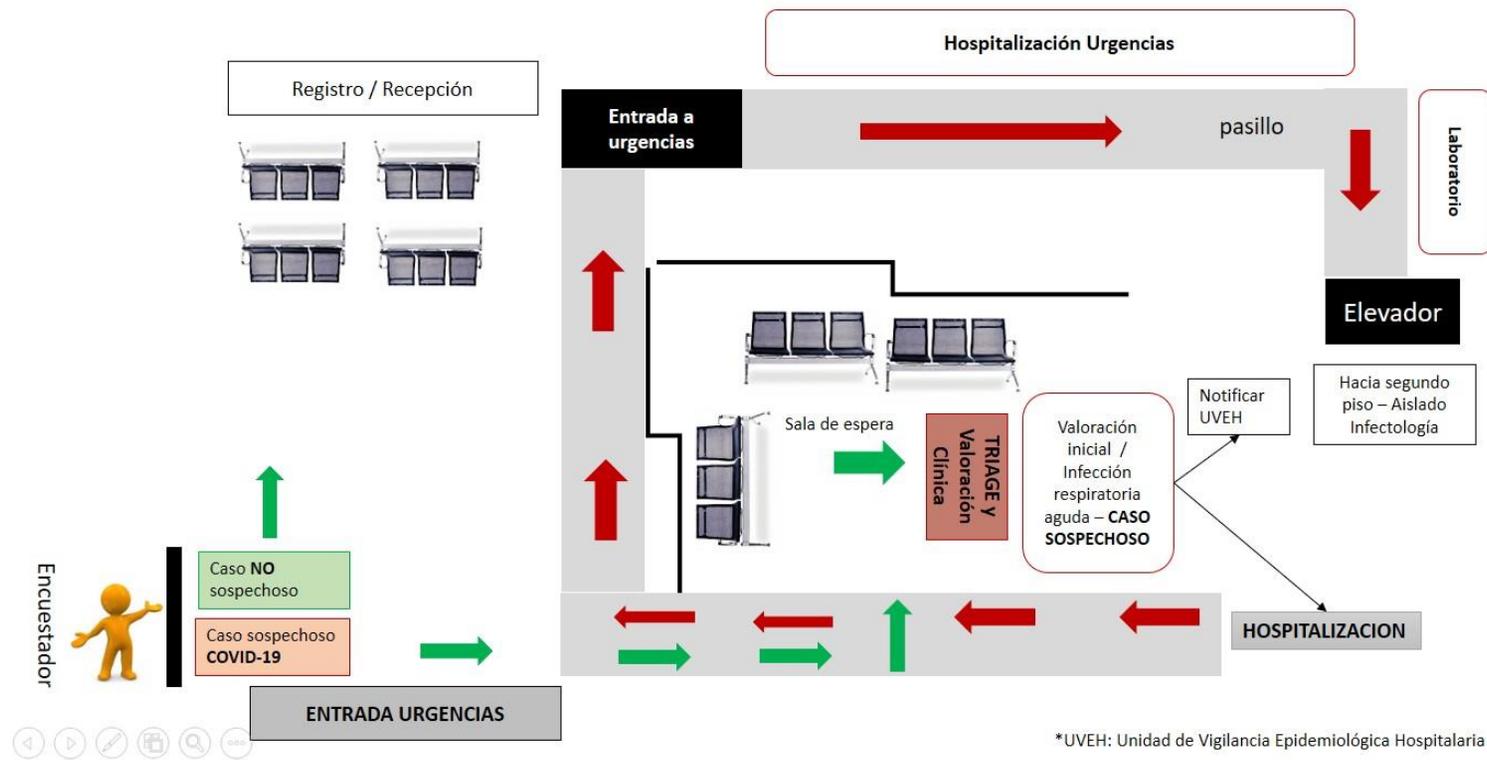


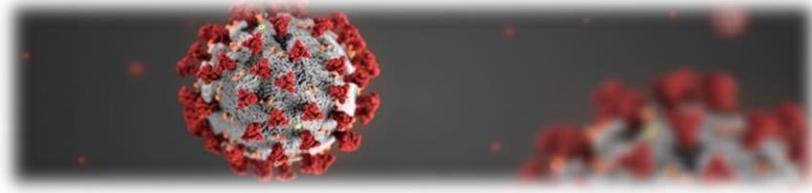
***Definición operacional de caso sospechoso:**
 Persona de cualquier edad que en los últimos 14 días haya presentado al menos dos de los siguientes signos y síntomas: tos, fiebre o cefalea. Acompañadas de al menos uno de los siguientes: Disnea, artralgias, mialgias, odinofagia, rinorrea, conjuntivitis, dolor torácico.
 -Antecedente de viaje a regiones de riesgo, en los últimos 15 días (Tabla I) o contacto con un **caso** confirmado, bajo investigación o retornados de regiones de riesgo.



RUTA DE ATENCION INTRAHOSPITALARIA ANTE UN CASO DE SOSPECHOSO DE COVID-19 EN EL HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

RUTA DE ATENCION INTRAHOSPITALARIA ANTE UN CASO DE SOSPECHOSO DE COVID-19





HOSPITAL INTEGRAL DE LA MUJER DEL ESTADO DE SONORA

MANEJO DE PACIENTE EMBARAZADA CON SOSPECHA DE INFECCIÓN POR COVID 19

Las gestantes sintomáticas requieren todas las medidas de aislamiento, según sus manifestaciones clínicas y su estado hemodinámico, se definirá la necesidad de aislamiento en casa o hospitalizada.

Las pacientes serán conducidas con mascarilla quirúrgica a la zona de valoración aislada y sin acompañante.

Se realizará valoración clínica completa por médico adscrito en turno utilizando Equipo de Protección Personal (EPP), deberá incluir: Historia clínica y exploración física: incluyendo constantes, saturación de O₂ y auscultación respiratoria, solicitud de estudios de gabinete, ecografía para confirmar viabilidad/bienestar fetal

Si la gestante es sintomática moderada y/o severa debe hospitalizarse, si el caso es sospecho y/o probable debe realizarse aislamiento, si el caso es confirmado el aislamiento debe ser en habitaciones con presión negativa, con una vigilancia materno fetal estricta, monitorización de signos vitales y de frecuencia cardíaca fetal, ante deterioro clínico materno se deberá clasificar según el q-SOFA para establecer su ingreso a la unidad de cuidado intensivo (UCI), ante falla orgánica y/o estado fetal no satisfactorio, se podría considerar finalizar la gestación.

CRITERIOS DE INGRESO

Pacientes con indicación de ingreso por causa obstétrica:

Si una paciente acude a consulta por motivo obstétrico y cumple con definición operacional habrá que proceder con medidas de aislamiento y procedimientos diagnósticos para el COVID-19.

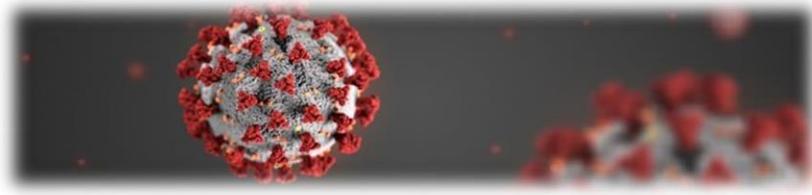
A) Radiografía de tórax con infiltrados pulmonares u otras imágenes sugestivas de neumonía.

B) Dificultad respiratoria grave:

- Taquipnea o incremento de la frecuencia respiratoria con:
 - Incapacidad para completar frases relativamente cortas (falta de aliento).
 - Uso de musculatura accesoria (tiraje intercostal, sub o supraclavicular)
 - Sensación de asfixia o falta de aire.

C) Saturación de oxígeno por pulsioximetría <95%, respirando aire ambiente.

D) Agotamiento respiratorio



- Patrón respiratorio anormal, como la alternancia de respiraciones rápidas y lentas o pausas largas entre respiraciones.

E) Evidencia de deshidratación clínica grave o shock

F) Alteración del nivel de consciencia: confusión, agitación o convulsiones.

G) Cualquier enfermo inmunodeprimido grave (trasplantado, infección por el VIH, tratamiento prolongado con corticoides, neutropenia, etc.).

H) Otros factores considerados por el profesional sanitario responsable del caso: enfermedad rápidamente progresiva o inusualmente prolongada

I) Condiciones obstétricas con riesgo de compromiso fetal (por ej. CIR, pre eclampsia)

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN LOS CASOS QUE CUMPLAN DIAGNOSTICO OPERACIONAL

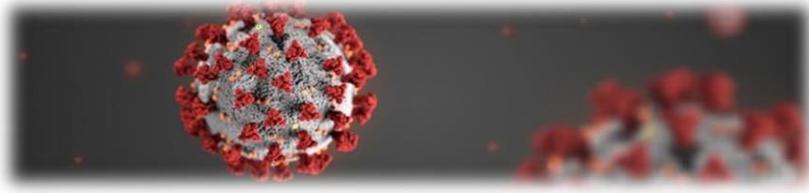
Se realizarán de forma consensuada con el especialista de Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) Ext 80719 y enfermería.

Obtención de muestras respiratorias: Frotis del tracto respiratorio superior (nasofaríngeo) (y tracto respiratorio inferior de forma selectiva en los casos que determine el médico especialista).

Radiografía de tórax: se utilizarán las medidas habituales de protección fetal (delantal abdominal)

Muestra de sangre para hematología y bioquímica según protocolo siempre con EPP por enfermería

*Un procedimiento obstétrico urgente no será demorado para la obtención de las muestras respiratorias, ni para realizar el protocolo diagnóstico COVID-19



MANEJO CLÍNICO DE LA EMBARAZADA CON COVID-19

Caso confirmado o sospechoso con criterios de ingreso por clínica de covid-19:

- Inestable y con criterios de interrupción: pasa directo a sala de tococirugía.
- Inestable y sin criterios de interrupción: pasa a UCI – una vez estabilizado pasa a aislado de hospitalización.
- Estable y sin criterios de interrupción: pasa a cuarto de aislamiento tipo cohorte.
- Estable y con criterios de interrupción: pasa directo a sala de tococirugía.

Embarazada estable clínicamente sin criterios de ingreso:

- Seguimiento ambulatorio.
- Recomendaciones y medidas de aislamiento domiciliario: Reposo domiciliario y control de temperatura, Antitérmicos, Hidratación adecuada, Aislamiento domiciliario con medidas de higiene de manos y aislamiento del resto de familiares.
- Seguimiento telefónico en 2 a 4 – días, para identificar SDRA y evolución clínica.

Manejo médico en hospitalización - aislado tipo cohorte

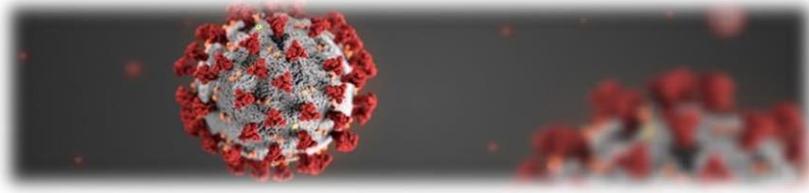
La paciente permanecerá en régimen de aislamiento de contacto y gotas hasta que se pueda descartar el caso, de preferencia en una habitación de presión negativa o en su defecto en la habitación determinada, aislamiento hasta la negativización del test diagnóstico (PCR respiratoria)

No está indicado el acompañamiento por familiares

Medición de Constantes vitales, control de la temperatura, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno etc.

El Manejo medico de las patologías más frecuentes en el embarazo será en base a las guías de práctica clínica actuales.

En una gestante con infección COVID-19 o sospecha y clínicamente estable, la indicación de la interrupción del embarazo será de tipo obstétrica, siendo el mejor escenario la resolución del embarazo cuando la paciente tenga resultado negativo para la muestra de COVID-19.



Atención a la gestante con infección grave o evolución desfavorable

En caso de deterioro materno grave el equipo el equipo multidisciplinario (intensivista/anestesiólogo, infectólogo, perinatologo, obstetra, y neonatologo) decidirá la necesidad de finalizar el embarazo para facilitar la atención materna

El tratamiento será en base a los medicamentos empleados y según las nuevas evidencias disponibles al no existir un tratamiento de elección: tratamientos con inhibidores de la proteasa (lopinavir/ritonavir) asociados a un antipalúdico (cloroquina), y en los casos más graves a interferón β .

Atención del parto:

En las gestantes con infección COVID-19 sin criterios de gravedad con indicación de finalizar la gestación por causas obstétricas, la vía de resolución dependerá de las condiciones obstétricas a su ingreso y del estado fetal.

El trabajo de parto se llevará a cabo en el quirófano establecido en el protocolo.

Se colocará mascarilla N95 al paciente durante todo el proceso de atención.

Se realizará monitorización continua de signos vitales maternos.

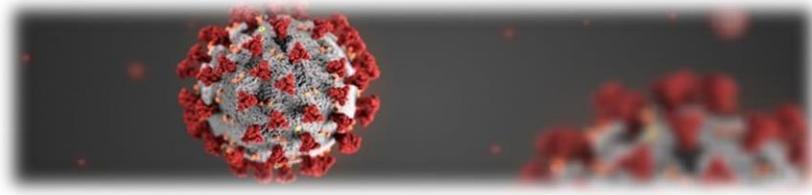
El personal médico utilizara en todo momento EPP (gorro, bata, guantes, gafas protectoras, mascarilla quirúrgica, desinfección de toco cardiógrafo posterior a su uso).

La vigilancia fetal intraparto se realizará con monitorización continua mediante tococardiografo.

Analgesia obstétrica será administrada de manera temprana por indicación médica (para disminuir la anestesia general en caso de interrupción urgente).

Considerar abreviar el expulsivo (vacuum o fórceps) según criterios obstétricos.

Se minimizará el riesgo de transmisión al neonato mediante pinzamiento precoz de cordón umbilical y se evitará el apego inmediato.



La indicación para interrupción del embarazo vía abdominal mediante Cesárea será en dos escenarios clínicos:

- Por Indicación obstétrica habitual.
- Por Indicación materna: Condición materna grave o que se deteriore durante el parto.

Cuando exista la indicación de interrupción del embarazo y las condiciones cervicales sean desfavorables se considerará la realización de Cesárea.

Puerperio

La paciente que curse puerperio inmediato, pasara bajo medidas de precaución estándar para contagio a sala hospitalización-aislado tipo cohorte para su vigilancia médica.

La vigilancia del puerperio inmediato será en base a guías de práctica clínica actuales.

A todos los recién nacidos de madre con infección confirmada o sospecha se deberá considerar la toma de muestras virológicas para COVID 19 siempre utilizando EPP y normar conducta según el resultado en base al protocolo de manejo de médico pediatra.

Recién nacido sintomático con criterios de ingreso, será manejado según protocolo del servicio de neonatología y se ingresa a sala de aislado COVID 19 en la UCIN.

Una vez descartada la infección del recién nacido, si su estado lo permite, y de forma consensuada con la madre, podría ser dado de alta a cargo de algún familiar que no sea contacto directo.

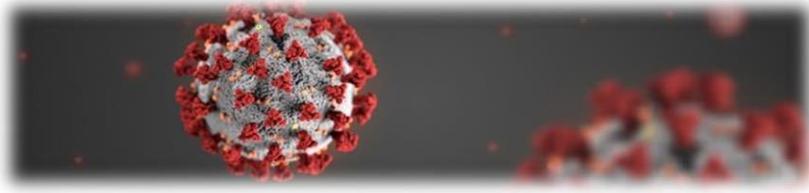
Lactancia materna

Los Recién Nacidos en el caso de no poderse confirmar mediante pruebas virológicas positividad a COVID 19, serán alimentadas mediante formula artificial.

Se ingresará al recién nacido hijo de madre de caso sospechoso o confirmado a sala aislada tipo cohorte, esto con el objetivo de disminuir el riesgo de transmisión horizontal.

En caso de contar con espacio disponible se podrá ingresar en la misma habitación que la madre a 2 metros de distancia y con asilamiento de contacto/gotas, en este caso la lactancia materna temprana seria individualizada en cada caso previa valoración por médico pediatra.

En el caso del puerperio inmediato con infección COVID-19 y lactancia establecida, no hay indicación de interrumpir la lactancia, pero sí de aplicar las medidas preventivas de transmisión respiratoria (uso de mascarilla quirúrgica, estrictas medidas de higiene a nivel mamario y de manos).



CRITERIOS DE EGRESO DE CASO SOSPECHO O CONFIRMADO COVID 19

Las pacientes hospitalizadas y atendidas por embarazo y COVID-19 se podrán egresar a su domicilio o trasladarse a otras unidades de atención médica, siempre y cuando cumplan los siguientes requisitos:

- FR <22/min y SO₂ >92% (>88% si EPOC) al aire ambiente.
- 2 resultados negativos consecutivos de RT-PCR de SARS-CoV-2 separados por al menos 1 día. (no en todos los casos).
- Estabilidad hemodinámica.
- Adecuada tolerancia de la vía oral.
- Ausencia de alteraciones neurológicas.
- Mejoría en infiltrados radiográficos.
- Adecuada evolución clínica en base a las guías de práctica clínica actuales para el manejo de puerperio.

Las indicaciones de egreso serán las siguientes

Deberá mantenerse en aislamiento domiciliario voluntario hasta 14 días siguientes a su egreso o el periodo que su médico indique.

Se mantendrá en vigilancia clínica ya que existen reportes de pacientes que tienen recaídas clínicas y virológicas.

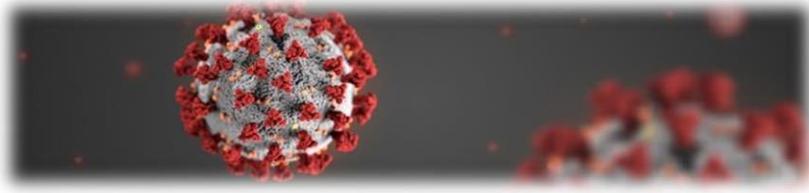
Deberá contactarse a la línea telefónica para reportar sus síntomas nuevos.

Información al egreso de la paciente

Quedarse en casa excepto para recibir atención médica, minimice el contacto con otros para evitar la propagación de esta infección.

Recomendamos el autoaislamiento, durante al menos 14 días después del primer día de síntomas y varios más si todavía está enfermo.

Dificultad para respirar, dolor de pecho, no puede comer o beber lo suficiente, o tiene vómitos intensos, diarrea o debilidad, es posible que deba volver a la unidad: ante estos síntomas llame por teléfono.



En la medida de lo posible, debe permanecer en una habitación específica y lejos de otras personas en su casa. Además, debe usar un baño separado, si está disponible.

No manipule mascotas u otros animales mientras esté enfermo.

Evite compartir artículos personales de la casa. No debe compartir platos, vasos, tazas, utensilios para comer, toallas o ropa de cama con otras personas o mascotas en su casa.

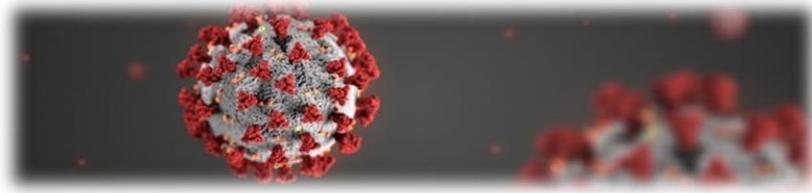
Limpie todos los días todas las superficies de "alta manipulación", Utilice una limpieza doméstica; rociar o limpiar, según las instrucciones de la etiqueta.

Lávese las manos a menudo con agua y jabón durante al menos 20 segundos. Si no hay agua y jabón, lávese las manos con un desinfectante para manos a base de alcohol que contenga al menos un 60% de alcohol, cubriendo todas las superficies de las manos y frotándolas hasta que se sientan secas. Evite tocarse los ojos, la nariz y la boca con las manos sin lavar.

Cubra la boca y la nariz con un pañuelo desechable cuando tosa o estornude o utilice el ángulo interno del codo.

Arroje los pañuelos usados en un bote de basura forrado; lávese inmediatamente las manos con agua y jabón durante al menos 20 segundos o límpiense las manos con un desinfectante para manos a base de alcohol que contenga al menos entre el 60% de alcohol.

Póngase una mascarilla antes de entrar en las instalaciones



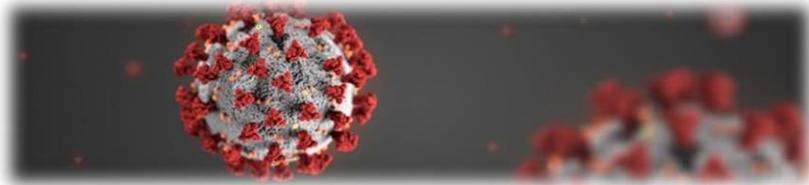
ROL DE ADSCRITOS POR CONTINGENCIA SANITARIA POR COVID-19 - HIMES

Turno Matutino

1	Dr. Elard Van Oort.		Coordinador. Dr. Ramón Alvarez Subdirector Dr. Renato Martínez Director Dr. Aurelio Rentería.
2	Dr. Adalberto Rojo Quiñonez		
3	Dr. German Contreras		
4	Dr. Gabriel Cortez		
5	Dr. Armando Calderón		
6	Dr. Daniel Espinoza.		
7	Dra. Pérez Borbón		
8	Dr. Arnoldo Barceló		
9	Dr. Francisco Vega		
10	Dr. Cano		

	Lunes 30	Martes 31	Miércoles 1	Jueves 2	Viernes 3
Labor	Dr. German Contreras	Dr. Elard Van Oort.	Dr. Armando Calderón	Dr. Gabriel Cortez	Dr. Adalberto Rojo Quiñonez
Urgencias	Dr. Armando Calderón	Dr. Daniel Espinoza.	Dr. Adalberto Rojo Quiñonez	Dr. Elard Van Oort.	Dr. German Contreras
Piso y apoyo a labor	Dr. Adalberto Rojo Quiñonez	Dr. Gabriel Cortez	Dr. German Contreras	Dr. Daniel Espinoza.	Dr. Armando Calderón

	Lunes 6	Martes 7	Miércoles 8	Jueves 9	Viernes 10
Labor	Dr. Daniel Espinoza	Dr. German Contreras	Dr. Elard Van Oort	Dr. Armando Calderón	Dr. Gabriel Cortez
Urgencias	Dr. Gabriel Cortez	Dr. Armando Calderón	Dr. Daniel Espinoza	Dr. Adalberto Rojo	Dr. Elard Van Oort

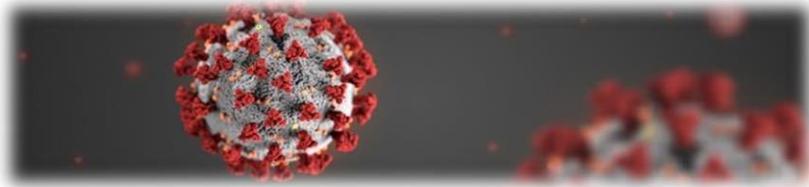


Piso y apoyo a labor	Dr. Elard Van Oort.	Dr. Adalberto Rojo Quiñonez	Dr. Gabriel Cortez	Dr. German Contreras	Dr. Daniel Espinoza
	Lunes 13	Martes 14	Miércoles 15	Jueves 16	Viernes 17
Labor	Dr. Adalberto Rojo	Dr. Daniel Espinoza	Dr. Armando Calderón	Dr. Elard Van Oort	Dr. German Contreras
Urgencias	Dr. German Contreras	Dr. Elard Van Oort	Dr. Adalberto Rojo	Dr. Gabriel Cortez	Dr. Armando Calderón
Piso y apoyo a labor	Dr. Armando Calderón	Dr. Gabriel Cortez	Dr. German Contreras	Dr. Daniel Espinoza	Dr. Adalberto Rojo

Turno Vespertino

1	Dra. Yadira Cota	Coordinador. Dr. Salceda Subdirector Dr. Renato Martínez Director Dr. Aurelio Rentería.
2	Dra. Pedro Salas	
3	Dr. Coronado	
4	Dr. German Verdugo	
5	Dra. Leticia Vázquez	
6	Dr. Hugo Valenzuela	
7	Dr. Duran Romandia	

	Lunes 30	Martes 31	Miércoles 1	Jueves 2	Viernes 3
Labor	Dra. Yadira Cota	Dra. Leticia Vázquez	Dr. Verdugo	Dr. Coronado	Dr. Pedro Salas
Urgencias	Dra. Leticia Vázquez	Dr. Coronado	Dr. Pedro Salas	Dra. Yadira Cota	Dr. Verdugo
Apoyo a labor	Dr. Pedro Salas	Dr. Duran Romandia	Dra. Leticia Vázquez	Dr. Duran Romandia	Dr. Duran Romandia



	Lunes 6	Martes 7	Miércoles 8	Jueves 9	Viernes 10
Labor	Dr. Hugo Valenzuela	Dra. Leticia Vázquez	Dr. German Verdugo	Dr. Hugo Valenzuela	Dra. Leticia Vázquez
Urgencias	Dra. Yadira Cota	Dr. Pedro Salas	Dra. Yadira Cota	Dra. Yadira Cota	Dr. German Verdugo
Apoyo a labor	Dr. Coronado	Dr. Duran Romandia	Dra. Leticia Vázquez	Dr. Pedro Salas	Dr. Coronado

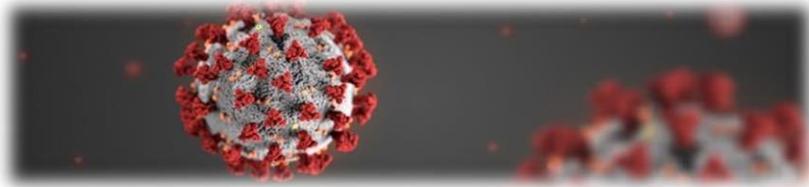
	Lunes 13	Martes 14	Miércoles 15	Jueves 16	Viernes 17
Labor	Dr. Coronado	Dr. Pedro Salas	Dr. Hugo Valenzuela	Dr. German Verdugo	Dra. Yadira Cota
Urgencias	Dr. Hugo Valenzuela	Dra. Leticia Vázquez	Dra. Yadira Cota	Dr. Coronado	Dr. Pedro Salas
Apoyo a labor	Dra. Yadira Cota	Dr. Duran Romandia	Dra. Leticia Vázquez	Dr. Hugo Valenzuela	Dr. Duran Romandia.

Turno Nocturno

1	Dr. Carlos Amavizca	Subdirector Dr. Renato Martínez Director Dr. Aurelio Renteria.
2	Dra. Leticia Vázquez Comodin.	
3	Dr. Daniel Figueroa	
4	Dr. Verdugo	
5	Dr. Daniel Espinoza	
6	Dr. Sergio Rosas	
7	Dr. Carlos López	

	Lunes 30	Martes 31	Miércoles 1	Jueves 2	Viernes 3	Sábado 4	Domingo 6
Labor	Daniel Figueroa	Carlos Lopez	Carlos Amavizca	Sergio Rosas	Daniel Figueroa	Daniel Espinoza	Carlos Lopez
Urgencias	Carlos Amavizca	Sergio Rosas	Daniel Figueroa	Carlos López	Carlos Amavizca	German Verdugo	Sergio Rosas

	Lunes 6	Martes 7	Miércoles 8	Jueves 9	Viernes 10	Sábado 11	Domingo 12
Labor	Carlos Amavizca	Sergio Rosas	Daniel Figueroa	Carlos Lopez	Carlos Amavizca	German Verdugo	Carlos López
Urgencias	Daniel Figueroa	Carlos López	Carlos Amavizca	Sergio Rosas	Daniel Figueroa	Daniel Espinoza	Sergio Rosas

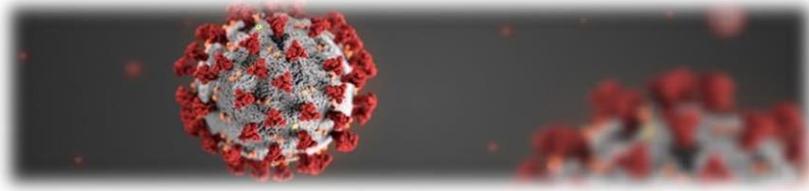


	Lunes 13	Martes 14	Miércoles 15	Jueves 16	Viernes 17	Sábado 18	Domingo 19
Labor	Daniel Figueroa	Carlos Lopez	Carlos Amavizca	Sergio Rosas	Daniel Figueroa	Daniel Espinoza	Carlos Lopez
Urgencias	Carlos Amavizca	Sergio Rosas	Daniel Figueroa	Carlos López	Carlos Amavizca	German Verdugo	Sergio Rosas

Jornada Acumulada.

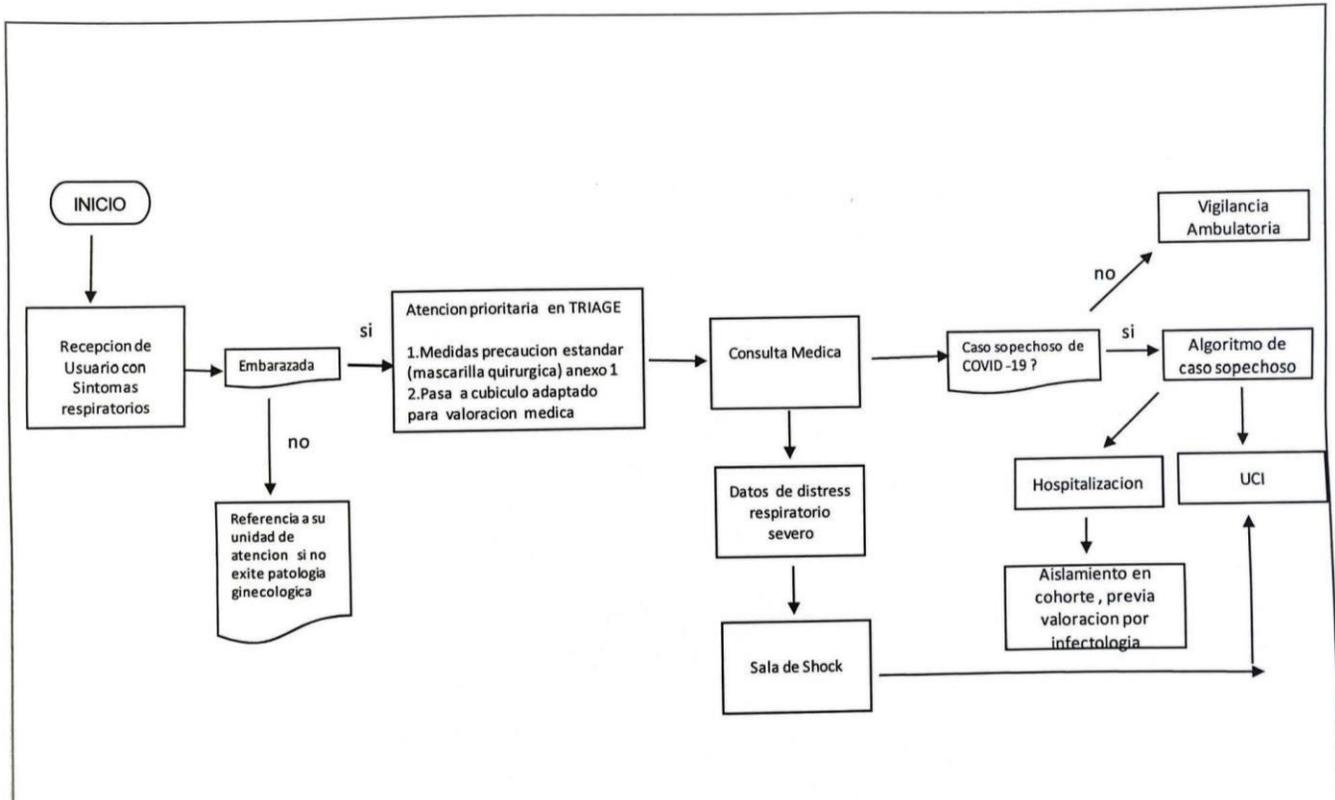
1	Dr. Justo Galena	Coordinador Dr. Millán Subdirector Dr. Renato Martínez Director Dr. Aurelio Renteria.
2	Dr. Carlos Felix	
3	Dr. Ramón Alvarez Cubre Incidencia	

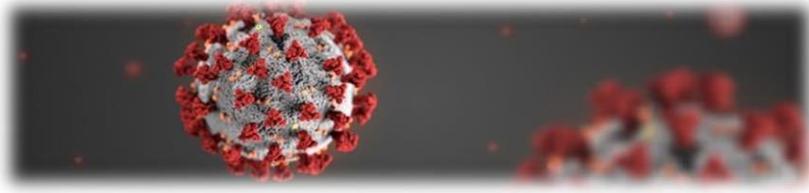
	Sábado 5	Domingo 6	Sábado 11	Domingo 12	Sábado 18	Domingo 19	
Labor	Dr. Justo Galeana	Dr. Félix Báez	Dr. Ramón Alvarez	Dr. Félix Báez	Dr. Justo Galeana	Dr. Félix Báez	
Urgencias	Dr. Félix Báez	Dr. Justo Galeana	Dr. Félix Báez	Dr. Ramón Alvarez	Dr. Félix Báez	Dr. Justo Galeana	



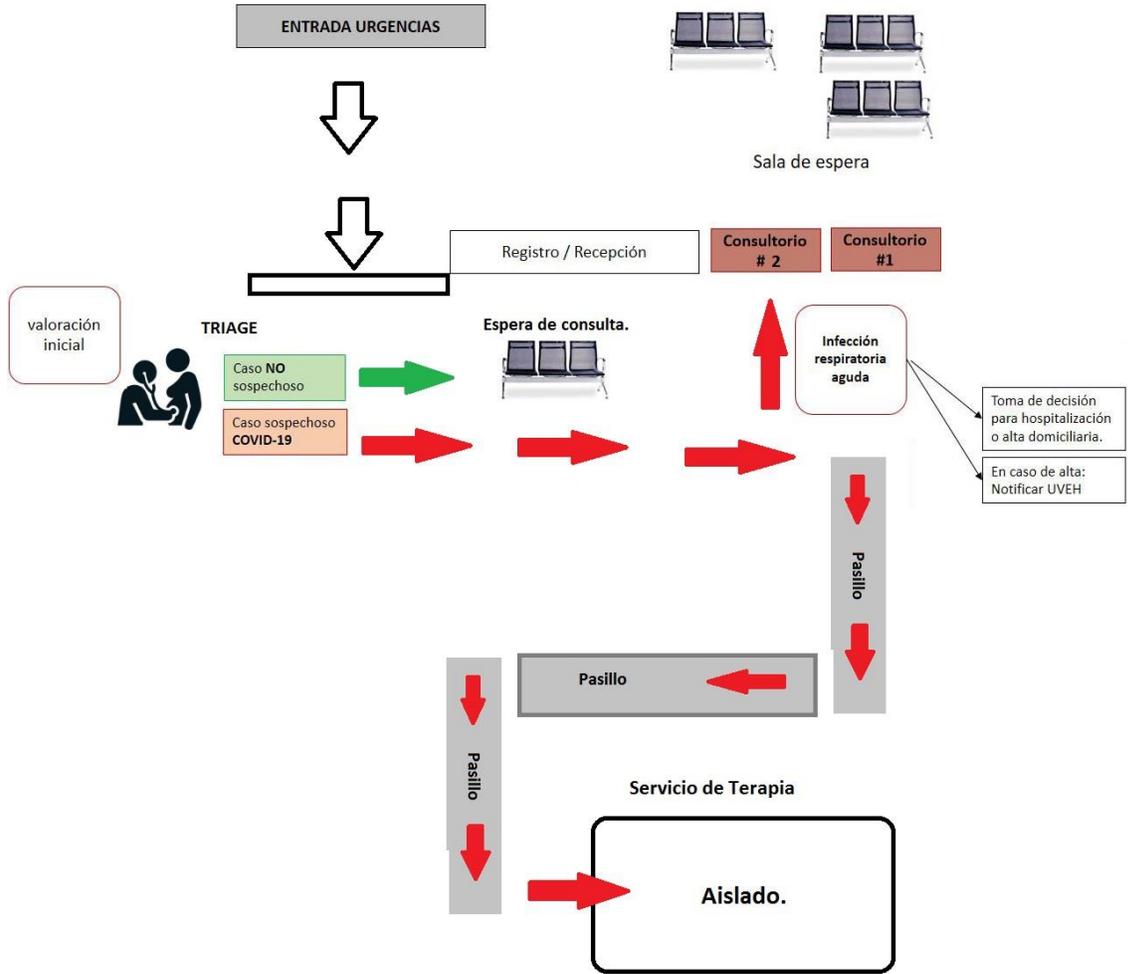
ALGORITMO PARA SEGUIMIENTO DE CASO SOSPECHOSO DE COVID-19 DEL HOSPITAL INTEGRAL DE LA MUJER (HIMES)

ALGORITMO DE ATENCION DE EL SERVICIO DE URGENCIAS PARA CASO SOSPECHOSO POR COVID-19 EN MUJERES EMBARAZADAS

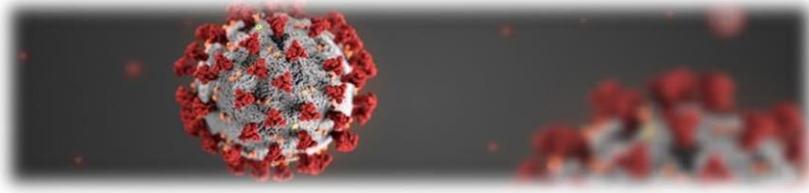




RUTA DE ATENCION INTRAHOSPITALARIA ANTE UN CASO DE SOSPECHOSO DE COVID-19 EN EL HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA SERVICIO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



* UVEH: Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria



ENCUESTA AL SOLICITAR CONSULTA EN URGENCIAS

Caso sospechoso de infección por COVID-19

- 1. ¿El paciente presenta los siguientes síntomas?**
 - Fiebre
 - Tos
 - Malestar general (irritabilidad)

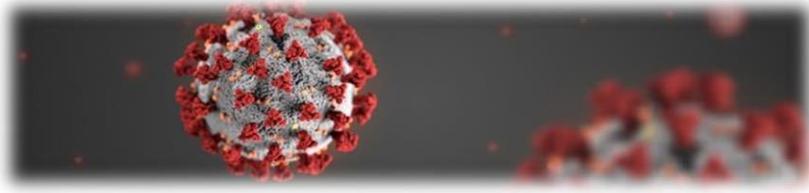
Si la respuesta es afirmativa realice la siguiente pregunta

- 2. En las últimas dos semanas ha viajado o estado en contacto con personas de alguno de los siguientes:**

China, Hong Kong, Corea del sur, Japón, Italia,
Irán, Singapur, Francia, Alemania, España y
Estados Unidos

*Información sujeta a cambios

Si la respuesta es afirmativa se debe referir a la consulta de infección respiratoria aguda.



EVALUACIÓN POR EL TRIAGE DE INFECCION RESPIRATORIA

Una vez evaluado en el TRIAGE de consulta de infección respiratoria aguda, si el paciente presenta los siguientes datos:

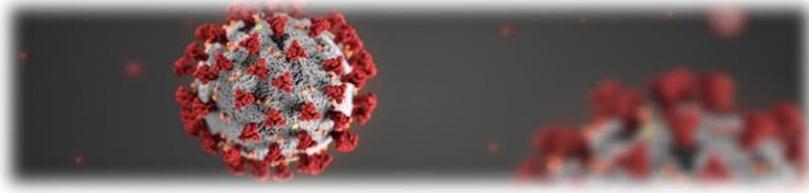
1. Polipnea
 - a. ≥ 60 x min en menores de dos meses
 - b. ≥ 50 veces por minuto para 2 a 12 meses
 - c. ≥ 40 veces por minuto para 1 a 5 años
 - d. ≥ 30 respiraciones por minuto mayores de 5 años
 - e. Rechazo a la vía oral
 - f. Somnoliento o decaído
 - g. Crisis convulsivas
 - h. Acompañados de factores de riesgo

El paciente deberá ingresarse al área de aislamiento seleccionada en el segundo piso.

El paciente será acompañado por el personal de enfermería y/o médico, los cuales contarán con equipo de protección personal (gorro, respirador de alta eficiencia, careta, bata, doble guante etc.), Siguiendo la ruta señalada.

Si el PACIENTE no presenta criterios para internamiento u hospitalización, recibirá capacitación para mantener su aislamiento domiciliario, así como seguir las indicaciones de tratamiento médico en el mismo.

En ambos casos de hospitalización y alta domiciliaria se deberá notificar a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria para la realización de estudio epidemiológico y toma de muestra.



LINEAMIENTOS PARA LA VIGILANCIA POR LABORATORIO DE ENFERMEDAD POR COVID-19

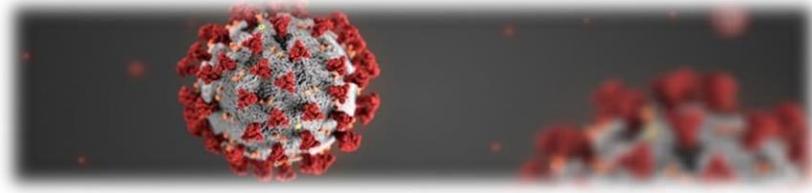
Una vez identificado el caso sospechoso de COVID-19, se tendrá que llevar a cabo la toma de muestra. Toma de muestra:

1. La muestra deberá tomarse de manera obligatoria por personal capacitado y designado por la unidad de salud. Las muestras deberán ser consideradas como altamente infecciosas, por lo que es indispensable portar el equipo de protección personal:

- Respiradores NIOSH N95 o N100.
- Lentes con protección lateral (goggles).
- Bata desechable de manga larga.
- Doble par de guantes de nitrilo.
- Cinta microporosa.
- Zapato de seguridad o cubre zapato en caso de no contar con el primero

Cuadro 3. Descripción de los tipos de muestra

Tipo de muestra	Material	Temperatura de transporte	Almacenamiento	Comentarios
Exudado faríngeo y nasofaríngeo	Medio de transporte viral Hisopos de dacrón o rayón con mango de plástico (exudado faríngeo) Hisopos de dacrón o rayón con mango flexible (exudado nasofaríngeo)	2-8°C	≤ 5 días: 2-8°C > 5 días: -70°C	El exudado faríngeo y nasofaríngeo se deben colocar en el mismo tubo para incrementar la carga viral
Lavado Bronquioalveolar	Contenedor estéril con medio de transporte viral	2-8°C	≤ 48 horas: 2-8°C > 48 horas: -70°C	Puede haber dilución del patógeno, pero aun así vale la pena tomarla. Se requiere como mínimo 2ml (1 ml de lavado bronquioalveolar más 1 ml de medio de transporte).
Aspirado traqueal, aspirado nasofaríngeo o lavado nasal	Contenedor estéril con medio de transporte viral	2-8°C	≤ 48 horas: 2-8°C > 48 horas: -70°C	Se requiere como mínimo 2ml (1 ml de aspirado, más 1 ml de medio de transporte).
Biopsia de pulmón	Contenedor estéril con medio de transporte viral	2-8°C	≤ 5 días: 2-8°C > 5 días: -70°C	2cm ³ de la parte visiblemente más afectada.



Tipos de muestra

- Se tomará muestra combinada de exudado faríngeo y nasofaríngeo en un mismo tubo.
- Si el paciente está intubado, se tomará lavado bronquioalveolar, no menos de 2.0 ml (1 ml de medio de transporte viral, más 1ml de lavado bronquioalveolar).
- En caso de defunción, tomar biopsia de pulmón, aproximadamente 2 cm³ de parénquima pulmonar visiblemente afectado, y colocarlo en medio de transporte viral.

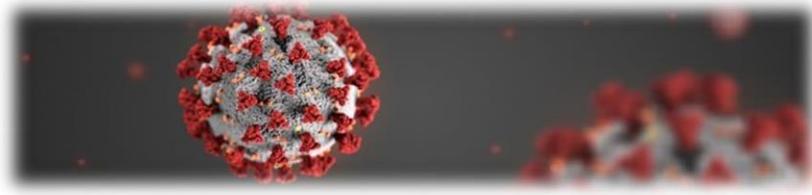
Procedimientos para toma de muestras clínicas

El éxito del diagnóstico virológico depende principalmente de la calidad de la muestra, así como de las condiciones de su transporte y almacenamiento antes de ser procesada en el laboratorio. Todas las muestras deben ser colocadas en tubos con medio de transporte viral (ver preparación en Anexo III de los Lineamientos para la Vigilancia por Laboratorio de Influenza y otros Virus Respiratorios o BD Universal Viral Transport) y conservarlo (desde su preparación) a temperatura de 2 a 8 °C, los tubos deben mantener un color rojo. Las muestras deberán estar etiquetadas con el nombre y apellido del paciente e ir acompañadas del estudio epidemiológico de caso sospechoso de COVID-19.

Exudado faríngeo

Se recomienda para niños y adultos. La forma adecuada para toma y obtención de una buena muestra para detección de virus respiratorios es la siguiente:

1. La persona que realice la toma debe tomar en cuenta que todas las muestras deben ser consideradas como altamente infecciosas por lo que tendrá que portar el equipo de protección personal (bata desechable de manga larga, guantes de nitrilo, lentes con protección lateral (goggles) y respirador NIOSH N95 o N100). Sujetar la lengua del paciente con el abatelengua y frotar con firmeza la pared posterior de la garganta (orofaringe) con el hisopo estéril con mango de plástico y punta de rayón o dacrón, al frotar se obtendrán células infectadas por el virus; tener cuidado de no tocar la úvula para no provocar el vómito en el paciente. (Figura 1)
2. Introducir el hisopo en el tubo de ensayo (que debe contener 2.5 ml de medio de transporte viral estéril), mantener la parte del hisopo que contiene la muestra dentro del tubo, cortar y desechar el resto. Cerrar el tubo perfectamente y mantenerlo de 2 a 8 °C hasta su recepción en el laboratorio.



3. Marcar cada uno de los tubos con una tela adhesiva (evitar papel engomado, masking tape o “diurex”), en la cual se escribe el nombre y apellido del paciente.
4. Mantener los tubos con las muestras en refrigeración o en la hielera con los suficientes refrigerantes hasta su recepción en el laboratorio.

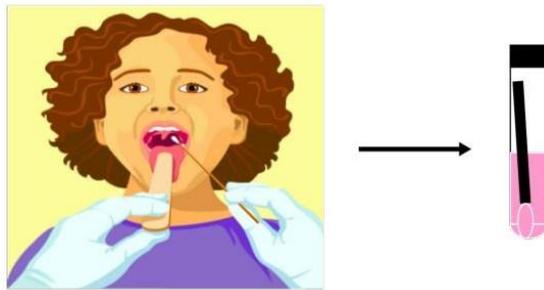


Figura. 1. Toma de muestra de exudado faríngeo

Exudado nasofaríngeo

La forma adecuada para tomarlo y obtener una buena muestra es la siguiente:

1. Recostar al paciente y elevar un poco su cabeza, introducir suavemente el hisopo estéril con mango de alambre flexible (con punta de rayón o dacrón), paralelo al paladar, casi en su totalidad hasta llegar a la nasofaringe (aproximadamente 2.5 cm en adultos y un poco menos en niños); una vez ahí, rotarlo suavemente para frotar la pared de la nasofaringe (al frotar se obtienen células infectadas por el virus), retirarlo cuidadosamente sin dejar de rotar. (Figura 2)
2. Introducir el hisopo en el tubo de ensayo (que debe contener 2.5 ml de medio de transporte viral estéril), mantener la parte del hisopo que contiene la muestra dentro del tubo, cortar y desechar el resto. Cerrar el tubo perfectamente y mantenerlo de 2 a 8 °C.
3. Marcar cada uno de los tubos con una tela adhesiva (evitar papel engomado, masking tape o “diurex”), en la cual se escribe el nombre y apellidos del paciente.
4. Mantener los tubos con las muestras en refrigeración o en la hielera con los suficientes refrigerantes hasta su recepción en el laboratorio.

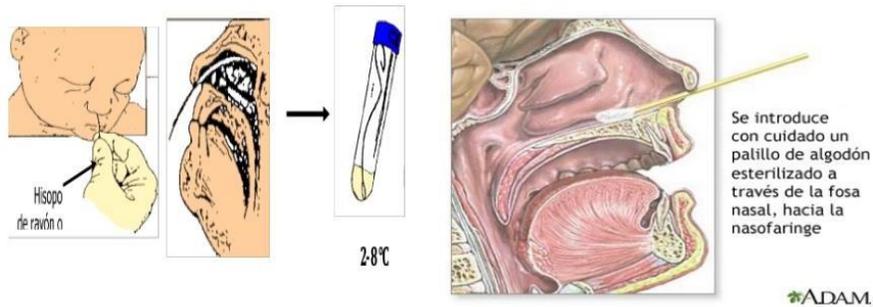
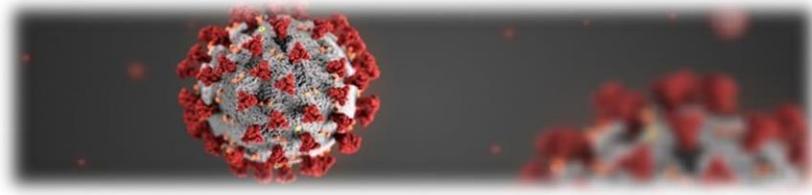


Figura 2. Toma de exudado nasofaríngeo

Material para toma de muestras clínicas

- Tubos de medio de transporte viral, con 2.5 ml de medio de transporte viral (color rojo).
- Hisopos estériles con mango de plástico (con punta de rayón o dacrón) y abatelengua estéril, para exudados faríngeos.
- Hisopos estériles con mango de alambre flexible (con punta de rayón o dacrón), para exudados nasofaríngeos.
- Gradilla (para exudados faríngeos y nasofaríngeos).
- Hielera que contenga refrigerantes para mantener las muestras a temperatura de 2 a 8 °C.
- Doble par de guantes de nitrilo, respirador NIOSH N95 o N100, batas desechables con manga larga, tela adhesiva y bolígrafo.
- Contenedor para muestras (envase secundario).
- Caja de cartón rígida.
- Marcas y etiquetas correspondientes a la categoría “B”



Criterios de aceptación

- Que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso de COVID-19.
- Que incluya estudio epidemiológico de caso sospechoso de COVID-19 correctamente llenado y validado.
- Muestra en medio de transporte viral (color rojo).
- Muestra tomada con hisopo de rayón o dacrón.

Criterios de rechazo

- Que no cumpla con la definición operacional de caso sospechoso de COVID-19.
- Que no incluya estudio epidemiológico de caso sospechoso de COVID-19.
- Muestra en medio de transporte viral virado (amarillo o rosa).
- Muestra tomada con hisopo de algodón y punta de madera.
- Muestra con temperatura mayor a 8°C.

Envío y embalaje de muestras

- Las muestras de COVID-19 deben seguir el Reglamento Modelo de las Naciones Unidas y cualquier otro reglamento aplicable dependiendo del modo de transporte utilizado. Se puede encontrar información en la Guía de la OMS sobre regulaciones para el transporte de sustancias infecciosas 2019-2020 (aplicable a partir del 1 de enero de 2019). Las muestras de pacientes de casos sospechosos o confirmados deben ser transportadas como UN3373, “Sustancia biológica, Categoría B”, cuando son transportadas para diagnóstico.

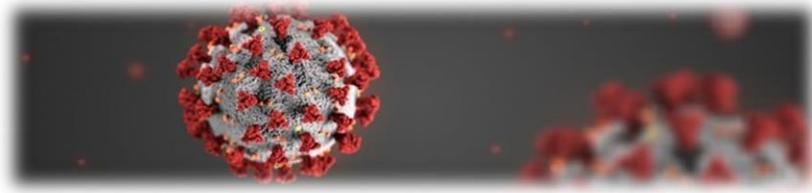
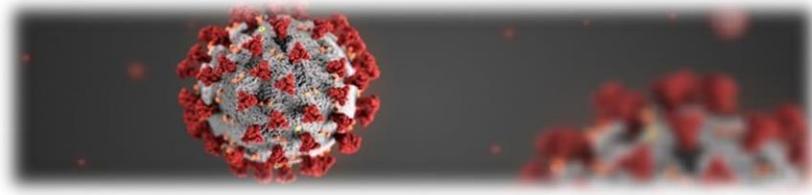


Figura 3. Alternativa de triple embalaje



- Todas las muestras tomadas deberán estar contenidas en un tubo con medio de transporte viral perfectamente cerrado y etiquetado, el cual se manejará desde su toma y hasta la recepción en el laboratorio entre 2 a 8 °C. Las muestras se colocarán en una gradilla dentro de una hielera rígida, la cual contendrá refrigerantes para mantener la muestra entre 2 a 8 °C. Las muestras serán enviadas de manera inmediata (menos de 24 horas) al Laboratorio Estatal de Salud Pública (LESP) o al Laboratorio de Apoyo a la Vigilancia Epidemiológica (LAVE), avalados como Laboratorios de la Red Nacional de Influenza más cercano. El personal capacitado para embalaje de los LESP o LAVE realizarán el triple embalaje de las muestras y las enviarán de manera inmediata al InDRE (Laboratorio de Virus Respiratorios) para su diagnóstico. Se debe mantener temperatura de refrigeración o congelación de acuerdo a los días mencionados anteriormente.



RECOMENDACIONES EN EL HOSPITAL INFANTIL E INTEGRAL DE LA MUJER DEL ESTADO DE SONORA

De ser posible asignar una habitación aislada para todos los pacientes que ingresan como casos sospechosos de Covid-19; en caso de no ser posible, se recomienda realizar aislamiento de cohorte con separación de las personas de por lo menos un metro.

Se debe evitar el material reusable; si se utiliza se debe descontaminar y desinfectar de acuerdo a las instrucciones que dicta el fabricante. El material desechable debe desecharse dentro de la habitación del paciente.

Todo material y equipo debe ser exclusivo para el paciente y no intercambiarse entre pacientes. No debe almacenarse ningún material o equipo en la habitación del paciente.

De no contar con material exclusivo para pacientes (estetoscopios, por ejemplo) se debe desinfectar con alcohol al 70% entre pacientes, y lavarse con detergente si se ensucia.

Los equipos de ventilación mecánica durante su uso deben protegerse con un filtro de alta eficiencia (tal como BS EN 1332-1); se debe utilizar succión por sistema cerrado.

Utensilios para alimentación

Se recomienda que vajillas y cubiertos se laven con agua y jabón. Si es parte del manejo estándar en la unidad, se desinfecten con solución clorada. Además de monitorizar la adecuada limpieza visualmente

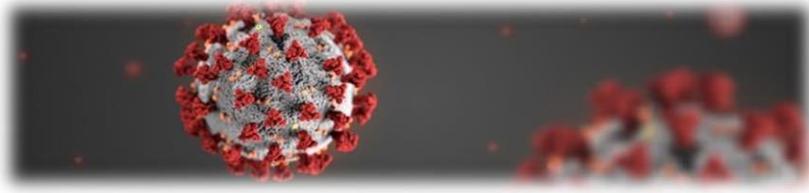
Ropa de cama y ropa del paciente

La ropa de cama y ropa del paciente debe colocarse en la bolsa de tela o de plástico como el manejo habitual de la ropa hospitalaria. Se recomienda en el lavado utilizar cloro, ácido hipocloroso, peróxido de hidrógeno u otro desinfectante que ya se utilice el hospital y secado a altas temperaturas.

Basura, excretas y desechos biológicos

En caso de desechos biológicos seguir el procedimiento de RPBI y el resto desechar conforme a la práctica hospitalaria estándar.

El paciente puede utilizar el inodoro. La limpieza y desinfección debe realizarse de acuerdo con las recomendaciones de la institución.

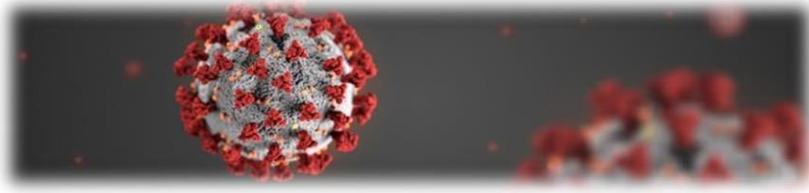


Recomendaciones para los trabajadores de la salud:

- Estar vacunados contra influenza.
- Reportar si presentan síntomas respiratorios, colocar cubrebocas, hacer higiene de manos y acudir para que sean evaluados y evitar transmisión intrahospitalaria.
- Realizar higiene de manos.
- Colocar precauciones de contacto y gotas en caso de atención de casos confirmados o sospechosos de Covid-19, influenza o neumonía adquirida en la comunidad.
- En caso de procedimientos que generan aerosoles (como intubación traqueal, ventilación no invasiva, traqueotomía, reanimación cardiopulmonar, ventilación manual antes de la intubación y broncoscopia, aspiración de secreciones, instalación de sonda nasogástrica), utilizar un respirador para partículas (<5 micras) como un N95 certificado por COFEPRIS, Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional de los EE. UU. (NIOSH, por sus siglas en inglés), la norma FFP2 de la Unión Europea (UE) o equivalente.
- Recibir entrenamiento acerca de colocación y retiro del EPP (Anexo 6).
- Evitar tocar conjuntivas, mucosa oral o nasal.
- Para quien no se encuentra en contacto directo con los pacientes sospechosos o confirmados, sus muestras o desechos, se recomienda realizar higiene de manos y seguir las recomendaciones para la población general. No se recomienda uso de precauciones de contacto o gotas, ni uso de guantes durante la jornada laboral debido a que no se asocian a protección y si disminuyen la posibilidad de apego a la higiene de manos.
- Los trabajadores de salud deberán de ser instruidos para contactar inmediatamente al área de control de infecciones en cada institución en caso de que desarrolle fiebre o cualquiera de los síntomas de definición de caso, aunque sean leves.

Medidas de prevención durante traslados intra e interhospitalarios

- Se deberá de avisar al área donde se trasladará al paciente.
- Colocar cubrebocas o mascarilla y ropa limpia al paciente durante el traslado. El paciente NO requiere cubrebocas N95.
- El personal que traslada al paciente y que lo recibe deberá de utilizar precauciones de contacto y gotas.
- En caso de utilizar elevadores no se permitirá ingresen durante el traslado otras personas fuera del equipo de atención que acompaña al paciente.
- Realizar desinfección de superficies utilizadas para el traslado.
- En caso de traslados entre hospitales, se deberá de desinfectar la ambulancia siguiendo las recomendaciones de limpieza y desinfección antes y después del uso de la unidad.



PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE CADÁVERES DE CASOS DE COVID-19

Justificación

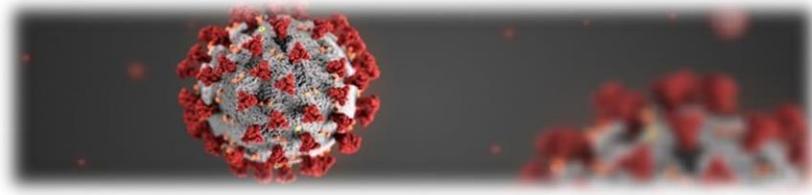
La neumonía por el nuevo coronavirus, o SARS-CoV-2, surgió a finales de 2019 en la ciudad de Wuhan, en la provincia china de Hubei, siendo declarada por la OMS Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional el 30 de enero de 2020. Por similitud con otros coronavirus se piensa que se transmite fundamentalmente a través de las secreciones respiratorias, bien por contacto directo, por la emisión de gotas de más de 5 micras o, en procedimientos específicos que los generan, a través de aerosoles de dichas secreciones. Además, se ha demostrado la presencia del virus en orina y heces, aunque no está clara la transmisibilidad a través de los mismos. La tasa de mortalidad, según los datos actualizados de la OMS, se encuentra entre el 2.7%-3% y afecta principalmente a mayores de 65 años, siendo considerablemente más baja que la tasa asociada a la pandemia de gripe H1N1 de 2009-2010, que fue del 4.3% en España, con un 64% de fallecidos menores de 65 años. Por ello, aunque no hay evidencia sólida hasta la fecha del riesgo de infección a partir de cadáveres de personas fallecidas por COVID-19, de acuerdo a lo observado para otros virus respiratorios y por el principio de precaución, se considera que estos cadáveres podrían suponer un riesgo de infección para las personas que entren en contacto directo con ellos.

No existe por el momento una guía específica para el manejo de cadáveres de personas fallecidas por COVID-19, pero puede ser de aplicación lo contemplado en las Directrices de la Organización Mundial de la Salud publicadas en 2014 sobre Prevención y control de las infecciones respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica durante la atención sanitaria.

PASOS EN EL TRATAMIENTO DEL CADÁVER

1. Traslado desde la sala o espacio de aislamiento

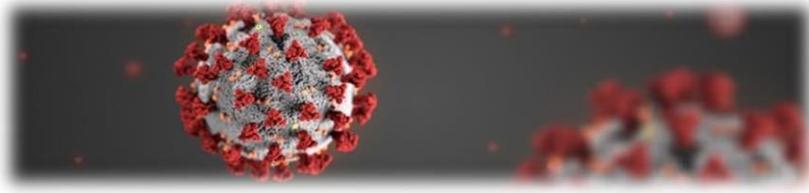
El cadáver debe ser transferido lo antes posible al depósito después del fallecimiento. Antes de proceder al traslado del cadáver, debe permitirse el acceso de los familiares y amigos para una despedida sin establecer contacto físico con el cadáver ni con las superficies u otros enseres de su entorno o cualquier otro material que pudiera estar contaminado. Las personas que entren deben tomar las precauciones de transmisión por contacto y gotas, siendo suficiente una bata desechable, unos guantes y una mascarilla quirúrgica.



Todas las personas que participen en el traslado del cadáver desde la sala o espacio de aislamiento deberán tener la formación suficiente y deberán estar en número suficiente para realizar esta operación minimizando los riesgos. Todas las personas deberán estar provistas con los equipos de protección individual adecuados similares a los establecidos para el personal sanitario que atiende a casos en investigación, probables o confirmados para infección por SARS-CoV-2. Además, si se van a realizar tareas pesadas se recomiendan medidas adicionales como guantes de caucho, delantal de caucho y zapatos cerrados resistentes, además del equipo de protección habitual. El cadáver debe introducirse en una bolsa sanitaria estanca biodegradable y de traslado con ataúd, que reúna las características técnicas sanitarias de resistencia a la presión de los gases en su interior, estanqueidad e impermeabilidad. La introducción en la bolsa se debe realizar dentro de la propia habitación de aislamiento. Esta bolsa se deberá pulverizar con desinfectante de uso hospitalario o con una solución de hipoclorito sódico que contenga 5.000 ppm de cloro activo (dilución 1:10 de una lejía con concentración 40-50 gr/litro preparada recientemente). Si el cierre de la bolsa es de cremallera, se procederá al sellado utilizando pegamentos u otras sustancias que aseguren la estanqueidad de la cremallera. Una vez que el cadáver esté adecuadamente empacado en la bolsa, se puede sacar sin riesgo para conservarlo en el depósito mortuario, enviarlo al crematorio o colocarlo en un ataúd para llevarlo al tanatorio y realizar el entierro.

2. AUTOPSIA

Los riesgos habituales del trabajo en la sala de autopsia surgen del contacto con materiales infectivos, especialmente por salpicaduras, más que por inhalación de material infeccioso. Sin embargo, en casos de pacientes fallecidos por COVID-19, los pulmones y otros órganos todavía pueden contener virus vivos y es preciso tomar medidas de protección respiratoria complementarias durante los procedimientos que generan aerosoles de partículas pequeñas (por ejemplo, el uso de motosierras y el lavado de los intestinos). Por ello, en general se recomienda no realizar autopsia a los cadáveres de personas fallecidas por COVID-19, ya fuesen casos clasificados como caso en investigación, probables o confirmados, salvo indicaciones clínicas fundamentadas.



Si la autopsia se considera realmente necesaria y se puede garantizar que ésta se realiza en un ambiente seguro se podrá llevar a cabo, cumpliendo las recomendaciones respecto al equipo de protección individual y la minimización de la producción de aerosoles referidas a continuación.

Para su realización, se deberá sacar el cadáver de la bolsa impermeable e introducirlo de nuevo al finalizar, siguiendo todas las precauciones detalladas en el apartado anterior.

En caso de aceptar la realización de la autopsia se debe comunicar inmediatamente a las autoridades sanitarias responsables. Se debe reducir al mínimo imprescindible el número de personas que van a realizar la autopsia, sin que haya ninguna persona adicional en la sala salvo aquellos que la están realizando.

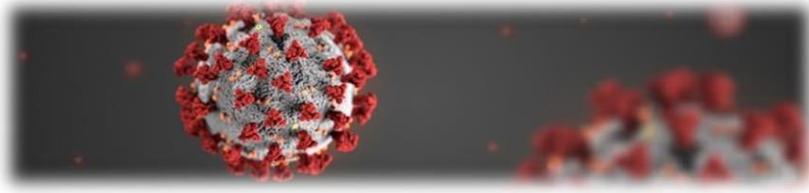
Se debe elaborar un listado de todo el personal, quien debe autovigilar cualquier síntoma respiratorio en los 14 días posteriores a la última exposición a un caso confirmado para realizar el diagnóstico oportuno y proceder a su aislamiento.

Para asegurar un sistema seguro de trabajo se deben seguir los protocolos de descontaminación, mantenimiento y eliminación de residuos utilizados habitualmente para otro tipo de microorganismos con el riesgo de propagación y mecanismo de transmisión similar.

Equipo de protección individual para las autopsias:

Todo el personal deberá utilizar un equipo de protección individual que consistirá en:

- Atuendo de quirófano, con camisa y pantalón o indumentaria equivalente
- bata de uso único, impermeable, de manga larga y delantal (obligatorio si la bata no es impermeable)
- durante los procedimientos de la autopsia, mascarilla con filtro de partículas cuya protección corresponda a la norma N95 certificada por el NIOSH, o según la norma de la Unión Europea a FFP2 o, si se realizaran maniobras en las que se puedan generar aerosoles se colocará una mascarilla FFP3.
- protección ocular ajustada de montura integral o protector facial completo (preferente)
- doble guante
- gorro
- botas altas hasta la rodilla
- calzas.



Puesta del equipo de protección individual:

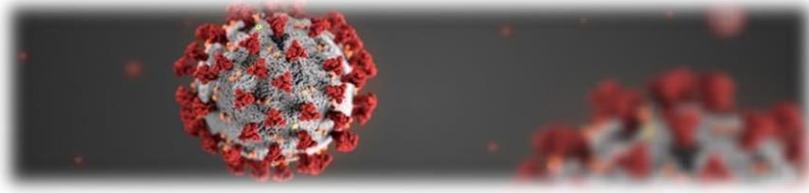
- el EPI debe colocarse en el vestidor antes de ingresar a la sala de autopsia donde se halla el cuerpo
- en el vestidor, reemplazar la ropa y zapatos exteriores de calle por el atuendo completo de protección o su equivalente, además de las botas
- entrar a la sala de autopsia donde se halla el cuerpo.

Retirada del equipo de protección individual

- salir de la sala de autopsia al vestidor y retirarse el equipo de protección personal y eliminarlo conforme las recomendaciones
- realizar higiene de manos.

Se debe minimizar la producción de aerosoles durante la autopsia, tomando las siguientes precauciones:

- La sala debe contar con ventilación por extracción para contener los aerosoles y disminuir el volumen de los aerosoles liberados en el aire ambiental, y si es posible, se recomienda disponer de presión negativa en el área y filtros HEPA, nunca recircular el aire a otros espacios, y mínimo ventilación de 6-12 renovaciones por hora. Los sistemas de extracción alrededor de la mesa de autopsia deben dirigir el aire y los aerosoles en la dirección contraria al personal que realiza el procedimiento (por ejemplo, extracción hacia abajo).
- Con el objetivo de minimizar los riesgos de contaminación del personal que realiza la autopsia, cuando se dé la necesidad de realizar autopsias secuenciales, se intentará realizar primero la de mayor riesgo infeccioso.
- Durante la autopsia, un asistente limpio será el encargado de realizar los registros y observaciones y los suministros.
- Evitar siempre que sea posible la utilización de motosierras.
- Cuando se usan sierras oscilantes, utilizar sistemas de aspiración al vacío.
- Evitar las salpicaduras al extraer, manipular o lavar los órganos, sobre todo el tejido pulmonar y los intestinos.
- Evitar la aerosolización previa a la toma de muestra para cultivo (al esterilizar mediante el uso de metal caliente una superficie de tejido fresco se pueden producir salpicaduras o plumas de humo). Se aconseja otro método alternativo de esterilización, solución yodada, uso de recipientes de tapa de rosca.

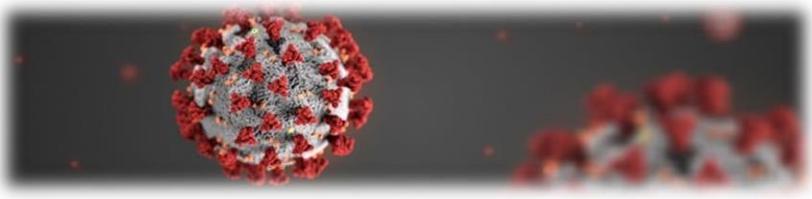


- Utilizar dispositivos de contención siempre que sea posible (por ejemplo, gabinetes de bioseguridad durante la manipulación y el examen de las muestras más pequeñas).
- No se deben usar sistemas de rociado de agua a alta presión.
- Si se ha de abrir los intestinos, se debe hacer bajo el agua.
- Fijación inmediata de los órganos / muestras obtenidas para estudio histológico en formol al 10% (3,7% formaldehído) y volumen adecuado (10 veces el volumen del tejido) inactiva los agentes infecciosos más importantes, excepto priones y micobacterias (se aconseja la combinación de formol 10% con alcohol etílico 50%).

Limpieza en la sala de autopsias

Tras la finalización de la autopsia, se deben limpiar y desinfectar las superficies que se han contaminado con tejidos o líquidos y secreciones corporales. Esta limpieza la deben realizar las mismas personas que han realizado la autopsia, para minimizar el número de personas expuestas al posible riesgo. Se recomienda:

- Eliminar en primer lugar la mayor parte de los tejidos o las sustancias corporales con materiales absorbentes.
- Limpiar las superficies con agua caliente y detergente.
- Los desinfectantes que tienen eficacia comprobada contra los virus dotados de cubierta son el cloro, el alcohol, el peróxido de hidrógeno, los compuestos de amonio cuaternario y los productos fenólicos.
- Enjuagar bien.
- Eliminar los residuos de la forma habitual.



COLOCACIÓN Y RETIRO DE EQUIPO DE PROTECCIÓN SEGÚN LA OMS

Pasos para ponerse el equipo de protección personal (EPP), incluido el overol

1 Quite todos los efectos personales (joyas, reloj, teléfono móvil, bolígrafos, etc.).



2 Póngase el **traje aséptico** y las **botas de goma**¹ en el vestuario.

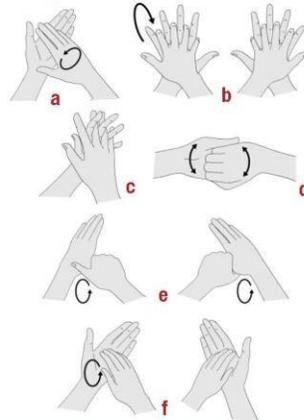


3 Pase al área limpia que está en la entrada de la unidad de aislamiento.

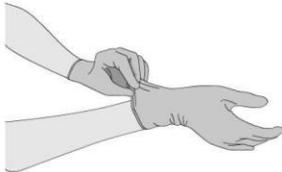
4 Haga una inspección visual para cerciorarse de que todos los componentes del EPP sean del tamaño correcto y de una calidad apropiada.

5 Inicie el procedimiento para ponerse el equipo de protección personal bajo la orientación y supervisión de un observador capacitado (colega).

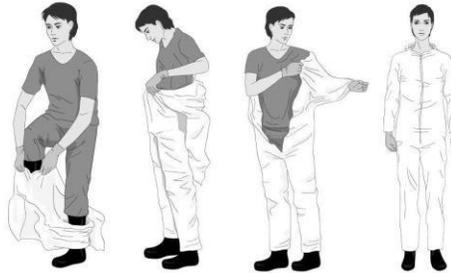
6 Higienícese las manos.



7 Póngase **guantes** (guantes de nitrilo para examen).



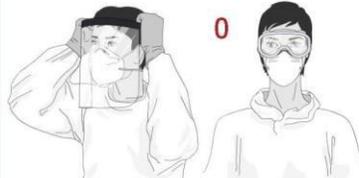
8 Póngase el **overol**².



9 Póngase la **mascarilla facial**.



10 Póngase una **careta protectora** o **gafas protectoras**.



11 Póngase equipo para cubrir la cabeza y el cuello: gorra quirúrgica que cubra el cuello y los lados de la cabeza (preferiblemente con careta protectora) o capucha.



12 Póngase un **delantal impermeable desechable** (si no hay delantales desechables, use un delantal impermeable reutilizable para trabajo pesado).

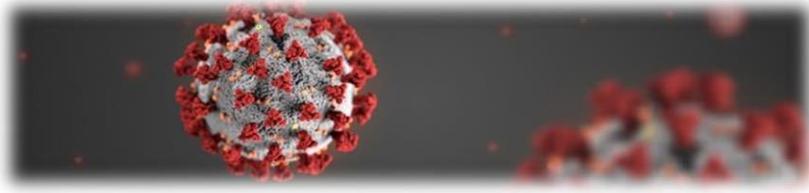


13 Póngase otro par de **guantes** (preferentemente de puño largo)² sobre el puño de la bata.



¹ Si no hay botas, use zapatos cerrados (tipo mocasín, sin cordones, que cubran por completo el empeine y el tobillo) y cubiertas para zapatos (antideslizantes y preferentemente impermeables).

² No use tela adhesiva para sujetar los guantes. Si los guantes internos o las mangas del overol no suficientemente largos, haga un agujero para el pulgar (o el dedo medio) en la manga del overol a fin de que el antebrazo no quede expuesto al hacer movimientos amplios. Algunos modelos de overol tienen bucles cosidos a las mangas para pasar el dedo.



Pasos para quitarse el equipo de protección personal (EPP), incluido el overol

1 Quítense el equipo de protección personal siempre bajo la **orientación y supervisión de un observador capacitado (colega)**. Asegúrese de que haya recipientes para desechos infecciosos en el área para quitarse el equipo a fin de que el EPP pueda desecharse de manera segura. Debe haber recipientes separados para los componentes reutilizables.

2 Higienícese las manos con los guantes puestos¹.

3 Quítense el **delantal** inclinándose hacia adelante, con cuidado para no contaminarse las manos.

Al sacarse el delantal desechable, arránqueselo del cuello y enróllelo hacia abajo sin tocar la parte delantera. Después desate el cinturón de la espalda y enrólle el delantal hacia adelante.



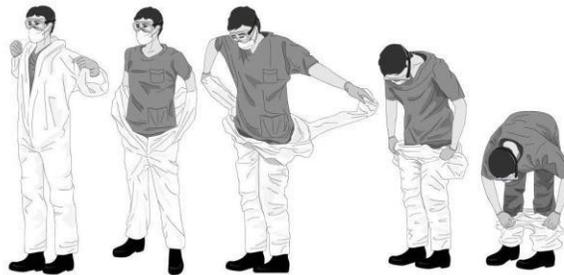
4 Higienícese las manos con los guantes puestos.

5 Quítense el **equipo que cubra la cabeza y el cuello**, con cuidado para no contaminarse la cara, comenzando por la parte trasera inferior de la capucha y enrollándola de atrás hacia adelante y de adentro hacia afuera, y deséchela de manera segura.



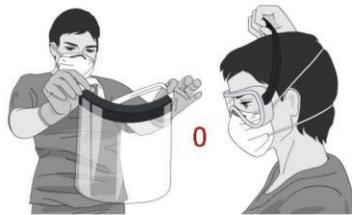
6 Higienícese las manos con los guantes puestos.

7 Sáquese el **overol y los guantes externos**: idealmente frente a un espejo, incline la cabeza hacia atrás para alcanzar la cremallera, abra la cremallera por completo sin tocar la piel ni el traje séptico, y comience a sacarse el overol desde arriba hacia abajo. Después de sacarse el overol de los hombros, quítense los guantes externos² al mismo tiempo que saca los brazos de las mangas. Con los guantes internos puestos, enrolle el overol, desde la cintura hacia abajo y desde adentro hacia afuera, hasta la parte superior de las botas. Use una bota para sacar el overol de la otra bota y viceversa; después apártese del overol y deséchelo de una manera segura.



8 Higienícese las manos con los guantes puestos.

9 Sáquese el **equipo de protección ocular** tirando de la cuerda detrás de la cabeza y deséchelo de una manera segura.



10 Higienícese las manos con los guantes puestos.

11 Para quitarse la **maskarilla**, en la parte de atrás de la cabeza primero desate la cuerda de abajo y déjela colgando delante. Después desate la cuerda de arriba, también en la parte de atrás de la cabeza, y deseche la maskarilla de una manera segura.



12 Higienícese las manos con los guantes puestos.

13 Sáquese las **botas de goma** sin tocarlas (o las cubiertas para zapatos si las tiene puestas). Si va a usar las mismas botas fuera del área de alto riesgo, déjeselas puestas pero límpielas y descontáminelas apropiadamente antes de salir del área para quitarse el equipo de protección personal.³

14 Higienícese las manos con los guantes puestos.

15 Quítense los **guantes** cuidadosamente con la técnica apropiada y deséchelos de una manera segura.

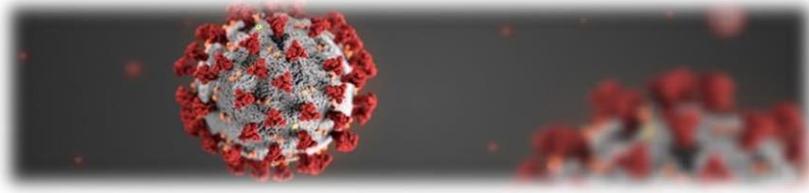


16 Higienícese las manos.

¹ Al trabajar en el área de atención de pacientes, hay que cambiarse los guantes externos antes de pasar de un paciente a otro y antes de salir (cámbieselos después de ver al último paciente).

² Esta técnica funciona con guantes del tamaño correcto. Si los guantes externos quedan demasiado ajustados o si los guantes internos quedan demasiado flojos y las manos están mojadas de sudor, hay que quitarse los guantes externos por separado, después de sacarse el delantal.

³ Para descontaminar las botas correctamente, pise dentro de una palangana para la desinfección del calzado con solución de cloro al 0,5% (y quite la suciedad con un cepillo para inodoros si están muy sucias de barro o materia orgánica) y después limpie todos los lados de las botas con solución de cloro al 0,5%. Desinfecte las botas remojándolas en una solución de cloro al 0,5% durante 30 minutos, por lo menos una vez al día, y después enjuáguelas y séquelas.



Pasos para ponerse el equipo de protección personal (EPP), incluida la bata

1 Quítese todos los efectos personales (joyas, reloj, teléfono móvil, bolígrafos, etc.).



2 Póngase el **traje aséptico** y las **botas de goma**¹ en el vestuario.

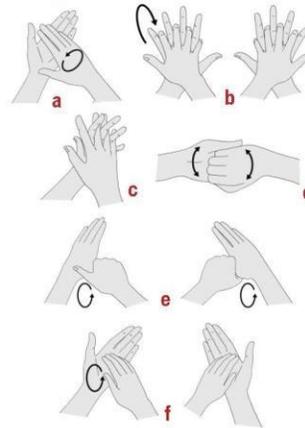


3 Pase al área limpia que está en la entrada de la unidad de aislamiento.

4 Haga una inspección visual para cerciorarse de que todos los componentes del EPP sean del tamaño correcto y de una calidad apropiada.

5 Inicie el procedimiento para ponerse el equipo de protección personal bajo la **orientación y supervisión de un observador capacitado** (colega).

6 Higienícese las manos.



7 Póngase **guantes** (guantes de nitrilo para examen).



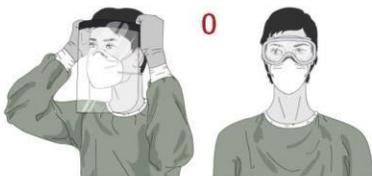
8 Póngase una **bata** **desechable** hecha de una tela resistente a la penetración de sangre u otros humores corporales **o** de agentes patógenos transmitidos por la sangre.



9 Póngase la **maskarilla facial**.



10 Póngase una **careta protectora** **o** gafas protectoras.



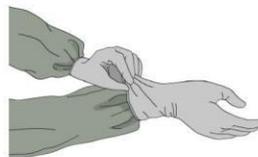
11 Póngase equipo **para cubrir la cabeza y el cuello**: gorra quirúrgica que cubra el cuello y los lados de la cabeza (preferiblemente con careta protectora) **o** capucha.



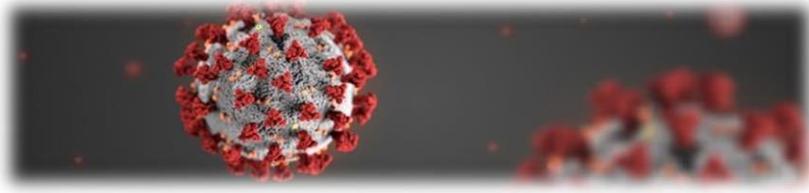
12 Póngase un **delantal impermeable** **desechable** (si no hay delantales desechables, use un delantal impermeable reutilizable para trabajo pesado).



13 Póngase otro **par de guantes** (preferentemente de puño largo) sobre el puño de la bata.



¹ Si no hay botas, use zapatos cerrados (tipo mocasin, sin cordones, que cubran por completo el empeine y el tobillo) y cubiertas para zapatos (antideslizantes y preferentemente impermeables).



Pasos para quitarse el equipo de protección personal, incluida la bata

1 Quítese el EPP siempre bajo la **orientación y supervisión de un observador capacitado** (colega). Asegúrese de que haya recipientes para desechos infecciosos en el área para quitarse el equipo a fin de que el EPP pueda desecharse de manera segura. Debe haber recipientes separados para los componentes reutilizables.

2 Higiénicese las manos con los guantes puestos¹.

3 Quítese el **delantal** inclinándose hacia adelante, con cuidado para no contaminarse las manos. Al sacarse el delantal desechable, arránqueselo del cuello y enróllelo hacia abajo sin tocar la parte delantera. Después desate el cinturón de la espalda y enróllelo el delantal hacia adelante.



4 Higiénicese las manos con los guantes puestos.

5 Quítese los **guantes externos** y deséchelos de una manera segura. Use la técnica del paso 17.

6 Higiénicese las manos con los guantes puestos.

7 Quítese el **equipo que cubra la cabeza y el cuello**, con cuidado para no contaminarse la cara, comenzando por la parte trasera inferior de la capucha y enrollándola de atrás hacia adelante y de adentro hacia afuera, y deséchela de manera segura.



9 Para sacarse la **bata**, primero desate el nudo y después tire de atrás hacia adelante, enrollándola de adentro hacia afuera, y deséchela de una manera segura.



10 Higiénicese las manos con los guantes puestos.

8 Higiénicese las manos con los guantes puestos.

11 Sáquese el **equipo de protección ocular** tirando de la cuerda detrás de la cabeza y deséchelo de una manera segura.



12 Higiénicese las manos con los guantes puestos.

13 Para quitarse la **mascarilla**, en la parte de atrás de la cabeza primero desate la cuerda de abajo y déjala colgando delante. Después desate la cuerda de arriba, también en la parte de atrás de la cabeza, y deseche la mascarilla de una manera segura.

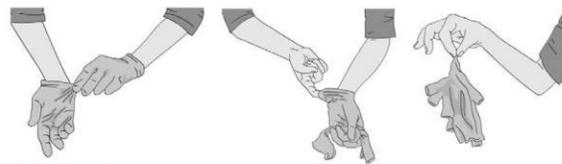


14 Higiénicese las manos con los guantes puestos.

15 Sáquese las **botas de goma** sin tocarlas (o las cubiertas para zapatos si las tiene puestas). Si va a usar las mismas botas fuera del área de alto riesgo, déjeselas puestas pero límpielas y descontámelas apropiadamente antes de salir del área para quitarse el EPP².

16 Higiénicese las manos con los guantes puestos.

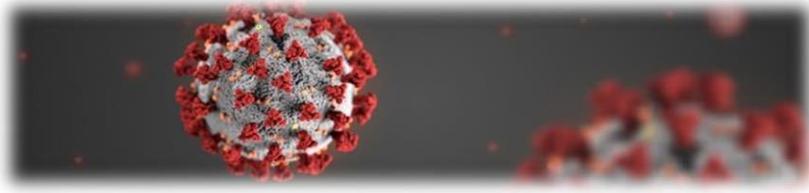
17 Quítese los **guantes** cuidadosamente con la técnica apropiada y deséchelos de una manera segura.



18 Higiénicese las manos.

¹ Al trabajar en el área de atención de pacientes, hay que cambiarse los guantes externos antes de pasar de un paciente a otro y antes de salir (cámbieselos después de ver al último paciente).

² Para descontaminar las botas correctamente, pise dentro de una palangana para la desinfección del calzado con solución de cloro al 0,5% (y quite la suciedad con un cepillo para inodoros si están muy sucias de barro o materia orgánica) y después limpie todos los lados de las botas con solución de cloro al 0,5%. Desinfecte las botas remojándolas en una solución de cloro al 0,5% durante 30 minutos, por lo menos una vez al día, y después enjuáguelas y séquelas.



DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

La limpieza de superficies en las instalaciones de atención a la salud debe tener en consideración una mayor atención a las superficies de alto contacto (barandales, apagadores, manijas de puertas). El personal de limpieza debe seguir las recomendaciones de protección personal: uso de guantes resistente (domésticos), bata de tela o desechable cuando se tenga disponible, cubrebocas, mascarilla o respirador N95 y goggles cuando sea recomendado.

En cualquier área la limpieza debe efectuarse con el siguiente orden:

- Iniciarla desde las zonas menos sucias progresando hacia las más sucias y de las más altas a las más bajas.
- En general, la limpieza debe ser realizada con movimientos en una sola dirección, para no volver a ensuciar las áreas que ya han sido limpiadas.
- Las superficies más altas deben limpiarse con un paño/tela/franela/toalla/jerga impregnada con agua con detergente, evitando dispersar el polvo.
- Las paredes, ventanas y puertas que incluyen las manijas deben limpiarse en forma regular, además de cuando estén visiblemente sucias.
- Las superficies horizontales que incluyen mesas, sillas, camas, repisas u otras instalaciones adheridas a la pared deben limpiarse con un paño con agua con detergente, enjuagarse con agua limpia y desinfectarse con solución clorada (ver más adelante técnica de los tres baldes).
- En las habitaciones de pacientes en aislamiento se utilizará la misma metodología de limpieza, teniendo el personal que seguir las precauciones requeridas (aislamiento de contacto y gotas).

En caso de derrames de fluidos corporales sobre las superficies, se deberá proceder de la siguiente forma:

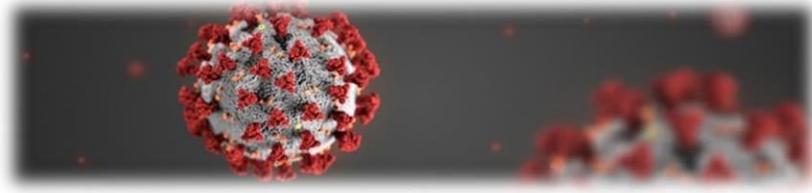
- Colocarse guantes y cubrir la superficie con papel/material absorbente.
- Retirar la mayor cantidad de suciedad.
- Tirar el papel/lavar otro material.
- Por último, continuar con la limpieza en forma habitual.

Técnica de limpieza de los tres baldes.

La técnica por emplear será la de arrastre por medios húmedos, el tallado/fregado/trapeado es la acción más importante, ya que provoca la remoción física de los microorganismos.

Consiste en los siguientes tres tiempos:

1. Lavado y tallado con agua jabonosa y/o detergente.
2. Enjuagado y secado.
3. Desinfección con solución clorada.



Elementos para utilizar.

- 3 Baldes (cubetas).
- 3 Trapos/jerga/microfibra.
- Solución Detergente (preparada en el momento).
- Solución Desinfectante (solución clorada) preparada al momento.
- Escobilla para inodoros.

Los carros de uso para el acondicionamiento, el desplazamiento y manejo de los elementos deberán estar debidamente equipados con estos elementos.

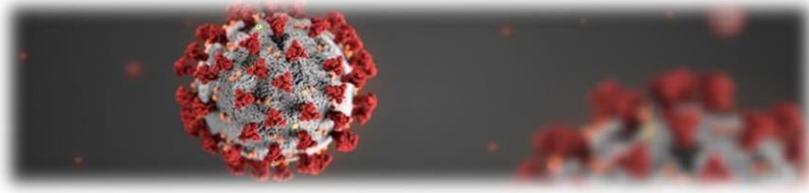
Vestimenta del operador.

- Guantes resistentes tipo doméstico exclusivos para esta actividad.
- Cubrebocas.
- Bata de tela o desechable impermeable cuando esté disponible.
- Calzado antiderrapante.

1. Se llenará un balde con agua tibia y detergente en cantidad suficiente para que haga espuma, otro con agua limpia y un tercero con solución clorada.
2. En principio se limpiarán con la solución de detergente el equipamiento, paredes, aberturas y todos aquellos elementos que sea necesario limpiar.
3. Se enjuagará luego con el agua limpia y se secará.
4. Finalmente, se realizará la desinfección por contacto directo aplicando sobre las superficies solución clorada y se dejará secar.
5. Los pisos se limpiarán aplicando la misma técnica anteriormente descrita.

Recomendaciones:

- No se debe mezclar detergente con solución clorada.
- En caso de utilizar productos de doble acción (detergente/desinfectante) no es necesario el proceso de desinfección posterior.
- La solución de detergente y el agua deben ser renovadas entre una habitación y otra, y tantas veces como sea necesario.
- Los elementos utilizados en la limpieza deben conservarse limpios y en buen estado, de lo contrario deben descartarse.
- Los trapos de piso, paños para limpieza o jaladores deben ser lavados luego de su uso con agua caliente y desinfectados.
- Los trapos de pisos limpios deberán quedar extendidos hasta el próximo uso.
- Los baldes después del uso una vez lavados y desinfectados se colocarán boca abajo.



Desinfección rutinaria

En cada habitación del paciente hay que identificar las superficies de contacto frecuente (perillas, barandales de cama, teclados, teléfonos, superficies de mesitas)

Estas superficies deben desinfectarse diariamente mínimo 1 vez por día, idealmente 1 vez por turno.

Se puede utilizar para la desinfección un paño impregnado con solución clorada (ver dilución abajo) o con alcohol al 70%.

Preparación de la solución clorada

Una manera sencilla de calcularlo es un vaso de cloro doméstico en 10 litros de agua, lo cual equivaldría a 1000 ppm de cloro al 5% y una dilución muy cercana, 925 ppm al 4%.

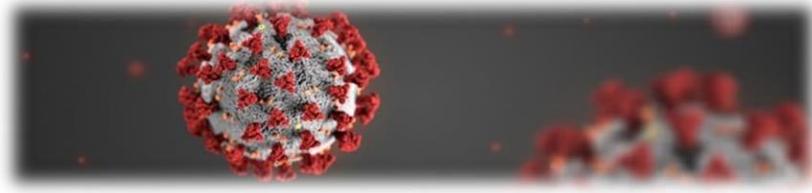
Podría utilizarse también una cucharada grande (10 mL) en 1 L de agua.

En el ámbito hospitalario, en ocasiones se tienen soluciones base de cloro con diferentes concentraciones; en ese caso, podría utilizarse de guía la siguiente tabla:

Fórmula para preparar cloro: $\frac{\text{dilución ppm} \times (\text{Volumen a preparar})}{1000000} = \text{Porcentaje de cloro}$

DILUCION PPM	CANTIDAD DE AGUA	CANTIDAD DE CLORO	INDICACIÓN	AREAS
5000 ppm	10 litros	833ml.	Sobre fluidos (sangre, exudados, líquido pleural, líquido sinovial, pericárdico)	En donde se presente el derrame
1000ppm	10 litros	166ml.	Áreas críticas: son aquellas donde se realizan procedimientos invasivos, donde los pacientes por su condición están más expuestos a contraer una infección y donde se realiza el lavado de material contaminado	<ul style="list-style-type: none"> - Áreas de cirugía - Unidad de cuidado intensivo - Sala de partos - Unidades de aislamiento - Unidades de hemodialis - Servicios de urgencias - Unidad de quemados - Laboratorio clínico - Sala de radiología invasiva - Unidad de transplante - Central de esterilización - salas de quimioterapia - Áreas de Odontología y maxilofacial
500ppm	10 litros	83ml	Áreas Semicríticas: En estas áreas los pacientes pueden permanecer largos periodos o pueden estar de manera transitoria, pueden tener contacto con elementos y mobiliario a través de la piel intacta, pueden o no presentarse contacto con fluidos corporales	<ul style="list-style-type: none"> -Sala de endoscopia - salas de inhaloterapia -Áreas de consulta - Áreas de hospitalización - Área de preparación y distribución de alimentos - Almacenamiento de residuos
200ppm	10 litros	33ml	Áreas no críticas: En estas áreas las personas están de paso y no tienen contacto con elementos hospitalarios	<ul style="list-style-type: none"> Áreas administrativas - Salas de espera - Oficinas - almacenes

*Recomendación de la organización panamericana de la salud (OPS)

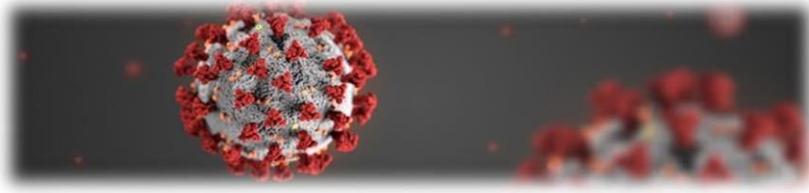


MANEJO DE LOS CUBRE BOCAS/MÁSCARAS O RESPIRADORES N95

Si se usan mascarillas médicas, el uso y la eliminación apropiados son esenciales para asegurar que sean efectivos y para evitar cualquier aumento en el riesgo de transmisión asociado con el uso y la eliminación incorrectos de las mascarillas.

La siguiente información sobre el uso correcto de las mascarillas médicas se deriva de las prácticas en entornos de atención médica:

- Colocar la mascarilla con cuidado para cubrir la boca y la nariz y atarla de forma segura para minimizar cualquier espacio entre la cara y la mascarilla, sellándolo de forma adecuada.
- Se coloca una liga arriba de la oreja sin estar sobre ella y la otra debajo de la misma y abajo del occipital; se ajusta a la nariz y se sopla. Se verifica que el aire no salga a los lados después de ajustarlo a la nariz.
- Mientras esté en uso, evite tocar la mascarilla.
- Quítese la mascarilla usando la técnica apropiada (es decir, no toque el frente, sino que desate la correa por detrás).
- Después de quitarla o cada vez que toque inadvertidamente una mascarilla usada, limpie las manos con un desinfectante para manos a base de alcohol o jabón y agua si está visiblemente sucia.
- Reemplazar las mascarillas con una nueva mascarilla limpia y seca tan pronto como se humedezcan / mojen.
- No reutilice mascarillas de un solo uso.
- Tirar las mascarillas de un solo uso después de cada uso y deséchelas inmediatamente después de retirarlas. Dependiendo de las indicaciones en cada centro, las máscaras quirúrgicas pudieran tener un uso de 8 hrs continuas, así como los respiradores N95 en forma cónica. Los respiradores N95 en forma de concha, pueden usarse hasta por 40 hrs, siempre y cuando su estructura no se altere (doblen, por ejemplo).



PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS DE CASO SOSPECHOSO DE COVID-19.

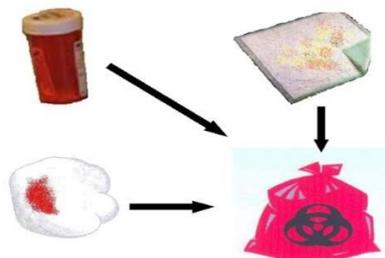
Es imperativo dar cumplimiento a las disposiciones que emergen de las Leyes, Reglamentos y Normas Oficiales Mexicanas para el adecuado manejo Integral en la Identificación, Envasado, Almacenamiento Temporal, Recolección, Transporte, Tratamiento y Disposición Final de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos, generados en las áreas de atención médica de acuerdo a la **NOM-087-ECOL-SSA1-2002**.

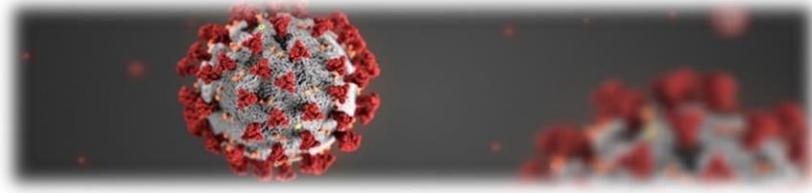
IDENTIFICACIÓN DE LOS RESIDUOS todos desechos deben de ser identificados inmediatamente después del procedimiento que los generó, en el sitio donde se originaron y por el personal que los generó, esta práctica evita la reclasificación de los desechos, disminuyendo los riesgos para el personal encargado de la recolección de los residuos. Para su correcta identificación y posterior envasado, la separación de los residuos se debe de realizar de acuerdo a su estado físico (líquido o sólido) y su tipo, como se indica a continuación:

Objetos punzocortantes (Agujas Hipodérmicas, Hojas de Bisturí, Agujas de Sutura, Estiletes, Etc.) se deberán envasar en contenedores rígidos para Objetos Punzocortantes que cumpla los lineamientos de la **NOM-087-ECOL-SSA1-2002**.

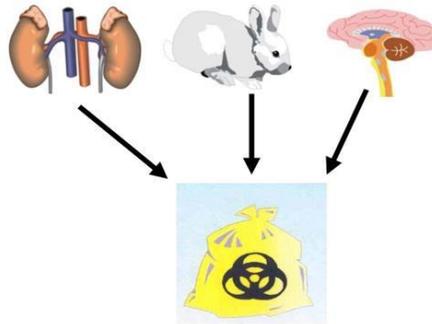


Residuos no anatómicos (Todos los insumos y materiales de curación que estuvieron en contacto con el Paciente como Gasas, Guantes, equipos de venoclisis, torundas, Ropa Desechable, Etc., que este empapada o goteando líquidos corporales y secreciones de los pacientes), se deberán envasar en Bolsas de color Rojo, que cumpla los lineamientos de la **NOM-087-ECOL-SSA1-2002**.





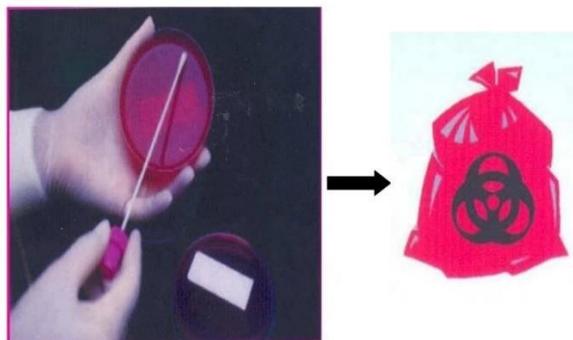
Residuos Patológicos (Miembros, Tejidos u Órganos), se deberán envasar en Bolsas de color Amarillo, que cumpla los lineamientos de la **NOM-087-ECOL-SSA1-2002**.

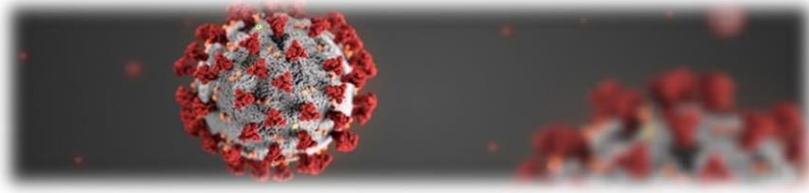


Sangre Líquida y sus Derivados, se deberán envasar en Bolsas de color Rojo, que cumpla los lineamientos de la **NOM-087-ECOL-SSA1-2002**.



Utensilios Desechables utilizados para contener, Transferir, Inocular y Mezclar de Agentes Biológicos Infecciosos y muestras Biológicas, se deberán envasar en Bolsas de color Rojo, que cumpla los lineamientos de la **NOM-087-ECOL-SSA1-2002**.





ALMACENAMIENTO TEMPORAL

Para evitar que dichos residuos se mezclen con la basura común, se debe de **preestablecer un sitio** para su debido almacenamiento, mismos que deberán contar con contenedores con tapa y permanecer **cerrados todo el tiempo**.

Es de suma importancia que dicho sitio cuente con la **señalización y contenedores adecuados, mismos que deberán estar claramente identificados** según el tipo de residuos contenidos. De acuerdo a la Norma el tiempo máximo de almacenamiento en un hospital con más de 60 camas es de **7 días**.

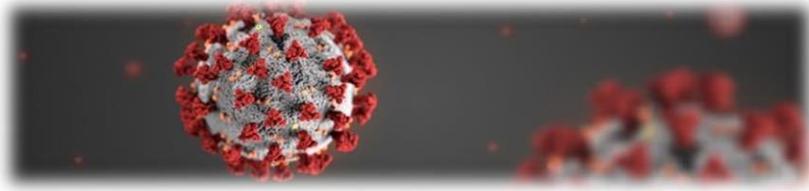


Para la recaudación de los residuos el personal encargado debe de estar **bien protegido con el equipo necesario**, así como también estar **capacitado** en su manejo y **conocer los riesgos** que implica dicho manejo.



Así también, debe de respetarse la ruta preestablecida para el traslado de los residuos para que este se lleve a cabo de forma segura y rápida hasta el área de almacenamiento temporal, evitando pasar por la sala de espera o en horarios de comida de pacientes.

Los carros manuales de transporte de residuos no deberán rebasar su capacidad para evitar que los residuos se caigan y se dispersen; estos carros deberán **de lavarse a diario** con agua y jabón para garantizar sus condiciones higiénicas.



MUY IMPORTANTE

1.- La recolección deberá realizarse una o dos veces al día o cuando estén al 80% de su capacidad.

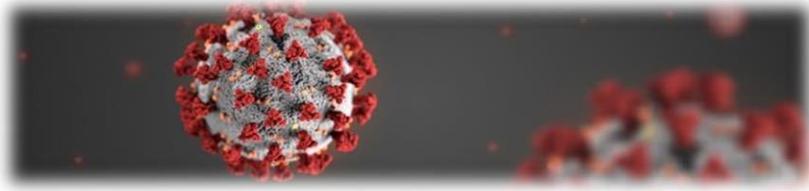


2.- Las bolsas de que contengan los Residuos Peligroso Bilógico Infecciosos no deberán llenarse a más del 80% de su capacidad.



3.- Por ningún motivo se comprimirán las bolsas





4.- Cerrar las bolsas con un mecanismo de amarre seguro que evite que los Residuos salgan, (Nudo, Cinta adhesiva).



5.- Verificar que los Contenedores este bien cerrados.



6.-Se deberá llevar un registro diario de generación de los Residuos Peligrosos Bilógico Infecciosos por área generadora.

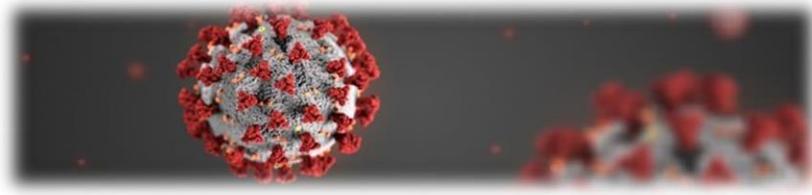


7.- Los Objetos Punzo Cortantes usados y sin usar deberán ser colocados en el Recolector Rígido para Punzo-Cortantes.



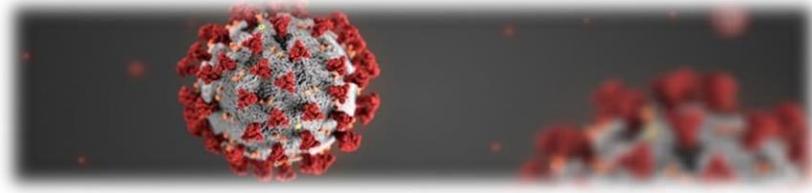
8. Respetar los tiempos y Rutas establecidas para la recolección de Residuos Peligrosos Bilógico Infecciosos.





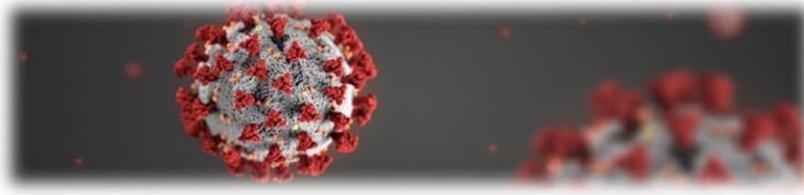
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Risk assessment - pneumonia Wuhan China 17 Jan 2020.pdf [Internet]. [citado 22 de enero de 2020]. Disponible en: <http://ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Risk%20assessment%20%20pneumonia%20Wuhan%20China%2017%20Jan%202020.pdf>
2. Int J Infect Dis. 2020 Jan 14; 91:264-266 The continuing COVID-19 epidemic threat of novel coronaviruses to global health - The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. Hui DS, I Azhar E, Madani T, Ntoumi F, Kock R, Dar O, Ippolito G, Mchugh TD, Memish ZA, Drosten C, Zumla A, Petersen E.
3. Novel Coronavirus 2019, Wuhan, China | CDC [Internet]. [citado 22 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/COVID-19/index.html>
4. Novel Coronavirus in Hubei Province, China [Internet]. Disponible en: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/warning/novel-coronavirus-wuhan-china>
5. Mandell Douglas and Bennetts Enfermedades Infecciosas. Principios y Practica 8e_ booksmedicos2.org.pdf.
6. Coronavirus | Human Coronavirus Types | CDC [Internet]. [citado 22 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/types.html>
7. Coronavirus [Internet]. [citado 22 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/coronavirus>
8. Coronavirus | About | Symptoms and Diagnosis | CDC [Internet]. [citado 22 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/about/symptoms.html>
9. SRAS | Información básica sobre el SRAS | CDC [Internet]. [citado 22 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/sars/about/fs-sars-sp.html>
10. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica Nuevo coronavirus (2019- nCoV) 20 de enero de 2020.
11. http://www.chinacdc.cn/yrdgz/202001/t20200109_211159.html
12. Novel Coronavirus (COVID-19) | Situations reports | OMS [Internet]. [citado 27 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>
13. WHO Statement Regarding Cluster of Pneumonia Cases in Wuhan, China | OMS [Internet]. [citado 22 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/china/news/detail/09-01-2020-who-statement-regarding-cluster-of-pneumonia-cases-in-wuhan-china>
14. Novel 2019 coronavirus genome | Virological.org [Internet]. [citado 22 de enero de 2020]. Disponible en: <http://virological.org/t/novel-2019-coronavirus-genome/319>



ANEXO 1. Formato de Estudio de Caso Sospechoso de COVID-19

Estudio epidemiológico de caso sospechoso de COVID-19								
DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE								
Entidad:	Jurisdicción:							
Municipio:	Nombre de la Unidad Médica:							
Institución:	CLUES:							
DATOS GENERALES								
Fecha de ingreso a la unidad:	dd/mm/aaaa							
Primer Apellido:	Segundo Apellido:							
Nombre (s):								
Fecha de Nacimiento:	Día: Mes: Año: Edad: CURP:							
Sexo: Hombre: Mujer:	¿Está embarazada? Sí No Meses de embarazo: Se encuentra en periodo de puerperio Sí No Días de puerperio:							
Nacionalidad: Mexicana: Extranjera:	País de origen: No Expediente o Seguridad social:							
Entidad de nacimiento:	Entidad / Delegación de Residencia:							
Municipio de residencia:	Localidad:							
Calle:	Número externo: Número interno:							
Entre qué calles:	y							
Colonia:	C.P. Teléfono:							
¿Se reconoce cómo indígena? Sí No	¿Habla alguna lengua indígena? Sí No							
Ocupación:	¿Es Migrante? Sí No							
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS								
¿Realizó algún viaje a un país con transmisión local comunitaria* en los 14 días previos al inicio de signos y síntomas?	Sí No							
¿Usted es residente de algún país con transmisión local comunitaria*?	Sí No							
<i>En caso afirmativo responde lo siguiente:</i>								
Fecha de viaje:	dd/mm/aaaa							
Aerolínea/Vuelo de llegada a México:								
Fecha de llegada a México:	dd/mm/aaaa							
<i>Durante las 2 semanas previas al inicio de los síntomas:</i>								
¿Tuvo contacto con alguna persona con sintomatología respiratoria?	Sí No Se ignora							
Lugar de contacto:	1=Hogar 2=Área de trabajo 3=Área de entretenimiento social 4=Unidad médica							
¿Tuvo contacto con animales? Sí No	Cual: _____							
¿Qué tipo de contacto tuvo?	1=Animales vivos 2=Animales muertos 3=Sangre 4=Heces 5=Huevo 6=Visceras							
¿Visitó algún mercado, donde hubiera venta de animales? Sí No	Lugar: _____ Fecha: dd/mm/aaaa							
Antecedentes de viajes internacionales y nacionales:								
<i>En caso afirmativo informe los países o ciudades visitados</i>								
Pais al que viajó	Ciudad del país al que viajó	Fecha llegada dd/mm/aaaa	Fecha de salida dd/mm/aaaa	Aerolínea/Vuelo				
¿En los últimos 14 días, ha tenido contacto cercano** con una persona con sospecha de COVID-19?	Sí No							
¿En los últimos 14 días, ha tenido contacto cercano** con una persona confirmada por laboratorio de COVID-19?	Sí No							
¿Tuvo contacto con otras personas o familiares que hayan viajado a algún país con transmisión local comunitaria* en los 14 días previos al inicio de síntomas?	Sí No							
<small>*Países con transmisión local comunitaria: China, Hong Kong, Corea del Sur, Japón, Italia, Irán y Singapur. **Contacto cercano: estar a 2 metros de distancia, o dentro de la habitación o área de cuidado, de un caso por un periodo prolongado de tiempo sin usar el equipo de protección personal (por ejemplo, batas, guantes, respirador desechable N95 y protección ocular), puede incluir cuidar, vivir, estar o compartir un área o sala de espera médica.</small>								
DATOS CLÍNICOS								
Fecha de inicio de síntomas:	dd/mm/aaaa							
¿En los últimos 14 días ha presentado los siguientes signos y síntomas?								
	Sí	No		Sí	No	Co-morbilidad	Sí	No
Fiebre			Cefalea			Diabetes		
Tos			Irritabilidad			EPOC		
Dolor torácico			Diarrea			Asma		
Dificultad respiratoria			Vómito			Inmunosupresión		
			Calosfríos			Hipertensión		
			Dolor abdominal			VHSida		
			Malgias			Enfermedad cardiovascular		
			Atralgias			Obesidad		
			Ataque al estado general			Insuficiencia renal crónica		
			Rinorrea			Insuficiencia hepática crónica		
			Polipnea			Tabaquismo		
			Odinofagia			Otro _____		
			Conjuntivitis					
			Cianosis					
			Convulsiones					
			Otro _____					



ANEXO 2. Formato SUIVE-1

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Informe semanal de casos nuevos de enfermedades

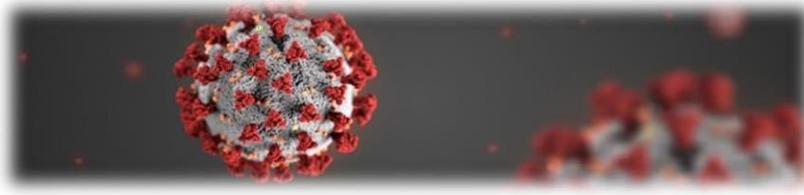
SUIVE-1-2020

Instrucciones: Llene a máquina preferentemente; remita el original al nivel jerárquico inmediato superior y conserve una copia

Unidad: _____ Clave Unidad SUAVE: _____ Semana No. _____ de _____ de _____ de _____ de _____ de _____ CLUES: _____
 Localidad: _____ Municipio: _____ Jurisdicción: _____ Entidad o Delegación: _____
 Institución: Secretaría de Salud 1 IMSS 2 ISSSTE 3 Otras (especificar) 4 IMSS Bienestar 5 SNDIF 6 PEMEX 7 SEDENA 8 SEMAR 9

Grupo	Diagnóstico y Código CI 10a Revisión	EPI Clave	Número de casos según grupo de edad y sexo																				Total		TOTAL		
			< de 1 año		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 24		25 - 44		45 - 49		50 - 59		60 - 64		65 Y >			Ign.	
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		M	F
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN	MENINGITIS TUBERCULOSA (*) A17.0	44																									
	TÉTANOS (*) A36, A39	85																									
	TÉTANOS NEONATAL (*) A33	96																									
	DIFTERIA (*) A36	92																									
	TOS FERINA (*) A37	98																									
	SARAMPIÓN (*) B05	87																									
	RUBÉOLA (*) B06	32																									
	PAROTIDITIS INFECCIOSA E26	42																									
	HEPATITIS VIRICA B (*) E16	38																									
	SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA (*) P36.0	100																									
	HEPATITIS VIRICA A (*) E15	37																									
	ENTERITIS DEBIDA A ROTAVIRUS (*) A58.0	137																									
	INFECCIONES INVASIVAS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE (*) A41.0, A41.3, A50.0, A14	99																									
	PTUOMIELITIS AGUDA (*) A30	76																									
	MENINGITIS MENINGOCÓCCICA (*) A39.0	40																									
INFECCIÓN POR VIRUS DEL PARADENGA HUMANO E97.7	151																										
ENFERMEDAD INVASIVA POR NEUMOCOCCO (*) A40.3, G00.1, J18	176																										
INFLUENZA (*) J09, J11	90																										
VARIOLA (*) B01	33																										
COLERA (*) A00	01																										
FIEBRE TIFOIDEA (*) A01.0	06																										
SHIGELLOSIS A03	05																										
INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS Y LAS MAL DE EVIDENCIA AMIBIASIS EXCEPTO A60.0	08																										
INTOXICACIÓN ALIMENTARIA BACTERIANA (*) A05	09																										
AMIBIASIS INTESTINAL A06.0-A06.3, A06.9	02																										
GIARDIASIS A07.1	07																										
OTRAS INFECCIONES INTESTINALES DEBIDAS A PROTOZOARIOS A07.0, A07.2, A07.9	03																										
ASCARIASIS E07	04																										
ENTEROBIOSIS B00	10																										

(*) NOTIFICACIÓN INMEDIATA (*) HACER ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO (#) ESTUDIO DE BROTE



Grupo	Diagnóstico y Código CIE 10a Revisión	EPI Clave	Número de casos según grupo de edad y sexo																				Total		TOTAL			
			< de 1 año		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 24		25 - 44		45 - 49		50 - 59		60 - 64		65 Y >			Ign.		
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		M	F	M
ENFERMEDADES Y PARASITARIAS DEL APARATO DIGESTIVO	OTRAS HELMINTASIS: B66-B7, E70-E76, E78, E79, B75, B85 excepto B73 y B74	14																										
	ARROSCIO HEPATICO AMEBIARIO A68.4	63																										
	OTRAS SALMONELOSIS A02	177																										
	FIEMRE PATACITICIDA A61.1 A61.4	178																										
ENFERMEDADES TRANSMISIDAS POR VECOR	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA (+) A15A19	15																										
	OTRAS NEUMONIAS AGUDAS: H90.9-90.7	18																										
	FARINGITIS Y AMIGDALITIS ESTREPTOCOCCICAS: J03.0, J03.8	15																										
	NEUMONIAS RESPIRATORIAS AGUDAS: J60-J66, J69, J71 EXCEPTO J62.0 Y J63.0	16																										
	BRUCELAS Y PSEUDOTUBERCULOSIS: I03-18 EXCEPTO I16.2, I15 y I14	17																										
	SCARFAS (+) (+) U93.0	191																										
	SIFILIS CONGENITA: (+) A50	92																										
	SIFILIS ADQUIRIDA: A51-A52	25																										
	NEUMONIA BACTERIANA DEL TRACTO GENITOURINARIO: A54.0-A54.2	23																										
	GINEORRANULOMA VENEREO POR CLAMIDIAS: A53	34																										
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	CHANCRO BLANDO: A57	31																										
	TRICOMONIASIS UROGENITAL: A59.0	26																										
	ULCERAS GUMMATALES: A59.9	22																										
	CANDIDIASIS UROGENITAL: B57.8-B57.4	20																										
	VULVOVAGINITIS: N75	179																										
	NEFROCISTITIS BACTERIANA POR VIH (+) J08	59																										
	GINEORRANULOMA VENEREO: (+) (+) B23.0-B23.2	37																										
	DENQUE NO GRAVE (+) (+) A92.0 y A92.9	27																										
	DENQUE CON SIGNOS DE ALARMA (+) (+) A92.1	189																										
	DENQUE CRONICO (+) (+) (+) A92.2	39																										
ENFERMEDADES TRANSMISIDAS POR VECTOR	FALCIPARUM del Plasmodium falciparum (+) (+) U81	76																										
	FALCIPARUM del Plasmodium falciparum (+) (+) U81	28																										
	ENCEFALITE EQUINA VENEZOLANA (+) A92.2	36																										
	FIEMRE AMARILLA (+) (+) A65	27																										
	FIEMRE MARCHADA (+) (+) A77.8	31																										
	FIEMRE DEL OESTE DEL NIÑO (+) (+) A82.3	634																										
	FIEMRE (+) (+) A82	78																										
	TIFUS ABDOMINAL (+) (+) A78.3	15																										
	TIFO MEDITERRANEO (+) (+) A78.0	30																										
	ENFERMEDAD POR VIRUS CHIKUNGUYA (+) (+) A92.0	46																										
	OTRAS RICKETTSIOSIS (+) A79	190																										
	NEUMONIA POR VIRUS ZIKA (+) (+) U86.5	168																										
	FIEMRE POR VIRUS MAYARO (+) (+) A82.3	150																										

(+) NOTIFICACION INMEDIATA

(+) HACER ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO

(#) ESTUDIO DE BROTE

