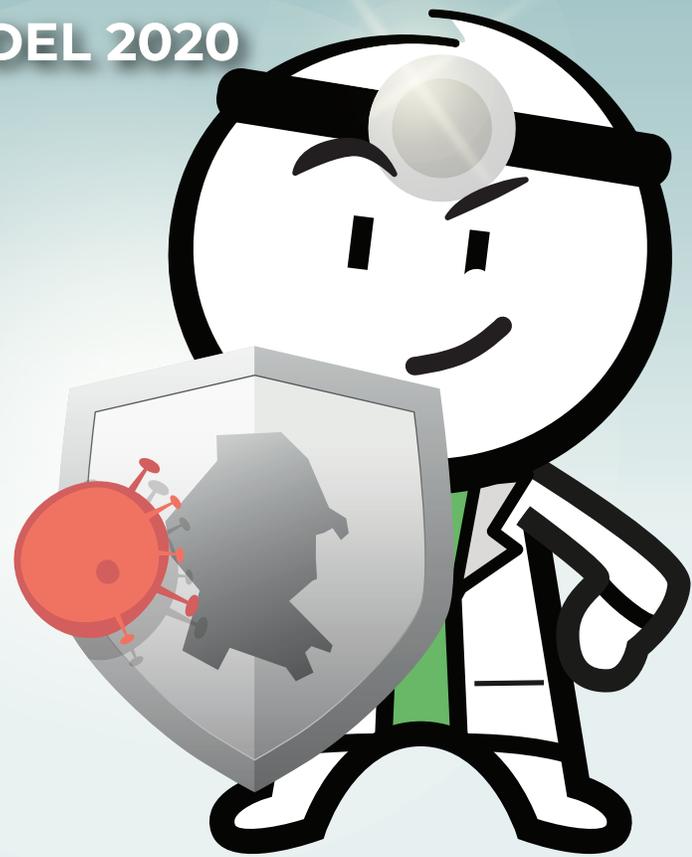


MANUAL DE OPERACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE CASOS SOSPECHOSOS Y CONFIRMADOS DE INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 ENFERMEDAD COVID-19

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE COAHUILA

24 DE MARZO DEL 2020



En salud, #Coahuila
TE DA seguridad

El objetivo de este manual es unificar los criterios y lineamientos para la prevención, detección, atención y manejo de los casos sospechosos y confirmados de Enfermedad COVID-19 en base a la mejor evidencia de práctica clínica y científica disponible hasta el momento; así mismo establece lineamientos estandarizados que garantizan un ambiente hospitalario seguro y que reduce el riesgo de contagio entre el personal sanitario.

Este manual será sujeto a revisión y actualización en base a los estudios publicados y que muestren mejores evidencias a lo que se recomienda en este momento. Así mismo recomendamos su revisión por todos los integrantes del cuerpo de gobierno de cada unidad para que sea adaptado en base a su estructura y nivel de atención.

POLITICAS DE OPERACIÓN

El presente manual atiende y opera con las recomendaciones de la siguiente normativa:
NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia Epidemiológica, prevención y Control de las Infecciones nosocomiales.

Lineamiento Estandarizado para la Vigilancia Epidemiológica y por Laboratorio de Enfermedad por 2019-NCov, Secretaria de Salud, febrero 2020.

Norma Oficial Mexicana NOM-056-SSA1-1993, requisitos sanitarios del equipo de protección personal.

Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental -Salud ambiental -Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA1-1998, del expediente clínico.

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994. para la vigilancia epidemiológica.

DEFINICIONES OPERACIONALES

CASO SOSPECHOSO COVID-19: Persona de cualquier edad que en los últimos 7 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 o síntomas:

- Disnea (dato de gravedad)
- Artralgias
- Mialgias
- Odinofagia / ardor faríngeo
- Rinorrea
- Conjuntivis
- Dolor torácico

*En menores de cinco años de edad, la irritabilidad puede sustituir a la cefalea

CASO CONFIRMADO: Persona que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso y que cuente con diagnóstico confirmado por la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública reconocidos por el INRE.

Porcentaje de muestreo para la vigilancia epidemiológica de COVID-19:

- Casos sospechosos con síntomas leves: 10% (ambulatorios).
- Casos sospechosos con sintomatología grave: 100% (dificultad respiratoria).
- Tomar el 100% de muestras a pacientes graves que cumplan definición de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), de todas las unidades médicas del país.

PROCEDIMIENTOS

Identificación y atención:

Todas la unidades deben colocar señales sencillas y visibles para que se identifique el área de atención para pacientes con síntomas respiratorios

Todas las unidades deberán establecer asignar un área específica (idealmente fuera de la unidad) la cual servirá de filtro para la detección de casos sospechosos mediante la aplicación de una encuesta rápida.

Una vez identificado un caso sospechoso otorgar cubre bocas y enviar al triage donde se hará la revisión de los pacientes para determinar si cumplen con la definición operacional de caso. Todos los pacientes con síntomas respiratorios deberán mantenerse en una misma sala de espera, con cubre bocas y a una distancia de 1 a 2 metros entre ellos.

Solo se permitirá acompañamiento en sala de espera a quien lo requiera (niños, adultos mayores, personas con discapacidad) y el acompañante deberá portar cubre bocas en todo momento.

Establecer una ruta de entrada y salida de pacientes con flujo unidireccional, para evitar el cruce con otros pacientes.

El personal de salud ubicado en filtro debe mantenerse a 1 metro de distancia, usar cubre bocas y tener alcohol en gel al 70% para la higiene de manos, deberán brindar a los pacientes sospechosos una mascarilla antes de pasar al triage.

El equipo de salud ubicado en triage deberá portar lentes de seguridad, cubre bocas N95, bata quirúrgica y guantes. Este equipo de protección deberá colocarse antes de recibir al paciente, puede mantenerse todo el turno y deberá retirarse en el mismo consultorio o área designada antes de salir.

Los pacientes que requieran atención de urgencia por el estado de gravedad pasarán directamente a un área de aislamiento previamente establecida para su atención. El personal de salud que atienda a estos pacientes deberá portar su equipo de protección personal (EPP) completo: lentes de seguridad, gorro, cubre bocas N95, bata quirúrgica, dos pares de guantes y botas.

Para la atención de los pacientes que requieran estudios de radiografía o ultrasonido se deberá realizar con equipo portátil por personal de rayos X asignado con uso de cubre bocas, lentes de seguridad, bata y guantes. En caso de requerir TAC se trasladará el paciente al área de TAC y al finalizar el estudio se realizará desinfección de alto nivel en las superficies que tuvieron contacto con el paciente.

Para los pacientes que requieren hospitalización se deberá contar con un área establecida y una ruta crítica para su traslado a piso o área de terapia intensiva y contar con camas suficientes disponibles basado en la fase en que se encuentre la contingencia.

El equipo de salud ubicado en áreas de hospitalización para la atención y manejo de casos sospechosos y confirmados de Enfermedad COVID19 deberán portar EPP completo en todo momento.

Limpeza y desinfección:

El personal de limpieza de cada hospital deberá realizar los procesos de limpieza y desinfección establecidos utilizando protección ocular, gorro, cubre bocas N95, bata, guantes y bota impermeable.

La limpieza y desinfección de áreas, superficies y equipo en contacto con pacientes sospechosos y confirmados de Enfermedad COVID-19 debe realizarse:

1. Con agua y jabón
2. Posteriormente utilizar cloro con dilución mínimo de 5000ppm.
3. Se entienden como áreas y superficies de contacto a todos los sitios donde haya estado el paciente: filtro, consultorio de triage, áreas de estudios de gabinete, hospitalización, terapia intensiva, etc.

Todo personal en contacto con paciente sospechoso o confirmado deberá realizar higiene de manos con agua y jabón o alcohol en gel al 70% al finalizar su proceso.

El equipo de protección personal deberá ser desechado, a excepción de los lentes de seguridad, y deberá tener el siguiente manejo:

1. Colocarse en una bolsa de polipapel para autoclave
2. Llevados a CEYE para esterilización
3. Posterior desecho en bolsa roja de RPBI.
4. Los lentes de seguridad deberán ser desinfectados con solución de hipoclorito de sodio al 0.05%.

NOTIFICACION Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

A todos los casos sospechosos realizar el estudio epidemiológico y la toma de muestra para prueba confirmatoria (RT-PCR) por personal de Epidemiología y/o el personal designado en cada unidad.

TOMA DE MUESTRA.

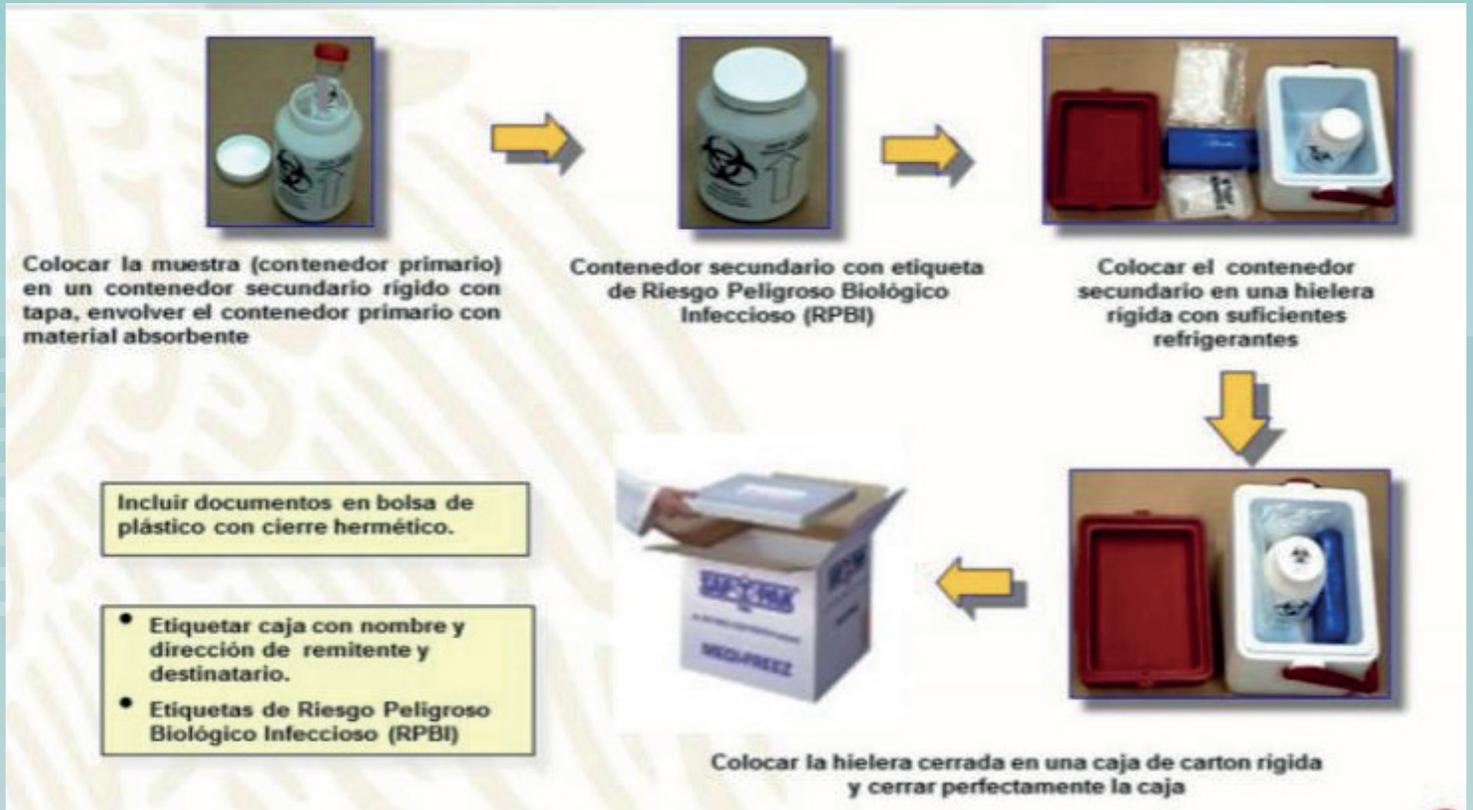
Deberá ser realizada por personal capacitado en el uso de EPP y toma de muestras. Las cuales podrán ser las siguientes:

Tipos de muestra

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.

El envío deberá realizarse en triple embalaje.



CLASIFICACIÓN DE PACIENTES (OMS)

Para estandarizar la clasificación clínica de los pacientes se sugiere basarse en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Cuadros no complicados	Cuando no hay complicaciones, la infección vírica de las vías respiratorias altas cursa con síntomas inespecíficos como fiebre, tos, dolor de garganta, congestión nasal, malestar general, cefaleas y dolores musculares. Los ancianos y los pacientes inmunodeprimidos pueden presentar síntomas atípicos. Estos pacientes no presentan signos de deshidratación, septicemia ni disnea.
Neumonía leve	Paciente con neumonía sin signos de neumonía grave. Los niños con neumonía no grave presentan tos o dificultad respiratoria junto con taquipnea; taquipnea (respiraciones por minuto) en los menores de 2 meses, ≥ 60 ; en los niños de 2 a 11 meses, ≥ 50 ; en los niños de 1 a 5 años, ≥ 40 sin signos de neumonía grave.
Neumonía grave	Adolescentes o adultos con fiebre o sospecha de infección respiratoria junto con uno de los signos siguientes: frecuencia respiratoria >30 respiraciones/min, dificultad respiratoria grave o $SpO_2 <90\%$ en aire ambiente (adaptado de [1]). Niño con tos o dificultad respiratoria y al menos uno de los signos siguientes: cianosis central o $SpO_2 <90\%$; dificultad respiratoria grave (p. ej., gemidos, tiraje costal muy acentuado); signos de neumonía con un signo general de riesgo: incapacidad para mamar o beber, letargo o inconsciencia o convulsiones. Puede haber otros signos de neumonía: tiraje costal, taquipnea (respiraciones/min): <2 meses, ≥ 60 ; 2-11 meses, ≥ 50 ; 1-5 años, ≥ 40 . ² El diagnóstico es clínico; las exploraciones de imagen torácicas sirven para descartar complicaciones.

<p>Síndrome de dificultad respiratoria aguda⁷⁻⁹</p>	<p>Inicio: síntomas respiratorios de nueva aparición o agravamiento de los preexistentes en la semana siguiente a la aparición del cuadro clínico.</p> <p>Imagen torácica (radiografía, tomografía computarizada o ecografía pulmonar): Opacidades bilaterales no atribuibles completamente a derrames, atelectasia pulmonar/lobular o nódulos.</p> <p>Origen del edema: insuficiencia respiratoria no atribuible completamente a una insuficiencia cardíaca o sobrecarga de líquidos. Requiere evaluación objetiva (p. ej., ecocardiograma) para descartar edema hidrostático si no hay factores de riesgo.</p> <p>Oxigenación (adultos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • SDRA leve: $200 \text{ mm Hg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mm Hg}$ (con PEEP o PPC $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$,⁷ o ausencia de ventilación⁸). • SDRA moderado: $100 \text{ mm Hg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200 \text{ mm Hg}$ con PEEP $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$,⁷ o ausencia de ventilación⁸). • SDRA grave: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 100 \text{ mm Hg}$ con PEEP $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$,⁷ o ausencia de ventilación⁸). • Cuando no se conoce la PaO₂, un cociente SpO₂/FiO₂ ≤ 315 es indicativo de SDRA (incluso en pacientes sin ventilación). <p>Oxigenación (niños; nota: IO = índice de oxigenación; IOS = índice de oxigenación con la SpO₂):</p> <ul style="list-style-type: none"> • VNI de bipresión o PPC $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$ con mascarilla facial: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mm Hg}$ o $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 264$. • SDRA leve (con ventilación invasiva): $4 \leq \text{IO} < 8$ o $5 \leq \text{IOS} < 7,5$. • SDRA moderada (con ventilación invasiva): $8 \leq \text{IO} < 16$ o $7,5 \leq \text{IOS} < 12,3$. • SDRA grave (con ventilación invasiva): $\text{IO} \geq 16$ o $\text{IOS} \geq 12,3$.
<p>Septicemia^{10,11}</p>	<p>Adultos: disfunción orgánica con riesgo vital causada por una respuesta desregulada del huésped a una infección documentada o sospecha de infección, con disfunción orgánica*. Los signos de disfunción orgánica son: alteración del estado mental, disnea o taquipnea, hipoxemia, oliguria, taquicardia, debilidad del pulso, extremidades frías, hipotensión, piel moteada o signos analíticos de coagulopatía, trombocitopenia, acidosis, lactoacidosis o hiperbilirrubinemia.</p> <p>Niños: infección documentada o sospecha de infección y al menos dos criterios de SRIS, uno de los cuales debe ser la alteración de la temperatura o de la cifra de leucocitos.</p>
<p>Choque septicémico^{10,12}</p>	<p>Adultos: hipotensión persistente a pesar de la reposición de la volemia que requiera vasopresores para mantener la TAM $\geq 65 \text{ mm Hg}$ y lactato sérico $> 2 \text{ mmol/l}$.</p> <p>Niños (según [12]): hipotensión (TAS por debajo del quinto centil o más de dos desviaciones estándar por debajo del valor normal para la edad) o dos-tres de los factores siguientes: alteración del estado mental; bradicardia o taquicardia (FC $< 90 \text{ lpm}$ o $> 160 \text{ lpm}$ en lactantes y FC $< 70 \text{ lpm}$ o $> 150 \text{ lpm}$ en niños de más edad); prolongación del tiempo de llenado capilar ($> 2 \text{ s}$) o vasodilatación con pulso capricante y calor; taquipnea; piel moteada, petequias o exantema purpúrico; elevación del lactato; oliguria; hipertermia o hipotermia.</p>

RECOMENDACIONES PARA MANEJO HOSPITALARIO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD COVID-19

Todo paciente con diagnóstico de sospecha de enfermedad COVID-19 y que vaya a ser ingresado al hospital se recomienda tomar los siguientes estudios (de acuerdo a la disponibilidad de la unidad):

- Biometría hemática (se espera encontrar leucopenia y/o linfopenia)
- Pruebas de función hepática (elevación de transaminasas en el 50% de los casos)
- CPK y DHL (elevadas)
- Dímero D (si está elevado es indicativo de mal pronóstico)
- Proteína C reactiva (elevada)
- Procalcitonina (si está elevada es indicativo de sobre infección bacteriana)
- Rx de tórax y valorar ultrasonido de tórax y TAC de tórax (infiltrados en vidrio despulido)

RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO

1. SOPORTE RESPIRATORIO:

Se recomienda el aporte de oxígeno a todo paciente con saturación menor a 92%.

Se desaconseja el uso de nebulizaciones, la aspiración de secreciones y todo procedimiento que pueda generar aerosoles.

Los procedimientos de generación de aerosoles son: intubación endotraqueal, broncoscopia, succión abierta, ventilación manual antes de la intubación, desconexión del paciente del ventilador, traqueotomía y reanimación cardiopulmonar.

Si fuese necesario algún broncodilatador se recomienda en presentación de cartucho presurizado y aplicarlo con cámara espaciadora.



De acuerdo a las necesidades del paciente se deberá ofrecer aporte de oxígeno por mascarilla facial o puntas nasales.

Si se requiere mayor aporte de oxígeno o hay criterios de insuficiencia respiratoria hipoxémica se deberán utilizar equipos de alto flujo siempre y cuando se cuente con el equipo completo y adecuado además de personal capacitado para su manejo; puede utilizarse también CPAP.

Si el paciente no presenta mejoría deberá intubarse para ofrecer ventilación mecánica. El procedimiento debe hacerlo el personal mejor calificado para esto, utilizando el equipo de protección personal completo.

Se recomienda en adultos un volumen tidal bajo de 4-8mL/kg y presiones respiratorias bajas (presión plateau <30 cmH2O). En niños se recomienda volumen tidal de 3 hasta 8ml/Kg y presión plateau <20 cmH2O.

En pacientes con SIRA se recomienda la ventilación en posición prono por 12 a 16 horas al día. El PEEP puede incrementarse cuanto sea necesario en los pacientes.

2. SOPORTE HEMODINAMICO

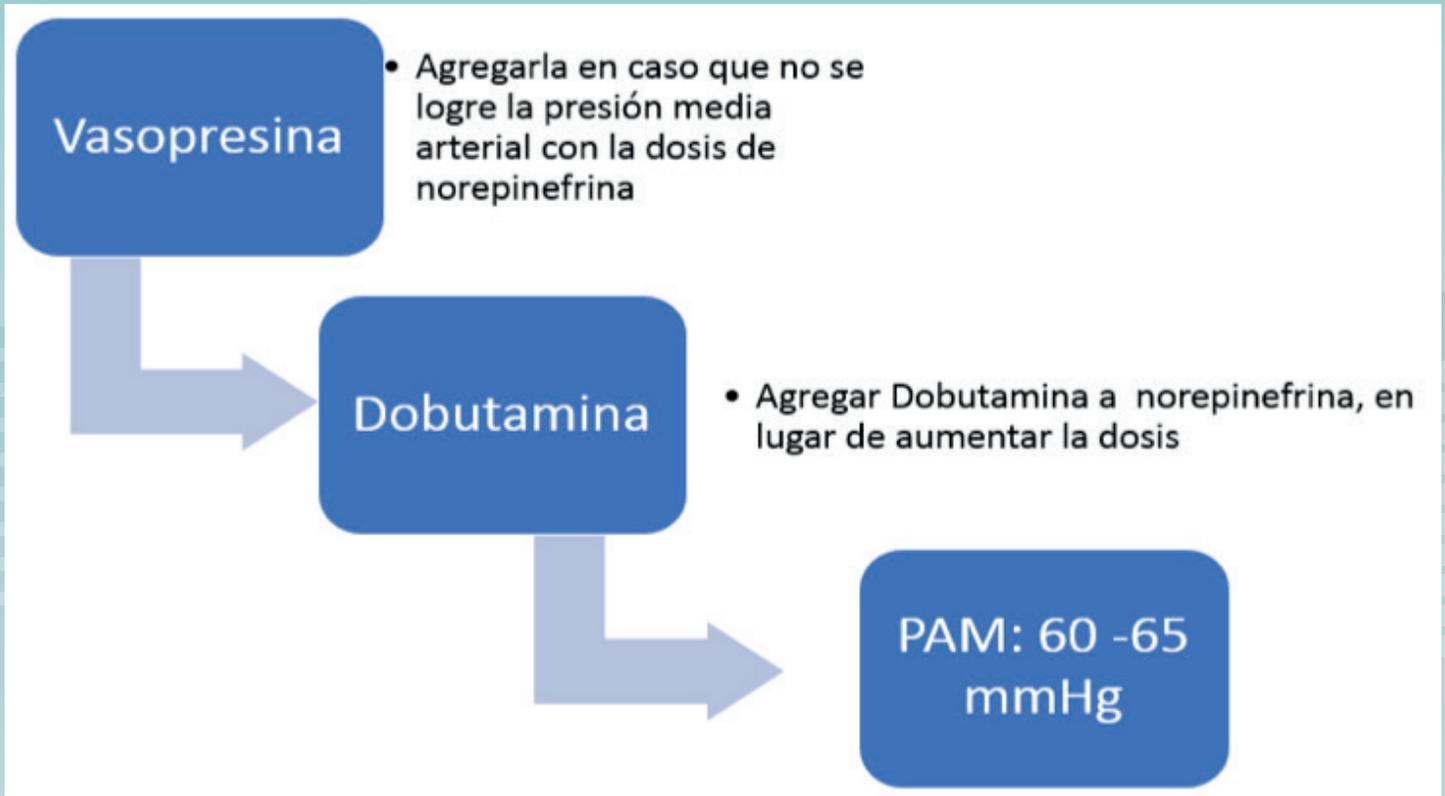
En pacientes con COVID-19 y choque se sugieren usar parámetros dinámicos para evaluar la respuesta a fluidos (temperatura de la piel, tiempo de llenado capilar); se prefiere utilizar una estrategia conservadora en el manejo de líquidos, se recomienda el uso de cristaloides balanceados sobre coloides, se desaconseja el uso de amiloides de hidroxietilo, no usar albúmina como terapia inicial de manera rutinaria.

En caso de ser necesario el uso de agentes vasoactivos, se recomienda noradrenalina como primera línea, de segunda línea vasopresina y en caso de disfunción cardíaca con persistencia de datos de hipoperfusión a pesar de la reanimación con líquidos y noradrenalina se sugiere agregar dobutamina.

Agentes vasoactivos

Primera línea





3. TERAPIA INMUNOMODULADORA

Se desaconseja el uso de glucocorticoides en pacientes con cuadros leves y moderados. Los esteroides pueden considerarse en las siguientes situaciones: deterioro rápido que sugiera SIRA, choque séptico, datos de encefalopatía, síndrome hemofagocítico. En caso de optar por el uso de esteroide se recomienda Metilprednisolona a 1-2 mg/kg/día por 3 a 5 días.

Se puede utilizar gammaglobulina intravenosa en casos severos pero aún se está evaluando su eficacia, la dosis recomendada es 1gr/kg/día por 2 días o 400mg/kg/día por 5 días.

4. TRATAMIENTO ANTIVIRAL SUGERIDO

Es importante aclarar que no existe ningún antiviral específico frente a SARS-CoV-2, sin embargo se han hecho diversos estudios de alternativas terapéuticas encontrando hasta el momento la mayor consistencia con los tratamientos que sugerimos a continuación:

Manejo sugerido para COVID 19

CUADRO CLINICO	RX TORAX	TRATAMIENTO	ACTITUD
Leve: no hipoxemia, no dificultad respiratoria	No indicada salvo grupos de riesgo	Sintomático (paracetamol)	Alta a domicilio con aislamiento estricto 14 días
Moderado: hipoxemia o dificultad respiratoria	Cualquier infiltrado	CONSIDERAR: Hidroxicloroquina 400mg c/12 hrs el día 1 y posteriormente 200mg c/12hrs por 5 días En niños: <6 años: Hidroxicloroquina a 6.5mgkgdía c/12hrs y en >6 años a 10mgkgdía c/12hrs sin exceder 400mg al día	Ingreso a piso con aislamiento de contacto y respiratorio
Severo: inestabilidad hemodinámica o ventilatoria	Cualquier infiltrado	CONSIDERAR: Hidroxicloroquina 400mg c/12 hrs el día 1 y posteriormente 200mg c/12hrs por 5 días En niños: <6 años: Hidroxicloroquina a 6.5mgkgdía c/12hrs y en >6 años a 10mgkgdía c/12hrs sin exceder 400mg al día	Ingreso a Unidad de Terapia Intensiva con aislamiento de contacto y respiratorio

Los medicamentos que actualmente se encuentran en estudio por la OMS además de cloroquina/hidroxicloroquina son:

Remdesivir intravenoso, dosis de carga 200mg el primer día y dosis de mantenimiento 100mg cada 24hrs por 10 días.

Lopinavir/ritonavir 200mg vía oral cada 12hrs por máximo 14 días. Niños de 7-14kg se calcula en base a lopinavir a 12mgkgdosis cada 12hrs y en niños de 15 a 40kg se calcula a 10mgkgdosis cada 12hrs.

Interferon Beta-1b vía subcutánea 250mcg cada 48hrs con duración máxima de 14 días.

Tocilizumab intravenoso diluir en 100ml de solución fisiológica y administrar a >80kg 600mg cada 12hrs por dos dosis en infusión de 1 hora; en menores de 80kg, 600mg dosis inicial y a las 12hrs 400mg intravenoso. Si empeora administrar una tercera infusión de 400mg luego de 16 a 24hrs de la segunda administración.

Azitromicina 500mg el día 1 y 250mg cada 24hrs del segundo al quinto día.

Es relevante consultar interacciones medicamentosas, www.covid19-druginteractions.org , www.hiv-druginteractions.org/checker

Las modificaciones al manejo se harán en base a la evidencia científica que se presente.

5. USO DE ANTIMICROBIANOS

En pacientes con sospecha de sobre infección viral por influenza o confirmación de la misma se recomienda el uso de oseltamivir.

En pacientes con sospecha de neumonía bacteriana agregada se aconseja el uso de antibióticos para cubrir *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* y agentes atípicos.

Para pacientes pediátricos se recomienda el uso de betalactámicos como penicilina G sódica cristalina o cefalosporinas de tercera generación más clindamicina; para pacientes adultos se recomienda el uso de betalactámicos como amoxicilina con clavulanato o cefalosporinas de tercera generación y azitromicina o claritromicina y como alternativas el uso de quinolonas como levofloxacino o moxifloxacino.

En pacientes con datos de choque séptico se sugiere el uso de antimicrobianos de amplio espectro en base a la sospecha etiológica y posteriormente des-escalar el manejo en base a reportes de hemocultivos.

MANEJO DE LA MUJER EMBARAZADA CON COVID-19

Hasta el momento los datos sobre la presentación clínica de la mujer embarazada con COVID-19 así como las consecuencias perinatales son limitados.

No existe evidencia de que la mujer embarazada presente signos o síntomas diferentes al resto de la población ni de que tenga mayor riesgo de padecer las formas graves de la enfermedad, tampoco existe evidencia de transmisión materno fetal.

Se han hecho estudios en leche materna y no se ha encontrado el virus por lo que se recomienda altamente que la madre aún estando infectada por SARS-CoV-2 alimente a su bebé con leche materna utilizando mascarilla médico/quirúrgica y favoreciendo la higiene de manos antes y después de estar en contacto con el bebé y limpiar las superficies con las que la madre ha estado en contacto. Si la madre tiene una forma grave de la enfermedad deberá favorecerse la extracción de la leche materna con las medidas de higiene apropiadas para ofrecerla al bebé.

USO DE EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Todo el personal que vaya a estar en contacto con pacientes sospechosos o confirmados de enfermedad COVID 19 deben de utilizar las siguientes medidas de protección.

Para el equipo de salud del triage respiratorio y personal paramédico que atienden pacientes no intubados se recomienda:

- Lentes de seguridad
- Protección respiratoria con N95
- Bata quirúrgica impermeable
- Guantes

Médicos que atienden pacientes que serán intubados y manejados con ventilación mecánica se recomienda:

- Lentes de seguridad
- Protección respiratoria con N95
- Traje especial tipo Tyvek o en su defecto bata quirúrgica impermeable y gorro
- Doble par de guantes

Pasos para la colocación del Equipo de Protección Personal

- Lavado de manos
- Colocación de zapatones
- Colocación de bata quirúrgica desechable
- Colocación de primer par de guantes
- Colocar cinta micropore entre guante y manga de la bata (dejar una pestaña a la cinta para retiro fácil)
- Segundo par de guantes
- Colocación N95
- Lentes de seguridad
- Colocación de gorro/ cubrepelo

Pasos para el retiro del Equipo de Protección Personal

- Retiro de segundo par de guantes
- Retiro de cinta ente guante y manga
- Retiro de bata
- Retiro de zapatones
- Retiro de primer par de guantes
- Retiro de cubrepelo/ gorro
- Retiro de lentes
- Retiro de N95
- Lavado de manos

Todo el equipo retirado a excepción de los lentes se coloca dentro de una bolsa de papel para su esterilización a 121C por 20 minutos y posterior desecho por RPBI.

Pacientes que fallecen por sospecha de COVID-19 o ya tienen el diagnóstico confirmado y fallecen deberán clasificarse con el código del CIE-10:

B97.2: Coronavirus como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos.

Anexos.



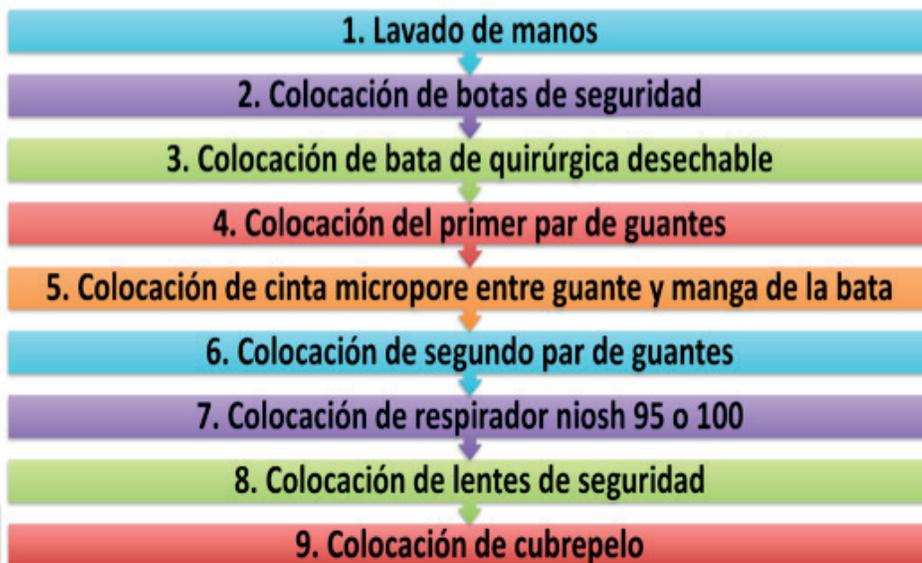
Insumos de Equipo de Protección Personal

Tabla 1 – Uso de equipo de protección personal (PPE) según nivel de atención

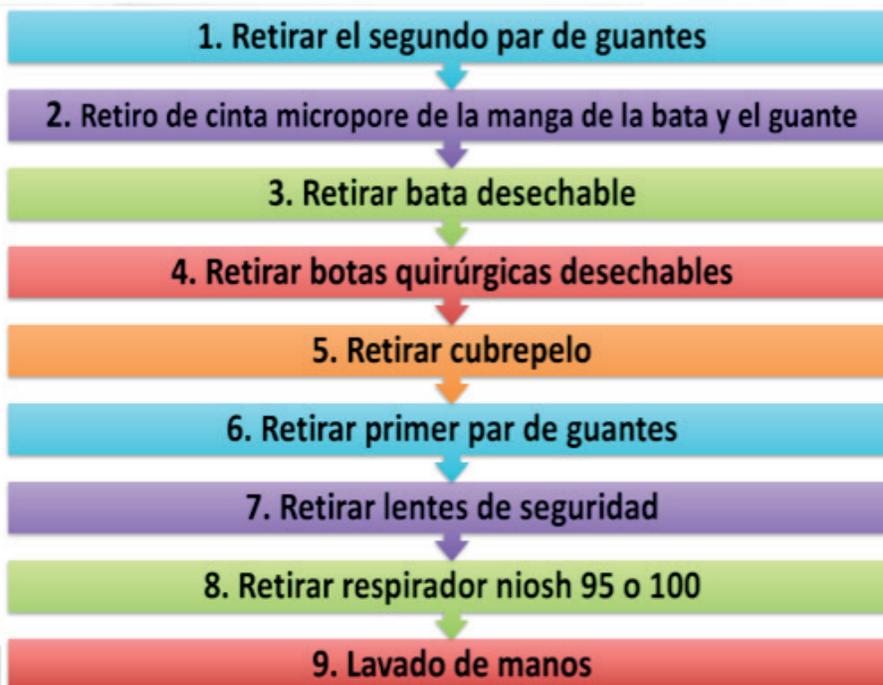
Tipo de atención	Higiene de manos	Batas	Mascarilla médica	Respirador (N95 o FFP2)	Gafas (protección ocular) O Protector facial (protección facial)	Guantes
Triaje	X		X			
Toma de muestras para diagnóstico laboratorial	X	X		X	X	X
Caso sospechoso o confirmado de 2019-nCoV que requiere admisión al establecimiento de salud y SIN PGA	X	X	X		X	X
Caso sospechoso o confirmado de 2019-nCoV que requiere admisión al establecimiento de salud y PGA	X	X		X	X	X

*PGA: Procedimientos generadores de aerosoles
OMS-OPS

¿Cómo ponerse el EPP?



¿Cómo quitarse el EPP?



Referencias.

1. Cortegiani A, Ingonglia G, et al. A systematic review on the efficacy and safety of chloroquine for the treatment of COVID-19. *Journal of Critical Care* 2020
2. Dhama K, Sharun K, et al. COVID-19 an emerging coronavirus infection: advance and prospects in designing and developing vaccines, immunotherapeutics and therapeutics. <https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1735227>
3. Baden L, Rubin E. Covid-19 The Search of Effective Therapy. DOI: 10.1056/NEJMe2005477
4. He F, Deng Y, Li w. Coronavirus disease 2019: what we know. ORCID iD: 0000-0002-7034-4285
5. Massachusetts General Hospital COVID-19 Treatment Guidance. Version 1.0 3/17/2020
6. Taisheng Li. Diagnosis and clinical management of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection: an operational recommendation of Peking Union Medical College Hospital. <https://doi.org/10.1080/22221751.2020.1735265>
7. Manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave presuntamente causada por coronavirus (2019-nCoV) Organización Mundial de la Salud. 28 Febrero 2020.
8. Liu J, Cao R, et al. Hydroxychloroquine, a less toxic derivative of chloroquine, is effective in inhibiting SARS-CoV-2 infection in vitro. <https://doi.org/10.1038/s41421-020-0156-0>
9. Gao J, Tian Z, et al. Breakthrough: Chloroquine phosphate has shown apparent efficacy in treatment of COVID-19 associated pneumonia in clinical studies. *BioScience Trends*. 2020; 14(1):72-73.
10. Gautret P, Lagier J, et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19; results of an open-label non-randomized clinical trial. *International Journal of Antimicrobial Agents* – In Press 17 March 2020 – DOI : 10.1016/j.ijantimicag.2020.105949
11. Cao B, Wang Y, et al. A trial of Lopinavir-ritonavir in adults hospitalized with severe COVID-19. DOI: 10.1056/NEJMoa2001282
12. King's Critical Care- Evidence Summary Clinical Management of COVID-19. Marzo 2020.
13. Cruz A, Zeichner S. COVID-19 in children: initial characterization of the pediatric disease. *Pediatrics*. 2020; doi: 10.1542/peds.2020-0834
14. Méndez E, Calvo C, et al. Recomendaciones de tratamiento específico en caso de infección respiratoria por SARS-CoV-2 en pacientes pediátricos con enfermedades crónicas de alto riesgo y en pacientes hospitalizados. AEP. SEIP. SECIP. 18 Marzo 2020
15. Manejo Clínico de pacientes con enfermedad por el nuevo coronavirus (COVID-19). Documento Técnico. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad. Feb 2020
16. Baron S, Devaux C, et al. Teicoplanin: an alternative drug for the treatment of coronavirus COVID-19? *International Journal of Antimicrobial Agents* 2020.
17. Guo Y, Cao Q, et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID 19) outbreak- an update on the status <https://doi.org/10.1186/>
18. Yixiang N, Zongbin L, et al. Evaluation of the Effectiveness of Surveillance and Containment Measures for the first 100 patients with COVID-19 in Singapore. *MMWR* March 20, 2020.
19. Zhou D, Dai S, et al. COVID-19: a recommendation to examine the effect of hydroxychloroquine in preventing infection and progression. *J Antimicrob Chemother*. Doi:10.1093/jac/dkaa114
20. Requerimientos para uso de equipos de protección personal para el nuevo coronavirus (2019-nCoV) en establecimientos de salud. OMS-OPS 2/6/2020
21. Chen Z, Fu J, et al. Diagnosis and treatment recommendations for pediatric respiratory infection caused by the 2019 novel coronavirus. *World J of Pediatrics*. Feb 2020
22. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. WHO Interim guidance. 13 de marzo 2020.
23. Bouadma L, Lescure F, et al. Severe SARS-CoV-2 infections: practical considerations and management strategy for intensivists. *Intensive Care Med* 2020
24. Prevención y control de infecciones durante la atención sanitaria de casos en los que se sospecha una infección por el nuevo coronavirus (n-CoV). Orientaciones provisionales. OMS 25 de enero 2020.
25. Alhazzani W, Moller M, et al. Surviving Sepsis Campaign: Guidelines on the Management of Critically ill Adults with Coronavirus Disease 2019. DOI:10.1007/S00134-020-060022-5



AUTORES:

Dr. Roberto Bernal Gómez

Secretario de Salud del Estado de Coahuila de Zaragoza

Dra. Lorena Rodríguez Muñoz

Dra. Angélica Nohemí Díaz Castaño

Dr. José Luis Rodríguez Nuñez

Dr. Carlos Sánchez García

Dr. Ramsés Medina González

Dra. Violeta Izadora Rodríguez Rivera

Dr. Arturo Armando Dávila Pérez

Comité Técnico Para la Prevención, Atención y Control del COVID-19,
Secretaría de Salud del Estado de Coahuila de Zaragoza, México.