



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2020 - Año del General Manuel Belgrano

Resolución

Número:

Referencia: EX-2020-41411987- -APN-DNCSSYRS#MS

VISTO el EX-2020-41411987- - APN-DNCSSYRS#MS, la Ley N° 27.541, el Decreto N° 50 de fecha 19 de diciembre de 2019, el Decreto N° 260 de fecha 12 de marzo de 2020, sus modificatorios y complementarios, y,

CONSIDERANDO:

Que el 11 de marzo de 2020, la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (O.M.S.) declaró el nuevo brote de coronavirus COVID 19 como una pandemia.

Que, en virtud de la pandemia declarada por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (O.M.S.) y la constatación de la propagación de COVID-19 en nuestro país, el Decreto N° 260 de fecha 12 de marzo de 2020 amplió, por el plazo de UN (1) año la emergencia pública en materia sanitaria establecida por la Ley N° 27.541, teniendo la finalidad de acelerar la capacidad de respuesta y fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud de Nación y dar apoyo a las jurisdicciones, conduciendo integral y coordinadamente las acciones para enfrentar a la pandemia COVID-19, a fin de proteger la salud pública, lo que constituye una obligación inalienable del Estado nacional.

Que, desde la DIRECCIÓN NACIONAL DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y REGULACIÓN SANITARIA se han elaborado Recomendaciones que orientan a la Gestión y Organización de los Establecimientos de Salud y a la preparación de la Red sanitaria ante la Pandemia COVID 19, para garantizar la calidad, la seguridad de los pacientes y de los trabajadores.

Que las recomendaciones que se proponen tienen como objetivo dar apoyo a través de documentos técnicos a las jurisdicciones, equipos de salud y población en general para el abordaje de distintos aspectos relacionados a la pandemia de COVID-19, en base a la evidencia relacionada que se encuentra disponible.

Que la SUBSECRETARÍA DE CALIDAD, REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN ha prestado la conformidad pertinente.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se dicta en uso de las atribuciones conferidas por el inciso 1 del acápite SECRETARÍA DE CALIDAD EN SALUD del Título XVI del Anexo II al Decreto N° 50/19”.

Por ello,

EL SECRETARIO DE CALIDAD EN SALUD

RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Apruébanse las “RECOMENDACIONES PARA LA PREPARACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD”, que como Anexo 1 IF-2020-42030749-APN-DNCSSYRS#MS forma parte de la presente.

ARTÍCULO 2°.- Apruébanse las ‘RECOMENDACIONES PARA LA RESPUESTA DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”, que como Anexo 2 IF-2020-42030395-APN-DNCSSYRS#MS forma parte de la presente.

ARTÍCULO 3°.- Apruébanse las “RECOMENDACIONES PARA PREPARACIÓN DE OTROS DISPOSITIVOS DE AISLAMIENTO Y ATENCIÓN EXTRAHOSPITALARIOS.”, que como Anexo 3 IF-2020-42030252-APN-DNCSSYRS#MS forma parte de la presente.

ARTÍCULO 4°.- Apruébanse las “RECOMENDACIONES PARA LIMPIEZA Y GESTIÓN DE RESIDUOS”, que como Anexo 4 IF-2020-42030032-APN-DNCSSYRS#MS forma parte de la presente.

ARTÍCULO 5°.- Apruébanse las “RECOMENDACIONES PARA LA ELABORACIÓN DE PREPARACIONES ALCOHÓLICAS EN COMPLIMIENTO RM 681/2020”, que como Anexo 5 IF-2020-42029714-APNDNCSSYRS#MS forma parte de la presente.

ARTÍCULO 6°.- Difúndase a través de la DIRECCIÓN NACIONAL DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD Y REGULACIÓN SANITARIA las recomendaciones que se aprueban por los artículos anteriores, a fin de asegurar el máximo conocimiento y aplicación.

ARTÍCULO 7°- Comuníquese, pase a la DIRECCIÓN NACIONAL DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD Y REGULACIÓN SANITARIA a sus efectos y archívese

ANEXO 1

COVID 19

**RECOMENDACIONES PARA
LA PREPARACIÓN DE LOS
ESTABLECIMIENTOS DE
SALUD**



**Ministerio de Salud
Argentina**

INDICE

1. Recomendaciones para directivos y jefes de servicio hospitales Pág. 3
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001890cnt-covid19-recomendaciones-para-directivos-y-jefes-de-servicio-hospitales.pdf>
2. Acciones de preparación para la respuesta al COVID 19 en establecimientos de salud - Instructivo y Herramienta de autoevaluación Pág. 10
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001851cnt-20200327-acciones-preparacion.pdf>
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001850cnt-covid-19-herramienta-autoevaluacion-establecimientos.pdf>
3. Recomendaciones para la implementación de triaje Pág. 23
<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/organizacion-asistencial>
4. Recomendaciones para reorganización y ampliación progresiva de los servicios de salud Pág. 32
5. Recomendaciones para la prevención y abordaje de COVID-19 en residencias de personas mayores Pág. 41
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001853cnt-recomendaciones-residencias-adultos-mayores-covid19.pdf>
6. Recomendaciones para manejo de cadáveres Pág. 51
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001895cnt-covid19-manejo-cadaveres.pdf>
7. Lineamientos para una atención sanitaria segura en establecimientos y dispositivos de salud Pág. 56
8. Recomendaciones adecuación edilicia en atención odontológica múltiple Pág. 63

1- RECOMENDACIONES GENERALES PARA DIRECTIVOS Y JEFES DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

Estas recomendaciones se basan en la evidencia disponible, que por el momento es limitada. Sobre la misma se construyeron escenarios de requerimientos, a partir de los cuales se podría orientar la estimación de servicios y sus requerimientos.

Las necesidades y el número de pacientes ingresados (incluyendo % de pacientes críticos) pueden variar en función de la curva epidemiológica y del impacto de las medidas de distanciamiento social implementadas.

➤ CÁLCULO DE NECESIDADES

a) Consideraciones generales:

- **Tiempo estimado de duplicación de casos:** cada 3 o 4 días en escenario de curva exponencial (sin medidas de aislamiento social).
- **Distribución estimada de casos por gravedad:**
 - 81% leves.
 - 15,7% severos.
 - 5% críticos.
 - 2,3% ARM.

En la serie de 1.099 casos ingresados en 532 hospitales en China (1), 15,7% fueron considerados casos con neumonía grave pero sólo 5% fueron ingresados en UCI y 2,3% requirieron ventilación mecánica.

- **Parámetros de necesidades cada millón de habitantes.**
- **Parámetros de necesidades cada millón de habitantes** (proyección pesimista, curva exponencial)
 - 2000 camas leves (en fase de mitigación a reemplazar por hoteles e internación domiciliaria)
 - 400 camas generales de agudos (11 días promedio de internación)
 - 150 camas de cuidados intensivos (8 días promedio de internación)

b) Consideraciones específicas:

- **CAMAS DE CUIDADO INTENSIVO**
 - **Tiempo de internación:**
8 días (+/- 4)

- **Equipamiento:**
 - 1 saturómetro por cama
 - 1 monitor por cama
 - 1 respirador por cama

- **Equipos de Protección Personal:**
 - Batas
 - Barbijo quirúrgico
 - Equipo de protección respiratoria (N95, FFP2 o equivalente) para maniobras que producen aerosoles
 - Guantes no estériles
 - Gafas ó protector facial

- **Recurso humano:**
 - 1 enfermero cada 2 camas en turnos de 6 horas por día.
 - 1 médico cada 8 camas, 1 guardia por día.
 - 1 kinesiólogo respiratorio cada 8 camas, 1 guardia por día.

Es recomendable establecer equipos de trabajo fijos, de modo tal de minimizar el impacto potencial en caso de infecciones en el personal de salud que requieran el aislamiento preventivo de sus contactos estrechos.

– CAMAS DE CUIDADO INTERMEDIO

- **Tiempo estimado de internación:**
8 días (+/- 4).

- **Equipamiento:**
 - Cama común.
 - Instalación de gases medicinales.
 - Equipamiento básico.

- **Recurso humano:**
 - 1 enfermero cada 4 camas en 4 turnos por día. 1 médico cada 8 camas, 1 guardia por día.
 - 1 kinesiólogo respiratorio cada 8 camas, 1 guardia por día.

– CAMAS DE CUIDADO GENERAL

- **Tiempo estimado de internación:**
11 días (+/-4).

- **Equipamiento:**
 - Cama común.
 - Equipamiento básico.

- **Recurso humano:**
 - 1 enfermero cada 8 camas en 3 turnos por día.
 - 1 médico cada 8 camas, 1 guardia por día.
- **CAMAS LEVES** (hoteles, otros espacios generales o internación domiciliaria en fase de mitigación).
 - **Recurso humano:**
 - 1 enfermero cada 20/40 personas en aislamiento.
 - 1 médico por dispositivo.
 - Personal general de gestión del dispositivo debidamente capacitado.

Dispositivo y protocolo para derivación a centro de mayor complejidad en caso de complicaciones.

➤ **ACCIONES CONCRETAS FRENTE A LA CONTINGENCIA**

- a. Especificar Red de Referencia y Contrarreferencia.
- b. Suspender consulta ambulatoria programada
- c. Suspender estudios de Laboratorio e Imágenes programadas
- d. Suspender cirugía programada
- e. Adelantar cirugías prioritarias (cardiovascular, oncológicas, etc.)
- f. Alta temprana y control domiciliario de pacientes con otras patologías
- g. Organizar servicio telefónico (u otro) de llamados para control domiciliario
- h. Capacitar al personal de salud en medidas de bioseguridad y uso del Equipo de Protección Personal a cargo del área de Docencia
- i. **Diagramar y señalar** el flujo de circulación de pacientes febriles, consultorios para pacientes febriles y contar con un consultorio de aislamiento respiratorio.
- j. Asegurar la capacitación del personal que realice el triaje y la atención en el consultorio de pacientes febriles proveyendo los elementos de protección adecuados.
- k. Planificar y liberar espacios donde puedan ubicarse pacientes leves antes de ser derivados a domicilio u hoteles (en jurisdicciones que están en la fase de mitigación).
- l. Organizar consultas a distancia: Vía mail, videoconferencia, teléfono móvil u otros para pacientes crónicos y para pacientes con consultas no vinculadas a la contingencia.
- m. Implementar en conjunto con los referentes jurisdiccionales dispositivos de dispensa de medicación crónica empleando recetas electrónicas.
- n. Asegurar la prevención, promoción y atención de pacientes febriles con sospecha de dengue, incluyendo la extracción de muestra de sangre para

- seguimiento del mismo.
- o. Planificar el aumento de camas de UTI en todo espacio con infraestructura adecuada. Incluir los shocksrooms y la apertura de sectores a inaugurar
 - p. Organizar equipos médicos completos de reemplazo ante la eventualidad de personal enfermo (sobre todo en UTI).
 - q. Médico dedicado y consultorio adecuado para atender a personas del equipo de salud que lo requieran.
 - r. Control de vacunación estricto al personal.
 - s. Preparar la gestión de traslados con equipo que asegure logística disponible las 24 horas y esté coordinado con la limpieza.
 - t. Establecer los mecanismos internos para continuar el tratamiento farmacológico de los pacientes crónicos. Para reducir la circulación de los pacientes se recomienda realizar la prescripción electrónica de dicha medicación.
 - u. Asegurar la provisión de anticonceptivos y situaciones de urgencia relacionadas a la salud de la mujer, incluyendo interrupción legal del embarazo.
 - v. Mantener los circuitos de entrega de leche adecuando los circuitos que evitan la acumulación de personas.

ANEXO 1: EQUIPOS PROFESIONALES DE REEMPLAZO.

Uno de los aspectos más críticos para sostener el trabajo de la internación y en la Unidad de Terapia Intensiva será la posible baja de integrantes del equipo de salud tanto por necesidad como por agotamiento y la necesidad de su reemplazo en forma parcial o permanente para garantizar la continuidad de atención.

En ese sentido es imprescindible que los directivos y jefes de servicio, junto con el responsable de recursos humanos y de docencia de la institución comiencen a planificar esta circunstancia y para ello compartimos las siguientes recomendaciones:

- a. Equipo básico a sostener cada 8 camas de UTI, por día: 1 médico en período de 24 horas y 16 enfermeras en turnos de 6 horas. (1 enfermera cada 2 camas).
- b. En el caso de reemplazo preventivo por agotamiento, puede pensarse en profesionales del hospital que no sean específicos para la pandemia (Técnicos instrumentadores, Dermatólogos, Oftalmólogos, etc.) pero que pueden hacer un reemplazo parcial en algunos ámbitos del proceso de atención. Por ejemplo, para llenar órdenes para diferentes servicios complementarios, en la confección de resúmenes para traslados a otro sector de internación, para realización resumen de HC o cualquier otro trámite más administrativo. El reemplazo en las tareas asistenciales por agotamiento seguiría el concepto que

- se desarrolla a continuación tanto para médicos como para enfermeras; no siendo necesario reemplazar el equipo completo.
- c. En el caso de reemplazo por enfermedad (COVID positivo), el concepto sería que se cambia el equipo completo porque al haber un integrante de baja por esa causa, el resto del equipo deberá cumplir 14 días de aislamiento.
 - d. Priorizar el establecimiento de equipos fijos de trabajo para minimizar el impacto potencial del aislamiento de contactos estrechos en caso de infección del personal.
 - e. Los equipos deben estar nominados y distribuidos en un calendario mensual disponible en la organización. Este será en principio el calendario titular.
 - f. Se confeccionará dos calendarios suplentes donde cada equipo titular del día será reemplazado por dos equipos suplentes completos, también nominados.
 - g. Para el eventual reemplazo de la enfermera de UTI, se sugiere estos probables reemplazos dentro del plantel del propio establecimiento:
 - Enfermera UTI adultos
 - Enfermera Unidad Coronaria
 - Enfermeras residentes especialidad UTI
 - Enfermera UTI adultos jubilación reciente
 - Enfermeras UTIP o Neonatología
 - Enfermera Guardia
 - Enfermera Internación
 - Enfermera Quirófano
 - Otras enfermeras
 - Instrumentadoras quirúrgicas
 - Búsqueda de personal en listados jurisdiccionales de voluntarios
 - Podría considerarse también reemplazar 1 enfermera de UTI por dos enfermeras de otro sector.
 - h. Para el eventual reemplazo del médico de UTI, se sugiere estos probables reemplazos dentro del plantel del propio establecimiento:
 - Médico de UTI adultos.
 - Médico R4 o jefe de residentes de UTI
 - Médico de UTI adultos recientemente jubilado.
 - Médicos Anestesiastas.
 - Médicos de Guardia (emergentólogos, clínicos).
 - Médicos de Internación (clínicos, cardiólogos, neumonólogos, etc.)
 - Médicos de Consulta Externa.
 - Búsqueda de personal en listados jurisdiccionales de voluntarios

- Podría considerarse también reemplazar 1 médico de UTI por dos médicos de otro sector o considerar que el médico reemplazante, si no es especialista en UTI, puede ser acompañado por un anestesista para la intubación.
- i. El área de Docencia e Investigación del establecimiento mantendrá líneas de capacitación constante para médicos y enfermeros. Contará además con un listado de recursos de capacitación disponibles en todo el sistema para ofrecerlos como alternativa.
- j. El área de Recursos Humanos del establecimiento:
 - Mantendrá actualizados los contactos de todos los integrantes del equipo de salud.
 - Será la responsable de confeccionar y actualizar los calendarios de titulares y suplentes.
 - Será la responsable del seguimiento de los integrantes que están de baja para evaluar el momento en que puedan volver a incorporarse al trabajo.
 - Mantendrá contacto diario con el Jefe de Servicio de UTI para, según las novedades, activar los reemplazos pertinentes.
 - Mantendrá actualizados los listados de integrantes del equipo de salud voluntarios para poder contactarlos en caso de necesidad.
 - Tendrá a su cargo todos los trámites relativos a la salud de los integrantes del equipo de salud.
 - Tendrá disponibles alternativas de contratación para personal externo a los planteles del establecimiento.

REFERENCIAS

1. Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China. Guan, Ni, Yu Hu, W. Liang, Ou, He, L. Liu, Shan, Lei, Hui, Du, L. Li, Zeng, Yuen. February 28, 2020, NEJM. DOI: 10.056 / NEJMoa2002032
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.02.06.20020974v1>
2. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK – seventh update [Internet]. European Center for Disease Control and Prevention; 2020 mar. Disponible en:
<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-seventh-update-Outbreak-of-coronavirus-disease-COVID-19.pdf>
3. Wu P, Hao X, Lau EHY, Wong JY, Leung KSM, Wu JT, et al. Real-time tentative assessment of the epidemiological characteristics of novel coronavirus infections in Wuhan, China, as at 22 January 2020. Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull. Enero 2020;25(3).
4. OMS: Orientación técnica sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19): mantenimiento de servicios y sistemas de salud esenciales.

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/maintaining-essential-health-services-and-systems>

5. WHO: Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19 Interim guidance 22 March 2020

<https://www.who.int/publications-detail/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>

2- ACCIONES DE PREPARACIÓN PARA LA RESPUESTA AL COVID-19 EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Listado de verificación / Instructivo

Este documento es una adaptación local de la Lista de Verificación de Alistamiento para la Respuesta al COVID-19 en Hospitales de la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OPS/OMS. Documento provisional-Versión 5 del 10 de febrero del año 2020.

INTRODUCCIÓN

La capacidad de respuesta de un hospital puede ser superada por la llegada masiva de pacientes que soliciten atención médica como consecuencia de una situación de emergencia. Ante este escenario, se debe considerar si el establecimiento de salud está organizado para garantizar la gestión integral de la respuesta hospitalaria, el funcionamiento de los mecanismos de coordinación, el manejo integral de la información, las capacidades logísticas para facilitar la respuesta, y los recursos necesarios para su ejecución, así como para una respuesta integral a los pacientes, protegiendo la salud y bienestar de los trabajadores de salud. (7).

En este contexto, se insta a los hospitales a implementar las acciones que han desarrollado en su fase de preparación ante emergencias originadas por amenazas biológicas, específicamente las que pueden provocar enfermedad respiratoria aguda grave, para la identificación de casos sospechosos, limitación de la transmisión al interior del establecimiento y otorgar atención médica especializada. Esto incluye la activación de protocolos y procedimientos con énfasis en las medidas de aislamiento, capacitación y entrenamiento de su personal en el uso de equipo de protección personal (EPP), manejo de pacientes, toma y manejo de muestras, así como manejo y disposición de residuos biológicos peligrosos.

PREPARACIÓN ANTE LA EMERGENCIA

La preparación ante emergencias en salud es el resultado de actividades de mejora continua, que son esenciales para que los hospitales estén operativos a su máxima capacidad para responder oportuna y eficazmente a las emergencias en salud, independientemente de la amenaza.

Una vez realizada la verificación del estado de preparación, se requiere priorizar las soluciones a las brechas identificadas en función de los aspectos que ponen en riesgo la vida de los pacientes y el bienestar del personal de salud, sin olvidar que el liderazgo es una pieza clave del éxito o el fracaso en la respuesta a una emergencia.

Luego de la priorización se debe implementar las soluciones de forma inmediata (no a mediano, ni a largo plazo), con la designación de los responsables de cada acción y sus alternos, así como los plazos en tiempo para su cumplimiento.

Finalmente, el proceso debe estar permanentemente monitoreado, de tal forma que se puedan hacer correcciones o tomar decisiones pertinentes.

PROPÓSITO

Esta herramienta de autoevaluación tiene como propósito verificar la preparación de los establecimientos de salud para dar respuesta al COVID-19, identificando las acciones inmediatas y prioritarias para responder de manera eficiente y oportuna ante la emergencia.

DESTINATARIOS

- Responsables de la respuesta al COVID-19 en los Establecimientos de Salud.
- Autoridades de salud de los Establecimientos de Salud.
- Responsables de la respuesta al COVID-19 en el ámbito de las instituciones de salud nacionales.
- Áreas de salud jurisdiccionales.

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA DE DESARROLLO

Este instrumento se basa en la lista de verificación de preparativos ante emergencias para influenza pandémica publicada por la Oficina de Europa de la OMS (2009) para la respuesta a emergencias y desastres en Establecimientos de Salud.

Para la construcción del listado de verificación se identificaron las funciones mínimas necesarias para la respuesta de los Establecimientos, con base en la experiencia y lecciones aprendidas de la pandemia de influenza de 2009, (8) y considerando la evolución de la emergencia a través de los documentos técnicos de orientación de la Organización Mundial de la Salud.

Una vez diseñada la estructura, se establecieron objetivos a cumplir para cada función. Con este punto de partida se sometió a discusión y revisión extensa las propuestas de acciones (ítems) para cumplir los objetivos.

Los ítems del listado de autoevaluación están desarrollados para ser verificados de forma dicotómica, con las opciones SI o NO.

Figura 1. Funciones para la respuesta al COVID-19 en Establecimientos de Salud.



ACTIVIDADES PREVIAS PARA LA APLICACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN

Se sugiere la conformación de un equipo de trabajo, constituido por los actores que tengan asignadas una o más funciones y responsabilidades en la respuesta, en concordancia con su nivel administrativo (de dirección, de coordinación u operativo) y sus capacidades. Se debe considerar los aspectos de confidencialidad de los resultados que la autoridad de salud considere pertinente.

LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA LA RESPUESTA AL COVID-19 EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Las dimensiones de autoevaluación son:

Liderazgo

Objetivo: garantizar la gestión integral de la respuesta del Establecimiento de salud ante la emergencia, mediante la implementación de acciones por los responsables de la respuesta al COVID-19. El responsable de la función de liderazgo es el encargado de activar el mecanismo de respuesta a emergencias. (9)

El mecanismo de respuesta a emergencias idealmente deberá estar situado en un Centro de Operaciones de Emergencia (COE), a fin de implementar y ejecutar las funciones de respuesta, vigilancia y monitoreo de la situación, activación y organización de la respuesta, movilización de recursos, identificación de riesgos y necesidades, evaluación de intervenciones, así como generación de informes para la toma de decisiones. Un elemento importante es la adopción de medidas para garantizar la seguridad y el bienestar de todo el personal. (9) (10)

Coordinación

Objetivo: Garantizar el funcionamiento de los mecanismos de coordinación entre áreas y cumplimiento de protocolos. (9) (10)

Información

Objetivo: Recopilar, cotejar, y analizar información sobre la evolución de la emergencia, gestión de la respuesta y demás datos contextuales relacionados con los riesgos y necesidades existentes. (10) (11)

Logística y operaciones

Objetivo: facilitar la ejecución de la respuesta a la emergencia apoyada en las capacidades logísticas del establecimiento.

El Comité o el gestor de la emergencia deberá definir cuáles son sus alcances y limitaciones para implementar los espacios físicos y, dentro de ellos, los procedimientos que deben ser ejecutados por el personal. Se deberían considerar los aspectos de logística y operaciones que se pueden requerir en caso de necesitar expandir la capacidad del Establecimiento para satisfacer una mayor demanda de atención clínica. (9) (10)

Mecanismo para la expansión de capacidades en caso de ser necesario (12)

1. Calcule la capacidad de recepción con base en:
 - capacidad instalada (número de camas totales y en cada una de las áreas críticas);
 - porcentaje de ocupación habitual;
 - disponibilidad de recursos humanos (para todos los turnos);
 - disponibilidad de equipo funcional;
 - consumo máximo diario de insumos por paciente.
2. Estime el aumento en la demanda de servicios hospitalarios durante un brote de COVID-19, utilizando proyecciones de los sistemas de monitoreo y vigilancia epidemiológica u otros supuestos de planificación.
3. Identifique formas de aumentar la capacidad para la atención de pacientes en hospitalización y áreas críticas (espacio físico, personal, suministros, procesos).
4. Calcule la capacidad de expansión total y para cada servicio con base en:
 - espacios físicos con aislamiento (número de camas) para pacientes no graves (hospitalización);
 - espacios físicos con aislamiento (módulos instalados) para expansión de áreas críticas (seguros y equipados con líneas vitales);
 - personal disponible para todos los turnos las 24 horas, los 7 días;
 - equipo (ventiladores mecánicos) e insumos para ventilación asistida;
 - material de consumo y medicamentos.
5. Libere capacidad y recursos mediante la transferencia de pacientes no graves a hospitales alternos, suspensión de cirugía electiva, suspensión de consulta programada.
6. Identifique y establezca un procedimiento de referencia y contra referencia para la red de servicios de salud, con énfasis en los hospitales cercanos.

Administración y Finanzas

Objetivo: ejecutar los mecanismos de apoyo financiero, gerencial y administrativo necesarios para el funcionamiento de la respuesta. La activación de estos mecanismos con enfoque en la emergencia incluyen compras y adquisiciones de equipo, material y medicamentos, además de gestión de tiempo extra y/o ampliación de la plantilla laboral,

así como la vigilancia de la ejecución financiera y la generación de los informes de gastos derivados de la emergencia. (9) (10)

PREPARACIÓN DE ACCIONES PARA LAS OPERACIONES EN SALUD

Identificación rápida

Objetivo: garantizar que los servicios de salud tengan un espacio para triaje, contener la transmisión al interior del establecimiento y generar la información sobre el paciente para brindarle un tratamiento oportuno. (13)

Diagnóstico

Objetivo: Asegurar el procedimiento para la confirmación de casos sospechosos. (4) (13)

Aislamiento

Objetivo: garantizar que los servicios de salud tengan un espacio para aislamiento de casos sospechosos o confirmados. Los procedimientos de aislamiento deben ser congruentes con los espacios físicos destinados para la sala de espera, el triaje, el tratamiento inicial y la hospitalización de pacientes sospechosos o confirmados. (10) (12)

Manejo de casos

Objetivo: Establecer áreas seguras equipadas y aisladas para tratamiento de pacientes, incluido soporte básico y avanzado de vida.

Las acciones que a continuación se describen están en concordancia con el protocolo de manejo estandarizado recomendado por la OMS.

Recomendaciones de protección para el manejo de casos (8)

Precauciones estándar:

- Higiene de manos;
- Uso de Equipo de Protección Personal (EPP) adecuado: gorro, guantes, barbijo;
- Prácticas de seguridad de inyección;
- Gestión segura de residuos;
- Limpieza ambiental y esterilización de equipos de atención al paciente.

Precauciones ante riesgo por contacto y gotitas:

- Aislamiento de pacientes;
- Ventilación adecuada (lo que se considera adecuado para salas generales con ventilación natural es 60 L / s por paciente);
- EPP: Uso de barbijos, protección para los ojos (gafas o cara escudo) limpio, no estéril, bata de manga larga y guantes (después de la atención al paciente quitar y desechar todos los EPP y realizar higiene de las manos).

Precauciones ante riesgo de transmisión aérea y para procedimientos generadores de aerosoles:

- Ventilación del sitio donde se realiza el procedimiento (para ventilación natural: flujo de aire de al menos 160 L / s por paciente o en salas de presión negativa con al menos 12 cambios de aire por hora y dirección controlada de flujo de aire cuando se usa ventilación mecánica);
- EPP: respirador para partículas (N95, FFP2 o equivalente), protección para los ojos (gafas o una máscara facial), bata y guantes limpios, no estériles, de manga larga;
- Si las batas no son resistentes a los fluidos, usar un delantal impermeable para los procedimientos que se espera que tengan altos volúmenes de fluido que puedan penetrar la bata.
- En todos los casos: después de la atención al paciente, se debe quitar y desechar todos los EPP y realizar la higiene de las manos. Se necesita un nuevo conjunto de EPP cuando se brinda atención a un paciente diferente.

Es importante tener un programa de capacitación y entrenamiento para todo el personal de salud, con énfasis en el uso correcto del equipo de protección personal (EPP) y el lavado de manos. (4) (8)

Prevención y control de infecciones

Objetivo: prevenir y controlar la transmisión de coronavirus en los servicios de salud que atienden casos sospechosos o confirmados por coronavirus. Se debe identificar y poner a prueba los procedimientos para triaje, transporte intrahospitalario y manejo de pacientes y residuos biológico- infecciosos. Los protocolos o procedimientos para descontaminación y desinfección del equipo utilizado en el manejo de los pacientes deben ser revisados, actualizados y difundidos al personal de apoyo biomédico para evitar su exposición y contar con equipos seguros. (4) (13)

GLOSARIO

Aislamiento: significa la separación de los demás de personas enfermas o contaminadas o de equipajes, contenedores, medios de transporte, mercancías, paquetes postales afectados, con el objetivo de prevenir la propagación de una infección y/o contaminación. (1)

Capacidad: la combinación de todas las fortalezas, atributos y recursos disponibles dentro de una organización que pueden usarse para lograr los objetivos acordados. (2)

Desinfección: procedimiento mediante el cual se adopta medidas sanitarias para controlar o eliminar agentes infecciosos presentes en la superficie de un cuerpo humano o animal o en equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, o paquetes postales, mediante su exposición directa a agentes químicos o físicos. (1)

Desastre: interrupción grave del funcionamiento de una comunidad o sociedad en cualquier escala debido a fenómenos peligrosos que interactúan con las condiciones de exposición, vulnerabilidad y capacidad, ocasionando uno o más de los siguientes: pérdidas e impactos humanos, materiales, económicos y ambientales. (2)

Emergencia: un evento repentino y generalmente imprevisto que requiere medidas inmediatas para minimizar sus consecuencias adversas. (3)

Epidemia: la ocurrencia en una comunidad o región de casos de una enfermedad, comportamiento específico relacionado con la salud u otro evento relacionado con la salud que están claramente más allá de la expectativa normal. (3)

Gestión de desastres: organización, planificación y aplicación de medidas de preparativos, respuesta y recuperación en caso de desastre. (2)

Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG): infección respiratoria aguda (IRA) con antecedentes de fiebre o temperatura medida de $\geq 38^{\circ}\text{C}$ y tos, con inicio dentro de los últimos ~ 10 días, y que requiere hospitalización, (la ausencia de fiebre NO excluye la infección viral). (4)

Planificación de contingencias: proceso de gestión que analiza los riesgos de desastres y establece con antelación las disposiciones necesarias para dar respuestas oportunas, eficaces y apropiadas. (2)

Sistema de alerta temprana: sistema integrado de vigilancia, previsión y predicción de amenazas, evaluación de los riesgos de desastres, y actividades, sistemas y procesos de comunicación y preparación que permite a las personas, las comunidades, los gobiernos, las empresas y otras partes interesadas adoptar las medidas oportunas para reducir los riesgos de desastres con antelación a sucesos peligrosos. (2)

Triaje: el término se utiliza en entornos clínicos para describir el proceso de clasificación de pacientes por tipo y urgencia. Los sistemas de triaje son esenciales para garantizar la seguridad del paciente en el entorno de una emergencia. La clasificación se realiza en muchos entornos, incluidos emergencias y desastres, durante incidentes con víctimas en masa y clasificación en el departamento de emergencias; el propósito es clasificar rápidamente a los pacientes que necesitan atención inmediata de aquellos que pueden esperar con seguridad la evaluación y el tratamiento. Los sistemas de triaje se enfocan en tener al paciente correcto en el lugar correcto en el momento correcto con el proveedor de atención adecuado (5) Comentario: los pacientes con insuficiencia respiratoria potencialmente mortal son clasificados directamente en el área de reanimación, ya que pueden requerir asistencia ventilatoria, mientras que los pacientes con sintomatología respiratoria leve, tos o dolor de garganta pueden ser trasladados a una sala de espera aislada para esperar la evaluación y el tratamiento; si su clasificación lo permite, pueden continuar el tratamiento en su domicilio. (6)

ACRÓNIMOS

COE. Centro de Operaciones en Emergencias. COVID19. Nomenclatura actual de 2019-nCoV EPP. Equipo de Protección Personal.

RBI. Residuos Biológicos Infecciosos IRA. Infección Respiratoria Aguda.

IRAG. Infección Respiratoria Aguda Grave.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional Tercera edición (2005) OMS2005. 104pp. Disponible en:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246186/9789243580494-spa.pdf;jsessionid=565F0AB2A067CEA729A3AA9EE063D746?sequence=1>
Consultado: 09 febrero 2020.
2. Oficina de Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres. Informe del grupo de trabajo intergubernamental de expertos de composición abierta sobre los indicadores y la terminología relacionados con la reducción del riesgo de desastres (2016). Ginebra, UNISDR 2016. pp. 18. Disponible en:
https://www.preventionweb.net/files/50683_oiewgreportspanish.pdf
Consultado: 05 febrero 2020.
3. A Dictionary of Epidemiology, Sixth Edition Oxford University Press, New York, New York 2014, 376 pp. , <http://global.oup.com> Consultado: 05 febrero 2020.
4. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when Novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: Interim Guidance (2020) WHO 2020. Geneve. 11 pp. Available at.
[https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)
Consultado: 05 febrero 2020.
5. Bullard M., Unger B, Spence J, Grafstein E. & the CTAS National Working Groups. (2004). Revisions to the Canadian Emergency TRIAJE and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines. Can J Emergency Med. 10 (2), 136–42. DOI:10.1017/s1481803500009854
6. World Health Organization. Home care for patients with novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts. Interim Guidance (2020) WHO 2020. Geneve. 4 pp. Available at.
[https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts) Consultado: 05 febrero 2020.
7. World Health Organization. National capacities review tool for a novel coronavirus (nCoV).Geneva. January 10, 2020. Disponible en:
https://www.who.int/docs/default-source/documents/publications/national-capacities-review-tool-for-a-novel-coronavirus-ncov.pdf?sfvrsn=8af8636c_1&download=true

8. World health organization. Hospital preparedness checklist for pandemic influenza. Focus on pandemic (H1N1) 2009. WHO 2009. Available at: http://www.euro.who.int/d a t a / a s s e t s / pdf_file/0004/78988/E93006.pdf
Consultado: 05 febrero 2020.
9. Organización Panamericana de la Salud. Marco de respuesta multiamenaza del sector de la salud. MRM. Washington, D. C.: OPS 2019. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/51498>
10. World Health Organization. Emergency Response Framework. ERF. Geneva, 2017. Disponible en: <https://www.who.int/hac/about/erf/en/> Consultado: 05 febrero 2020.
11. Organización Panamericana de la Salud. Gestión de la información y comunicación en emergencias y desastres: Guía para equipos de respuesta. Washington, D.C.: OPS, 2009. Disponible en: https://www.eird.org/publicaciones/gestion_i_c_emergencias_desastres.pdf
Consultado: 05 febrero 2020.
12. Kearns Randy D., Cairns Bruce A., Cairns Charles B. Surge Capacity and Capability. A Review of the History and Where the Science is Today Regarding Surge Capacity during a Mass Casualty Disaster. *Frontiers in Public Health* 2: 2014. p29 <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2014.00029>.
13. World Health Organization. WHO guidelines for pharmacological management of pandemic (H1N1) 2009 influenza and other influenza viruses. Geneva, 2009. Consultado: 05 febrero 2020. http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_use_antivirals_20090820/en/index.html. Acceso 9 feb 2020

LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA LA RESPUESTA AL COVID - 19 EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD				
Datos del Establecimiento	Fecha de la evaluación:			
	Nombre:			
	Dirección:			
	Localidad:			
	N° de camas de Cuidados Intensivos adultos (UCI):			
	N° de camas de Cuidados Intensivos pediátrica (UCI):			
	N° de puestos de Neonatología (NEO):			
	N° de camas de Cuidados Intermedios (UCIn):			
N° de camas de Cuidados Básicos (CB):				
Dimensiones de autoevaluación	Objetivo	Descripción de las Acciones	Verificación	
			SI	NO
Liderazgo (continúa)	Garantizar la gestión integral de la respuesta ante la emergencia (continúa)	Activación del mecanismo de respuesta a emergencias: Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres y/o Sistema Hospitalario de Gestión de Incidentes.		
		Designación de un responsable operativo.		
		Disponibilidad de un área física equipada, protegida y de acceso fácil, con capacidad operativa inmediata para la coordinación de la respuesta (Centro de Operaciones de Emergencia), dando particular atención a la gestión de comunicación interna y externa.		

Dimensiones de autoevaluación	Objetivo	Descripción de las Acciones	Verificación	
			SI	NO
Liderazgo (continuación)	Garantizar la gestión integral de la respuesta ante la emergencia (continuación)	Asignación de roles y responsabilidades para las diferentes funciones de la respuesta con personal capacitado, suficiente y disponible asegurando la continuidad operativa (incluyendo datos telefónicos y de correo electrónico).		
		Designación de voceros oficiales.		
		Incorporación de los mecanismos de salud ocupacional que aseguren el bienestar y seguridad del personal durante la respuesta, incluyendo el monitoreo del personal expuesto.		
		Distribución de información a todo el personal, de forma continua, sobre la situación de la emergencia, los roles y responsabilidades del personal y del Establecimiento, así como las acciones que se llevan a cabo y las que se realizarán.		
Coordinación	Garantizar el funcionamiento de los mecanismos de coordinación.	Identificación y preparación de los mecanismos de coordinación con las autoridades de salud y de gestión de emergencias.		
		Activación de los mecanismos de coordinación, comunicación y colaboración con la red integrada de servicios de salud a nivel local, considerando atención de pacientes, requerimientos de medicamentos, insumos o equipos, y traslado de pacientes.		
Información	"Recopilar, cotejar, y analizar información sobre la evolución de la emergencia, gestión de la respuesta y demás datos contextuales relacionados con los riesgos y necesidades existentes."	Disponibilidad de procedimientos y personal para recoger, verificar y validar datos e información derivada de la emergencia.		
		"Disponibilidad de un formato estandarizado para entrega de informes sobre: actividad de la emergencia, ocupación hospitalaria incluyendo servicios críticos, incidencia de casos sospechosos y confirmados, situación clínica y defunciones."		
Logística y operaciones (continúa)	"Facilitar la ejecución de la respuesta a la emergencia apoyada en las capacidades logísticas del Establecimiento" (continúa)	Disponibilidad de un espacio físico para el triaje de pacientes con sintomatología respiratoria aguda. Considerar un espacio con condiciones optimizadas para prevención y control de infecciones.		
		Identificación de las áreas que pueden utilizarse para aumentar la capacidad de atención de pacientes (capacidad de expansión), considerando personal, equipo e insumos suficientes.		
		"Identificación de los servicios no esenciales que podrían suspenderse en caso necesario, y que permitirían aumentar las capacidades del Establecimiento en cuanto a recursos humanos, materiales, equipo y espacio físico."		
		Disponibilidad de un responsable y un procedimiento para la gestión de los suministros de insumos y medicamentos. Se deberá considerar el aumento en la demanda en la cadena de abastecimiento y distribución, respetando protocolos establecidos.		

Dimensiones de autoevaluación	Objetivo	Descripción de las Acciones	Verificación	
			SI	NO
Logística y operaciones (continuación)	"Facilitar la ejecución de la respuesta a la emergencia apoyada en las capacidades logísticas del Establecimiento" (continuación)	Existencia de un procedimiento y un responsable para la gestión de los equipos de trabajo, incluidas sus áreas de descanso, transporte seguro y bienestar del personal.		
		Sistemas de telecomunicación disponibles en el Establecimiento.		
		Disponibilidad de un procedimiento y un responsable para la gestión de ambulancias de transporte interhospitalario e inventario de los vehículos disponibles.		
Administración y Finanzas	"Ejecutar los mecanismos de apoyo financiero gerencial y administrativo necesarios para el funcionamiento de la respuesta."	Activación de los mecanismos administrativos y financieros legalmente disponibles y autorizados para la gestión de la emergencia, así como los procedimientos para compras y adquisiciones de suministros y contratación de servicios.		
Identificación rápida	"Contener la transmisión al interior del Establecimiento y generar la información sobre el paciente, para otorgar un tratamiento oportuno"	Personal de salud entrenado para la identificación rápida, correcta y notificación oportuna al nivel correspondiente de casos sospechosos en cualquier área del Establecimiento.		
		"Sistema de comunicación y monitoreo que permita la alerta y notificación oportuna de casos sospechosos en cualquier área del Establecimiento incluidos los puntos de entrada o llegada de pacientes a la instalación, a fin de ajustar acciones de prevención y control."		
		Establecimiento de un procedimiento de triaje en el área de emergencias, con enfoque en la identificación rápida de pacientes con sintomatología respiratoria aguda. (Requisitos de Buenas Prácticas para organización y funcionamiento de servicios de urgencia y emergencia RM 2/2015. https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica/directrices)		
Diagnóstico	"Asegurar el procedimiento para la confirmación de casos sospechosos"	El personal debe estar capacitado y entrenado para la toma de muestras, manejo adecuado y transporte con medidas de bioseguridad hasta el laboratorio de referencia.		
		Procedimiento establecido y disponible para envío de muestras, aplicando medidas de bioseguridad establecidas en lineamientos nacionales e internacionales.		
		Disponibilidad de procedimientos y equipo de protección personal en el laboratorio, para manejo de muestras y eliminación o disposición final de residuos biológicos.		

Dimensiones de autoevaluación	Objetivo	Descripción de las Acciones	Verificación	
			SI	NO
Aislamiento	"Garantizar que los servicios de salud tengan un espacio para triaje y aislamiento de casos sospechosos o confirmados."	Disponibilidad de un espacio para triaje en el área de emergencias, con medidas de aislamiento para casos sospechosos y confirmados (Requisitos de Buenas Prácticas para organización y funcionamiento de servicios de urgencia y emergencia RM 2/2015. https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica/directrices)		
		Identificación, señalización y equipamiento de áreas para atención médica de casos sospechosos y confirmados en condiciones de seguridad y aislamiento.		
		Revisión, actualización y prueba de los procedimientos para la recepción y traslado de pacientes en el interior del Establecimiento, hacia las áreas de aislamiento habilitadas, y otros servicios de apoyo de diagnóstico terapéutico.		
Manejo de Casos	"Establecer áreas seguras, equipadas y aisladas para tratamiento de pacientes, incluido soporte básico y avanzado de vida"	Disponibilidad de protocolo para manejo de casos sospechosos o confirmados.		
		Personal capacitado y equipo para la atención médica inicial de los pacientes sospechosos o confirmados (revisión primaria, reanimación, estabilización inicial, ventilación mecánica) con acceso a equipo de protección personal.		
		Personal capacitado y entrenado para atención médica continua de pacientes sospechosos o confirmados que requieren hospitalización, con disponibilidad de equipo de protección personal.		
		Considerar capacitación y entrenamiento en el uso de equipos de protección personal, manejo y disposición final de residuos contaminados durante procedimientos; además de garantizar la seguridad del paciente y personal de salud.		
		Capacidad instalada prevista para atención médica de pacientes sospechosos o confirmados que requieren cuidados intensivos. (Directrices de Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Pediátricos en Establecimientos Asistenciales y su correspondiente Grilla Habilitación Categorizante RM 747/2014. Directrices de Organización y Funcionamiento de Unidades de Cuidados Intensivos y su correspondiente Grilla Habilitación Categorizante 748/2014. https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica/directrices)		

Dimensiones de autoevaluación	Objetivo	Descripción de las Acciones	Verificación	
			SI	NO
Prevención y Control de Infecciones	"Prevenir y controlar la transmisión de coronavirus en los servicios de salud."	Disponibilidad de un procedimiento de triaje en el área de emergencias, para aislamiento de casos sospechosos y confirmados. (Requisitos de Buenas Prácticas para organización y funcionamiento de servicios de urgencia y emergencia RM 2/2015. https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica/directrices)		
		Identificación de áreas señalizadas y equipadas, para la atención médica de casos sospechosos y confirmados, en condiciones de seguridad y aislamiento.		
		Disponibilidad de protocolos o procedimientos para la limpieza e higiene de áreas clínicas.		
		Existencia de protocolos para desinfección y esterilización de material y equipo biomédico, en el Establecimiento de salud.		
		Existencia de un área para desinfección y esterilización de material y equipo biomédico, en el Establecimiento. (Directrices de Organización y Funcionamiento de Centrales de Esterilización y Reprocesamiento de Productos Médicos en Establecimientos de Salud y Establecimientos Exclusivos de Esterilización Externos, y su correspondiente grilla de Habilitación Categorizante RM 1067/2019. https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica/directrices)		
		"El Establecimiento tiene un protocolo y ruta señalizada para manejo que asegure la disposición final o eliminación de residuos biológico-infecciosos."		
		El Establecimiento tiene infraestructura y procedimientos establecidos para la higiene adecuada de manos, incluido lavamanos, capacitación continua y materiales disponibles.		
		Espacio físico y lineamientos para disposición de cadáveres derivados de la emergencia. (Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Patología - Anatomía Patológica - y Laboratorios de Patología - Anatomía Patológica- RM 1703/2007. https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica/directrices)		

Fuente: Adaptación local de la "Lista de Verificación de alistamiento para la respuesta al CoV 2019 en Hospitales" Documento provisional - versión 5 febrero 10/2020 - OPS.

3- RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE TRIAJE

DEFINICIÓN DE TRIAJE

El triaje es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Esto permite una gestión del riesgo clínico para optimizar la atención y la seguridad de las personas.

El Triage es la puerta de entrada a una asistencia eficiente y eficaz, y en consecuencia, una herramienta rápida y fácil de aplicar, que posee, además, un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos.

La clasificación se realiza en muchos entornos, incluidos emergencias y desastres, durante incidentes con víctimas en masa y para una correcta clasificación en el departamento de emergencias; el propósito es clasificar rápidamente a los pacientes que necesitan atención inmediata o diferenciada de aquellos que pueden esperar con seguridad la evaluación y el tratamiento.

Un punto de detección importante de casos de COVID-19 es el Servicio de urgencia hospitalaria donde el triaje tiene como finalidad identificar y priorizar al paciente más grave como también implementar rápidamente las medidas de control de infecciones necesarias en el caso que corresponda. En el contexto actual, se prioriza la rápida identificación de caso sospechoso e implementación de medidas que disminuyan la diseminación de SARS-CoV2.

La literatura actual propone distintos abordajes, tales como son los signos vitales nulos o herramienta de detección en triaje: Identificar, Aislar e Informar". Los signos vitales nulos hacen referencia a la necesidad de realizar una rápida detección de situaciones de riesgo epidémico antes de pasar a la toma de los signos vitales en el triaje. La "herramienta de detección en triaje: Identificar – Aislar – Informar" aporta una mirada rápida en relación con la forma de manejar desde el triaje estos casos. Se propone esta última como la herramienta de detección para infección por virus SARS-CoV-2 en los Servicios de Urgencias Hospitalarios.



OBJETIVOS DEL TRIAJE EN EL CONTEXTO DE COVID-19

- Implementar circuitos de atención diferenciados adecuados a la atención de pacientes con síntomas respiratorios agudos o fiebre en contexto de la pandemia de

COVID-19.

- Garantizar la implementación de las medidas de prevención y control de infecciones evitando la diseminación de SARS-CoV2.
- Garantizar la continuidad de la atención de los pacientes que consultan por síntomas no relacionados con COVID-19 o que requieren atención de urgencia.
- Garantizar el cuidado de los profesionales de la salud
- Optimizar el uso de material de protección, racionalizando los insumos.
- Disminuir la probabilidad de errores relacionados con la atención de pacientes
- Optimizar los tiempos de atención
- Disminuir la congestión de las áreas de diagnóstico y tratamiento en los servicios de urgencias.
- Iniciar la relación servicio/paciente y transmitir información fluida a los pacientes y a sus familias sobre el tipo de servicio que necesita el paciente.
- Fortalecer el registro del paciente en el sistema de gestión hospitalaria.

VENTAJAS EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN PERCIBIDA

- Los pacientes se muestran más satisfechos y mejor dispuestos a esperar luego de que se les proporciona los primeros cuidados e inicia el proceso de atención.
- Mejoran considerablemente las relaciones interpersonales: paciente, familia, profesionales del Servicio de Urgencias.
- Agiliza la atención del paciente.
- Disminuye la ansiedad del paciente y familia
- Disminuye la tensión en el equipo de salud del servicio de urgencias

PERFIL DEL PROFESIONAL

En función de las características del centro, el primer contacto puede ocurrir en el TRIAJE (personal de enfermería) o en el Servicio de Admisión (personal administrativo). Siempre que sea posible, el personal de enfermería a cargo debe tener formación técnica/profesional, con experiencia de práctica profesional de al menos 2 años en terapia intensiva, servicios de internación o de emergencias, con capacitación en TRIAJE, manejo de la vía aérea y ventilación mecánica; además de habilidades en la respuesta rápida, la comunicación efectiva y en el trabajo en equipo. En el caso no contar con personal que reúna los requisitos previos, y en el contexto de COVID-19, se capacitará a personal, en la identificación de casos con sintomatología respiratoria aguda y/o fiebre y en la vinculación oportuna del resto de la consulta a su circuito habitual evitando en todo momento el contacto con personas con sospecha de COVID-19. Este personal no requiere formación técnica profesional, pero si requiere capacitación sobre conceptos básicos para identificar casos probables y en el uso de Equipo de Protección Personal (EPP) y precauciones estándar.

ADMISIÓN DEL PACIENTE. RECEPCIÓN DEL PACIENTE

Todos los trabajadores de la salud deben comprender completamente las características epidemiológicas y clínicas de COVID-19 y los protocolos de actuación del centro.

Se recomienda realizar al ingreso de pacientes (guardia/sala de espera/orientación) la identificación y atención rápida de casos sospechosos de COVID-19 evitando la circulación por el centro de salud y facilitándosele en forma inmediata un barbijo quirúrgico explicando la correcta técnica de colocación, retiro del mismo e higiene de manos.

Se recomienda disponer de dispensadores de alcohol al alcance de los pacientes y del personal y ofrecer barbijos quirúrgicos en forma inmediata a aquellos que acudan con síntomas de infección respiratoria.

Se recomienda la publicación de información visual (carteles, folletos, etc.) en lugares estratégicos para proporcionar a los pacientes las instrucciones sobre higiene de manos y demás medidas.

Se recomienda que el equipo de salud que realice la valoración inicial mantenga al menos 1 metro de distancia con el paciente. De ser posible, realizar el interrogatorio en forma telefónica, a través del teléfono interno, por intercomunicador o mediante la interposición de barrera de cristal o plástico que permita la comunicación. Si existen barreras físicas como un vidrio o acrílico, no es necesario que el equipo de salud que participe en la admisión o el TRIAJE inicial utilice equipo de protección personal.

El personal administrativo que participe en la aceptación de un paciente que ingresará a urgencias con síntomas respiratorios deberá comunicar al personal que se le indique con la finalidad de planificar la recepción.

CIRCUITO DE ATENCIÓN

Si las condiciones de los centros lo permiten, se deben establecer dos circuitos diferenciados: uno para pacientes con patología respiratoria o fiebre y otro para el resto de motivos de consulta. Estos circuitos deberán indicarse en forma adecuada evitando en todo momento el contacto entre ambos circuitos.

En función de donde se produzca el primer contacto con el paciente se recomienda:

- Si el primer contacto se produce en el Servicio de Admisión, las preguntas se limitarán a identificar a pacientes con sintomatología respiratoria o fiebre. Las preguntas de interés son aquellas relacionadas con la patología emergente, por lo que se deberá preguntar: ¿Desde cuándo presenta este síntoma? y ¿qué otros síntomas la acompañan? Ante la presencia de fiebre, tos, malestar general, dolor en garganta o síntomas graves como dificultad respiratoria. Identificar a la persona como paciente con patología respiratoria aguda o fiebre, proveer de un barbijo quirúrgico y explicar cuál es su utilidad justificando por qué no debe quitárselo y derivar al consultorio de TRIAJE evitando el contacto con las personas que están siendo atendidas en el circuito convencional. Una vez en el circuito de aislamiento el personal completará el TRIAJE para verificar que el paciente cumple o no criterios de caso de COVID-19. En el caso que personal traslade hasta al circuito de aislamiento, este llevará barbijo quirúrgico y cumplirá estrictamente las pautas de EPP (ver recomendaciones del Ministerio de salud de la Nación).
- Si el primer contacto se produce en el TRIAJE, a diferencia del caso previo, la

identificación debe estar basada en la identificación de caso probable de COVID-19. Si el paciente no presenta cuadro probable de COVID-19, este regresará al circuito convencional, cumpliendo con las precauciones estándar que incluye medidas como la higiene de manos. Si el caso se define como caso probable COVID-19, se le indicará al paciente que se coloque un barbijo quirúrgico y se derivará al circuito de aislamiento.

Todo paciente con patología respiratoria o fiebre, se sugiere de ser posible, que sean evaluados en una habitación individual con ventilación adecuada, debiendo cumplir el equipo de salud desde el primer contacto con el mismo las medidas de protección personal recomendadas por el Ministerio de Salud de la Nación.

El agente de salud que identifique un caso como probable COVID-19, deberá informar en forma inmediata la presencia del mismo al personal del hospital destinado al manejo de estos o activar el protocolo establecido para la provincia u institución de salud.

El abordaje diagnóstico y terapéutico de COVID-19 se realizarán exclusivamente siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación.

ORGANIZACIÓN

Se debe establecer circuito de atención de pacientes febriles o con síntomas respiratorios independiente que contemple un ingreso separado del resto de las consultas con carteles en lugares clave con información comprensible desde el ingreso al establecimiento para evitar circulación innecesaria de personas e infecciones cruzadas.

De ser posible se debe establecer que el movimiento de personas siga sea en un único sentido desde el ingreso hasta su destino final.

Cada centro deberá establecer su propio procedimiento específico de aislamiento acorde a sus necesidades y recursos, optimizando estos últimos con la finalidad de proteger al personal de salud, los pacientes y evitar la diseminación del SAR-CoV2.

Siempre que sea posible se deben implementar dos vías de circulación independiente para el traslado de insumos, identificando en forma clara la circulación en un solo sentido, tanto de los elementos hacia una sala de aislamiento (zona contaminada) como los que se retiran de la misma en cada uno de los circuitos independientes. El equipamiento que no pueda ser debidamente desinfectados no debe moverse de la zona contaminada.

Realizar diagramas de flujo de diferentes zonas facilita establecer protocolos de acción y

familiarizar al personal con el mismo.

Es responsabilidad del centro facilitar los insumos al personal y estandarizar los procedimientos apropiados para la colocación y el retiro del equipo de protección.

Se debe asignar de ser posible un equipo exclusivo de prevención y control de infecciones con autoridad directiva que supervise en forma continua la implementación de las medidas (incluyendo pero no limitándose a la utilización del equipo de protección) a todo el personal de salud, pacientes y autoridades del establecimiento.

PLANIFICACIÓN DE LOS ESPACIOS PARA ATENCIÓN DE PACIENTE

Establecer en forma precoz y dentro de las posibilidades del centro un área independiente para la admisión y para el TRIAJE, como también salas independientes de examen, de observación y de reanimación para febriles. Se debe considerar la importancia de establecer zonas separadas de diagnóstico y tratamiento para pacientes con sospecha de COVID-19 de aquellos pacientes con otros diagnósticos.

MANEJO DEL PACIENTE

Los pacientes con fiebre deben utilizar barbijo quirúrgico durante toda la estadía en la sala de urgencias.

Solo los pacientes deben ingresar a la sala de espera para evitar conglomeración de personas. Se deben minimizar la duración de la visita del paciente para evitar infecciones cruzadas.

Se debe garantizar que se informe verbalmente, por escrito y mediante cartelería a los pacientes y sus familias sobre la identificación temprana de síntomas, pautas de alarma y medidas de protección.

Dentro de las posibilidades de los centros, los pacientes sospechosos y confirmados se separarán según:

- Los pacientes sospechosos se aislarán en habitaciones individuales separadas. Cada habitación será equipada con instalaciones como un baño privado, siempre que sea posible, y la actividad del paciente se limitara a la sala de aislamiento.
- Los pacientes confirmados pueden organizarse en la misma habitación (cohortes) con un espacio entre camas de no menos de 1 metro. La sala deberá estar equipada con instalaciones como un baño privado, siempre que sea posible, y la actividad del paciente se limitara a la sala de aislamiento.

Se minimizaran a lo indispensable las visitas familiares y los controles de enfermería. Se debe permitir que los pacientes tengan sus dispositivos de comunicación electrónica para

facilitar la comunicación tanto con el personal de salud como con sus familiares.

PASOS CLAVE PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL TRIAJE

PROCEDIMIENTO DE PRIMER CONTACTO DE ENFERMERÍA

El personal de enfermería al recibir el paciente constatará que haya sido ingresado al sistema hospitalario y que posea el barbijo colocado correctamente.

Durante todo el procedimiento debe cumplirse con las medidas de EPP utilizando los elementos de protección personal recomendados por el Ministerio de Salud de la Nación.

- Lavado de manos con técnica adecuada.
- Camisolín descartable, se coloca antes de asistir al paciente y se retira con técnica correcta antes de salir de la habitación. Este es de un solo uso (NO SE DEBE REUTILIZAR) y se desecha en bolsa de material contaminado (bolsa roja).
- Protección ocular reutilizable (gafas o máscara facial), debe limpiarse y desinfectarse.
- Descarte seguro de material cortopunzante.
- Habitación individual o cohorte
- En caso de compartir habitación la distancia entre pacientes debe ser >1 metro.
- Puerta Cerrada
- Personal exclusivo
- Elementos de atención exclusivos: Los elementos de control de signos vitales (termómetro, tensiómetro, estetoscopio) y otros dispositivos médicos como chata, recolector de orina, etc., deben ser de uso de un único paciente (o cohorte instrumental/ pacientes). Descontaminar los elementos luego de su uso.

ETAPAS DEL TRIAJE

- A: Valoración inicial
- B: Inspección general
- C: Otras actividades

VALORACIÓN INICIAL

Este proceso debe realizarse siguiendo pasos básicos:

- Evaluación rápida de las funciones básicas: Vías aéreas, ventilación y circulación.
- Evaluar los signos vitales del paciente.
- Anamnesis enfocada a determinar la causa. Incluye un cuestionario de 4 preguntas básicas:
 - ¿Qué le pasa? (Síntoma primario)
 - ¿Desde cuándo? (Carácter del síntoma)
 - ¿Le ha ocurrido esto antes? (Síntoma asociado)
 - ¿De que padece? (Antecedentes)
- Antecedentes de viaje a los lugares determinados en la definición de caso en los

últimos 14 días, y/o

- Contacto estrecho de casos sospechoso o confirmado de SARS-CoV2, contacto casual o se sospecha que es autóctono.

CARACTERÍSTICAS DEL CUESTIONARIO

- La técnica utilizada para el cuestionario es abierta y dirigida.
- Las preguntas sencillas y directas.
- Hacer una pregunta por vez.
- Esperar a que el paciente/familia respondan
- Utilizar términos que el paciente y familia puedan comprender.
- No obviar la comunicación no verbal.

INSPECCIÓN

- Debe ser rápida y precisa e incluye una revisión específica relacionada con el problema principal y una revisión general
- Se valora si existe alguna situación que amenace la vida del paciente.

INSPECCIÓN ESPECÍFICA

- Aspecto General: posición del paciente, heridas, etc.
- Piel y mucosas: color y temperatura de la piel y mucosas, sudoración.
- Respiración: permeabilidad de la vía aérea, tipo de respiración y grado de dificultad.
- Circulación: ausencias de pulso, características del mismo, perfusión, presencia de hemorragia.
- Neurológico: nivel de conciencia, reactividad al dolor, pupilas motricidad.

OTRAS ACTIVIDADES

(Están relacionadas al cuadro clínico del paciente y no como actividad prioritaria ante la sospecha de patología respiratoria)

- Toma de signos vitales.
- Realización de electrocardiograma, si es necesario.
- Medición de glucemia capilar, si es necesario.
- Aplicación medios físicos.

Y otras que sean necesarias y correspondan a las competencias profesionales de enfermería.

**Una vez realizadas las etapas de triaje,
El profesional de enfermería establece
Las prioridades asistenciales acorde con el nivel de gravedad**

Triaje: NIVELES DE GRAVEDAD

Nivel I	o	Emergente
NivelII	o	Urgente
NivelIII	o	NO Urgente

NIVEL I O EMERGENTE

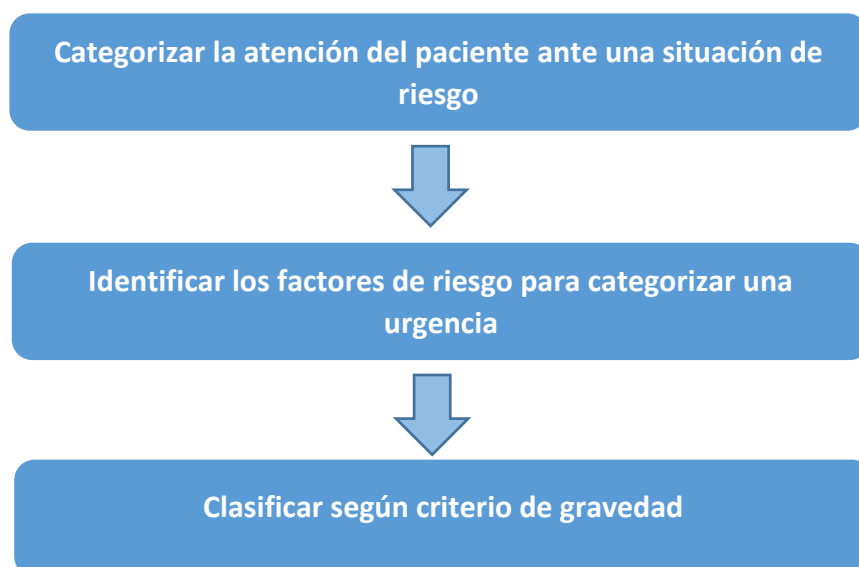
- Corresponde a los procesos agudos, críticos o graves inestables que pueden conducir a un rápido deterioro respiratorio, neurológico y/o hemodinámico, con riesgo de muerte.
- El tiempo permitido es inmediato

NIVEL II O URGENTE

- Corresponde a proceso agudo, estable, no crítico.
- Tiempo permitido de asistencia (internacional) inferior a 60 minutos

NIVEL III O NO URGENTE

- Corresponde a procesos no agudos, banales o sin gravedad que requieren atención médica pero no de carácter urgente
- La asistencia debe ser realizada en un tiempo que no supere los 120 minutos (parámetro internacional)

PROCESO ESQUEMÁTICO DE REALIZAR EL TRIAJE**DEFINICIÓN DE CASOS**

Se recomienda revisar la última definición en la web del Ministerio de Salud de la Nación:

[https:// www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/Definicion-de-caso](https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/Definicion-de-caso)

CLASIFICACIÓN EN FUNCIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS

I	II	III
Rojo-EMERGENCIA	Amarillo-URGENCIA	Verde- SIN URGENCIA
Signos y síntomas graves, descompensación, con amenaza de pérdida de la vida	Presencia de síntomas, con signos estables, con factores de riesgo.	Estabilidad respiratoria, sin factores de riesgo

ROJO	AMARILLO	VERDE
Apnea	Disnea leve	
Disnea grave	Vómitos y diarrea	Fiebre
Taquipnea	Cefalea	Tos
Taquicardia/bradicardia	Debilidad	Ardor de garganta
Hipertermia	Respiración con tiraje	Rinorrea
Hipertensión arterial/ hipotensión	Antecedente de factores de riesgo	
SpO2 <93% (con aire ambiente)		

DENUNCIA EPIDEMIOLÓGICA:

Todo caso sospechoso o confirmado de COVID-19 debe notificarse inmediatamente mediante SNVS.

PARTICIPANTES

Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento, Dirección de Enfermería, Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria, Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles. Con la colaboración de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva – SATI

4- REORGANIZACIÓN Y AMPLIACIÓN PROGRESIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Este documento es una adaptación local de los siguientes documentos:

- Reorganización y Ampliación Progresiva de los Servicios de Salud para la Respuesta a la Pandemia de COVID-19 de la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OPS/OMS. Documento -Versión 01. De MARZO 2020
- Análisis de la problemática planteada en los hospitales para acondicionar otros espacios del hospital para poder atender el aumento de la demanda de pacientes que precisan atención en uci en caso de una epidemia - Angel Sánchez Vaqué y Miguel Angel Sánchez Tilló, de JG Ingenieros. Hospitecna - Revista de Arquitectura, Ingeniería, Gestión hospitalaria y sanitaria. ISSN: 2462-7348 Marzo 2020 Pandemia COVID-19

Objetivo

El objetivo de este documento es ofrecer recomendaciones para fortalecer la respuesta de los servicios de salud con el fin de salvar vidas y garantizar la capacidad de respuesta oportuna mediante medidas de **reorganización y ampliación progresiva de los servicios** en el contexto de la pandemia de COVID-19.

Problemática para el incremento de actividad

Visto la experiencia internacional respecto a una mayor demanda de atención de pacientes causada por el COVID-19, entre otras medidas para evitar y/o reducir esa situación, los hospitales tienen que prepararse para ese posible escenario. Resultará necesario para ello, reformular la función de algunos sectores, adecuándolos para aumentar la capacidad instalada fundamentalmente en Unidades de Terapia Intensiva – UTI.

Además de los propios espacios físicos a recuperar para esa función, que se sugerirán más adelante, los hospitales deberán contemplar las siguientes consideraciones:

- a) Personal: Necesidad de incrementar el personal del hospital en todos los niveles (médico, enfermería, auxiliar, limpieza, etc.), atendiendo la necesidad de descanso personal y la situación del personal contaminado.
- b) Material de protección y equipamiento: Necesidad de aumentar la disponibilidad de material de protección personal (barbijos, guantes, pijamas, protectores oculares y gorros) para personal y pacientes, además de equipamiento asistencial especialmente respiradores, entre otros.
- c) Logística: Necesidad de incrementar: (1) suministro productos farmacéuticos y material de higiene y desinfección; (2) frecuencia e intensidad de limpieza y desinfección con productos adecuados; (3) disponibilidad ropa de cama y vestimenta de pacientes (respetando manipulación, recogida, almacenamiento y traslado de material infectado); (4) frecuencia de recolección de residuos, bajo protocolos

específicos; (5) número de raciones de alimentación y dietas especiales y (6) el tráfico informático.

- d) Disponer de un sistema eficaz y riguroso de clasificación de los pacientes en combinación con el servicio de urgencias. Se podrá utilizar el establecido para el TRIAJE de las guardias o también algo más específico a definir, pudiendo utilizar las siguientes categorías, que a modo de ejemplo se detallan e irán variando en función a la evolución de los pacientes:
- Pacientes que permanecen en sus domicilios supervisados periódicamente por personal sanitario o que han sido reenviados por los servicios de urgencias porque se considera que pueden pasar la infección de carácter leve en sus casas y que serán atendidos por sus familiares con un estricto protocolo de medidas de precaución y actuación y con un sistema establecido de envíos periódicos de datos al supervisor.
 - Pacientes infectados con buenas condiciones físicas, que conviene que permanezcan en el hospital para un mejor control y seguimiento, sin necesidad de utilización de respiradores. También se pueden incluir a esta categoría los pacientes en una etapa final de evolución de la superación de la infección, pero pendiente de recibir el alta para su traslado y terminación de la recuperación en sus domicilios. Es importante determinar para los pacientes de este grupo si se considera que pueden compartir con otro paciente espacios pequeños con separaciones livianas como una mampara o cortina en una habitación de una unidad de enfermería.
 - Pacientes infectados graves en el momento álgido de la infección, con posibilidades de respiración, pero sin aparente riesgo de fallecimiento, que precisan de respiración asistida y de una atención continuada con altas medidas de precaución.
 - Pacientes infectados muy graves, de edad avanzada o con otras patologías, con posibilidades de recuperación, pero también con posibilidades de fallecimiento, que necesitan un uso permanente de respiración asistida y de monitorización de constantes y asistencia adecuada y personalizada.
 - Pacientes con muy pocas posibilidades de recuperación y superación de la infección, con respiración asistida y que puedan ser trasladados a una unidad de cuidados paliativos o a otra unidad que realice esta función.
- e) Mantener e incrementar el funcionamiento de las instalaciones del hospital: Es fundamental el trabajo del Servicio de Mantenimiento del hospital que permita mantener el normal funcionamiento sin interrupciones del edificio, incrementar sus prestaciones y demandas, variando las condiciones de funcionamiento (cambio de puntos de consigna, incremento de caudales y presiones, utilización de reservas). En estos momentos en los que se tensiona el funcionamiento del edificio, es cuando se valora el dimensionamiento generoso de las instalaciones.
- f) Acondicionamiento de espacios a utilizar, para incrementar la dotación de camas y equipos (similares a UTI). Para ello se presentan fundamentalmente dos

posibilidades: utilización de otros sectores del hospital (previa adecuación) y/o aumento de la capacidad de camas en los propios servicios del hospital. También se puede contar con la utilización de espacios y edificios no hospitalarios, que ya se trató en otro documento.

- g) Previamente a la adecuación de los espacios, el Departamento de Recursos Físicos y/o el Servicio de Mantenimiento del Hospital deberá realizar una evaluación del estado edilicio de cada uno de los servicios a adaptar.

Un punto de detección importante de casos de COVID-19 es la urgencia hospitalaria. El TRIAJE tiene como objetivo identificar y priorizar al paciente más grave. Al tratarse de una enfermedad transmisible se deben extremar las medidas de precaución. Sería aconsejable, destinar **un área diferenciada para atender las urgencias por enfermedades respiratorias.**

Muchos hospitales cuentan con servicios que, mediante algunas adecuaciones, podrían utilizarse para la atención de pacientes con distintos grados de la enfermedad.

Resulta necesario formular un **PLAN DE PREPARACIÓN DEL HOSPITAL ANTE EMERGENCIAS**, estudiando accesos, ubicación de cada servicio en particular, circulaciones, su conexión con las áreas de gestión y supervisión y en base a ello, definir la conveniencia o no de su uso/adecuación para la atención de pacientes.

Entre las áreas a evaluar como posibles recursos a incorporar a la atención del COVID 19, podemos mencionar los siguientes:

- Urgencia-emergencia – Shock room y Puestos de observación de los servicios de
- Hospital de Día – Puestos de observación
- Tratamientos quirúrgicos en áreas diferenciadas para ambulatorios y programados – quirófanos y puestos de observación
- Tratamientos quirúrgicos centrales – quirófanos y puestos de observación
- Endoscopías – salas y puestos de preparación/recuperación de pacientes
- Hemodiálisis – puestos de tratamiento
- Medicina Nuclear – puestos de recuperación
- Tratamientos físicos/Rehabilitación – gimnasio y boxes de tratamiento
- Docencia e Investigación – aulas
- Áreas de estacionamiento cubierto (si el alto es adecuado)

En aquellos casos de establecimientos integrados funcionalmente a una red, se aconseja evitar la duplicidad en los servicios de atención. Una propuesta sería redefinir los perfiles de hospitales, contemplando designar hospitales exclusivos para manejo de pacientes con COVID, por otro lado, hospitales para el manejo de urgencias, de pacientes crónicos y otras patologías agudas no respiratorias y para atención de partos y embarazos de alto riesgo, evitando con ello el posible aumento del contagio intrahospitalario.

También como ya se mencionó, se podría contar con planes por establecimiento que permitan la **reconversión de camas según riesgo clínico y dependencia de cuidados de enfermería**. Se detallan a continuación consideraciones sobre los servicios a contemplar para esos efectos:

SERVICIO DE URGENCIAS – EMERGENCIAS

Los servicios de urgencias de los hospitales son la puerta de entrada de la mayoría de los pacientes infectados, pero deben seguir atendiendo a los tipos habituales de urgencias que no han disminuido excepto las de accidentes de circulación. Por ello, **es necesario separar los flujos de atención** y reforzar los protocolos de protección personal, control de infecciones y, manejo y disposición segura de desechos hospitalarios procedentes del cuidado y atención de infectados por COVID-19.

- Creando una **sala de urgencia separada** de la sala de urgencia general, con flujos muy bien señalizados.
- Separar las áreas de espera para pacientes sintomáticos respiratorios (con máscara) de pacientes que se atienden por otras patologías.
- Personal entrenado y protegido, para hacer el TRIAJE e identificar el riesgo y la dependencia de cuidados que requiere cada persona.
- Minimizar los traslados del paciente infectado al interior del hospital para disminuir el riesgo de contagio para otros pacientes y personal de salud.
- Implementar el aislamiento por cohortes si la situación epidemiológica lo requiere.

Ante percepción de síntomas, es importante que la población utilice los teléfonos asignados por jurisdicción, para evaluar cada caso en particular, evitando en lo posible incrementar la actividad de los servicios de urgencia. En caso de concurrir a la atención es importante que los enfermos infectados permanezcan el menor tiempo posible en esta unidad antes de su traslado a otros servicios del hospital.

Los enfermos con riesgo de infección deben ser clasificados rápidamente y derivados al sector establecido para su atención, con el objeto de disminuir el tiempo de permanencia en la sala de espera, evitando al máximo que las urgencias sean un lugar de fácil transmisión de la contaminación. También es conveniente instalar mamparas en la sala de espera de urgencias para aumentar distancias de seguridad entre enfermos.

Si la densidad y tipología de las urgencias lo permite, se puede sectorizar la atención, liberando la zona de shock room y de observación para ser utilizada por los pacientes contaminados.

Ventajas:

- El servicio dispone de una instalación adecuada de climatización.
- La dotación de gases medicinales de los boxes y observación es la adecuada.
- La instalación eléctrica con sistema IT (sistema de aislado de puesta a tierra) y de SAI (sistema de alimentación ininterrumpida) es la adecuada.
- Dispone de sistema de llamada a enfermera.
- Dispone de red integrada de voz-datos.
- Dispone del equipamiento médico necesario.

Inconvenientes:

- El servicio no puede descuidar el resto de urgencias de otras patologías.
- Puede ser un lugar propicio para favorecer la contaminación.

HOSPITAL DE DÍA

Los diferentes hospitales de día son los candidatos ideales para su transformación a fin de atender a los pacientes infectados.

Ventajas:

- La instalación de climatización no es igual a las de UTI pero puede considerarse suficiente.
- La dotación de gases medicinales es la adecuada.
- La instalación eléctrica suele disponer en la mayoría de los casos de sistema IT (sistema de aislado de puesta a tierra) y de SAI (sistema de alimentación ininterrumpida) con una dotación adecuada.
- Dispone de sistema de llamada a enfermera.
- Dispone de red integrada de voz-datos.

Inconvenientes:

- Se tiene que dotar de equipamiento médico (respiradores y monitores) para todos los pacientes.
- Muchas veces se dispone de zonas de boxes cerrados pero también de espacios abiertos.

UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI, UCO, CCV, otras)

Son las camas más escasas y con alto requerimiento en COVID-19. Es importante garantizar que los pacientes tengan la menor estadía posible en este nivel, teniendo la posibilidad de salir hacia camas de cuidados intermedios. Es importante mantener la “reversibilidad” entre unidades UTI y UTIn, lo que implica mejorar dotaciones de personal y de equipamiento como ventilación mecánica y otros.

Este servicio, cuenta con camas para atención de pacientes críticos con afectación de uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial la vida y que presenta condiciones de reversibilidad.

Ante el mayor requerimiento de este tipo de camas, no es conveniente hacerlo colocando dos enfermos en cada box aunque las instalaciones y la superficie lo permitan.

UNIDADES DE TERAPIA INTERMEDIA

Estas camas pueden ser de gran utilidad en COVID-19 para el grupo de pacientes que requiere monitorización y medidas de apoyo como oxigenoterapia, hidratación, ventilación mecánica no invasiva, manejo de drogas y otros. Pueden también complejizarse hacia el nivel siguiente, a unidades de terapia intensiva, incrementando la capacitación del personal, aumentando su dotación y agregando equipamiento como ventilación.

Están destinadas a la atención de pacientes de mediana complejidad, que se encuentran en fase aguda de la enfermedad, que debieran compensarse en pocos días y que provienen de unidades de emergencia o han sido trasladados desde unidades de camas críticas por estar en recuperación. Su riesgo médico es mediano y tienen alta dependencia de enfermería. Cuentan con vigilancia estrecha y periódica de parámetros esenciales, atención integral y tienen alta demanda de cuidados de enfermería. Requiere de un médico jefe y enfermera supervisora y la dotación de recursos humanos de acuerdo a la normativa del país.

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PARA CUIDADOS BÁSICOS

Disminuir al máximo este nivel de camas, llevándolas hacia el siguiente nivel de complejidad, al nivel de cuidados medios, con mayor recurso de personal y tecnología. Optar por la hospitalización domiciliaria si se trata de pacientes de bajo riesgo y en recuperación

Estas unidades disponen de menor dotación de instalaciones que las UTIs, por lo que se pueden destinar a atender pacientes infectados que no requieran instalaciones complejas, equipamiento y control de enfermería continuo, o en algunos casos, dependiendo de su tipología edilicia, se pueden arbitrar las medidas necesarias para su reconversión, complejizando según riesgo clínico y dependencia de cuidados de enfermería. Se debe decidir si se pueden seguir usando los espacios como habitaciones dobles o si es conveniente reconvertir todas las habitaciones como individuales.

Ventajas:

- Disponen de instalación de oxígeno, aunque la capacidad de la red es más limitada (se podría complementar con tubos portátiles).
- La dotación eléctrica es suficiente en cuanto dotación, aunque no siempre dispone de sistema IT (sistema aislado de tierra) y en algunos casos tampoco de SAI (sistema de alimentación ininterrumpida).
- Dispone de sistema de llamada a enfermera.
- Dispone de red integrada de voz-datos.

Inconvenientes:

- La instalación de climatización es diferente a la de una UTI, pero es admisible para el tipo de pacientes propuestos.
- Se tiene que dotar de equipamiento médico adecuado para los pacientes.

UNIDAD DE TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS

Dependiendo de las características de la planta física y en el caso que se disponga de dos áreas diferenciadas (una para cirugías ambulatorias y otra para cirugías programadas), se podrían disminuir y reprogramar las cirugías que no requieran urgencia, concentrándolas en una de estas unidades, reconvertir la función de la otra para la atención de pacientes con COVID 19.

Es una unidad que fácilmente se puede reconvertir en una UTI (puestos de recuperación) debiendo contemplar la separación entre pacientes en caso de disponer de espacios abiertos. Por otro lado cada quirófano, según su dimensión, podría utilizarse por dos pacientes con las separaciones adecuadas.

Ventajas:

- La instalación de climatización no es la misma que en una UCI (salvo en los quirófanos), pero puede ser considerada suficiente.
- La dotación de gases medicinales suele ser suficiente.
- La dotación eléctrica es suficiente, aunque no sea un sistema IT (sistema de aislado de puesta a tierra) y con SAI (sistema de alimentación ininterrumpida) salvo en los quirófanos.
- Dispone de red integrada de voz-datos.

Inconvenientes:

- No suelen disponer de sistema de llamada a enfermera.
- Se debe dotar de equipamiento médico adecuado.
- En algunos casos corresponde a un espacio abierto sin boxes cerrados.

TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS CENTRALES

Aunque se suspendan las operaciones programadas no urgentes el bloque quirúrgico debe seguir atendiendo a las operaciones que se necesiten realizar en el hospital, pero la actividad ha bajado considerablemente. Por ello si por el tiempo de utilización del quirófano la anestesia y la recuperación postoperatoria, se puede realizar en el mismo quirófano donde se ha hecho la operación, se puede liberar el área de **recuperación** para enfermos infectados. Cabe aclarar que se deberá adecuar el sector de forma tal de crear una **barrera física** entre ambos sectores para evitar posibles contaminaciones.

Ventajas:

- La instalación de climatización es la adecuada.
- La instalación de gases medicinales es la adecuada
- La instalación eléctrica con sistema IT (sistema de aislado de puesta a tierra) y SAI (sistema de alimentación ininterrumpida) es la adecuada
- Dispone de red integrada de voz-datos
- Dispone del equipamiento médico adecuado

Inconvenientes:

- No dispone de sistema de llamada a enfermera
- Corresponde a un espacio abierto sin boxes cerrados.
- Se debe vigilar la separación adecuada entre pacientes.
- Se debe materializar una separación efectiva entre la zona de quirófanos y la de los puestos de observación a utilizar para pacientes infectados

ENDOSCOPIAS

Se han suprimido todas las endoscopias no urgentes. Se puede liberar el espacio de preparación y recuperación de pacientes e incluso algunas de las salas propiamente de endoscopias.

Ventajas:

- La instalación de climatización no es la misma que en una UTI (salvo en las salas de endoscopias) pero puede ser considerada suficiente.
- La dotación de gases medicinales es suficiente.
- La dotación eléctrica es suficiente, aunque no sea un sistema IT (sistema de aislado de puesta a tierra) y con SAI (sistema de alimentación ininterrumpida) salvo en las salas de endoscopias.
- Dispone de red integrada de voz-datos.

Inconvenientes:

- No suelen disponer de sistema de llamada a enfermera.
- Se debe dotar de equipamiento médico adecuado.
- Muchas veces se dispone de zonas de boxes cerrados pero también de espacios abiertos.

HEMODIÁLISIS

Los pacientes que precisan diálisis necesitan seguir haciendo sus sesiones habituales, pero si estos pacientes pueden ser derivados a unidades de diálisis exteriores al hospital, se puede recuperar este espacio para atender pacientes infectados, porque dispone de instalaciones adecuadas.

Ventajas:

- La instalación de climatización no es la misma que en una UTI pero puede ser considerada suficiente.
- La dotación de gases medicinales es suficiente.
- La dotación eléctrica es suficiente porque habitualmente dispone de un sistema IT (sistema de aislado de puesta a tierra) y con SAI (sistema de alimentación ininterrumpida).
- Suele disponer de sistema de llamada enfermera.
- Dispone de red integrada de voz-datos.

Inconvenientes:

- Se debe dotar de equipamiento médico adecuado.
- Corresponde a un espacio abierto sin boxes cerrados excepto el box de aislamiento.

MEDICINA NUCLEAR

Se han suprimido todas las pruebas de medicina nuclear no urgentes, lo que liberaría los boxes calientes para ser ocupados por pacientes infectados.

Ventajas:

- La instalación de climatización no es la misma que en una UTI pero puede ser considerada suficiente.
- La dotación de gases medicinales es suficiente.
- La dotación eléctrica es suficiente, aunque no sea un sistema IT (sistema de aislado de puesta a tierra).
- Suele disponer de sistema de llamada enfermera.
- Dispone de red integrada de voz-datos.

Inconvenientes:

- Se debe dotar de equipamiento médico adecuado.

REHABILITACIÓN

La actividad de rehabilitación prácticamente se ha suspendido en muchos hospitales y los enfermos realizan los ejercicios en sus domicilios. Es un espacio no preparado para acoger pacientes infectados ni en el gimnasio ni en los boxes de tratamiento, pero en los que se pueden hacer obras provisionales para su adecuación.

Ventajas:

- La instalación de climatización no es la misma que en una UTI pero puede ser considerada suficiente.
- Puede aprovecharse de todo el sistema logístico de hospital.

Inconvenientes:

- No dispone de instalación de gases medicinales que se deberá instalar o disponer de tubos portátiles.
- Se deberá realizar una instalación eléctrica adecuada.

- Se debe dotar de instalación de red integrada voz-datos adecuada
- Se debe dotar de camas y equipamiento auxiliar
- Se debe dotar de equipamiento médico adecuado.

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN – AULAS

Proporcionan espacios amplios que pueden ser reconvertidos y equipados para la atención de pacientes infectados.

Ventajas:

- La instalación de climatización no es la misma que en una UTI pero puede ser considerada suficiente.
- Puede aprovecharse de todo el sistema logístico de hospital.

Inconvenientes:

- No dispone de instalación de gases medicinales que se deberá instalar o disponer de tubos portátiles.
- Se deberá realizar una instalación eléctrica adecuada.
- Se debe dotar de instalación de red integrada voz-datos adecuada
- Se debe dotar de camas y equipamiento auxiliar
- Se debe dotar de equipamiento médico adecuado.

ESTACIONAMIENTO CUBIERTO

Antes de buscar espacios exteriores al hospital en otro tipo de edificios, alejados del propio hospital, se puede estudiar si el alto del estacionamiento cubierto es el adecuado. En ese caso, se podría habilitar una planta o una parte de una planta de estacionamiento del propio hospital si se encuentra en el mismo edificio, para montar unas unidades provisionales para atender a pacientes infectados, ya que estando en el propio edificio se puede aprovechar todo el sistema logístico del hospital.

Ventajas:

- Puede aprovecharse de todo el sistema logístico de hospital.

Inconvenientes:

- El alto de la planta. Sería imprescindible disponer al menos de 2.5 de alto libre y preferiblemente 2.70 m.
- Se debe colocar un conjunto de mamparas y pavimento sintético adecuado
- Se debe dotar de una instalación de climatización adecuada, aunque sea con equipos provisionales.
- Se debe instalar gases medicinales o disponer de botellas portátiles.
- Se deberá realizar una instalación eléctrica adecuada.
- Se debe dotar de instalación de red integrada voz-datos adecuada
- Se debe dotar de camas y equipamiento auxiliar
- Se debe dotar de equipamiento médico adecuado.

*Resumiendo, la propuesta de reordenamiento de un establecimiento de salud, con el objeto de aumentar el número de camas disponibles para la atención de COVID 19, deberá responder a un **PLAN INTEGRAL DE PREPARACIÓN DEL HOSPITAL ANTE EMERGENCIAS**, que deberá contemplar el conjunto de recursos necesarios a tal fin, tanto físicos (arquitectura, instalaciones y equipamiento), como de recursos humanos y de medicamentos e insumos necesarios para un adecuado funcionamiento.*

5- RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y ABORDAJE EN RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES Y PLAN DE CONTINGENCIA

INTRODUCCIÓN

La persona mayor por su edad, así como por presentar comorbilidades, es población vulnerable para el desarrollo de formas graves y fatales de infecciones respiratorias agudas en general y de COVID-19 en particular.

La situación que se presenta en las residencias de adultos mayores es diferente a lo que sucede en otras instituciones de salud y presenta riesgos específicos. Existen factores propios que pueden aparecer por el momento evolutivo de las personas, como el proceso de envejecimiento y la disminución de la reserva funcional que dificulta la lucha contra las enfermedades, además de manifestar capacidades reducidas para movilizarse, dificultades comunicacionales y alteraciones en la percepción propia del cuerpo, todas estas características, se asocia la presencia de espacios comunes, al tránsito continuo de trabajadores de la salud, familiares, cuidadores, convivencia con personas con distintos grados de fragilidad.

En este sentido, es necesario considerar diferentes escenarios a gestionar: Por un lado, evitar la introducción del COVID-19 en los establecimientos y por el otro, una vez que el COVID-19 se introdujo evitar la transmisión e implementar medidas para el control del brote.

Con el objetivo de proteger la salud y el bienestar de las personas que residen y trabajan allí, se realizan estas recomendaciones y se proponen los lineamientos para un plan de contingencia.

I. RECOMENDACIONES PARA DISMINUIR LA EXPOSICIÓN AL RIESGO DE RESIDENTES Y TRABAJADORES DE LA INSTITUCIÓN

Medidas para evitar la introducción del virus a las instituciones

Para residentes:

- Restringir las visitas de personas externas a la residencia permitiendo solo aquellas estrictamente necesarias (procedimientos médicos invasivos imprescindibles, cuidados personales básicos, acompañamiento humanizado en el final de la vida).
- En caso de ser necesario el ingreso a esta comunidad cerrada, los visitantes deben ser informados y deben adoptar las medidas de bioseguridad requeridas, así como cumplir las restricciones que la institución realiza.
- A toda persona que ingresa se le deberá tomar la temperatura corporal, prohibiendo el ingreso a todos aquellos que presente fiebre (temperatura mayor igual a 37,5°).
- En ningún caso se permitirán visitas de personas que presenten síntomas respiratorios.

- Se solicitará tener el pelo recogido, no utilizar elementos en las manos y brazos que impidan la correcta higienización.
- Para todos aquellos objetos que ingresen a la residencia es importante implementar un protocolo de recepción, el cual debe incluir la aplicación de una solución de lavandina diluida.
- Ante un NUEVO INGRESO o ante la SALIDA DE UN RESIDENTE de la institución (por ejemplo, derivación a efector de salud) se deberán indicar 14 días de aislamiento posteriores al ingreso o reingreso de esta, en una habitación individual contemplando sus necesidades básicas.
- Suspender las salidas de la residencia, salvo excepciones o razones de fuerza mayor.
- Dentro de lo posible, cerrar las zonas comunes para disminuir al máximo la interacción entre los residentes. Podrán considerarse como alternativa la organización de turnos que permita mantener una distancia de seguridad entre los residentes de 2 metros y con una limpieza oportuna al finalizar cada turno.
- Ante la observación de un residente con fiebre y/o síntomas respiratorios se deberá activar el protocolo de asistencia médica inmediata por parte del sistema sanitario.
- Instalar dispensadores de alcohol en gel para residentes (idealmente tanto dentro como fuera de la habitación).
- Para más información consultar en:
<https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/cuidarnos>
<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/poblacion/alimentos>

Para el personal de salud

- La institución debe disponer y/o acondicionar un área para el personal, donde se realizará el cambio de ropa y calzado de calle por la de trabajo. Preferentemente esta área debería estar estratégicamente alejada de aquellos que residen en la institución.
- Disponer los elementos de bioseguridad y protección personal (EPP) según normativas vigentes del Ministerio de Salud de la Nación y capacitar al personal sobre las mismas.
- El uso de barbijos es sólo obligatorio para todos los trabajadores de la Residencia para Personas Mayores (RPM).
- El personal de salud responsable deberá controlar diariamente signos vitales de los residentes de manera exhaustiva (TA/FR/FC/Temperatura y Oximetría de pulso) para detección precoz de casos sospechosos.
- El equipo de asistencia en contacto con personas que cumplan con la definición de caso sospechoso de COVID-19 deberán utilizar en forma adecuada el equipo de protección personal (EPP) y las medidas de bioseguridad.
- Realizarán higiene de manos antes y después del contacto con los residentes, después del contacto con superficies o equipos potencialmente contaminados¹ y después de quitarse el equipo de protección individual.

¹ (se considera contaminado todo aquello que haya entrado en contacto con un caso sospechoso o sus secreciones o permanecido a una distancia menor a dos metros de este)

- La institución planificará el personal sanitario necesario en contacto directo con casos sospechosos confirmados de COVID-19:
<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/definicion-de-caso>
- Las medidas de bioseguridad deben estar claramente explicitadas y accesibles a todos los trabajadores de la institución.
<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID19/recomendaciones-prevencion-empresas-organismos-atencion-publico#4>

Para los responsables institucionales:

- Reglamentar y facilitar los mecanismos para obtención de licencias del personal afectado con el fin de evitar que concurren a trabajar con síntomas.
- Se deberá efectuar el seguimiento de los empleados con ausencias no justificadas para determinar su estado de salud.
- Garantizar el acceso oportuno al diagnóstico del personal, en aquellos casos sospechosos de COVID-19, realizar de forma rutinaria el autoexamen de síntomas y signos dos veces por día.
- Evaluar la factibilidad de generar grupos de trabajo rotativos.
- Prever equipos de personal capacitado como reserva en caso de ausencia, aislamiento preventivo o por enfermedad
- Considerar en el multiempleo, acuerdos interinstitucionales para la realizar las actividades asistenciales en sólo una de ellas.

Todos los trabajadores encargados de la asistencia (sanitaria y no sanitaria) deben seguir estrictamente las medidas de protección encaminadas a controlar y reducir la transmisión del coronavirus.

Reforzar la vacunación de acuerdo con el calendario nacional, principalmente antigripal y antineumocócica, de los trabajadores y los residentes.

II. MEDIDAS PARA EVITAR/O LIMITAR LA TRANSMISIÓN Y LA PRESENCIA DE CASOS POSITIVOS DE COVID- 19

Situaciones de casos institucionales

Casos de COVID-19 en Residentes

- Todos aquellos residentes que presenten sintomatología respiratoria aguda o fiebre deberán restringir sus movimientos lo máximo posible y quedarse en una habitación con buena ventilación (preferiblemente al exterior) e idealmente con un baño propio hasta que sea evaluado por el personal médico y se defina la necesidad de derivación ante la sospecha de COVID-19.
- Si luego de la evaluación profesional el paciente cumple criterios de CASO SOSPECHOSO, se activará el protocolo de derivación. Es importante considerar la necesidad de contar con un espacio donde se pueda realizar el aislamiento del

residente hasta su derivación.

- Realizada la derivación, el espacio ocupado deberá ser desinfectado, según las recomendaciones de limpieza y desinfección de material sanitario, superficies y ambientes vigentes al momento de la activación del protocolo.
- Ante el diagnóstico de caso sospechoso deberán implementarse inmediatamente las medidas de protección individual según normas por contacto y por gotas.
<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/recomendaciones-usoepi>).
- Se informará en forma inmediata al residente de su condición, a su familia y a las autoridades de salud pública.
- Se debe notificar el caso al sistema nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).
- El residente que cumpla con la definición de contacto estrecho de un caso de COVID-19 se le indicará el aislamiento de ser posible en una habitación con buena ventilación (preferiblemente al exterior) e idealmente con un baño propio durante el periodo de vigilancia establecido (14 días).
- Se realizará un seguimiento médico en busca de síntomas respiratorios según lo establecido por las recomendaciones nacionales.
- La evaluación clínica del caso determinará la internación en un centro de mayor complejidad.

Durante todo el protocolo y en forma permanente se mantendrán las medidas de higiene y bioseguridad recomendadas para evitar el contagio y la propagación del virus.

Todos los casos y sus contactos deben ser notificados al Sistema Nacional de vigilancia de la salud SNVS 2.0.

Casos de COVID- 19 en Trabajadores institucionales

Ante la presencia de un caso de COVID- 19 de trabajadores institucionales, el coordinador del plan de contingencia o la persona designada, deberá activar el protocolo de caso sospechoso, comunicar a la autoridad sanitaria local para su redirección sistematizada.

III. MEDIDAS PARA LA ORGANIZACIÓN DE LAS RPM

Confeccionar Plan de Contingencia

Las autoridades de la RPM deberán elaborar de un Plan de Contingencia, designando un coordinador responsable para su ejecución.

Deberá especificar:

1- Características del establecimiento

a) Recursos materiales, físicos y o edilicios:

- Número de habitaciones, número de camas. Espacios amplios que permitan la convivencia respetando la distancia persona a persona adecuada (2 metros).

- Insumos disponibles para cumplir con la higiene y aislamiento (guantes, barbijos, alcohol en gel, desinfectantes, equipos de protección individual), para residentes y todo el personal de la RPM.
- Provisiones y medicamentos suficientes para un mes de tratamiento.
- Cartelería con información adecuada y clara, indicando circuito de ingreso y las medidas de higiene.
- Espacios adecuados para el aislamiento: para el aislamiento transitorio de casos sospechosos y/o positivos, a la espera de su derivación al centro hospitalario asignado, deberá ser ubicado en una habitación con ventilación, donde se respeten todas las medidas de higiene y el paciente permanezca aislado y atendido según las recomendaciones correspondientes.

b) Recurso Humano:

Equipo de salud:

- Listado del plantel total de trabajadores incluyendo dueños y equipo de dirección.
- Listado de profesionales: médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas, kinesiólogos.
- Listado de trabajadores no profesionales: Listado de asistentes geriátricos.
- Listado de trabajadores de mantenimiento, cocina y limpieza.
- Listado de personal para reemplazo y suplencias.
- Personal capacitado en las medidas de bioseguridad y en la aplicación del protocolo del Plan de Contingencia.
- Listado de proveedores.
- Detalle de horarios, rotación y turnos.

Residentes:

- Número total de residentes de la institución.
- Cantidad de residentes por habitación.
- Datos de los residentes y grupos de familiares o allegados.
- Historia Clínica confeccionada por profesional médico con datos de la valoración gerontológica*.
- Otros datos: Voluntad anticipada. Consentimiento informado, según normativa vigente, al momento de ingresar a la RPM.

*Valoración gerontológica. Es indispensable que los RPM, aseguren que todos los residentes tengan en su correspondiente evaluación gerontológica, realizada por el médico de la institución a los efectos identificar y garantizar los mayores cuidados de las personas de mayor riesgo.

2- Procesos que se establecerán en la prevención de la introducción del nuevo virus, así como procesos para limitar y controlar una situación de brote local.

a) Medidas para higiene de espacios institucionales y fómites.

- Se deben implementar programas intensificados de limpieza en el centro focalizando en las zonas de mayor tránsito y limpieza de las superficies de contacto frecuente.
- El procedimiento de limpieza y desinfección de las superficies y de los espacios en contacto con el paciente se deberá realizar según las recomendaciones de limpieza y desinfección de material sanitario, superficies y ambientes vigentes al momento de la activación del protocolo.
- El personal de limpieza deberá ser instruido en las medidas pertinentes de protección personal individual, así como en bioseguridad.
<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/recomendaciones-uso-epp>
- El material utilizado que sea desechable se considerara material patógeno y debe manipularse como tal. Los residuos generados en la atención del paciente se eliminarán en bolsas rotuladas para su eliminación.

b) Vajilla y alimentación.

- Se recomienda que la vajilla utilizada por una persona con sospecha de COVID-19 en aislamiento sea descartable, que permanezca en la habitación y sea desechada dentro de la misma.
- Si no se dispone de vajilla descartable, se recomienda lavar la vajilla reutilizable en un lavavajillas.
- Si no dispone de lavavajillas, se recomienda lavar a mano con detergentes usando el EPP apropiado según técnica adecuada.
- El personal deberá colocarse el EPP para entregar la comida a los pacientes con sospecha de COVID-19. Retirar el EPP de manera correcta luego de salir de la habitación.
- La retirada de la ropa de la habitación del paciente se realizará según las recomendaciones, embolsada, cerrada y rotulada dentro de la propia habitación.

c) Gestión de residuos.

- Los residuos del paciente, incluido el material desechable utilizado por la persona enferma deben descartarse siguiendo las recomendaciones vigentes para el manejo de material biológico extremando las medidas para evitar el contacto con otras superficies.
- El personal que maneje estos residuos debe cumplir con las normativas para de utilización de EPP.

3-Traslados / Derivaciones

- Mantener informado de manera permanente al residente sobre su condición, la posibilidad del traslado y de las decisiones que se van tomando sobre su persona.
- Se debe explicar la situación en lenguaje claro y adaptado a sus capacidades.
- Una vez que se ha comunicado a los residentes que se los derivará o evacuará, se informará a los familiares y allegados directos de la Persona Mayor.

- Implementación inmediata de medidas de bioseguridad al equipo de salud, así como el aislamiento preventivo del residente.
- El coordinador del plan de contingencia de la institución o quien este designado en ese turno deberá comunicar a la autoridad sanitaria local, para la activación de protocolo de actuación ante caso sospechoso.
- Se derivarán: casos sospechosos y/o positivos, se realizará en forma inmediata si la RPM no cuenta con habitación para el aislamiento.
- El traslado se hará a los centros hospitalarios, previamente determinados por la autoridad sanitaria local.

IV. ROL DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS LOCALES

a) Relevar el número de las Residencias para Personas Mayores locales

- Disponer de un equipo de trabajo que registre a cada establecimiento y efectúen su geolocalización (esté habilitado o no por la autoridad competente).
Se considerará RPM, a aquellas que alberguen a 5 o más adultos Mayores.
- Tener en cuenta las RPM, que sean asistidas frecuentemente por los sistemas de emergencia locales, y aquellas RPM, visitadas para la aplicación de la vacunación correspondiente a sus residentes.
- En el relevamiento es indispensable verificar la existencia del Plan de Contingencia y el responsable de este.

b) Incorporar a las RPM en la red sanitaria del sistema de salud local

- Disponer de un registro actualizado de los Centros de atención hospitalarios, públicos, privados y RPM.
- Conocer número de camas de internación general, el número de camas de terapia intensiva de adultos y el número de camas de RPM.
- Tener listado de espacios o instituciones de la comunidad que puedan ser adaptados para el aislamiento de personas COVID-19 positivas y/o casos sospechosos. considerando el número potencial de camas posibles.
- Realizar proyección del número total de estos espacios, y número de camas (clubes, iglesias, salones, gimnasios etc.) que podrían adaptarse ante la eventual evacuación para pacientes asintomáticos y negativos.

c) Implementar el registro de Trabajadores de la Salud.

- Se debe tener un registro de personal de reemplazo para asistentes geriátricos, profesionales y personal de mantenimiento, que reemplacen de inmediato a trabajadores infectados o sintomáticos, para garantizar la atención de los residentes.
- Este personal de reemplazo debe ser capacitado y tener conocimiento de las normativas de bioseguridad vigentes.
- Contar con un equipo de salud, y asistentes geriátricos que aseguren una atención adecuada a las Personas Mayores evitará la evacuación total de la RPM.

- Establecer, vinculado con el multiempleo, estrategias que posibiliten contar con “trabajadores exclusivos” en las RPM. Se sugiere unificar las horas de aquellos trabajadores o asistentes geriátricos, que presten servicios en varios centros de salud, conservando el valor y pago de estas, pero con actividades laborales realizadas en una única RPM.

d) Situaciones en las que se plantea una Evacuación de las Residencias para Personas Mayores (RPM)

- Falta de personal de asistencia.
- Falta de higiene demostrada en la institución.
- Imposibilidad de garantizar el distanciamiento persona a persona mínimos.
- Causas de fuerza mayor.
- Visualización de abandono de persona por parte de la dirección.
- Falta de garantía en las provisiones indispensables de alimentos y/medicación de los residentes.
- Enfermedad demostrada del equipo de salud y que no exista reemplazante.
- Contar con anticipación posibles lugares de aislamiento organizados y adaptados para albergar a las Personas Mayores, por ejemplo, instituciones locales, públicas o privadas como Clubes, escuelas, establecimientos religiosos.
- La evacuación será siempre preservando la identidad de las personas y con las medidas de seguridad vigentes.
- Se debe tener en cuenta que las personas mayores evacuadas son pacientes sin síntomas, ni sospechas de infección.
- Tanto los residentes trasladados, así como el equipo que los traslada, deben cumplir con las medidas de protección individual.

V. PROTECCIÓN DE LAS PM INSTITUCIONALIZADAS DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DDHH Y LA BIOÉTICA.

La República Argentina en 2017 aprueba en la ley 27.360, a la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores adoptada por la organización de los estados americanos (OEA) en su 45ª asamblea general de junio de 2015. La misma establece pautas para promover, proteger y asegurar el pleno goce y ejercicio de los derechos de las PM y propicia la eliminación de todo tipo de discriminación y violencias fundadas en la edad. Asimismo, consagra, entre otros, el derecho a la salud y a recibir servicios sociosanitarios integrales de calidad.

En esta línea, comprender la vulnerabilidad de los adultos mayores ante el COVID-19, obliga desarrollar en las RPM estrategias de protección, y a fortalecer el cumplimiento de la legislación en prevención del abuso, el maltrato y violencia.

Durante las situaciones de epidemias y /o pandemia por COVID- 19 se debe visualizar diferentes escenarios vinculados a los derechos de las PM.

- Aislamiento social: equilibrar las acciones de distanciamiento físico necesarias para proteger a las PM del contagio y de las consecuencias de la enfermedad, sin descuidar salud mental y la contención social y afectiva promoviendo la comunicación con allegados y familiares, a través de medios telefónicos y medios virtuales.
- Autonomía de la voluntad: Para el derecho argentino (Código Civil y Comercial, ley 26.529 Derecho de los Pacientes, entre otros) las PM son capaces y autónomas por definición, más allá de tener algún grado de dependencia, enfermedad o vulnerabilidad. Resaltamos la importancia que en las RPM se tome en cuenta la voluntad y preferencias de cada residente en caso de necesitar derivación o traslado por COVID-19. En este sentido, se pueden contemplar las siguientes situaciones:
 - Directivas médicas anticipadas (DMA): Los administradores de la RPM deberán tener junto con la documentación de cada residente, las directivas médicas anticipadas de aquellas personas que las hayan emitido para orientar las decisiones de los profesionales de la salud sobre las contingencias que pudiera atravesar dicha persona. (art. 60 CCyC).
 - Si la capacidad de una PM estuviera limitada de hecho, es importante consultar la decisión de la familia. En caso de residentes declarados incapaces, consultar al curador. (art 707 CCyC).
 - En caso de emergencia para una persona incapaz, y sin familiares a quienes contactar, el equipo de salud puede definir el accionar. (art 42 CCyC).
 - Garantizar el derecho de las PM enfermas de COVID-19 a recibir la información necesaria y a brindar su consentimiento previo, pleno, libre e informado en cuanto a los tratamientos y medicamentos que vayan a recibir. (ley 26.529 Derechos del Paciente).
 - Para respetar los derechos de las Personas Mayores, deberían constar las voluntades anticipadas de los mismos.
 - Maltrato y abandono: Las autoridades sanitarias deberán actuar con inmediatez en los casos en los que se detecten RPM que no cumplan con los requisitos esenciales de bioseguridad y cuidados, para así garantizar que no se vulneren los derechos y la dignidad de las PM.
 - Imagen de las PM: propiciar un tratamiento respetuoso de la dignidad e intimidad de las PM prestando especial atención al manejo responsable de su imagen ante los medios de comunicación audiovisuales. Evitar su estigmatización.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19. Orientaciones provisionales, 21 de marzo de 2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331643/WHO-2019-nCoVIPC_long_term_care-2020.1-spa.pdf
2. Organización de los Estados Americanos. Secretaría General. Convención

- Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, 06/15/2015, Washington, D.C., Estados Unidos. Disponible en:
http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
3. Código Civil y Comercial de la Nación. Ley 26994. Boletín Oficial del 08/10/2014. Disponible en:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm>
 4. Ley 26.529 Derechos del Paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud. Boletín Oficial del 20/11/2009. Disponible en:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=160432>
 5. Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la prevención y abordaje de COVID-19 en residencias de personas mayores. Abril 2020. Disponible en:
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001853cntrecomendaciones-residencias-adultos-mayores-covid19.pdf>
 6. Ministerio de Salud de la Nación. Procedimiento para el manejo de cadáveres de casos de COVID-19. Abril 2020. Disponible en:
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001895cnt-covid19-manejo-cadaveres.pdf>
 7. Strategies to Prevent the Spread of COVID-19 in Long-Term Care Facilities (LTCF)
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/healthcare-facilities/preventspread-in-longterm-care-facilities.html>
 8. Documento técnico Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para el COVID-19. Versión de 5 de marzo de 2020. Sociedad de Gerontología Española.
 9. Guía de prevención y control frente al COVID19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial Versión de 24 de marzo de 2020. Ministerio de Sanidad de España.
 10. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China, 2020.

6- RECOMENDACIONES PARA MANEJO DE CADÁVERES

Introducción

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, que incluye un apartado de Recomendaciones sobre el cuidado de los difuntos y un Anexo de Servicios funerarios y autopsia.

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.

Los cadáveres de personas fallecidas por COVID-19 deben ser considerados como cadáveres del Grupo II según lo establecido en el documento de Manejo Seguro de cadáveres del Ministerio de Salud de la Nación (Categorización de infecciones en cadáveres según riesgo de contagio y modo de transmisión).²

Las recomendaciones contenidas en este documento se han elaborado en respuesta a la situación epidemiológica actual y con el conocimiento disponible hasta la fecha, y podrán ser revisadas ante cambios en el contexto o nuevas evidencias

Recomendaciones para el tratamiento de cadáveres

Certificado de defunción

Los procedimientos de identificación y firma del Certificado Médico de Defunción serán responsabilidad del jefe del servicio y personal involucrado. La identificación del cuerpo cumple un rol de relevancia, y desencadena la generación de la documentación respaldatoria, que luego va a acompañar al cuerpo durante todo el proceso hasta su egreso del establecimiento, acorde a la legislación vigente en cada jurisdicción.

El Certificado Médico de Defunción debe contener, en forma anexa la mayor cantidad de datos que conduzcan a su identificación.

Si el cadáver es un NN, al Certificado se le debe anexar la información necesaria para facilitar la identificación de la persona fallecida, acompañado un juego mínimo de fotografías para identificación visual. Al igual que la Historia Clínica Hospitalaria de un paciente, el archivo fotográfico de un cadáver sin identificación debe contemplar el

² Manejo seguro de cadáveres. Guía para el equipo de salud. ISSN 978-987-26627-0-7

mismo nivel de confidencialidad, y estará debidamente registrado y codificado.

Para recolectar las improntas dactilares, en caso de falta de Documento Nacional de Identidad se procederá previamente al correcto lavado de manos del cadáver con agua y jabón o limpieza con alcohol, según corresponda.

Recomendaciones para Enfermería:

Se limitarán al mínimo imprescindible las actuaciones sobre el cadáver. No debe realizarse la extracción de sondas, tubos y/o drenajes que se le hayan colocado al cadáver.

Se deben tapar los orificios con un algodón embebido en una solución desinfectante de uso hospitalario (Amonio Cuaternario o similar), 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).

Traslado desde la sala de internación 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 para una despedida sin establecer contacto físico con el cadáver, ni con las superficies u otros enseres de su entorno o cualquier otro material restringiéndolo a los más próximos y cercanos. 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.

Las personas que participen en el traslado del cadáver deberán contar con equipos de protección personal adecuados, similares a los recomendados para el personal de salud que atiende casos en investigación, probables o confirmados para infección por COVID-19 según disposiciones vigentes y cumplir con las normas de bioseguridad dispuestas por ley a tal fin, respecto de quienes manipulan materiales biológicos potencialmente infecciosos.

<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/recomendaciones-uso-epp>

El cadáver debe introducirse en una bolsa plástica de alta densidad, impermeable y con cierre hermético, debidamente identificada como material infectocontagioso, 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, una vez cerrada y con el cadáver en su interior, 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).

El cadáver adecuadamente empacado en la bolsa se puede sacar sin riesgo para

conservarlo en el depósito mortuario, colocarlo en un ataúd para llevarlo al tanatorio, enviarlo al crematorio o realizar el entierro.

Autopsia

Los pacientes fallecidos por COVID-19, todavía pueden contener virus vivos en los pulmones y otros órganos y es preciso tomar medidas de protección respiratoria complementarias durante los procedimientos que generan aerosoles de partículas pequeñas.

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, probable o confirmado, salvo indicaciones clínicas fundamentadas. En nuestro país en ocasión de la Pandemia por Gripe A, en aquellas circunstancias en que se produjeron fallecimientos con diagnóstico de certeza o sospechosos de Influenza A H1N1, y que no hubiera indicios de criminalidad, la práctica de autopsia no fue obligatoria, apoyando la medida la Resolución 946/09 de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

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.

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 de nitrilo y látex.
- gorro;
- botas altas hasta la rodilla:
- calzas.

Puesta del equipo de protección personal:

- el EPI debe colocarse en el vestidor (Figura 1) antes de ingresar a la sala de autopsia

donde se halla el cuerpo;

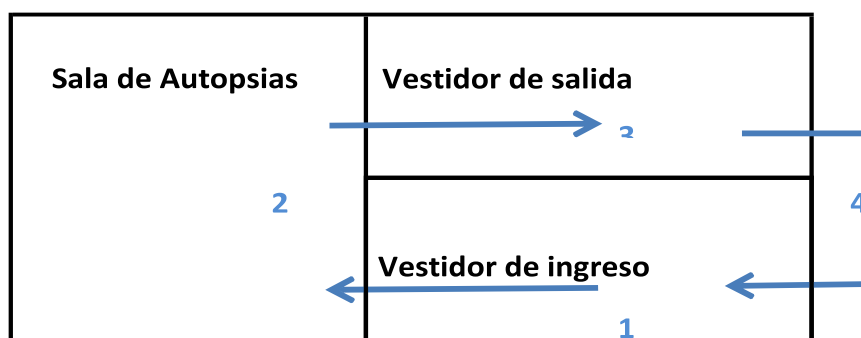
- en el vestidor, reemplazar la ropa y zapatos exteriores de calle por el atuendo completo de protección o su equivalente, además de las botas;
- entrar a la sala de autopsia donde se halla el cuerpo.

Retirada del equipo de protección personal:

- salir de la sala de autopsia al vestidor de salida como se indica en la Figura 1
- retirarse el equipo de protección personal en el vestidor de salida, y eliminarlo conforme las recomendaciones
- realizar higiene de manos.

Los guantes no deben ser usados como sustitutos del lavado de manos, ni deben ser reutilizados o lavados.

Figura F.1 Desplazamiento recomendado del equipo que emprende una autopsia en un establecimiento de atención sanitaria.



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.

Otras actuaciones sobre el cadáver

Se recomienda limitar al mínimo imprescindible las actuaciones sobre el cadáver, ejemplo extracción de marcapasos. El personal de la funeraria debe ser informado de que se trata de un cadáver de una persona fallecida por COVID-19. Las personas que

realicen estas actuaciones deberán aplicar medidas de protección similares a las recomendadas para el personal sanitario que atiende a pacientes de COVID-19.

No se deben realizar actuaciones de limpieza ni intervenciones de tanatopraxia o tanatoestética sobre el cadáver.

Transporte al tanatorio y destino final

Tras la correcta introducción del cadáver y desinfección de la bolsa sanitaria estanca, la manipulación exterior de esta o del ataúd que la contenga no comporta riesgos.

El personal que realice el traslado deberá ser informado previamente, así como del procedimiento a seguir en el caso de producirse un incidente.

La empresa funeraria es la responsable de la adecuada gestión de los residuos que se puedan producir en la prestación de los servicios funerarios.

La disposición final de los cuerpos puede tener cuatro destinos de acuerdo con los ritos religiosos, las costumbres del lugar y/o las disposiciones judiciales emanadas de la autoridad competente, a saber:

- Conservación.
- Inhumación.
- Cremación.
- Traslado al extranjero

La inhumación, que resulta ser el fin más buscado en caso de fallecimientos individuales, múltiples y masivos, debe cumplir con algunas normas básicas, en especial la de identificación y registro de las tumbas, aislamiento de los predios, cumplimiento de normas de salud pública y de procedimientos de bioseguridad y respeto a los principios de diversidad y no discriminación.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS: Prevención y control de las infecciones respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica durante la atención sanitaria. 2014. Disponible en:
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/2014-cha-prevencion-control-atencion-sanitaria.pdf>
2. Ministerio de Sanidad. Sociedad Española de Anatomía Patológica. Procedimiento para el manejo de cadáveres de casos de COVID-19. Versión del 13 de marzo de 2020. Disponible en:
<https://www.seap.es/documents/10157/1811351/Procedimiento+para+el+manejo+de+cad%C3%A1veres.pdf/a0f7f59c-6777-4476-b10e-c07f94f7d8d3>
3. Ministerio de Salud de la Nación. Manejo seguro de cadáveres. Guía para el equipo de salud. 2017. ISSN 978-987-26627-0-7. Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias.

7- LINEAMIENTOS PARA UNA ATENCIÓN SANITARIA SEGURA EN ESTABLECIMIENTOS Y DISPOSITIVOS DE SALUD

Introducción

La Seguridad del paciente se define como la disciplina que tiene como meta la prevención, la reducción y la atención de los daños asociados a la asistencia sanitaria. Incluye al conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que tienen por objeto minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos o mitigar sus consecuencias. Implica una evaluación permanente y la implementación de barreras de seguridad y estrategias para reducir las fallas asociadas a las prácticas en salud.

Este documento se ha elaborado con el objetivo de efectuar recomendaciones para mantener y mejorar la seguridad de las prácticas sanitarias durante la pandemia de COVID-19.

Recomendaciones generales

En el contexto de la pandemia, se recomienda a los establecimientos sanitarios:

- La creación de un comité de crisis, que cuente, en relación a la infección por COVID-19, con asesoramiento en cuanto a las medidas vinculadas a la seguridad del paciente.
- Involucrar a los directivos en las cuestiones que promuevan una mayor seguridad en la atención de los casos sospechosos o confirmados de COVID-19, estableciendo a las prácticas seguras como un valor central de las instituciones en estas situaciones de emergencia (<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001890cnt-covid19-recomendaciones-para-directivos-y-iefes-de-servicio-hospitales.pdf>)
- Fomentar el liderazgo en seguridad, y el compromiso de los líderes, en el cumplimiento de las acciones y prácticas aconsejadas por las autoridades sanitarias nacionales y jurisdiccionales.
- Fortalecer el trabajo en equipo para la búsqueda de soluciones a los problemas de la seguridad de los pacientes con COVID-19.
- Capacitar continuamente, en cuanto a cómo efectuar prácticas seguras, a todas las personas involucradas en la atención sanitaria de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19, acorde a cada función y lugar, en los diferentes equipos de trabajo.
- Identificar y difundir de forma periódica recomendaciones e información sobre la seguridad de la atención de los pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19.
- Promover un ambiente no punitivo en donde los individuos puedan reportar errores, accidentes o problemas.

Identificación correcta de los pacientes

Se recomienda a los establecimientos sanitarios:

- Valerse de procedimientos estandarizados para la identificación correcta de los pacientes.
- Utilizar al menos dos identificadores (por ejemplo nombre y apellido, y documento nacional de identidad) para verificar la identidad de un paciente. Ninguno de estos identificadores debe ser el número de habitación o cama del paciente, dado que podría haber sido necesario cambiarlo de lugar y/o sector, y quien está ahora en esa habitación ya no es el mismo paciente.
- Desarrollar y utilizar estrategias no orales para identificar pacientes comatosos o confundidos.
- Que cada institución busque las soluciones tecnológicas para la identificación teniendo en cuenta la realidad de los entornos de atención clínica de los pacientes con COVID-19. Una de las herramientas más empleadas para la identificación de los pacientes son las pulseras de identificación. Como iniciativa básica, pueden utilizarse pulseras de identificación blancas sobre las que se escribe información específica (por ejemplo nombre, apellido y documento nacional de identidad).
- Chequear la identidad del paciente en cada intervención para mantener su seguridad. Siempre comprobar esto con la pulsera de identificación, que debe decir exactamente lo mismo.
- Incorporar la capacitación sobre procedimientos de control y verificación de la identidad de los pacientes dentro de la formación de los trabajadores de la salud que trabajan con pacientes con COVID-19.
- Definir como “NN” o “Desconocido” al paciente en quien no se pueda certificar su identidad debido a su estado de salud física, neurológica o psicológica. Se debe disponer de un procedimiento alternativo, para cumplir con el criterio de los dos datos identificatorios. Lo mismo debe realizarse con los cadáveres de pacientes con COVID-19 (<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/manejo-cadaveres-covid-19.pdf>)

En cuanto a las muestras biológicas e imágenes

(<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/laboratorio>)

- Utilizar métodos para la correcta identificación de muestras biológicas e imágenes
- Identificar las muestras biológicas e imágenes en el mismo momento de su obtención.
- El uso de al menos dos identificadores del paciente (por ejemplo nombre y documento nacional de identidad) para la identificación de la muestra o imagen.

Prácticas para la comunicación efectiva entre profesionales

Se recomienda a los establecimientos sanitarios:

- Utilizar herramientas de estandarización de la comunicación, como por ejemplo SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) o ISAER (Identificación, Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación en español), o I-PASS (identificación de la severidad del paciente, paciente, motivo de internación, acciones, situación y síntesis).

- Que todas las comunicaciones entre el personal (profesionales y técnicos), que involucren instrucciones o resultados críticos referidos a pacientes tengan un proceso de feedback o confirmación de parte del receptor de la información.

Transición asistencial

- Utilización de instrumentos estandarizados para la transferencia de información de pacientes durante la transición asistencial, ya sea por cambios de turno o cambios de sector.
- Que los instrumentos contengan datos relativos a la identificación del paciente, situación actual, evolución, puntos claves a observar y plan de contingencia ante cambios específicos detectados.
- Además, el traspaso de responsabilidad y de información, tanto de enfermería como del personal médico, se efectuará antes del traslado del paciente, quedando la documentación como parte de la historia clínica para que quede registro escrito de la asignación de responsabilidad.

Transferencia de pacientes a áreas de estudios diagnósticos y/o tratamiento

- Se recomienda utilizar formularios estandarizados de traslado donde consten los datos clínicos que reflejen la situación del paciente antes del mismo. Este será firmado por el personal receptor para confirmar la situación del paciente a la llegada a su área y viceversa.

Comunicación de resultados o valores críticos desde las áreas de diagnóstico

- Aplicar en la comunicación verbal, el proceso de “feedback” o confirmación a fin de asegurar que la información recibida es correcta y comprendida; de ser posible el receptor escribe la misma al momento de recibirla. Por su parte el receptor, escribe toda la información recibida y luego relea la misma. Por último, el emisor original debe confirmar los datos releídos.
- Cuando no sea posible la escritura (por ejemplo durante una emergencia o procedimientos asépticos) se recomienda que el emisor diga el resultado crítico en voz clara y estableciendo contacto visual con el receptor. Éste último debe simplemente repetir lo comunicado y recibir la palabra “confirmado” por parte del emisor.
- Esta sistemática implica que el emisor que transmite el resultado al receptor, primero identifique al paciente de acuerdo con el procedimiento de identificación de pacientes que defina cada institución.
- Las áreas diagnósticas deben establecer un listado de valores o resultados críticos que ameriten la comunicación inmediata al médico tratante, métodos de comunicación estandarizados de dichos valores y su escritura en la historia clínica, y la asignación de un emisor y receptor específicos en cada caso.
- Que cada disciplina diagnóstica determine cuáles son los resultados críticos que deben informarse al médico solicitante y/o al paciente en forma inmediata para que puedan tomar conductas específicas.

- Los profesionales de enfermería deberán escribir en la historia clínica los cuidados realizados a partir de la comunicación efectuada por un médico.

Prácticas seguras en el cuidado de los pacientes

Se recomienda a los establecimientos sanitarios:

- Implementar en los establecimientos de salud un procedimiento o programa de detección precoz del deterioro agudo de la condición clínica de los pacientes internados con COVID-19 a través de acciones de un equipo de rápida respuesta.
- Utilizar herramientas estandarizadas para la detección de los pacientes que cambian de situación clínica. Los instrumentos deberían contemplar como mínimo la valoración y medición de seis parámetros fisiológicos (frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, temperatura, tensión arterial, saturación de oxígeno y nivel de conciencia) y la presencia o no de requerimiento de oxígeno suplementario. Estos datos permitirán la categorización de los pacientes, determinando quienes necesitan ser asistidos por un equipo de respuesta rápida.
- Prevenir las úlceras por presión y las caídas durante la estancia hospitalaria de los pacientes diagnosticados con COVID-19.

Prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones por covid-19

Se recomienda a los establecimientos sanitarios:

- Mantener y promover el desarrollo de acciones de prevención y control de las infecciones por COVID-19 entre los pacientes y el personal de salud. (<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001876cnt-teleasistencia-terapia-intensiva-recomendaciones-equipos-1nivel-practicas-seguras-31-03-2020.pdf>).
- Fomentar y mantener el desarrollo de programas de higiene de manos en todos los centros asistenciales (<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001876cnt-teleasistencia-terapia-intensiva-recomendaciones-equipos-1nivel-practicas-seguras-31-03-2020.pdf>).
- Que cada trabajador sanitario utilice el Equipo de protección Personal adecuado de acuerdo a profesión, función y actividad (https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/recomendaciones-uso-epp_0.pdf).
- Revisar, actualizar y difundir al personal los protocolos o procedimientos para la colocación el retiro y la desinfección del equipo utilizado en el manejo de los pacientes, para evitar la exposición al virus (https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/recomendaciones-uso-epp_0.pdf).
- Estandarizar los procedimientos para:
 - La realización del TRIAJE (http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001849cnt-covid-19_recomendaciones-implementacion-TRIAJE.pdf)
 - El transporte intrahospitalario de los pacientes sospechosos o confirmados con COVID 19. (<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001861cnt->

[covid-19_recomendaciones-traslado-personas.pdf](#))

- El abordaje y manejo seguro de los pacientes
(<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/organizacion-asistencial>
<https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/equipos-salud/materiales/casos> y
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001900cnt-Telerevista-de-Terapia-Intensiva.pdf>)
- La limpieza y desinfección del material sanitario (incluyendo los equipos), las superficies, los espacios y las ambulancias.
(<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/organizacion-asistencial>)
- El manejo, tratamiento y transporte de los residuos biológico-infecciosos.
(<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001889cnt-20200403-gestion-residuos-efectores-salud.pdf>).
- Recolectar sistemáticamente datos que permitan evaluar, reforzar y establecer estrategias para el control del COVID-19, en función de las recomendaciones efectuadas por las autoridades nacionales y jurisdiccionales
(<https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/equipos-salud/materiales/notificacion>).

Uso seguro de medicamentos

- Se recomienda a los establecimientos sanitarios: Respetar los estándares internacionales de la seguridad del paciente en la gestión y uso de medicamentos destinados al tratamiento del COVID-19.
- Utilizar y dar a conocer una lista de medicamentos de alto riesgo que pueden llegar a ser utilizados durante la emergencia, permitiendo la delimitación de procesos controlados y diferenciados para estos.
- Identificar los medicamentos, debe leerse el nombre genérico y comercial, lote, vencimiento y laboratorio.
- Utilizar identificadores de alerta en los rótulos de su envase o reenvase.
- Utilizar sistemas de prescripción electrónica. En caso de que no sea posible, se recomienda utilizar formularios para la prescripción de drogas pre-impresos. Si la prescripción es manual, ésta debe ser perfectamente legible, con letra clara y sin abreviaturas. Se debe especificar la dosificación y la forma farmacéutica.
- Evitar las prescripciones verbales. Establecer procedimientos de verificación para las situaciones de urgencia, u otras en las que no sea posible la prescripción escrita.
- Identificar correctamente a los pacientes antes de administrar la medicación.
- Realizar doble chequeo a la hora de administrar drogas de alto riesgo.
- Controlar los efectos de la medicación en el paciente.
- Utilizar sitios de almacenamiento claramente diferenciados, que su acceso sea restringido, de modo que la reducción de su circulación limite también los errores en su manejo por inadvertencia o desconocimiento.
- Centralizar el manejo de medicamentos en la farmacia y evitar que las preparaciones se realicen en los sitios asistenciales. Estos últimos son más susceptibles a presentar

climas de trabajo inseguros, con múltiples distracciones e interrupciones.

- Estandarizar las dosis/diluciones: es recomendable que las drogas tengan una dosis estandarizada que se utilice en todos los sitios de atención de los establecimientos.
- Realizar capacitación constante del equipo de salud para lograr un manejo más seguro de las drogas utilizadas para el tratamiento de los casos de COVID-19.

Conciliación de medicación

- Adoptar un modelo impreso estandarizado para realizar la conciliación de la medicación (que se utilice también durante las transiciones asistenciales), que incluya la medicación que se utilizará durante su estancia en dispositivos externos o durante la internación domiciliaria.
- Realizar capacitación constante a todos los profesionales sanitarios sobre el proceso de conciliación de medicación y uso seguro de medicamentos durante la pandemia.
- Colocar el listado de la medicación habitual del paciente de manera visible en la historia clínica, prestando especial atención a todos los datos necesarios, como dosis, vía de administración, frecuencia de administración, y procurar mecanismos para mantenerlo actualizado.
- En el caso específico del manejo de medicación en pacientes crónicos y/o con polifarmacia que sean casos sospechosos, probables y confirmados de COVID-19 se debería:
 - Revisar de forma sistemática la medicación para detectar o prevenir eventos adversos, garantizar la adecuación y mejorar la adherencia al tratamiento prescrito.
 - Incentivar la interrupción de la prescripción de medicamentos en base a una atención integral, continua y coordinada de los pacientes con COVID-19.
 - Evitar el almacenamiento de los medicamentos con riesgo elevado de confusión en lugares próximos.

REFERENCIAS

1. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS editors. To Err is Human: Building a Safer Health System - PubMed - NCBI. National Academies Press (US); 2000.
2. James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. J Patient Saf. 2013. doi:10.1097/PTS.0b013e3182948a69
3. Agency of Healthcare Research and Quality. Patient Safety Network. <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5/safety-culture>.
4. Fleming M. Patient safety culture measurement and improvement: a “how to” guide. Healthc Q. 2005.
5. MJ OM, T B, AM M, SEFH G de TT de la. Análisis de la implantación de prácticas seguras en los sistemas automatizados de dispensación de medicamentos. Farm Hosp. 2013;37:469-81.
6. L.J. D, E. T. K, N D-K, M. P. K, A S. Medication without harm: WHO’s third global

- patient safety challenge. *The Lancet*,. 2017;389(10080):1680-1681.
7. Otero MJ, Martín R, Dominguez Gil A. Instituto para el uso seguro de medicamentos. In: *Errores de Medicación: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento*. Barcelona: EASO SL; 2001:95-102.
 8. Johnson A, Guirguis E, Grace Y. Preventing medication errors in transitions of care: A patient case approach. *J Am Pharm Assoc*. 2015. doi:10.1331/JAPhA.2015.15509 47 Seguridad del Paciente
 9. Gamundi Planas C, Sabin Urkía P. Documento de Consenso En Terminología y Clasificación En Conciliación de La Medicación. Madrid; 2009. http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/conciliacion/Libro_consenso_terminologia_conciliacion.
 10. Barnsteiner JH. Chapter 38. Medication Reconciliation. *Patient Saf Qual An Evidence-Based Handb Nurses*. 2008.
 11. Beatman S, Edmond W. *A Guide to Infection Control in the Hospital*. International Society of Infectious Diseases Fifth Edition. 2014. International Society of Infectious Diseases; 2014.
 12. Acosta-gnass SI. Acosta-Gnass SI. *Manual de Control de Infecciones y Epidemiología Hospitalaria*. (Salud OP de la, ed.). Washington, D. C; 2011.
 13. Ritesh M, Raffaele I, Wendon J. Rapid response systems: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care*. 2015;19(254).
 14. Smith GB, Prytherch DR, Meredith P, Schmidt PE, Featherstone PI. The ability of the National Early Warning Score (NEWS) to discriminate patients at risk of early cardiac arrest, unanticipated intensive care unit admission, and death. *Resuscitation*. 2013. doi:10.1016/j.resuscitation.2012.12.016
 15. Joint Commission International. *Estándares de Acreditación Para Hospitales de Joint Commission International*.; 2014. <http://www.jcrinc.com>.
 16. The Joint Commission. *Hospital National Patient Safety Goals*. In: *Hospital National Patient Safety Goals 2016*. ; 2016. doi:10.1136/bjophthalmol-2014-305816
 17. Junta de Andalucía. ISAER (Identificación, Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación En Español).
 18. http://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/practicasseguras/SBAR_Costa_Sol.pdf.
 19. Pennsylvania Patient Safety Authority. Improving the Safety of Telephone or Verbal Disponible en internet: *Orders. Patient Saf Advis*. 2006;3(2).

8- RECOMENDACIONES ADECUACIÓN EDILICIA EN ATENCIÓN ODONTOLÓGICA MÚLTIPLE

Introducción

Las presentes **Recomendaciones para espacios de atención odontológica múltiple como clínicas con fines educativos y/o asistenciales**, aplican tanto a Facultades de Odontología de Universidades Nacionales Públicas y Privadas, así como a Asociaciones Odontológicas y Hospitales Odontológicos.

En estos establecimientos, se suelen observar instalados en un mismo espacio físico (ej. pabellones o grandes salones de atención), varios sillones odontológicos para atención simultánea de pacientes, con sectores de apoyo compartidos, constituyendo ello una modalidad, que supone en el marco de la actual pandemia COVID 19, un alto riesgo de contagio y diseminación.

Para minimizar dicho riesgo, se detallarán una serie de recomendaciones a tener en cuenta, tanto en relación a la organización espacial de los sillones, como de sus áreas de apoyo. También temas relacionados a los circuitos de pacientes y a la capacitación permanente en COVID-19 de profesionales y equipo de trabajo lo encontrarán en:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19>

Teniendo en cuenta las “Directrices de Organización y Funcionamiento para Consultorios Individuales, Policonsultorios y Servicios de Atención Ambulatoria”, aprobadas por Resolución Ministerial N° 1086/2019

<https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica/directrices>, se describirán a continuación algunas **Consideraciones Generales y Específicas** a contemplar en el marco del COVID 19:

Consideraciones Generales

- Se recomienda diferenciar los espacios de atención por tipo de procedimientos en: **aerosolizados** (PGA) y **no aerosolizados** (PGNA). Pudiendo materializarse según las características edilicias de cada establecimiento por ejemplo, en distintos pisos o niveles, en diferentes pabellones o áreas delimitadas de un mismo piso o nivel.
- En caso que la institución cuente con grandes espacios para atención múltiple y también consultorios individuales, utilizar estos últimos para la atención de procedimientos aerosolizados.
- Siempre que la situación lo permita, se recomienda diferenciar horarios y sectores de atención, priorizando las primeras citas de la mañana para los pacientes de edad avanzada, así como para los que presenten patologías médicas previas (cardiovascular, respiratoria, diabetes, inmunocomprometidos, entre otras).
- Si en la clínica se atienden niños y adultos, es conveniente diferenciar horarios para unos y para otros.
- Las prácticas odontológicas aerosolizadas (PGA) se deben realizar en locales de atención individual, que permitan trabajar a “puerta cerrada” para aislar el ambiente

cuando se producen los aerosoles del procedimiento, cumpliendo luego con los tiempos de espera, limpieza y ventilación del local, indicados para la atención del próximo paciente.

- Planificar y limitar al máximo la aparatología y el material o instrumental necesario para cada consulta para facilitar la posterior limpieza y desinfección de superficies. Tener a la vista sólo lo que se vaya a utilizar. El resto del material o instrumental deberán estar guardados en cajoneras cerradas para evitar posible contaminación viral cruzada.
- El o los equipos de esterilización (Autoclave de vapor de agua y Estufa de calor seco) se ubicará en un local cerrado de uso compartido, con protocolos correspondientes.
- En relación a la climatización, se **desaconseja** el uso de equipos de aire acondicionado con recirculación de aire (centrales y/o individuales), para evitar la diseminación del virus a otros espacios donde pudieran haber personas.

Consideraciones Específicas

Consultorio múltiple de Salud Bucal para atención simultánea:

- Estos espacios de atención simultánea no podrán utilizarse, salvo que se realicen las adecuaciones físicas necesarias para separar en cubículos de atención.
- Se podrán incorporar paneles divisores a una distancia de 2,80m (mínima) y con un alto de 2.60m (mínimo), pudiendo requerir ello, la anulación del uso de un sillón intermedio entre dos de uso.
- En aquellos espacios físicos donde existan paneles divisores a baja altura, los mismos se podrán suplementar con placas transparentes hasta los 2.60m (mínimo).
- Los procedimientos **NO aerosolizados**, serán los **únicos** que podrán realizarse en estos espacios adaptados. Para los aerosolizados se requerirá un cerramiento completo del cubículo (paredes laterales con puerta de acceso y techo o cielorraso).
- Las mesadas de apoyo, que generalmente en este tipo de espacios, son de uso compartido, deberán delimitarse físicamente con mampara por ejemplo, para diferenciar un sector de mesada (con pileta) por cada cubículo de atención, no pudiendo compartirse entre cubículos.
- Ventilar el local en reiteradas oportunidades entre la atención de pacientes.

Ver en Directrices de Organización y Funcionamiento para Consultorios Individuales, Policonsultorios y Servicios de Atención Ambulatoria, y su correspondiente grilla de Habilitación Categorizante, las dimensiones y características constructivas de todos los locales, observando en particular los siguientes:

Consultorio individual de Salud Bucal (ítem 1.3.2.4)

Secretaría (ítem 1.3.2.7) y **Espera y espera con mobiliario para niños** (recomendado en atención Pediátrica) (ítem 1.3.2.8)

Sanitarios (1.3.2.14)

- Retirar toallas de cuarto de baño y sustituir por papel (en caso de contar con secador de manos, anularlo o retirarlo).
- Colocar cartel en el baño con instrucciones sobre el adecuado lavado de manos y

sobre la prohibición de cepillarse los dientes en este espacio.

- Airear los espacios comunes (unos 10 minutos por cada hora).
- Colocar jabón líquido con dispensador en cuarto de baño.

Se incluyen a continuación unas imágenes, que representan un recordatorio de todos los elementos y/o procedimientos a realizar en el proceso de:

- recepción y espera del paciente;
- antes, durante y una vez concluido cada tratamiento;
- procedimientos posteriores a cada tratamiento;
- limpieza posterior al tratamiento;
- limpieza y desinfección de las zonas comunes (recepción, espera y baños); y
- limpieza y esterilización de las zonas clínica de atención propiamente dicha.

RECEPCIÓN Y SALA DE ESPERA



PERSONAL

 Auricular inalámbrico	 Mampara	 Línea seguridad (1.5 m)	 Mascarilla quirúrgica	 No dar mano
 Retirar revistas, folletos	 Retirar mando del televisor	 Retirar sillas innecesarias	 Despejar mesa de adornos	 Evitar coincidencia de pacientes

PACIENTE

 Mascarilla quirúrgica	 Temperatura al paciente	 Lavado manos	 Esperar sentado	 Mantener distancia seguridad
--	--	---	---	---

PASO A CLÍNICA



Preparación del gabinete

 Planificar instrumental	 Colocar EPIs	 Proteger equipo	 Cerrar cajoneras	 Proteger instrumental	 Comprobar escupidera y aspiración
--	---	--	---	---	--

Paso del paciente al área clínica

 Cubrezapatos a paciente	 Cerrar puerta	 Gel alcohólico	 Sentar en sillón	 Colocar babero	 Protección ocular paciente	 Colutorio previo
--	--	---	---	--	---	---

Durante el tratamiento


 Aislamiento absoluto	 Inicio de tratamientos	 Evitar jeringa con spray	 Aspiración alto flujo	 Bandeja desechable	 Despedir paciente
---	---	---	--	---	--











Consejos postoperatorios

 Explicar próxima cita	 Venir sólo	 Sin adornos, pelo recogido	 A la hora	 Llamar si aparecen signos	 Pago tarjeta
--	---	---	--	--	---

Fuente: Plan Estratégico de Acción frente al COVID-19 – Organización Colegial de dentistas de España - VERSIÓN 1 DE MAYO 2020


DESPÚES DEL TRATAMIENTO








 Retirar guantes externos	 Ventilar	 Retirar material contaminado	 Llevar al área de sucio	 Tirar desechable a contenedor
 Desinfectar protección ocular	 Esterilizar instrumental	 Limpieza y desinfección de clínica	 Retirar EPI	 Lavado y desinfección de manos

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN (Final de jornada)







Zonas comunes, recepción y baños








Zonas comunes

 Limpieza con mopa	 Lejía cuando sea posible	 Desinfectar pomos, muebles, pasamanos..	 Desinfectar interruptores	 No usar aspirador ni escoba
--	---	--	---	--

Zona de recepción


 Desinfectar mesa trabajo	 Desinfectar pantalla	 Desinfectar pantalla y teclado	 Desinfectar impresora	 Desinfectar teléfono	 Desinfectar datáfono
--	--	--	--	--	--

Zona baños






 Desinfectar lavabo	 Desinfectar sanitario	 Desinfectar interruptores	 Fregado suelo mopa y lejía	 Reponer gel manos y papel secante
---	--	--	--	--

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN (Final de jornada)











Área desinfección y esterilización Zona clínica



Área desinfección y esterilización

 Desinfección superficies	 Desinfectar autoclave	 Desinfectar termoselladora	 Desinfectar contenedor	 Fregado suelo mopa y lejía
---	--	---	--	---

Área clínica

 Ventilar clínica	 Limpieza y desinfección muebles	 Limpieza y desinfección sillón	 Desinfección lámpara	 Desinfección escupidera y aspiración
 Desinfectar pantalla y teclado	 Desinfectar teléfono	 Desinfectar pomos	 Desinfectar interruptores	 Fregado suelo mopa y lejía

REFERENCIAS

6. Plan Estratégico de Acción para el período de desescalada COVID-19 – Organización Colegial de dentistas de España - VERSIÓN 1 DE MAYO 2020.
7. Ruta de atención para procedimientos de Odontología Pediátrica durante la etapa de confinamiento o cuarentena de la pandemia COVID-19 – Asociación Latinoamericana de Odontopediatría.
8. Cuidados para odontólogos y pacientes – Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA).
9. Guía general de bioseguridad para el control de infección en la práctica Odontológica – UBA Odontología.
10. 1-COVID-19-y-Odontología.-Informe-23-de-marzo-2020 – Asociación Odontológica Argentina.

argentina.gob.ar/salud



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2020 - Año del General Manuel Belgrano

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: ANEXO 1

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 68 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2020.07.01 12:35:23 -03:00

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL
ELECTRONICA - GDE
Date: 2020.07.01 12:34:13 -03:00

ANEXO 2

COVID 19

**RECOMENDACIONES PARA
LA RESPUESTA DESDE EL
PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN**



**Ministerio de Salud
Argentina**

RECOMENDACIONES PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Introducción

Las siguientes recomendaciones están orientadas a brindar una orientación sobre el funcionamiento de los Centro de atención primaria en el contexto epidemiológico actual, para garantizar su funcionamiento ante la emergencia epidemiológica de Dengue, Coronavirus, y Sarampión. Todas las funciones podrán ser modificadas con relación a los escenarios epidemiológicos y necesidades

Recomendaciones Generales

Se recomienda la colocación de información visual (carteles, folletos, etc.) en lugares estratégicos de los centros de atención primaria para proporcionar a la población las instrucciones sobre higiene de manos e higiene respiratoria.

- 1- El Centro de Salud de atención primaria o como se denomine en cada jurisdicción, permanecerá activo en su horario habitual suspendiendo las actividades grupales intramurales no así las extramurales relacionadas con actividades de promoción y prevención de Enfermedades Transmitidas por Mosquitos.
- 2- Se recomienda restringir la actividad asistencial programada del Centro de salud, procurando mantener y establecer distintos canales de comunicación con sus poblaciones priorizadas: embarazadas, niños menores de 1 año y adultos mayores. Cada centro de salud debe proveer un canal de comunicación (Facebook, teléfonos, mail) para recibir inquietudes de su población a cargo. Conformar un equipo de gestión de respuestas.
- 3- Sostener y asegurar la vacunación antigripal de los adultos mayores, embarazadas y de niños (según el calendario de vacunación). Para ello generar estrategias locales Integradas y coordinadas con las áreas de Promoción y Prevención y otras áreas de gobierno, para su aplicación también en áreas extramuros.
- 4- Diagramar los consultorios para pacientes febriles y contar con un consultorio de aislamiento respiratorio. Asegurar que el mismo cuente con los elementos de protección necesarios, material desechable, y protecciones plásticas para aquellas partes de los equipos en contacto con los pacientes. No tendrá material a la vista, estará todo guardado. Aquel material que no se pueda proteger o no sea desechable y deba estar en contacto con otros pacientes, deberá ser desinfectado previamente.
- 5- En la sala de espera mantener la distancia entre pacientes de entre 1 o 2 metros.
- 6- Hay que asegurar que todo el personal de salud conozca las medidas de prevención relativas a cada uno de los eventos de la emergencia sanitaria.
- 7- El personal de salud con sintomatología respiratoria deberá consultar a su servicio sanitario para realizar una valoración individualizada sobre la pertinencia de la continuidad de sus actividades laborales.

- 8- Asegurar la capacitación del personal que realice el triaje y la atención en el consultorio de pacientes febriles. Mantener al equipo informado con los partes diarios del Ministerio de Salud de la Nación publicados en la web.¹
- 9- Garantizar la notificación oportuna de casos, según la modalidad que se requiera, tener ficha de notificación específica disponible en el Centro.
- 10- Asegurar la prevención, promoción y atención de pacientes febriles con sospecha de dengue.
- 11- Asegurar un correcto registro de casos en las historias clínicas y planillas de atención de los eventos febriles que se asistan en el Centro de Salud: “Sospecha de dengue” o “Seguimiento de Dengue”, “Sospecha de coronavirus” o “Seguimiento de Coronavirus”, ó “Síndrome febril” sobre los cuales se construirán los indicadores de seguimiento en primer nivel y en hospitales para monitorear y adecuar los recursos necesarios a la situación emergente.
- 12- Establecer los mecanismos internos para continuar el tratamiento farmacológico de los pacientes crónicos y población vulnerable.
- 13- Garantizar la provisión de anticonceptivos y situaciones de urgencia relacionadas a la salud de la mujer.
- 14- Considerar que el contexto de aislamiento forzoso podrían traer aparejadas situaciones de violencia doméstica, habilitar y difundir canales de comunicación.
- 15- Mantener los circuitos de entrega de leche adecuándolos para evitar la acumulación de personas.
- 16- Postergar la realización de los aptos físicos. Utilizar los canales de comunicación que consideren para notificar a los padres.
- 17- En odontología, se realizará atención de urgencia a aquellas personas sin síntomas respiratorios. En caso de ser necesario atender a un paciente con fiebre, hacerlo con equipo de protección personal adecuada.
- 18- Se considera al personal de Salud como esencial para el control de la contingencia epidemiológica por lo que el mismo será afectado según las disposiciones que emita la autoridad sanitaria jurisdiccional.

Para Coronavirus, identificación y manejo de casos posibles

Si el primer contacto se produce en el Servicio de Admisión, y considerando que se trata de personal no sanitario, las preguntas se limitarán a identificar a pacientes con sintomatología respiratoria. El personal de admisión deberá usar la protección recomendada para dicha tarea.

¹ <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informe-diario>

Procedimiento de primer contacto	
Personas con sintomatología respiratoria pasa sin acompañante (con excepciones) al área de aislamiento en concordancia con el protocolo de manejo estandarizado recomendado por la OMS	Personas sin sintomatología respiratoria

Si el criterio es positivo, se le ofrecerá al paciente una mascarilla quirúrgica, se avisará al personal sanitario y se le acompañará a la zona designada hasta que sea atendido con el fin de evitar el contacto con otras personas. Si la zona designada es una sala, la puerta deberá estar cerrada y solo accederá el personal esencial para la atención y cuidado del paciente. El personal sanitario completará la anamnesis para verificar que el paciente cumple los criterios clínicos y definición de caso².

Se realizará el **triaje** de acuerdo con la siguiente categorización

Por niveles de prioridad en función de signos y síntomas

I	II	III
Rojo-EMERGENCIA	Amarillo-URGENCIA	Verde- SIN URGENCIA
Signos y síntomas graves, descompensación, con amenaza de pérdida de la vida	Presencia de síntomas, con signos estables, con factores de alto de riesgo.	Estabilidad respiratoria, sin factores de alto riesgo

ROJO	AMARILLO	VERDE
Apnea Disnea Taquipnea Taquicardia/bradicardia Hipertermia Hipertensión arterial/hipotensión Vómitos y diarrea SpO2	Disnea leve Hipertermia Tos Rinorrea Ardor de garganta Vómitos y diarrea Cefalea Debilidad antecedentes de ECNT	Hipertermia Tos Ardor de garganta Rinorrea

Clasificación según prioridad y tiempo de atención y área.

² <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/Definicion-de-caso>

Nivel	Categoría	Tiempo de atención y área
ROJO	Riesgo de vida	Inmediato- Derivación al centro de atención de 2do. Nivel de referencia
AMARILLO	Riesgo potencial de vida	1 hora- Derivación al centro de atención de 2do. Nivel de referencia.
VERDE	Bajo riesgo	2 hs.-Pasa a área de valoración médica

Se debe disponer de dispensadores con solución hidroalcohólica al alcance de la población y el personal.

Traslado al Hospital de Referencia

El transporte del paciente se realizará en una ambulancia con la cabina del conductor físicamente separada del área de transporte del paciente. El personal que intervenga en el transporte deberá ser informado previamente y deberá utilizar equipo de protección adecuada para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto.

El traslado se realizará al Hospital de referencia que determine la autoridad sanitaria jurisdiccional, de acuerdo con el funcionamiento establecido para la red de atención.

Se espera que cada jurisdicción haya realizado el alistamiento de la red de servicios

Actividades relacionadas a la preparación del sistema de salud:

- Definición de los Hospitales de referencia, relevamiento de las capacidades de servicios (equipamiento, recursos humanos), disponibilidad de espacios de aislamiento (consultorios, camas de internación general y crítica). Definición de la Red Asistencial de Complejidad Creciente;
- Relevamiento, estimación y adquisición de: equipos de protección personal, Equipamiento Tecnológico Asistencial (Respiradores, Monitores, Bombas de Infusión, etc.), Insumos diagnósticos y de tratamiento, equipos y productos de limpieza, gestión de residuos.
- Priorización de servicios según demanda e implementación de un sistema estadístico de producción asistencial (consultas, internaciones, altas, derivaciones, disponibilidad y ocupación de camas de internación general y crítica).

Limpieza del móvil de traslado

Se realizará la limpieza del móvil luego de cada traslado de acuerdo con las siguientes recomendaciones

Se sugiere realizar la limpieza de rutina con agua y jabón o detergente para eliminar la suciedad y materia orgánica, seguida del uso adecuado de desinfectantes. Es posible

que sea necesario tapar algunos equipos reutilizables con cubiertas plásticas desechables para protegerlos de la contaminación si no pueden ser descontaminados con desinfectantes sin correr el riesgo de dañarlos (según las recomendaciones del fabricante). Las cubiertas deben cambiarse según corresponda. Deseche las cubiertas en una bolsa o contenedor de residuos antiderrames.

Las superficies de los compartimentos de atención de pacientes que se tocan con frecuencia (incluyendo camillas, barandas, paneles de control de los equipos médicos, pisos, paredes, techos y superficies de trabajo adyacentes, picaportes, radios, teclados y teléfonos celulares) que se contaminan directamente con las secreciones respiratorias y otros fluidos corporales del paciente, o indirectamente al ser tocadas con los guantes, deben limpiarse primero con agua y detergente, y luego con un desinfectante hospitalario .

Limpie cualquier derrame pequeño de fluido corporal (por ej., vómito de un paciente enfermo) primero con agua y detergente, y luego con un desinfectante.

Los derrames grandes de fluidos corporales (por ej., vómito) deben limpiarse removiendo primero la materia orgánica visible con un material absorbente (por ej., toallas de papel desechables que luego deben ser desechadas en bolsa roja.

Coloque los aparatos y equipos reutilizables para la atención de pacientes que hayan sido contaminados en bolsas para residuos patológicos claramente marcadas para su limpieza y desinfección, o esterilización según corresponda.

Limpie y desinfecte o esterilice los aparatos y equipos reutilizables de acuerdo con las recomendaciones del fabricante.

Después de limpiar, quítese los guantes y deséchelos tal como se indicó en una bolsa roja.

Lávese inmediatamente las manos con agua y jabón, o con un gel para manos a base de alcohol. Evite tocarse la cara con los guantes puestos o antes de lavarse las manos.

Gestión y organización de la atención en el primer nivel

La situación a la que nos enfrentamos nos obliga a repensar la organización ordinaria de los equipos de salud. Es necesaria una rápida adaptación de la atención primaria al contexto actual. Este replanteo debe orientarse a hacer más efectiva la respuesta del sistema de salud mediante un plan de contingencia para la detección, contención y tratamiento desde la atención primaria. Esto tiene como desafío el poder brindar respuesta a varias prioridades sanitarias. La atención a las demandas vinculadas con infecciones respiratorias debe ser combinada con la atención a pacientes con problemas de salud de otro tipo potencialmente graves y, a la vez, evitar contagios profesionales.

Las distintas sociedades científicas están proponiendo estrategias para el primer nivel que permitan hacer frente a la pandemia, mantener la atención a los más vulnerables y proteger a los profesionales.

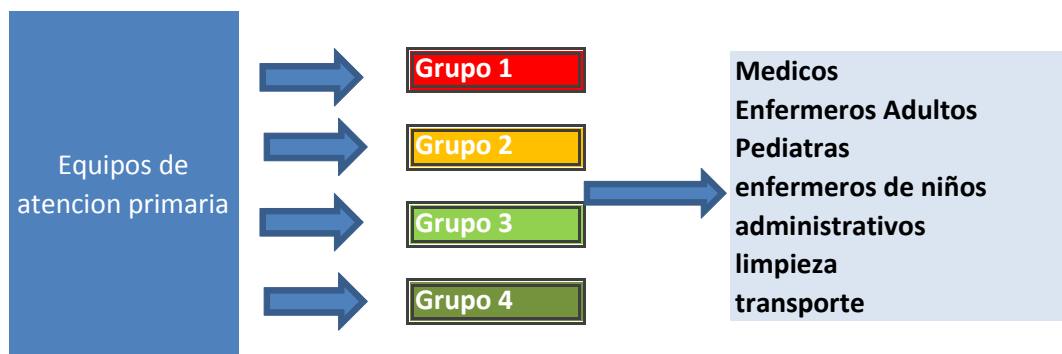
Propuesta de modelo de organización del primer nivel ajustado a la crisis

La estrategia se fundamenta en la reorganización del equipo de trabajo y la adecuación de sus servicios en función del tipo de demanda.

Una modalidad que puede resultar efectiva a la hora de pensar la organización asistencial es la división del equipo de atención primaria en grupos de trabajo homogéneos.

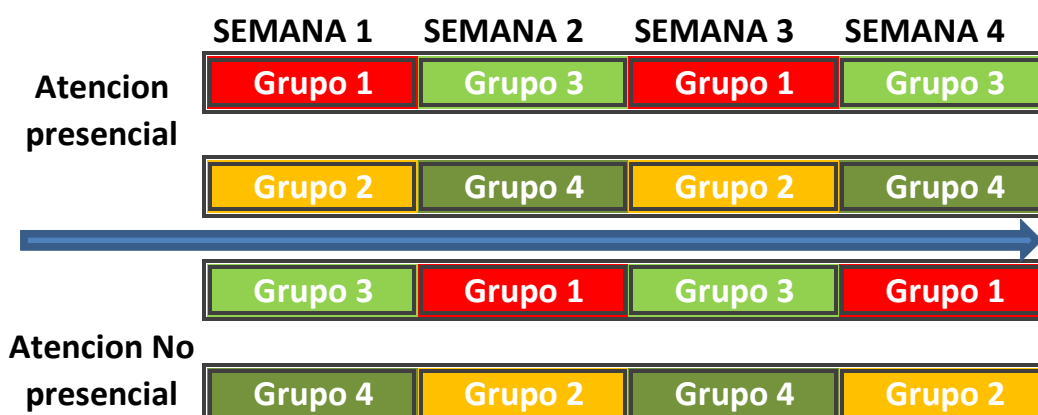
En este modelo se conforman cuatro grupos. Y según el recurso disponible en cada jurisdicción se espera que contemple: médicos de familia, enfermeras de adultos, pediatra, enfermera de niños, administrativos, transporte y limpieza. Esta es una propuesta orientadora y la cantidad de profesionales requeridos se realizará de acuerdo con la población a cargo y posibilidades de cada jurisdicción.

Reorganización del Equipo de atención primaria



Fuente: Gestión Clínica. Atención primaria. COVID 19 Modelos de gestión.

Los grupos de trabajo alternan una semana de actividad presencial con otra no presencial. Durante la semana presencial, dos grupos cubren los turnos de mañana (8:00 a 14:30) y de tarde (14:30 a 20:00) de forma deslizante. Los miembros del grupo se mantendrán inalterables a lo largo de las próximas semanas y se evitará el contacto entre grupos. Se suspenderán temporalmente las sesiones grupales con pacientes (por ejemplo, pediatría, memoria, duelo) y entre profesionales (sesiones formativas y clínicas).



Recomendaciones de organización de la atención presencial

Al ingreso se realizará la clasificación y el triaje según lo descrito anteriormente.

La atención se mantiene de acuerdo con las recomendaciones expresadas en el apartado Recomendaciones Generales.

En función de la elevada contagiosidad y los cambios rápidos en la situación epidemiológica deberá realizarse continuamente la priorización por gravedad.

Adicionalmente habrá que considerar los criterios de aislamiento para profesionales que puedan haber sido contagiados, esto podría determinar la sustitución de un miembro de un grupo o de todo el grupo.

Organización de la atención no presencial

Se recomienda que los grupos afectados a la actividad no presencial trabajen desde casa o desde el centro de salud, según criterios de organización de la autoridad jurisdiccional, y realicen actividades de seguimiento de pacientes crónicos complejos, comunicación de resultados de pruebas, gestión de bajas laborales, revisión de historias clínicas.

Se promoverá siempre que sea posible el contacto y seguimiento por medios electrónicos.

Para la prescripción de medicamentos deberá evaluarse la posibilidad de envío de recetas por medios electrónicos y realizar la provisión directamente en farmacias para todos aquellos medicamentos fuera de botiquín remediar.

Referencias

- Ministerio de Salud. Argentina. Plan operativo de preparación y respuesta al COVID-19. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/plan-operativo>

- Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Documento Técnico Manejo en atención primaria del COVID 19. Versión 17 de marzo 2020. Las recomendaciones incluidas en el presente documento están en continua revisión y serán modificadas si la situación epidemiológica así lo requiriese.
- OPS/OMS Gómez Jiménez, J.; Ramón Pardo, P.; Rúa Moncada, C. Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud. Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencia. Washington DC diciembre 2010.
- IPAC Canada Practice Recommendations for Environmental Cleaning and Disinfection of Emergency Vehicles. Mayo de 2014.
- Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recomendaciones para la re-funcionalización de CESACS en el contexto de epidemia de coronavirus y dengue. Versión 18 de marzo 2020. Sujeto a revisión.

argentina.gob.ar/salud



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2020 - Año del General Manuel Belgrano

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: ANEXO 2

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 10 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2020.07.01 12:33:28 -03:00

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL
ELECTRONICA - GDE
Date: 2020.07.01 12:33:32 -03:00

ANEXO 3

COVID 19

**RECOMENDACIONES PARA
PREPARACIÓN DE OTROS
DISPOSITIVOS DE
AISLAMIENTO Y ATENCIÓN
EXTRAHOSPITALARIOS**



**Ministerio de Salud
Argentina**

INDICE

- | | | |
|----------|--|---------|
| 1 | Recomendaciones para la utilización de establecimientos hoteleros como dispositivos de atención domiciliaria
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001840cnt-hoteles-como-atencion-domiciliaria.pdf | Pág. 2 |
| 2 | Listado de verificación para la selección de establecimientos hoteleros
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001841cnt-criterios-para-la%20seleccion-de-establecimientos-hoteleros.pdf | Pág. 10 |
| 3 | Recomendaciones para adecuación de grandes espacios en edificios no hospitalarios
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001880cnt-covid-19_adecuacion-grandes-espacios-no-hospitalarios.pdf | Pág. 12 |
| 4 | Recomendaciones para la implementación de hospitales de campaña
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001898cnt-20200414-recomendaciones-implementacion-hospitales-campa.pdf | Pág. 23 |
| 5 | Recomendaciones para atención domiciliaria de casos sospechosos y confirmados
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001942cnt-covid-19-%20recomendaciones para la atencion domiciliaria.pdf | Pág. 31 |
| 6 | Recomendaciones para prevención en ámbitos laborales con atención al público
https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/atencion-publico | Pág. 42 |
| 7 | Recomendaciones para el traslado de personas con sospecha o confirmación de COVID-19
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001861cnt-covid-19_recomendaciones-traslado-personas.pdf | Pág. 47 |

Toda recomendación de internación de casos sospechosos y confirmados de COVID-19 debe ser instrumentada de acuerdo con las condiciones que oportunamente sean definidas entre la Autoridad Sanitaria Nacional y la jurisdicción.

RECOMENDACIONES PARA LA UTILIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS HOTELEROS COMO DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Introducción

En el marco de la contingencia por COVID 19 que está atravesando nuestro país, y ante la posibilidad que, como **medida excepcional**, ante un eventual aumento desproporcionado de casos se considere la utilización de establecimientos hoteleros como dispositivos de atención domiciliaria para elevar el número de camas disponibles para cuidados no críticos, se elaboraron las siguientes recomendaciones para ser atendidas por las respectivas autoridades locales.

Para garantizar una atención adecuada, la incorporación de los establecimientos hoteleros, como dispositivo de atención sanitaria, debe tener en cuenta el cumplimiento de las particularidades que se detallan en este documento, funcionando como parte de una red de atención, dependiendo de un establecimiento de salud de referencia con internación y adecuada complejidad y bajo el control de la jurisdicción sanitaria.

La implementación de esta estrategia permitirá a los establecimientos hospitalarios concentrar su capacidad en el cuidado de los pacientes críticos y otras personas que requieran hospitalización.

La implementación de este dispositivo no debe en ningún momento y en ninguna circunstancia poner en riesgo al personal hotelero ni al equipo de salud como tampoco deteriorar la calidad de atención de las personas asistidas.

CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS HOTELEROS

Este dispositivo se recomienda para aquellos pacientes que, a criterio de la autoridad jurisdiccional puedan ser aisladas en establecimiento hoteleros. Para ello se tomará en cuenta las condiciones de vivienda y posibilidades de cuidado de las personas y el cuadro clínico que presenten.

Se sugiere tomar en cuenta estas recomendaciones en los siguientes casos:

- a) Personas que requieran aislamiento pero que se encuentren solas, y presenten funcionalidad limitada, o adultos mayores dependientes de terceros que no pueden ser asistidos por sus cuidadores.
- b) Personas que deben ser aisladas y que no cuentan con la posibilidad de permanecer aislados por su propia cuenta, o personas que son extranjeras y deben cumplir la cuarentena obligatoria, o requieren de un mayor control por la jurisdicción sanitaria.
- c) Personas que necesitan aislamiento pero que por ciertas condiciones de su hogar no pueden realizarlo de manera adecuada.

Solo en las jurisdicciones que se encuentren en la etapa de mitigación se considerarán los siguientes casos:

- d) Casos - probables o confirmados de COVID-19 con síntomas leves y sin criterios de hospitalización (debe valorarse en cada paciente según la situación clínica y social).
- e) Casos probables o confirmados de COVID-19 que han necesitado hospitalización y que han recibido el alta hospitalaria pero que requieren de seguimiento y medidas de aislamiento y no pueden regresar a sus hogares.

CARACTERÍSTICAS EDILICIAS GENERALES DE LOS ESTABLECIMIENTOS HOTELEROS A UTILIZARSE:

Se recomienda que los establecimientos hoteleros que se seleccionen para ser incorporados en la red de atención sanitaria tengan determinadas características edilicias. Estas deben permitir las medidas seguridad, higiene y limpieza aconsejadas para aquellos espacios a ser utilizados para el alojamiento de personas que requieran medidas de aislamiento:

- a) Pisos resistentes al desgaste, lisos, antideslizantes, lavables, continuos e impermeables. Incombustibles y sin emanación de gases (en caso de siniestro).
- b) Paredes lavables lisas sin molduras. Incombustibles y sin emanación de gases (en caso de siniestro).
- c) Cielorrasos con superficies lavables, lisas y continuas. Incombustibles y sin emanación de gases (en caso de siniestro).
- d) Ventanas de abrir (aún si cuentan con acondicionamiento de aire). Con protección de visuales.
- e) Puertas, el ancho libre de las puertas a las habitaciones deberá permitir el normal

acceso de una silla de ruedas (0,80m como mínimo), según Ley de Accesibilidad vigente.

- f) Ascensores con medidas necesarias para que se pueda accederse con silla de ruedas (Ley de Accesibilidad vigente).

MEDIDAS PREVIAS A LA UTILIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS HOTELEROS COMO PARTE DE LA RED DE ATENCIÓN SANITARIA.

Se recomienda reacondicionar para que puedan alojarse las personas que cumplan con los criterios del punto 2.

El reacondicionamiento deberá incluir:

1. Desinfección previa del establecimiento según normativas vigentes.
2. Habitaciones equipadas con el mobiliario y los insumos necesarios similares a las de hospitales y sanatorios.
3. Se deberá acondicionar una sala para el personal sanitario que este separado de las habitaciones.
4. Se debe contar con espacio para el desecho de materiales patógenos y el cumplimiento del circuito operativo establecido de estos materiales acorde a recomendaciones vigentes sobre establecimientos de salud.
5. Se deberán retirar todos los colchones, cortinas, toallas, sábanas, dejando sólo las bases de las camas. Estos materiales deberán ser reemplazados por similares de fácil desinfección.

RECOMENDACIONES SOBRE EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO HOTELERO.

Para su incorporación a una red de atención sanitaria los establecimientos hoteleros deberán sumar un componente de personal de enfermería y de supervisión médica en relación con el nivel de complejidad y al número de personas asistidas en el establecimiento.

Se recomienda que, solo excepcionalmente, el personal regular del hotel que sea esencial para su funcionamiento podrá seguir cumpliendo tareas, debiéndose tomar las medidas necesarias para reducir al máximo posible el contacto con las personas que se alojen en el establecimiento hotelero.

- a. Para este personal, que debe ser el estrictamente necesario, continúe en funciones se establecen las siguientes recomendaciones:
 - Se deberá evaluar de forma individual que las personas no tengan factores riesgo de complicaciones por COVID-19. (≥ 60 años, enfermedad cardiovascular, enfermedad respiratoria crónica, diabetes, inmunosupresión, o convivientes con

alguien con estos factores)

- Se deberá realizar un control diario del estado de salud de los trabajadores como medida de control sanitario obligatorio. Este relevamiento debe ser documentado y convalidado por el personal sanitario.
- Se deberá informar y capacitar al personal del hotel sobre los síntomas y las medidas de prevención del COVID-19 de acuerdo con la información oficial, disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus>. El personal sanitario debe verificar y documentar el conocimiento sobre protección del personal incluida la correcta utilización de equipo de protección.
- El personal del establecimiento hotelero deberá minimizar el contacto con las personas en condición de aislamiento en el hotel. En caso de tener que hacerlo, deberá además de cumplir las normas de prevención, utilizar equipo de protección personal (barbijo y guantes,) provisto para asegurar condiciones de higiene y seguridad laboral. Indefectiblemente serán supervisados por el equipo médico y de enfermería.
- El personal regular del hotel no estará afectado de ninguna manera a la atención sanitaria y a los cuidados de las personas en aislamiento, sino a la administración, mantenimiento y limpieza.
- Se recomienda que el personal se lave las manos frecuentemente con agua y jabón o solución hidroalcohólica, reforzando estas medidas antes y después de cualquier contacto con las personas en aislamiento o su entorno inmediato.
- El personal de limpieza deberá seguir las recomendaciones que se describen en este documento para la limpieza de las superficies y de los espacios utilizados por las personas que fueran alojadas en el marco de este dispositivo, así como para el manejo de sus residuos y de los del personal sanitario.
- El personal del hotel empleará guantes desechables si va a entrar en contacto con secreciones de las personas en aislamiento, tras su uso se desecharán según las recomendaciones de gestión de residuos y se lavarán las manos inmediatamente después.

b. Personal sanitario afectado al establecimiento hotelero

Los establecimientos hoteleros deberán sumar un componente de personal de enfermería con supervisión médica. Este personal deberá estar debidamente capacitado y cumplir con las recomendaciones en el manejo de pacientes y de EPP que determine el Ministerio de Salud de la Nación.

LIMPIEZA

Se recomienda que:

1. La ropa de cama, toallas, etc. de las personas enfermas sea lavada con jabones o detergentes habituales a 60-90 °C y sea secada completamente para volver a utilizarla. La ropa sucia será colocada en una bolsa con cierre hermético hasta el momento de lavarla y no debe ser sacudida antes de lavarla. Las personas de limpieza y que manipulen la ropa para su lavado deberán usar barbijo quirúrgico.
2. Aquellos cubiertos, vasos, platos y demás utensilios que no sean descartables (recomendable) se lavarán con agua caliente y jabón.
3. Las superficies que se tocan con frecuencia (mesitas de noche, muebles de la habitación), las superficies del baño y el inodoro deben ser limpiadas y desinfectadas diariamente con un desinfectante doméstico que contenga lavandina diluida (1 parte de lavandina doméstica al 5% en 50 partes de agua) preparado el mismo día que se va a utilizar.
4. En el caso de superficies que no sean aptas para la limpieza con soluciones de agua con detergentes o lavandina, como teléfonos celulares y teclados de computadoras entre otros, de ser aptos a limpieza con alcohol, utilizar solución alcohólica al 70%. De lo contrario utilizar productos aptos para ese fin.
5. La persona encargada de la limpieza deberá usar el equipo de protección personal recomendado y ser supervisado por el personal del equipo de salud.
6. Tras realizar la limpieza, la persona que la realizó cumplirá indefectiblemente con la técnica de retiro del equipo de protección personal y de higiene de manos recomendadas por el Ministerio de Salud de la Nación y la jurisdicción.
7. Se colocarán dentro y fuera de las habitaciones, y en los espacios comunes, cartelera con las instrucciones para la limpieza de superficies, colocación y retiro del equipo de protección personal e higiene de manos según las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación y de la jurisdicción sanitaria.

MANEJO DE RESIDUOS

Los trabajadores de la salud que realizan las prácticas y que generan los residuos, deben efectuar la separación de éstos, en función de la clasificación y caracterización adoptada para establecimientos de salud. Esta tarea debe ser llevada a cabo indefectiblemente por la persona que genera el residuo, no pudiendo delegar esa responsabilidad en otro.

La adecuada segregación permite separar:

- residuos peligrosos de aquellos que no lo son (los residuos comunes),
- materiales que pueden ser reciclados de los desechables y evitar que se contaminen al entrar en contacto con los residuos peligrosos.

Todo el personal de salud debe conocer la caracterización adoptada (los criterios de separación) y estar capacitado y entrenado para separar residuos. En el lugar de

generación debe existir orden, disponibilidad de espacios, disponibilidad de recipientes necesarios, adecuada distribución y señalización.

Bolsas plásticas para el acondicionamiento de los residuos sólidos: las bolsas son colocadas dentro de recipientes y éstos localizados en el lugar más próximo al origen de los residuos. En general las bolsas plásticas para distintos tipos de residuos sólidos se diferenciarán por su color, el símbolo que identifique el tipo de residuo/riesgo y su rotulación. Según el tipo

de residuos que se necesite descartar se deberán utilizar bolsas de los siguientes colores:

BOLSA NEGRA - Residuos comunes

BOLSA ROJA - Residuos Biológicos

Las bolsas se deben llenar hasta las tres cuartas partes, cerrar herméticamente con precintos plásticos (biológicos y químicos) o doble nudo (residuos comunes), de manera que no sea posible su reapertura.

Todo el circuito de recolección, transporte y disposición final de los residuos será realizado de acuerdo con las disposiciones vigentes en cada jurisdicción sanitaria.

Medidas sanitarias preventivas para espacios comunes:

- Intensificar la limpieza y desinfección de todos los espacios comunes de trabajo. Realizarla al menos tres veces al día.
- Ventilar de forma diaria y recurrente los espacios comunes. Restringir el uso de aquellos espacios que no puedan cumplir con esta medida.
- Exhibir en espacios de circulación y de manera visible las recomendaciones y números de teléfono del Ministerio de Salud de Nación y de la autoridad sanitaria local.
- Que el hotel cuente con alcohol en gel en todos los espacios comunes y que se garantice la provisión de agua, jabón y toallas descartables en sanitarios.
- Los alimentos sean distribuidos en viandas para evitar el contacto y manipulación.

Que los cubiertos, vasos, platos y demás utensilios sean, en lo posible, descartables.

MANEJO DEL PACIENTE ALOJADO EN UN ESTABLECIMIENTO HOTELERO:

Medidas a tomar con un paciente en aislamiento:

1. Se recomienda que el paciente permanezca en una habitación de uso individual con baño privado.
2. Se recomienda que la puerta de la habitación se mantenga cerrada. En caso de que sea imprescindible que el paciente haga uso de las zonas comunes, deberá utilizar

- barbijo quirúrgico y realizar higiene de manos al salir de la habitación y antes de entrar en ella.
3. Se recomienda que la estancia o habitación cuente con ventilación adecuada directa al exterior. No deben existir corrientes forzadas de aire provenientes de sistemas de calor o de refrigeración. Las zonas comunes también deben mantenerse bien ventiladas.
 4. Se recomienda disponer de un sistema de comunicación por vía telefónica o mediante intercomunicador para comunicarse sin necesidad de salir de la habitación.
 5. En el interior de la habitación se colocará un tacho de basura, con tapa de apertura a pedal, y en su interior una bolsa de plástico con cierre para depositar los residuos.
 6. Se recomienda contar con utensilios de aseo de uso individual y de productos para la higiene de manos como jabón o solución hidroalcohólica en la habitación.
 7. Se recomienda que la ropa personal, ropa de cama, toallas, etc. sea de uso exclusivo del paciente. Esta debe cambiarse frecuentemente.
 8. Se recomienda que la persona enferma siga en todo momento las medidas de higiene respiratoria: cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar con pañuelos desechables que se depositarán en el cubo de basura dispuesto dentro de la habitación tras su uso o con el codo flexionado.
 9. El paciente deberá lavarse las manos con frecuencia con agua y jabón. También podrá utilizar soluciones hidroalcohólicas. Intensificando estas acciones luego de toser, estornudar o ir al baño.
 10. La persona enferma no recibirá visitas durante el periodo de aislamiento salvo necesidad imperiosa.
 11. El establecimiento deberá contar con un registro de entrada y salida diario del personal y de aquellos que accedan a la habitación.

Seguimiento

1. Se recomienda que la asistencia clínica del paciente se realice siguiendo las recomendaciones del equipo de salud.
2. Se dejará constancia del control realizado al paciente en la historia clínica o en su defecto en el sistema de registro establecido.
3. Cualquier agravamiento o cambio en la situación clínica deberá ser informado y evaluado por personal médico y se tomarán las medidas correspondientes, en conjunto, con la autoridad sanitaria de la jurisdicción.

Traslado:

1. En caso de agravarse las condiciones clínicas de la persona, o se hiciera insostenible el correcto manejo del paciente, se derivará a un establecimiento asistencial.
2. Se recomienda que el transporte del paciente se realice en una ambulancia con la cabina del conductor físicamente separada del área de transporte del paciente.

3. El personal que intervenga en el transporte (salvo el conductor, si no sale de la cabina) será informado previamente y deberá utilizar el equipo para la prevención de COVID-19 según recomendaciones vigentes del Ministerio de Salud de la Nación.
4. El paciente deberá llevar colocada un barbijo quirúrgico.
5. Una vez finalizado el transporte se procederá a la desinfección del vehículo con los productos habituales y a la gestión de residuos de acuerdo con el procedimiento habitual (ver recomendaciones para la limpieza de ambulancias en el marco de la contingencia por COVID 19).

Referencias:

- Ministerio de Sanidad de España. Documento técnico. Manejo domiciliario del COVID-19. Versión del 17 de marzo de 2020.

Estas recomendaciones están en continua revisión y están sujetas a modificación.

CHECKLIST PARA LA SELECCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS HOTELEROS

Ubicación del hotel accesible al hospital de referencia. Con acceso que contemple la seguridad del resto de la población.



Características del Hotel

1. Mínimo 50 habitaciones
2. Ascensores con ancho libre de paso que permita el acceso en silla de ruedas (0,80m como mínimo)
3. Rampa de acceso al establecimiento (deseable)
4. 1 office para tareas administrativas.
5. Sala de enfermería con aéreas de trabajo limpio y sucio con capacidad de que:
 - a) Estén físicamente separadas
 - b) Tengan espacio suficiente para las actividades.
 - c) Puedan tener estantes cerrados y mesones lavables.
 - d) Tengan lavamanos
 - e) Tengan basureros
 - f) Cocina con capacidad y equipamiento para el guardado y stock para provisión de alimentos a todas las habitaciones
 - g) Conserjería - hotel con conserje 24hs-, espacio con vidrio de protección
 - h) Depósito para residuos con ventilación forzada
 - i) Depósito de blanquear
 - j) Circuito cerrado de cámaras en áreas comunes

Características de las habitaciones y de los materiales:

1. Una (1) cama individual x habitación con posibilidad de agregar una segunda cama individual
2. Pisos resistentes al desgaste lisos, antideslizantes, lavables, continuos e impermeables (sin alfombra).
3. Paredes lavables lisas sin molduras.
4. Cielorrasos con superficies lavables, lisas y continuas.
5. Ventanas de abrir (aún si cuentan con acondicionamiento de aire). Con protección de visuales.
6. Puertas de las habitaciones, que permitan el normal acceso de una silla de ruedas (0,80m como mínimo).
7. Materiales de construcción (pisos, cielorrasos, etc.) incombustibles y sin emanación de gases (en caso de siniestro).

MEJORAS PARA IMPLEMENTAR

1. Seguridad.
2. Personal médico y de enfermería.

3. Insumos Médicos.
4. Insumos de blanqueria.
5. Adecuación de habitación (mínima).
6. Gestión de residuos biopatogénicos.
7. Firma consentimiento informado.

RECOMENDACIONES ADECUACIÓN DE GRANDES ESPACIOS DE EDIFICIOS NO HOSPITALARIOS

INTRODUCCIÓN

En el marco de la contingencia por COVID-19 que está atravesando nuestro país y ante un eventual aumento desproporcionado de casos, se necesitará elevar el número de camas disponibles para cuidados no críticos, a fin de descongestionar los hospitales de origen para que puedan concentrarse en atender a los pacientes de más riesgo, que precisan de mayor atención y equipamiento médico.

Hay que tener en cuenta que los pacientes, aunque se encuentren alojados en otra tipología edilicia, precisarán cuidado médico y de enfermería, equipamiento y de ser posible parecidas condiciones climáticas y de instalaciones, que tendrían en caso de ser atendidos en el hospital.

A esta tipología edilicia que podríamos nombrar como grandes recintos dedicados a uso hospitalario de manera temporal, habría que acondicionarla de manera muy rápida para estar preparados ante un eventual incremento de la demanda en forma exponencial.

Los edificios más utilizados y que permiten una mayor facilidad y rapidez de adecuación para poder empezar a recibir enfermos son los siguientes:

A. Recintos feriales / Espacios de exhibiciones.

B. Pabellones deportivos.

Cada uno presenta distintas características, ventajas e inconvenientes con algunas diferencias que conviene tener en cuenta como la distancia al hospital de referencia, el tamaño, la altura, la logística disponible en el edificio, las condiciones ambientales que dispone, las instalaciones que se pueden aprovechar, las instalaciones que le faltan, etc.

Generalmente estos establecimientos cuentan con buena comunicación vial para recepción de ambulancias y camiones con diferentes tipos de suministros y para el retiro habitual de residuos. Disponen de zonas amplias de estacionamiento en las que se puede crear una instalación provisional, si resulta necesario

A. RECINTOS FERIALES / ESPACIOS DE EXHIBICIONES

Los recintos feriales son edificios con espacios muy grandes y, por lo tanto, con capacidad para acoger a un gran número de enfermos simultáneamente, mediante las adecuaciones correspondientes. En líneas generales, están muy acostumbrados a los constantes cambios de uso de los espacios para exposiciones con necesidades muy

diferentes y disponen de empresas eventuales o habituales de suministro y montaje de mamparas, revestimientos de pavimentos y de instalaciones acostumbradas a trabajos de adaptación en muy corto período de tiempo.

Si el sistema de climatización no es el adecuado para personas internadas, corresponde hacer su adaptación.

Los recintos feriales disponen de muy buena y en general suficiente, instalación eléctrica (estaciones transformadoras, grupos electrógenos, tableros eléctricos generales, entre otros) y de comunicaciones. Ello, permitirá adaptar estas instalaciones para el nuevo uso.

Algunos recintos feriales disponen de galerías o de plantas técnicas superiores o por debajo de los espacios de exposición, que facilitan el paso de las nuevas instalaciones, como por ejemplo gases medicinales o el sistema de llamada a enfermera que son necesarias para el nuevo uso.

B. PABELLONES DEPORTIVOS:

Los recintos deportivos son edificios con espacios grandes, sobre todo si disponen de gradas retráctiles, con capacidad para acoger un número limitado de pacientes.

Si el sistema de climatización no es el adecuado para personas internadas, corresponde hacer su adaptación.

Es conveniente contemplar la instalación de un sistema de mamparas para el paso de las instalaciones empotradas en ellas, evitando el paso de instalaciones por el suelo, lo que facilitaría las labores de limpieza y evitaría las molestias de paso, en caso que se realizaran por piso.

Los polideportivos suelen disponer de una suficiente instalación eléctrica (estación transformadora, grupo electrógeno, tablero eléctrico general).

CARACTERÍSTICAS CONSTRUCTIVAS Y DE INSTALACIONES:

Se recomienda que los establecimientos que se seleccionen para ser incorporados en la red de atención sanitaria tengan ciertas características edilicias o puedan ser adaptados a ellas. Estas deberían permitir las medidas de higiene y limpieza aconsejadas para aquellos espacios a ser utilizados para el alojamiento de personas que requieran medidas de aislamiento:

a) Pisos: resistentes al desgaste lisos, antideslizantes, lavables, continuos e impermeables. Incombustibles y sin emanación de gases (en caso de siniestro).

- b) Paredes: lavables lisas sin molduras. Incombustibles y sin emanación de gases (en caso de siniestro).
- c) Cielorrasos: con superficies lavables, lisas y continuas. Incombustibles y sin emanación de gases (en caso de siniestro).
- d) Ventanas: de abrir (aún si cuentan con acondicionamiento de aire). Con protección de visuales.
- e) Puertas: el ancho libre de las puertas a las habitaciones, deberá permitir el normal acceso de una silla de ruedas (0,80m como mínimo), según Ley de Accesibilidad vigente.
- f) Ascensores: en caso de existir, deberán contar con medidas necesarias para que se pueda accederse con silla de ruedas (Ley de accesibilidad vigente).
- g) Climatización (Sistema de calefacción, ventilación y aire acondicionado):

Las instalaciones de climatización de los recintos feriales y polideportivos no son las más adecuadas para uso hospitalario, pero se deben aprovechar efectuando pequeñas adaptaciones.

Las potencias de frío y calor existentes en estos edificios son suficientes para las necesidades hospitalarias, aunque en los centros deportivos a veces la potencia calorífica es algo escasa porque para el uso habitual estos edificios han previsto unas cargas internas de personas (espectadores) e iluminación que ahora no existen.

Las unidades climatizadoras de estos edificios suelen trabajar con recirculación del aire. Para su nuevo uso, sería conveniente, de ser posible, hacerlos trabajar con todo aire exterior, complementando con los equipos que corresponda.

Antes de usar la instalación para uso hospitalario es conveniente efectuar un repaso de todas las unidades de tratamiento de aire y realizar una limpieza y desinfección interior. Se deben sustituir los filtros y si la presión disponible de los ventiladores lo permite aumentar la eficacia de los filtros de bolsas. Es conveniente revisar el nivel de limpieza del interior de la red de conductos por si es necesario realizar una limpieza y desinfección mediante robots.

Es posible que se deban variar las condiciones de temperatura de impulsión reduciendo el diferencial con la temperatura ambiente, disminuir la velocidad de impulsión y en algunos casos variar la direccionalidad de las toberas de impulsión.

- h) Servicios sanitarios: los vestuarios de personal y de jugadores se pueden emplear para zonas de aseos con duchas del personal médico, de enfermería y auxiliares. Sobre todo, en los recintos feriales es posible que se deban aumentar el número de duchas con cabinas prefabricadas. Se disponen de espacios en estos edificios que se pueden habilitar como zonas de descanso del personal.

Será necesario montar una instalación de agua fría, agua caliente y desagües para las piletas de los puestos de control de enfermera, lo que suele ser más fácil de realizar en los recintos feriales que en los polideportivos por el tipo de acabado de la pista.

i) Gases medicinales: ninguno de estos recintos dispone lógicamente de una instalación de gases medicinales, por lo tanto, en caso de ser necesario, se pueden utilizar tubos de oxígeno portátiles de ser necesario.

j) Protección contra incendios: las instalaciones de seguridad activa existentes en este tipo de edificios (extintores portátiles, equipos de manguera, hidrantes, detectores de barrera en recintos feriales y deportivos, pulsadores manuales de alarma y sistemas de transmisión acústica de la alarma) son suficientes y adecuadas para un uso hospitalario.

Es conveniente aumentar la dotación de extintores portátiles (en los recintos feriales ya se hace en cada exposición) para cumplir con la normativa vigente y dotar al edificio, si no lo tiene, de extintores de gran capacidad sobre carro para su traslado rápido por los equipos de segunda intervención al punto donde se haya podido producir el inicio del incendio.

k) Electricidad: las infraestructuras eléctricas (estaciones transformadoras, grupos electrógenos y tableros generales) son adecuadas en los tipos de edificios

considerados. Además, la mayoría de los recintos feriales y deportivos disponen de instalación preparada para poder conectar, en caso necesario, grupos electrógenos externos móviles. Las potencias eléctricas disponibles son suficientes para el nuevo uso.

Desde el tablero general de baja tensión se deberán instalar líneas generales para alimentar a diversos tableros secundarios repartidos por el recinto. Desde los tableros secundarios (con sus protecciones termomagnéticas y diferenciales) se instalarán los circuitos de alumbrado y de alimentación de tomacorrientes de cada cama y puestos de control de enfermería.

Se deben disponer de tomacorrientes en zonas comunes próximas a los controles de enfermería para la recarga de equipamiento médico y tomacorrientes en las zonas de paso para los equipos de limpieza y equipos de rayos portátiles, en caso de necesitar.

Es recomendable que cada cama, además de la iluminación general del recinto, disponga de un sistema de iluminación propio e independiente con encendido individual y para los trabajos en que se necesita mayor intensidad de iluminación.

Los recintos feriales y deportivos no disponen de iluminación natural o es muy escasa. Como conviene que los pacientes y el personal no pierdan la noción del tiempo conviene implantar en los sistemas de iluminación general del edificio un control de ciclo circadiano y un sistema de baja iluminación para favorecer el descanso de los pacientes.

Toda el área dedicada al uso sanitario debe dotarse de aparatos autónomos de alumbrado de emergencia y señalización.

l) Comunicaciones: las infraestructuras básicas de la red integrada de voz datos (centro de procesamiento de datos y racks principales) en los recintos feriales suelen ser suficientes para el nuevo uso, pero se deben reforzar y completar sobre todo en los recintos deportivos con nuevos racks con su electrónica correspondiente para albergar las nuevas tomas en las zonas de los controles de enfermería y en cada cama.

DISEÑO FUNCIONAL Y SERVICIOS DE APOYO

La propuesta de diseño del establecimiento para adaptarse a la nueva función, dependerá de las características de cada establecimiento en particular y deberá incluir las distintas áreas necesarias para un adecuado funcionamiento en relación al tipo de pacientes a atender.

El programa médico-arquitectónico a definirse para su adecuación, condicionará el diseño funcional de los edificios que dispongan de grandes espacios. Independientemente es recomendable observar el cumplimiento de los siguientes parámetros mínimos:

- El establecimiento será libre de barreras arquitectónicas (sin desniveles, con rampas o medios mecánicos de elevación).
- Camas: de 10 a 15m²/cama. Con paneles de separación (deseable) o las distancias recomendadas entre camas (mínimo 1.80m, recomendada 2.00m). Se deberán contemplar cabinas o cubículos de aislamiento con superficie mínima de 15m².
- Sanitarios: 1 cada 10 pacientes (mínimo).
- Duchas: 1 cada 25 pacientes (mínimo).

Estos edificios deben adaptarse a las nuevas instalaciones para uso sanitario. Desde los diferentes servicios del hospital de referencia, se deberán dar directrices a los nuevos recintos sanitarios, desplazando incluso a algún responsable para ayudar en la organización y funcionamiento del nuevo servicio, incorporación de programas informáticos y formando al personal de estos edificios en las características especiales del uso sanitario.

Las distintas áreas para considerar en el programa son:

a) Depósitos:

Estos edificios disponen de diversos depósitos que se deberán adaptar y eventualmente complementar con otros locales para almacenar los productos necesarios de la nueva función. Tendrán que contar con un área para cargar los carros distribuidores de materiales a las diferentes unidades.

Se deberán utilizar los mismos programas informáticos para clasificación y control de existencias que se utilizan en el hospital de referencia.

b) Farmacia:

Es preciso acondicionar un espacio para este servicio. Desde el hospital de referencia un farmacéutico deberá hacerse cargo del nuevo servicio y asesorar en su organización y distribución de espacios.

c) Informática:

Aunque todos estos edificios disponen de sus propios servicios informáticos, desde el hospital de referencia deben desplazarse responsables para la implantación de los mismos programas utilizados en el hospital y para la formación del personal de estos edificios en el funcionamiento, mantenimiento y solución de incidencias que puedan presentarse.

d) Vestuarios:

Aunque estos edificios disponen de zonas de vestuarios para su propio personal de servicios y para los jugadores en el caso de los recintos deportivos, su número será insuficiente para el personal sanitario por lo que será preciso acondicionar espacios nuevos para estos menesteres y para las zonas de descanso y de comedor del personal.

e) Morgue:

Si bien se trata de atención de pacientes leves, resultará necesario contar con un espacio de morgue, para un eventual deceso.

Procedimiento para el manejo de cadáveres de casos de COVID-19
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001895cnt-covid19-manejo-cadaveres.pdf>

f) Cocina:

Los recintos feriales están acostumbrados al uso de servicios de catering para alimentación de un gran número de personas, pero hay que hacer algunas modificaciones o incorporar totalmente el servicio de alimentación a pacientes y personal en los recintos deportivos.

La comida puede llegar con carros normales de cocina caliente para su distribución inmediata o mediante carros de comida de cadena fría para regeneración en el propio edificio.

Se debe disponer de espacio de almacenamiento de carros antes de su distribución a las unidades, de espacio e instalaciones para la regeneración de las comidas en el caso de sistema de cocina de cadena fría y de sistema de almacenamiento de carros después de su recogida y antes de su traslado al hospital o a la central exterior.

También se debe disponer de un espacio frío (heladeras o cámaras) para conservación de los alimentos para los pacientes.

g) Limpieza:

Se recomienda que:

La ropa de las personas enfermas no sea sacudida y se coloque dentro de una bolsa. Luego se sugiere que sea lavada con jabones o detergentes habituales y sea secada completamente para volver a utilizarla. Las personas de limpieza y que manipulen la ropa para su lavado deberán realizar higiene de manos antes de colocarse el equipo de EPP e inmediatamente después de retirarlo cuando retire la ropa sucia debe colocarla dentro de la bolsa y luego la coloca en el carro hasta el momento de lavarla y no debe ser sacudida antes de lavarla.

Se recomienda el uso de cubiertos, vasos, platos y demás utensilios descartables. En caso de no contar con ello, los mismos deberán lavarse con agua caliente y jabón.

Las superficies que se tocan con frecuencia (mesitas de noche, mobiliario, inodoros y bachas, entre otros), deben ser limpiadas y desinfectadas diariamente con soluciones preparadas el mismo día que se van a utilizar. Más información en “Limpieza y desinfección de material sanitario, superficies y ambientes”.

La persona encargada de la limpieza deberá usar el equipo de protección personal recomendado y ser supervisado por el personal del equipo de salud. Elementos de protección personal

Tras realizar la limpieza, la persona que la realizó cumplirá indefectiblemente con la técnica de retiro del equipo de protección personal y de higiene de manos recomendadas por el Ministerio de Salud de la Nación y la jurisdicción.

Se colocarán dentro y fuera de las locales, y en los espacios comunes, cartelería con las instrucciones para la limpieza de superficies, colocación y retiro del equipo de protección personal e higiene de manos, según las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación y de la jurisdicción sanitaria.

h) Residuos:

Todo el circuito de recolección, transporte y disposición final de los residuos será realizado de acuerdo con las disposiciones vigentes en cada jurisdicción sanitaria.

Procedimiento para la gestión de residuos en establecimientos de atención de la salud durante la pandemia

<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001889cnt-20200403-gestion-residuos-efectores-salud.pdf>

Recomendaciones para la gestión de residuos domiciliarios de pacientes en cuarentena

<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001860cnt-covid-19-recomendaciones-gestion-residuos-domiciliarios.pdf>

i) Mantenimiento:

En general estos edificios disponen de servicios de mantenimiento, pero precisarán personal de refuerzo para absorber la nueva actividad y la utilización de los edificios durante las veinticuatro horas del día.

Además, se deberá acondicionar un espacio con útiles y equipamiento para realizar el mantenimiento básico de equipos de electromedicina. Como los servicios de mantenimiento de estos edificios no conocen esta actividad, un responsable del hospital de referencia deberá organizar y formar al personal para el funcionamiento de este servicio.

MEDIDAS PREVIAS DE ADECUACIÓN

Para alojar a las personas que cumplan con los criterios definidos en Criterios de selección y manejo del paciente por estado y complejidad – Tipos de pacientes, se recomienda que el reacondicionamiento incluya lo siguiente:

- a) Desinfección previa del establecimiento.
- b) Espacios equipados con el mobiliario y los insumos necesarios similares a las de hospitales y sanatorios.
- c) Acondicionar una sala para el personal sanitario separada de los cubículos / áreas.
- d) Acondicionar un espacio para depósito transitorio de residuos biopatogénicos. Debiendo adoptar protocolos para manipulación, tratamiento y disposición final, establecidos según legislación y recomendaciones vigentes.
- e) En todos los casos, se deberá proveer colchones, sábanas y toallas. Los materiales de los colchones deberán ser de fácil desinfección.

MEDIDAS SANITARIAS PREVENTIVAS PARA ESPACIOS COMUNES

Se recomienda:

- a) Intensificar la limpieza y desinfección de todos los espacios comunes de trabajo. Realizarla al menos tres veces al día.
- b) Ventilar de forma diaria y recurrente los espacios comunes. Restringir el uso de aquellos espacios que no puedan cumplir con esta medida.
- c) Exhibir de manera visible en las circulaciones, las recomendaciones y números de teléfono del Ministerio de Salud de Nación y de la autoridad sanitaria local.
- d) Que el establecimiento cuente con alcohol en gel en todos los espacios comunes y que se garantice la provisión de agua, jabón y toallas descartables en sanitarios.
- e) Que los alimentos sean distribuidos en viandas para evitar el contacto y manipulación.
- f) Que los cubiertos, vasos, platos y demás utensilios sean, en lo posible, descartables.

CRITERIOS DE ATENCIÓN Y MANEJO DEL PACIENTE POR ESTADO Y COMPLEJIDAD

Tipos de pacientes

Los criterios de selección para el seguimiento de pacientes se detallan en:

Manejo del paciente alojado en estos establecimientos

- a) Medidas a tomar con un paciente en aislamiento:
 - a.1. De ser posible se recomienda, que el paciente permanezca en un cubículo de uso individual.
 - a.2. Se recomienda que, en caso de contar con puerta, se mantenga cerrada. Si resulta imprescindible que el paciente haga uso de las zonas comunes, deberá utilizar barbijo quirúrgico y realizar higiene de manos.
 - a.3. Se recomienda que el espacio o cubículo cuente con ventilación adecuada directa al exterior. No deben existir corrientes forzadas de aire provenientes de sistemas de calor o de refrigeración. Las zonas comunes también deben mantenerse bien ventiladas.
 - a.4. Se recomienda disponer de un sistema de comunicación por vía telefónica, mediante intercomunicador u otro sistema para comunicarse sin necesidad de salir del área de internación asignada.
 - a.5. Por cada área de internación, se colocará un tacho de basura, idealmente con tapa de apertura a pedal, y en su interior una bolsa de plástico con cierre para depositar los residuos.

- a.6. Se recomienda contar con utensilios de aseo de uso individual y de productos para la higiene de manos como jabón o solución hidroalcohólica.
- a.7. Se recomienda que la ropa personal, ropa de cama, toallas, etc. sea de uso exclusivo del paciente. Esta debe cambiarse frecuentemente.
- a.8. Se recomienda que la persona enferma siga en todo momento las medidas de higiene respiratoria: cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar con pañuelos descartables que se depositarán en el tacho de basura correspondiente o el codo flexionado.
- a.9. El paciente deberá lavarse las manos con frecuencia con agua y jabón. También podrá utilizar soluciones hidroalcohólicas. Intensificando estas acciones luego de toser, estornudar o ir al baño.
- a.10. La persona enferma no recibirá visitas durante el periodo de aislamiento salvo necesidad imperiosa.
- a.11. El establecimiento deberá contar con un registro de entrada y salida diario del personal y de aquellos que accedan al mismo.
- b) Seguimiento:
- b.1. La asistencia clínica del paciente se realizará siguiendo las recomendaciones del equipo de salud.
- b.2. Se dejará constancia del control realizado al paciente en la historia clínica.
- b.3. Cualquier agravamiento o cambio en la situación clínica deberá ser informado y evaluado por personal médico y se tomarán las medidas correspondientes, en conjunto, con la autoridad sanitaria de la jurisdicción.
- c) Traslado:

Recomendaciones para el traslado de personas con sospecha o confirmación de covid-19

http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001861cnt-covid-19_recomendaciones-traslado-personas.pdf

RECOMENDACIONES SOBRE EL PERSONAL

Los establecimientos deberán sumar un componente de personal de enfermería con supervisión médica. Este personal deberá estar debidamente capacitado y cumplir con las recomendaciones en el manejo de pacientes y de equipos de protección personal (EPP) que determine el Ministerio de Salud de la Nación.

Plantel médico:

- o 1 médico cada 150 pacientes / día (como mínimo 2 emergentólogos y 1 generalista)
- o Se plantea creación de Consultorio de Salud Mental y Trabajo Social.

Recomendaciones sobre salud mental para los equipos de salud

http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001848cnt-covid-19_recomendaciones-salud-mental-equipos-salud.pdf

Plantel de enfermería:

- o 1 enfermera cada 50 pacientes (modalidad: 2 turnos de 12hs, con sábado, domingo y feriados)

Farmacia:

- o Farmacéutico (Director Técnico) y auxiliares de farmacia (cantidad a definir según el número de camas de atención).

RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE HOSPITALES DE CAMPAÑA

En respuesta a la posibilidad de saturación de la capacidad de los establecimientos de salud para la adecuada atención de pacientes con COVID 19, se reconoce la necesidad de ampliar la capacidad existente. El brote de coronavirus (COVID-19) que estalló en Wuhan en diciembre de 2019 y fue declarado una emergencia sanitaria de escala mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mes de marzo ha obligado a establecer estrategias de pronta respuesta asistencial a nivel mundial.

La gravedad sanitaria de la situación reside en el grado de contagio de la enfermedad, que hace que, sin una adecuada prevención y contención mediante aislamiento social, muchas personas requieran de atención médica al mismo tiempo, agotando los recursos sanitarios de las zonas más afectadas.

En aquellas naciones donde la enfermedad se propagó en instancias tempranas ya hemos visto como los edificios han sido renovados con construcciones ultrarrápidas y readecuaciones en tiempo récord para poder albergar al creciente número de pacientes.

En cambio, en aquellos sectores del mundo donde el virus se ha instalado con una cuota de retardo –como por ejemplo en la mayor parte del territorio latinoamericano-, los gobiernos ya han comenzado a tomar medidas anticipatorias, no solo para lograr una contención máxima de la enfermedad, sino para prepararse para futuras situaciones que excedan las capacidades de sus sistemas de salud.

El cierre de los hospitales temporales de Wuhan el primero de marzo, luego de dar de alta a sus últimos pacientes recuperados, ha demostrado como la velocidad de reacción en el campo constructivo es clave para solventar las deficiencias de los sistemas de salud en los tiempos que corren.

Los mecanismos de emergencia sanitaria utilizados por varios países para ampliarla capacidad instalada con espacios para el cuidado y tratamiento de enfermos, hasta el momento, se organizan en dos grandes grupos:

- las instalaciones temporales de rápido montaje, como es el caso de los módulos sanitarios reubicables, carpas, los hospitales inflables o incluso el propio ejemplo del hospital temporal de Wuhan–proceso concluido en un período menor a 10 días por un equipo de 7.000 trabajadores-; y
- el acondicionamiento y adecuación de instalaciones preexistentes para convertirlas en centros de atención -grandes espacios como predios de ferias, campos de deportes, grandes gimnasios y salas de conferencias, entre otros-.

El éxito de la implementación de hospitales de campaña requiere entre otros, de su inclusión dentro una planificación estratégica y operativa racional a los recursos, al

personal capacitado disponible y la integración de los distintos actores y sectores involucrados.

El presente documento reúne características a cumplir por ambos grupos, pero se concentrará en el desarrollo de los hospitales de campaña, que serán distribuidos en todo el país, para amortiguar la pandemia.

Según lo definen la OMS y la OPS (Organización Panamericana de la Salud), un hospital de campaña es "una infraestructura de atención sanitaria móvil, autocontenida y autosuficiente que se puede desplegar, instalar y expandir, o en su defecto desmantelar, con rapidez para satisfacer las necesidades inmediatas de atención de salud durante un lapso determinado."

TIPOLOGÍAS REPRESENTATIVAS

Se detallan a continuación las principales tipologías representativas:

TIENDAS NEUMÁTICAS O INFLABLES: Son una alternativa excelente cuando se requiere un despliegue rápido para períodos cortos de permanencia. El núcleo médico está compuesto, generalmente, por 3 tiendas neumáticas de 6 arcos que albergan la zona de recepción y urgencias, quirófano y 20 camas de internación. Se acompaña de cocina y sistemas de generación eléctrica, climatización y potabilización de agua que garantizan su total autonomía.

TIENDAS DE ESTRUCTURA DE ALUMINIO: Estructura autoportante que permite una excelente habitabilidad. Alta resistencia a inclemencias climáticas que permite su utilización en períodos prolongados de permanencia. El modularidad aporta gran versatilidad de montaje. Se acompaña de cocina y sistemas de generación eléctrica, climatización y potabilización de agua que garantizan su total autonomía.

PLATAFORMA AÉREA: Son una alternativa excelente cuando se requiere un despliegue ultra rápido en zonas de difícil acceso. Totalmente helitransportarles sobre 6 plataformas aéreas. Concebidas con un equipamiento compacto y liviano para reducir los tiempos de puesta en funcionamiento. Climatización y grupo electrógeno integrados en una plataforma capaz de cubrir los requerimientos de este.

CONTENEDORES: La utilización de contenedores implica una mejora sustancial en el confort, la funcionalidad y la asepsia hospitalaria. La incorporación de contenedores expandibles permite ofrecer áreas de trabajo de hasta 35m² de superficie ideales para quirófanos y cuidados intensivos. La utilización de contenedores permite un rápido despliegue e instalación con inmejorable calidad asistencial. Requiere medios importantes para su transporte e instalación como camiones plataformas, grúas y/o carretillas elevadoras

HOSPITALES COMBINADOS TIENDAS – CONTENEDORES: Máxima flexibilidad a la hora de definir el soporte ideal para cada situación. Los servicios críticos de quirófanos y UCI se proponen en contenedores. La hospitalización se puede instalar en tiendas de estructura de aluminio, tiendas neumáticas o contenedores prefabricados. Los servicios de apoyo se dan a través de una combinación de tiendas, contenedores y remolques.

Todo “Hospital de campaña” deberá observar lo siguiente:

o Accesibilidad/Ubicación

Preferentemente los hospitales de campaña deberían ser autosuficientes, no obstante, para su implantación es recomendable realizar una evaluación previa de la zona, identificando terrenos donde se puede disponer de servicios públicos (suministro de agua, electricidad, etc.). Los terrenos para seleccionar deben contar con buena accesibilidad física (rutas, caminos, etc.)

- Predio con perímetro cerrado.
- Predio no inundable.
- Acceso controlado por puesto de control de ingreso y egreso.
- Acceso rápido al hospital de referencia, para derivación en caso de complicaciones.
- Accesible con ambulancias.
- Deseable contar con un área para habilitación de un helipuerto provisorio.

o Diseño funcional

La selección de un sistema u otro para armar un hospital de campaña, más allá de la disponibilidad por tipo, dependerá entre otros aspectos, del terreno, del clima, del personal que realizará el montaje (calificado o no), etc.

El diseño del hospital dependerá del sistema adoptado, ya sea único o por combinación de sistemas en respuesta a las distintas funciones y de la materialidad definida por sistema. Dicha combinación, condicionará el diseño funcional, independientemente es recomendable observar el cumplimiento de los parámetros que se detallan a continuación:

- Propuesta modular con posibilidad de ampliación (deseable). Con módulos/idades que contemplen según necesidad y/o proyecto a definir: atención inmediata con triaje, internación, terapia intensiva, tratamientos quirúrgicos, imágenes, laboratorio, esterilización, logística, entre otros.
- Libre de barreras arquitectónicas (sin desniveles o con rampas o medios mecánicos de elevación).
- Camas: de 10 a 15m²/cama. Con paneles de separación (deseable) o las distancias recomendadas entre camas (mínimo 1.80m, recomendada 2.00m). Se deberán

contemplar cabinas o cubículos de aislamiento para terapia intensiva con superficie mínima de 15m².

- Sanitarios: 1 cada 10 pacientes.
- Duchas: 1 cada 25 pacientes.
- Office de Enfermería. A dimensionar en cantidad y superficie, de acuerdo con el recurso humano y al tipo de camas a cubrir.
- Depósitos (insumos, medicamentos, ropa, etc.). Diferenciados por tipo. Se deberán utilizar los mismos programas informáticos de clasificación y control de existencias que se utilizan en el hospital de referencia.
- Office alimentación/cocina: sitio para refrigerar/calentar/guardar/ distribuir viandas. La alimentación puede proceder del hospital de referencia, en el caso que pueda absorber la nueva demanda, o de una central exterior. La comida puede llegar en viandas calientes para su distribución inmediata o mediante viandas frías para calentar en el propio edificio. Se debe disponer de espacio de almacenamiento de carros de distribución, de espacio e instalaciones para calentamiento de comidas en el caso de sistema de cocina de cadena fría y de sistema de almacenamiento y limpieza/desinfección de carros después de su recogida y antes de su traslado al hospital o a la central exterior. También se debe disponer de un espacio frío (heladeras o cámaras) para conservación de los alimentos para los pacientes.
- Farmacia: es necesario acondicionar un espacio para este servicio. Contará con la supervisión del farmacéutico del hospital de referencia. Se deberá establecer un sistema manual de clasificación de productos, de preparación de unidosis y llenado de carros para su distribución a las unidades. Para el control de existencias se deberán utilizar los mismos programas informáticos que los utilizados en el hospital de referencia. Por si fallara el suministro es conveniente acondicionar un pequeño espacio de preparación y llenado de pequeños recipientes de soluciones antisépticas.
- Laboratorio y unidad de sangre: aunque para los análisis programados y de rutina se utilizarán los mismos criterios de toma de muestras, almacenamiento y transporte a un laboratorio exterior o al hospital de referencia, en estos edificios es recomendable instalar un pequeño laboratorio para los análisis inmediatos de urgencias. También se debe disponer de un almacenamiento frío (heladera o cámara) para almacenar y distribuir las bolsas de hemoderivados que pudieran ser necesarias para los pacientes y demás insumos que requieran cadena de frío.
- Lavandería: se recomienda realizar este proceso en el hospital de referencia o efectuar un contrato con una central externa. Se deberá tratar toda la ropa recogida como ropa infectada. En estos edificios se debe disponer de un espacio protegido para almacenar los carros de ropa sucia previo al llenado del camión de transporte y de un local de recepción de los carros de ropa limpia y esterilizada para llenar los carros de distribución a las diferentes unidades.

- Limpieza: se debe disponer de un espacio de almacenamiento para carros, elementos de limpieza y productos utilizados. El personal de limpieza del nuevo hospital de campaña debe estar capacitado en relación con la forma de realizar la limpieza y desinfección, en los productos y diluciones a utilizar, protocolos de protección personal y sistema de desinfección de los útiles y carros de limpieza. En caso de no estarlo, el hospital de referencia deberá realizar la capacitación.
- Residuos: todos los residuos del hospital de campaña durante su uso temporal deben ser considerados como potencialmente contaminados y su evacuación debe ser realizada por un gestor de residuos autorizado. Es fundamental capacitar al personal que realizará esta función, en la forma de recolección, los recipientes utilizados, forma de realizar el transporte y el almacenamiento.
- Mantenimiento: se deberá acondicionar un espacio con útiles y equipamiento para realizar el mantenimiento básico de materiales e instalaciones y de los equipos de electromedicina.
- Informática: desde el hospital de referencia deben desplazarse responsables para la implantación de los mismos programas utilizados en el hospital y para la formación del personal de estos nuevos edificios en el funcionamiento, mantenimiento y solución de incidencias que puedan presentarse.
- Esterilización: es fundamental utilizar materiales descartables, no obstante, aquellos que se deban esterilizar tanto a alta como a baja temperatura, se deben recoger y almacenar para enviar a la central de esterilización de su hospital de referencia, que deberá absorber el aumento de actividad. Se deberá contar con un área para disponer de mini autoclaves para actuaciones puntuales de emergencia y un espacio climatizado para destinarlo a almacén estéril previo a su distribución a las diferentes unidades.
- Morgue temporal: resultará indispensable disponer de un espacio refrigerado, con las correspondientes medidas de seguridad para mantener los cadáveres hasta que sean evacuados por los servicios mortuorios. En caso de precisar que se realice una autopsia se debe trasladar el cadáver al hospital de referencia. Se debe considerar la posibilidad de saturación del espacio reservado para cadáveres por lo que se deberá contemplar un protocolo de contingencia previamente.
- Dependencias incorporadas o anexas en el predio para médicos y enfermeros: Vestuarios, Baños, Comedores, Dormitorios, etc.

o Características constructivas

Cada tipología de hospital de campaña reconoce características constructivas propias, no obstante, ello, se detallan a continuación, requisitos generales a cumplir:

La construcción debe considerar el perfil de hospital que requiere la jurisdicción, ya sea para derivación o atención que contemple la posibilidad de presencia de pacientes sin COVID-19.

En el caso de considerarse centro de derivación, se planificará la totalidad de los espacios donde circulen pacientes como contaminada y deberán contar los distintos espacios, como así también el sistema de ingreso/egreso a estos del personal e insumos, con medidas específicas para aislamiento de contacto y por gota.

En el caso de considerarse la posibilidad de presencia de pacientes con patologías distintas a COVID-19, debe implementarse un doble sistema donde los pacientes con cuadros respiratorios o fiebre no se crucen en ningún sector con pacientes con otras patologías.

Materialidad (paredes, techos, cielorrasos y pisos): materiales impermeables, de fácil limpieza, resistentes al desgaste, incombustibles y sin emanación de gases (en caso de siniestro).

Instalación sanitaria: suministro de agua potable (en calidad y cantidad). Provisión de agua fría y caliente. Disposición de excretas.

Instalación eléctrica: Iluminación general. Cada cama/camilla deberá contar como mínimo con toma doble de 220V. Deberá disponer de un sistema de iluminación propio e independiente con encendido individual y para los trabajos en que se necesita mayor intensidad de iluminación, como intubaciones o colocación de vías, se debe disponer de focos desplazables sobre ruedas. Además, se debe disponer de tomas en los controles de enfermería y zonas comunes próximas a los mismos, para recarga de equipos médicos y tomas en las zonas de paso para equipos de limpieza y equipos de rayos portátiles. La instalación deberá realizarse con cableado anti flama, puesta a tierra, protección termomagnética y disyuntor. En el caso de las unidades de cuidados intensivos y de semi críticos se deben montar tableros secundarios propios con SAI (sistema de alimentación ininterrumpida) modular y sistema IT (sistema aislado de tierra) con transformador separador, vigilador de aislamiento y red equipotencial de las partes metálicas y del pavimento semi conductor. Deberá poseer un sistema de energía eléctrica de emergencia (grupo electrógeno). Sería deseable contar con un sistema de llamada enfermo-enfermera instalado desde cada cama a su puesto de control de enfermería. En las unidades de cuidados intensivos y semi críticos, es aconsejable instalar un sistema de vigilancia de los pacientes de los cuales no se tiene visión directa desde el control con cámaras IP de CCTV y con monitores en los controles de su unidad y una instalación de tubos para la centralización del sistema de monitorización de constantes y alarmas de los pacientes.

Gases medicinales. En caso de internación de pacientes leves, no parece aconsejable montar una red de gases medicinales, sino disponer de un conjunto de tubos portátiles para desplazar junto al enfermo que precise de esta instalación. Ahora bien, para pacientes más complejos, la dotación mínima por cama debe ser de una toma de oxígeno, una de vacío y una de aire comprimido respirable. Este número se debe multiplicar por dos en una unidad de semi críticos y por tres en una unidad de cuidados intensivos.

Para la instalación de oxígeno se debe montar un tanque exterior de oxígeno líquido vallado y con las distancias de seguridad reglamentarias. Posiblemente se deberá corregir el pavimento del lugar donde el camión suministrador de oxígeno haga la descarga porque ésta debe hacerse sobre un pavimento de hormigón. Si lo hiciera sobre asfalto este se podría auto inflamar en caso de derrame.

Se deberá disponer de una dependencia donde ubicar las baterías dobles de botellas de oxígeno para suministro de emergencia. Desde las centrales se deberá tender una red de tuberías en anillo sectorizable. El coeficiente de simultaneidad debe ser alto, del orden del 80 a 90% del número de camas.

Para la central de vacío se deberá prever un conjunto de bombas, con depósito pulmón, frasco de secreciones y filtros de bacterias y vigilando situar el punto de descarga de aire de las bombas en lugar no transitado. Desde la central se debe efectuar una red de tuberías radial con el mismo tipo de tubo hasta cada punto de consumo. El coeficiente de simultaneidad debe ser del orden del 25 al 40% del número de camas.

La producción del aire comprimido respirable puede hacerse mediante dos sistemas diferentes: por mezcla de oxígeno y nitrógeno a partir de dos tanques exteriores con mezclador y sus baterías de botellas de emergencia o a partir de una planta de compresores secos libres de aceite equipados con refrigerador, secador, filtros y depósito pulmón. Desde las centrales se deberá tender una red de tuberías en anillo sectorizable. El coeficiente de simultaneidad debe ser alto, del orden del 80 a 90% del número de camas.

Ventilación e iluminación natural: necesidad de ventilar los espacios. Estos tipos de espacios no disponen, por lo general, de una adecuada iluminación natural. Resulta conveniente implementar un ciclo circadiano para que los enfermos aprecien si es de día o de noche facilitando el descanso y horas de sueño, necesarios para el bienestar y pronta recuperación.

Acondicionamiento térmico y acústico. Aire acondicionado FRIO/CALOR. Capacidad de los equipos de tomar aire proveniente del exterior. Recomendable control de recirculación. Es conveniente que la instalación funcione de manera permanente y se debe efectuar pruebas de temperaturas y velocidad de aire (a 80 cm del suelo). También

es necesario comprobar, el nivel de humedad relativa por si es preciso implantar un sistema de humidificación para que la humedad relativa no descienda por debajo del 50%. En caso de unidades de cuidados intensivos o de semi críticos se debe realizar una instalación de climatización que cumpla con todas las características a esos fines.

Seguridad (sistemas de detección y extinción de incendios, matafuegos, alarmas, etc.).

Señalética (carteles de locales y delimitación de sectores).

RECOMENDACIONES PARA ATENCIÓN DOMICILIARIA DE CASOS SOSPECHOSOS Y CONFIRMADOS

Estas recomendaciones están en continua revisión y podrán ser modificadas si la situación lo requiriese.

Este documento incluye, además, dos Anexos.

OBJETIVOS

Los objetivos de las presentes recomendaciones son:

- Ofrecer una atención domiciliaria segura y de calidad.
- Evitar la transmisión de la enfermedad a terceros.
- Garantizar la protección de los familiares, convivientes, trabajadores de la salud y de la población general con el fin de prevenir la transmisión de la enfermedad.

MANEJO DOMICILIARIO DE LOS CASOS SOSPECHOSOS Y CONFIRMADOS DE COVID-19

Criterios para el aislamiento domiciliario de casos sospechosos y confirmados:

Podrá considerarse la internación domiciliaria de:

1. Casos sospechosos, o confirmados de COVID-19 con enfermedad leve, sin criterios de internación según criterio clínico y sin factores de riesgo:
 - Enfermedad leve se considera: infección del tracto respiratorio superior no complicada, síntomas de infección viral inespecífica como fiebre, cansancio, tos (con o sin expectoración), anorexia, malestar, dolor muscular, dolor de garganta, disnea, congestión nasal o dolor de cabeza.
 - Factores de riesgo: mayores de 60 años, enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad renal crónica, diabetes, inmunosupresión, embarazadas.
2. Casos confirmados de COVID-19 que han requerido hospitalización y que continúan con internación domiciliaria y medidas de aislamiento, hasta el alta definitiva.

Los criterios adicionales para indicar el aislamiento domiciliario en un paciente con sospecha o confirmación de COVID-19 son:

1. Garantizar las medidas establecidas para el aislamiento domiciliario y la firma de una declaración jurada referida al cumplimiento.
2. Debe procurarse la presencia de un conviviente adulto con capacidad para dar la atención necesaria y permanente del paciente.
3. El conviviente adulto asignado al cuidado debe ser menor de 60 años, sin comorbilidades y con disponibilidad permanente para el cuidado.
4. El paciente y sus convivientes deben ser capaces de comprender y aplicar de forma correcta y consistente las medidas básicas de higiene, prevención y control de la infección según se establecen en el apartado correspondiente.
5. Se recomienda que en el domicilio se reduzca al mínimo posible el número de convivientes. Evitando, siempre que sea posible, la convivencia con niños pequeños.
6. Asegurar la disponibilidad de un teléfono que garantice la comunicación permanente con el personal sanitario hasta del alta.
7. Se informará a los miembros de la familia y convivientes que, si el paciente es un caso sospechoso y se convierte en un caso confirmado, serán considerados contactos estrechos y deberán cumplir 14 días de aislamiento.
8. Se ha de procurar que sea una única persona la que proporcione atención al paciente y deberá extremar las medidas básicas de cuidado.
9. Se deberá instruir al paciente y convivientes prever la respuesta inmediata del servicio de emergencia, ante la progresión del cuadro clínico.
10. Se deberá contar con capacidad para realizar una atención y seguimiento domiciliario, idealmente mediante controles por vía telefónica o presencial cuando se considere necesario.

Condiciones de la institución de salud que indique la atención domiciliaria:

La institución deberá confirmar la falta de disponibilidad de camas dispuesta para la atención de estos pacientes y la inexistencia de camas en el resto de la red asistencial local/regional

El centro asistencial que indique la atención domiciliaria deberá contar con un registro actualizado de las personas a quienes se les indico esta modalidad de seguimiento y comunicarlo a la autoridad sanitaria jurisdiccional (municipal/provincial).

Se notificará esta situación en el SNVS 2.0

Deberá incluirse en la historia clínica del paciente información de contacto, fecha de último contacto con el sistema de salud y el responsable del seguimiento independientemente de que institución lo realice.

Se deberá establecer previo a la indicación de la atención domiciliaria una vía de comunicación accesible con la persona.

Medidas para el paciente en aislamiento:

- Permanecer en un espacio o habitación de uso individual. La puerta de la habitación debe permanecer cerrada hasta la finalización del aislamiento y debe mantenerse una adecuada ventilación.
- No salir de la habitación en ninguna circunstancia, con excepción del uso del baño o una condición de urgencia (deterioro de la salud o compromiso de la vida).
- El paciente deberá utilizar barbijo quirúrgico en caso de ir al baño y podrá reutilizarlo si el mismo no se moja o se mancha con secreciones. Luego del retirar el barbijo deberá higienizarse las manos con solución hidroalcohólica.
- La persona enferma debe utilizar barbijo quirúrgico en caso de tener que concurrir de urgencia a un centro de salud.
- La persona enferma no debe recibir visitas durante el periodo de aislamiento, excepto para eventuales controles de salud. La presencia de otras personas en el domicilio debe limitarse a lo estrictamente necesario. Disponer, en lo posible, de un sistema de comunicación por vía telefónica o equivalente para comunicarse con los familiares, sin necesidad de salir de la habitación.
- La persona enferma o en aislamiento debe seguir en todo momento las medidas de higiene respiratoria: cubrir la boca y la nariz al toser o estornudar con pañuelos desechables o hacerlo en el codo pliegue del codo.
- En la habitación deberá colocarse un contenedor de residuos y disponer de los mismo de acuerdo con la recomendación
- La persona enferma deberá lavarse las manos antes y después de concurrir al baño y dentro de la habitación de aislamiento deberá utilizar soluciones hidroalcohólicas en forma frecuente.
- Utilizar utensilios de aseo de uso individual, al igual que los productos para la higiene de manos como el jabón o la solución hidroalcohólica.
- La ropa, sábanas y toallas del paciente deben colocarse en una bolsa dentro de la habitación del paciente, hasta el momento de lavarla. No sacudir la ropa sucia y evitar el contacto directo de la piel y la ropa con los materiales contaminados.
- La ropa, sábanas y toallas deberán lavarse por separado y en lo posible con agua caliente entre 60 a 90 grados.
- Mantenga la higiene del domicilio, utilice productos de limpieza habitual (detergente y lavandina).
- Limpiar exhaustivamente el baño, luego del uso del paciente. De ser posible se propone que el paciente utilice su propio baño

Seguimiento de los casos:

- La asistencia clínica del paciente se realice de acuerdo al criterio del equipo médico tratante.
- Debido a que las complicaciones suelen aparecer en la primera semana tras el debut de la enfermedad, se sugiere realizar una revisión (que puede ser telefónica) en 24/48 horas tras el primer contacto con los servicios de salud. Se deben fortalecer las medidas de aislamiento y las pautas de alarma.
- Indicar al paciente que contacte con los servicios de salud si su situación clínica empeora. Debe disponer de una agenda con los números a los cuales debe comunicarse en caso de presentar agravamiento de la enfermedad
- Se debe dejar constancia del control realizado al paciente en la historia clínica o en su defecto en el sistema de registro establecido.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA LAS PERSONAS QUE CONVIVEN EN EL DOMICILIO

Se recomienda que:

- Los miembros de la familia y convivientes permanezcan en una habitación diferente, evitando el contacto con el enfermo.
- En caso de que sea imprescindible que el paciente haga uso de las zonas comunes del domicilio (ej.: baño), deberá utilizar barbijo quirúrgico y realizar higiene de manos al salir de la habitación y antes de entrar en ella. No deberá tocar ni manipular el barbijo mientras se lleve puesto. Desechar el barbijo después de usarlo y higienizarse las manos con soluciones hidroalcohólicas después de sacarlo.
- Limpiar exhaustivamente el baño luego de ser utilizado por el paciente.
- Se faciliten indicaciones por escrito sobre las medidas de prevención. Esto es especialmente importante en el caso del conviviente que vaya a realizar la atención al paciente. La información debe ser dada de manera clara, concreta y sencilla, para minimizar la alarma y la ansiedad de las personas que conviven con el caso. Puede considerarse, cuando esté disponible, enviar los instructivos en forma electrónica (por ejemplo, mensajes de texto).
- Se debe evitar el contacto directo con los fluidos corporales, especialmente los orales o secreciones respiratorias, y heces. No se deben compartir objetos de uso personal tal como cepillos de dientes, vasos, platos, cubiertos, toallas, ropa, etc.
- El conviviente a cargo del cuidado debe lavarse las manos con agua y jabón o solución hidroalcohólica después de cualquier contacto con el enfermo o su entorno inmediato.
- Los convivientes y persona encargada de los cuidados deberán realizar auto vigilancia de la aparición de síntomas como fiebre, tos, dolor de garganta, dificultad para respirar; y ante la presencia de los mismos consultar con los servicios de salud, con el fin de detectar precozmente la aparición de un posible caso.

MEDIDAS BÁSICAS DE PROTECCIÓN Y PREVENCIÓN PARA LA PERSONA RESPONSABLE DE LOS CUIDADOS DOMICILIARIOS

Se recomienda que:

- Se informe a la persona que será considerada como contacto estrecho. Si bien no se hará un seguimiento activo de los contactos, se les indicará realizar cuarentena domiciliaria durante 14 días luego de que el paciente sea dado de alta. Las autoridades sanitarias podrán valorar situaciones individuales que requieran otro tipo de recomendación.
- Si durante los 14 días posteriores a la exposición el contacto desarrolla síntomas se contacte con los servicios de salud y si la situación le permite realice autoaislamiento domiciliario.
- Se evalúe de forma individual que la persona responsable de los cuidados de los pacientes no tenga factores de riesgo que impliquen posibles complicaciones para el COVID-19 (por ejemplo, edad avanzada o comorbilidades).
- Sea una única persona la que proporcione la atención requerida para minimizar la exposición potencial.
- La persona responsable de los cuidados se lave las manos frecuentemente con agua y jabón o solución hidroalcohólica después de cualquier contacto con el enfermo o con su entorno inmediato.
- Si el cuidado requiere una aproximación a una distancia inferior a 1 metro, el paciente debe colocarse un barbijo quirúrgico.
- Se empleen guantes desechables si se va a entrar en contacto con secreciones del enfermo, tras su uso se desecharán y se lavarán las manos inmediatamente después.

Limpieza

- Se recomienda que:
- La ropa de cama, toallas, etc. de las personas enfermas sea lavada con los jabones o detergentes habituales y sea secada completamente para volver a utilizarla. Esta ropa sea colocada en una bolsa con cierre hermético hasta el momento de lavarla. No se sacuda la ropa antes de proceder al lavado.
- Los cubiertos, vasos, platos y demás utensilios reutilizables se laven con agua caliente y detergente de uso domiciliario.
- Las superficies que se tocan con frecuencia (mesitas de noche, muebles del dormitorio, entre otros), las superficies del baño y el inodoro sean limpiadas y desinfectadas diariamente con un desinfectante doméstico que contenga lavandina diluida (10 ml parte de lavandina por 1 litro de agua) preparado el mismo día que se va a utilizar.
- Para realizar correctamente el procedimiento: primero se debe realizar una limpieza y luego se procede a efectuar la desinfección.
- Realizar la limpieza, preferiblemente con agua y detergente en lugar de utilizar una escoba o escobillón, para remover la suciedad. Colocar agua tibia con

detergente en un primer balde y limpiar siempre desde la zona más limpia a la más sucia, repetir este proceso hasta que el área a limpiar quede visiblemente limpia. Luego enjuagar con un segundo trapo sumergido en un segundo balde con agua limpia.

- Para finalizar con la desinfección para inactivar a los virus y otros microorganismos: Colocar 10 ml. de lavandina de uso doméstico con concentración de 55 gr/litro en 1 litro de agua, limpiar las superficies y luego dejarlas secar.
- En el caso de superficies que no sean aptas para ser limpiadas con detergentes o lavandina, como teléfonos celulares y teclados de computadoras entre otros, de ser aptos a limpieza con alcohol, utilizar solución alcohólica al 70%. De lo contrario utilizar productos aptos para ese fin o en el caso de no disponer de un paño húmedo.
- La persona encargada de la limpieza dentro de la habitación del paciente se debe proteger con guantes y barbijo quirúrgico.
- Si el paciente se encuentra en buen estado de salud, se recomienda que la limpieza de la habitación de aislamiento la realice el mismo.
- Tras realizar la limpieza, la persona que la efectuó cumplirá indefectiblemente con la higiene de manos.

Duración del aislamiento

El aislamiento se mantendrá hasta el alta, el cual será otorgada por la institución sanitaria y deberá ser debidamente registrada en la historia clínica del paciente.

Traslado del caso

Se recomienda que:

- Si las condiciones clínicas de la persona empeoraran, o si las situaciones en el domicilio hicieran insostenible el correcto manejo del paciente, se valore su derivación a un establecimiento asistencial.
- El transporte del paciente se realice en una ambulancia con la cabina del conductor físicamente separada del área de transporte del paciente.
- El personal que intervenga en el transporte (salvo el conductor, si no sale de la cabina) sea informado previamente y utilice el equipo para la prevención de la infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto.
- El paciente lleve colocada un barbijo quirúrgico.
- El paciente vaya sin acompañantes en la ambulancia. En el supuesto de que sea imprescindible que esté acompañado (dependiente, menor u otra circunstancia) el acompañante necesita colocarse un barbijo quirúrgico.

- Una vez finalizado el transporte se proceda a la desinfección del vehículo con los productos habituales y a la gestión de residuos de acuerdo con el procedimiento habitual.

Referencias

- Ministerio de Sanidad de España. Documento técnico Manejo domiciliario del COVID-19. Version del 17 de marzo de 2020.
- Interim guidance - Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms and management of their contacts.

ANEXO I

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA DEFINIR LA POSIBILIDAD DE MANEJO DOMICILIARIO DE COVID-19

Fecha y Hora:

Nombre y Apellido del Paciente:

DNI del Paciente:

Institución Médica desde la que se otorga el aislamiento domiciliario: Nombre y Apellido del Médico que otorga el aislamiento domiciliario: Nombre y Apellido de la Persona encargada del seguimiento en domicilio:

La internación domiciliaria de casos sospechosos o confirmados de COVID-19 implica una estrecha articulación entre la jurisdicción y la institución sanitaria, y un ALTO GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS PARA SU INDICACIÓN.

El seguimiento domiciliario se puede llevar a cabo únicamente en el caso de cumplirse con la totalidad de los siguientes requisitos:

- El domicilio cuenta con habitación individual para el paciente.
- Están dadas las condiciones para cumplir con las instrucciones de aislamiento en el hogar (ver documento “Recomendaciones para la atención domiciliaria de casos sospechosos y confirmados COVID-19”).
- No hay convivientes con factores de riesgo para formas graves de COVID-19 (Diabetes, Enfermedad Cardiovascular, Enfermedad Renal Crónica, Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica, Enfermedades estructurales del pulmón, Inmunocomprometidos, Cirrosis Hepática) o personas de 60 años o mayores.
- Se garantiza la posibilidad de realizar todas las actividades básicas diarias en el domicilio.

Lista de verificación de medicamentos y suministros:

- El paciente presenta medicación habitual para cubrir la duración del aislamiento en el hogar.

- Se garantiza que el paciente tiene acceso a insumos básicos para el tiempo que dure el aislamiento.
- Se confirmó que el paciente tiene recursos y/ó apoyo social, para recibir alimentos y otros suministros necesarios mientras está en aislamiento.
- Se confirmó que el paciente tiene barbijos quirúrgicos.

Lista de verificación en cuanto a transporte:

El paciente puede viajar en un vehículo privado o exista posibilidad de organizar el transporte en forma apropiada.

Plan de seguimiento ambulatorio:

- Está garantizado una opción de contacto telefónico las 24hs. en el lugar de aislamiento
- Se documentó el número telefónico de contacto del paciente y de algún familiar directo o conviviente.

Lista de verificación en cuanto a consejería:

- Se comprobó que la persona comprendió las indicaciones médicas.
- Se comprobó que la persona comprendió las pautas de alarma.
- Se comprobó que la persona comprendió las medidas de aislamiento.
- Se comprobó que la persona comprendió el riesgo a terceros que implica el incumplimiento de las medidas de aislamiento domiciliario.
- Se comprobó que la persona comprendió las vías de comunicación.

Informe al paciente y convivientes:

- El paciente comprendió y firmó la declaración jurada previo al alta.
- El paciente y los convivientes recibieron información verbal y por escrito sobre indicaciones médicas, pautas de alarma, medidas de aislamiento y vías de comunicación.

Verifique que todos los ítems están tildados antes de indicar la internación domiciliaria.

La internación y aislamiento domiciliario es parte del proceso de convalecencia del paciente, el alta definitiva es proceso diferente y es otorgado en un acto médico diferente.

Firma y sello del médico responsable

Firma y aclaración del

paciente

Se recomienda incorporar una copia a la historia clínica del paciente y entregar una copia al paciente.

ANEXO II

**DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE AISLAMIENTO DOMICILIARIO
 OBLIGATORIO PARA CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 PREVIO AL ALTA**

Fecha: / /

Yo....., DNI.....he
 sido informado/a por el/la Dr./Dra.

DNIque el díafui diagnosticado/a con la enfermedad denominada COVID-19.

Dado que a juicio de mi médico/a tratante mi condición clínica lo permite, fui informado/a de que puedo continuar el seguimiento en forma ambulatoria en mi domicilio y de que estoy obligado por ley a cumplir las medidas de aislamiento que se detallan más abajo por un período de al menos.....días a partir de la fecha.

COVID-19 es una enfermedad respiratoria viral causada por un nuevo coronavirus, que fue descubierto a fines de 2019. Las manifestaciones clínicas más frecuentes de la enfermedad incluyen fiebre y tos, dificultad para respirar, malestar general, secreción por la nariz, dolor al tragar y trastornos en el sentido del olfato y gusto, entre otros. Si bien se calcula que 8 de cada 10 personas cursan formas leves, entre un 10 y un 15% requiere internación y alrededor del 5% tiene que ser ingresado a una unidad de cuidados intensivos; las personas con edad mayor a 60 años y con otras patologías de base como enfermedad cardiovascular, diabetes o inmunosupresión (defensas bajas) tienen más riesgo de presentar formas graves. A la fecha, no existe vacuna ni tratamiento específico recomendado para la infección COVID-19.

El período de incubación (tiempo desde que se produce la infección hasta que aparecen los síntomas) del nuevo coronavirus puede extenderse hasta 14 días, y el virus puede transmitirse cuando están presente los síntomas y días después de encontrarse asintomático.

El nuevo coronavirus puede transmitirse fácilmente de persona a persona a través del contacto directo de las vías respiratorias con gotas que se producen al hablar, estornudar o toser. Dado que el virus puede persistir durante un tiempo variable sobre las superficies, el contacto con elementos contaminados puede arrastrar las partículas virales y permitir que ingresen al organismo al tocar los ojos, la nariz o la boca. La mayoría de los casos de COVID-19 se producen en contactos estrechos con casos confirmados de COVID-19 durante los primeros días de enfermedad, en general convivientes o compañeros de trabajo.

Dado que el virus puede seguir transmitiéndose durante muchos días después de que comienzan los síntomas, es importante que las personas con COVID-19 cumplan un aislamiento estricto una vez que se les indica el aislamiento fuera de los centros de salud.

Cumplir el aislamiento en forma estricta es una medida clave para prevenir la transmisión del virus a los convivientes, compañeros de trabajo y a la población en general, y una obligación para proteger a las personas más vulnerables de la sociedad. El incumplimiento de las medidas de aislamiento es considerado un delito en nuestro país, y puede acarrear consecuencias legales graves

El aislamiento domiciliario de personas con COVID-19 incluye:

Permanecer en mi domicilio de la calle

en la localidad de

hasta la fecha estipulada más arriba.

Declarar bajo juramento que no conviven conmigo personas mayores de 60 años o que tengan comorbilidades como diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedades respiratorias o inmunosuprimidos que estén en alto riesgo de tener formas graves de COVID-19.

- Mientras dure el aislamiento, no puedo recibir visitas de ningún tipo (excepto personal sanitario que esté involucrado en forma directa en mi seguimiento y atención), ni concurrir a trabajar, ni asistir a eventos sociales, reuniones o actividades grupales de ningún tipo.

- Mantenerme alejado de situaciones en las que pudiera entrar en contacto cercano (menos de 2 metros) con cualquier otra persona, incluyendo quienes convivan conmigo. Si por razones de fuerza mayor esto fuera inevitable, tanto yo como la otra persona debemos usar barbijo quirúrgico.

- Permanecer en una habitación individual con la puerta cerrada, a la que nadie más que yo debo entrar y de la que sólo puedo salir para actividades absolutamente imprescindibles como ir al baño.

- Lavarme las manos con frecuencia con agua y jabón o alcohol en gel.

- Si convivo con otras personas, debo usar barbijo quirúrgico cada vez que salga de la habitación.

- Si uso un baño compartido, debo usar barbijo y al finalizar debo lavarme las manos y limpiar todas las superficies que haya tocado con alcohol o una solución de agua y lavandina.

- No compartir utensilios, vajilla, toallas, ropa de cama almohadas ni ningún otro artículo del hogar. Después de usarlos, todos estos artículos deben ser

lavados cuidadosamente con agua caliente y jabón sin sacudirlos. Si no soy yo quien los lava, la persona encargada debe utilizar medida de protección personal.

- Cubrirme la boca y nariz al estornudar o toser con un pañuelo descartable o el codo. Si uso un pañuelo descartable, debo tirarlo en un cesto con bolsa y tapa y lavarme las manos inmediatamente con agua y jabón o alcohol en gel.

Por este medio acepto que la autoridad sanitaria se comuniquen conmigo al teléfono todas las veces que sea necesario para evaluar mi estado de salud y verificar el cumplimiento de los requisitos que se enumeraron anteriormente. Declaro que en ese teléfono puedo ser ubicado las 24 horas del día, y que alternativamente pueden contactarme al teléfono .

Fui informado de que en caso de presentar dificultad respiratoria, fiebre, empeoramiento de los síntomas o debo contactarme en forma inmediata al teléfono .

Por la presente declaro que todas mis dudas fueron respondidas y que comprendí las obligaciones que se enumeran más arriba. Entiendo además que su incumplimiento constituye un delito contra la salud pública de acuerdo con lo previsto en el artículo 205 del Código Penal y que puede acarrear consecuencias graves para otras personas y para mí mismo/a, incluyendo la cárcel.

Firma y aclaración del/la paciente _____ Número de DNI del/la paciente

Firma y sello del médico/a tratante _____ Número de DNI del médico/a tratante

RECOMENDACIONES PARA PREVENCIÓN EN ÁMBITOS LABORALES CON ATENCIÓN AL PÚBLICO

En el contexto del COVID 19, las oficinas públicas y comercios, entre otros establecimientos con atención al público, deben extremar sus medidas de prevención para proteger tanto a empleados como a usuarios. El presente documento, detallará recomendaciones de organización y funcionamiento, para la prevención del contagio de infecciones respiratorias, que se transmiten por gotas de saliva al hablar, toser y estornudar y que contaminan superficies y objetos en un área de circunferencia de aproximadamente un metro.

Estas medidas de organización y funcionamiento, para las tres rutas de transmisión más comunes: directa (por tos, estornudos o inhalación de gotas) y de contacto (por vía oro-nasal-ocular), se detallarán en los siguientes grupos:

1. Organización y adecuación del lugar de trabajo.
2. Organización del Personal y medidas de prevención personal.
3. Pautas de funcionamiento.

1. ORGANIZACIÓN Y ADECUACIÓN DEL LUGAR DE TRABAJO.

- Asegurar el distanciamiento en la disposición de los puestos de trabajo mediante la distribución del mobiliario, estanterías y pasillos de circulación (mínimo 1 metro, ideal 2 metros). En reemplazo de ello y en los casos que no fuera posible implementarlo, se podrán colocar paneles divisorios para aislamiento entre cada puesto de trabajo.
- En los mostradores para atención al público, tanto para oficinas públicas, como para otros rubros (farmacias, ferreterías, bancos, negocios en general, entre otros) colocar una barrera sanitaria eficaz para evitar la propagación del virus, como divisorios transparentes de acrílico con pases abiertos para entrega de documentos, tarjetas o efectivo, según corresponda. Se recomienda que los divisorios sean de fácil montaje y limpieza.
- Se aconseja diagramar y señalar el flujo de circulación de público, estableciendo un circuito físicamente posible para cumplir en la fila con el distanciamiento social, mediante tiras adhesivas colocadas en el piso a una distancia de entre 1 y 2mts.
- En caso de no contar con divisorio de acrílico en el puesto de atención, se recomienda señalar el piso, con una línea claramente visible, un espacio de seguridad de 1mts que lo separe del mostrador o escritorio de atención.
- Se deberá disponer de sillas (debidamente distanciadas) para la espera del público.
- Disponer de un sector para almacenar adecuadamente los elementos de protección

personal - EPP, siguiendo las instrucciones dadas por el fabricante, de manera que se evite el daño accidental de los mismos o su contaminación.

- Asegurar la disponibilidad de dispensers con alcohol en gel ubicados estratégicamente para ser utilizados tanto por empleados como por el público.
- Asegurar la disponibilidad de cestos para residuos, que no requieran de manipulación para su uso: con boca ancha y sin tapa que obligue al contacto.
- Eliminar objetos como revistas, floreros, cortinado y todo material en general que pueda contaminarse y que requiera un complejo sistema de limpieza y desinfección.
- Las recomendaciones visuales son recordatorios de utilidad. Se sugiere ubicarlos en lugares fácilmente visibles para el público general.
- Es recomendable poner a disposición del público información sobre la línea de atención ciudadana definida por cada jurisdicción ante la presencia de síntomas, así como información sobre cuidados, detección de síntomas y consultas.
- <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19>
- Se sugiere asegurar el cumplimiento de las Recomendaciones para prevenir la transmisión del coronavirus en ámbitos con circulación de personas
- <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/atencion-publico>

3. ORGANIZACIÓN DEL PERSONAL Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN PERSONAL.

- Debe garantizarse la implementación de la Resolución N°29/2020 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo notificación de medidas de prevención en los ámbitos laborales y recomendaciones sobre la correcta utilización de los Elementos de Protección Personal (EPP), en el marco de la emergencia sanitaria producto de la pandemia del COVID-19.
- Es importante que el personal que presente síntomas tales como fiebre, tos, dolor de garganta NO concurra a sus sitios de trabajo. Deberá realizar la correspondiente consulta médica para obtener el diagnóstico y tratamiento adecuado y la permanencia en sus casas hasta la fecha de alta médica.
- Todo el personal deberá informarse sobre la forma de protegerse a sí mismo y a los demás ante la COVID-19, de acuerdo con las indicaciones del empleador y las indicaciones de los medios oficiales.
- En relación con el traslado del personal desde sus domicilios hasta el lugar de trabajo, se aconseja:
 - De ser posible, minimizar el traslado en medios públicos, incentivar la caminata o en caso de disponer, la utilización de medios propios tales como bicicleta moto o auto (manteniéndolo ventilado para garantizar la higiene y desinfección del interior).
 - Desplazarse provisto de un kit de higiene personal.
 - En caso de uso de transporte público, recordar la importancia de cumplir con todas las medidas de prevención (definidas según jurisdicción).

- Es importante maximizar los esfuerzos para establecer equipos fijos de trabajo y con la menor cantidad posible de personal, con el objetivo de minimizar el impacto potencial del aislamiento de contactos estrechos en caso de infección del personal.
- Los equipos deberán estar designados nominalmente y distribuidos en un calendario mensual disponible en la organización.
- Se deben planificar y organizar equipos completos de reemplazo ante la eventualidad de personal enfermo. En el caso de reemplazo por COVID-19, el concepto sería que se cambia el equipo de trabajo completo porque al haber un integrante de baja por esa causa, el resto del equipo deberá cumplir 14 días de aislamiento preventivo por tratarse de contactos estrechos.
- Exceptuar la concurrencia del personal mayor de 60 años o con problemas respiratorios o incluidos en algún grupo de riesgo.
- El empleador deberá proporcionar los elementos de protección personal a todo el personal que realiza atención al público.
- Los elementos de protección personal son individuales, por lo que no se deben compartir.
- La higiene de manos, de manera frecuente es la medida principal de prevención y control de la infección: antes y después de manipular documentación, tarjetas, dinero, llaves, comida, basura o desperdicios e ir al baño. También después de tocar superficies públicas (mostradores, pasamanos, picaportes, barandas, etc.).
- Procurar mantener al menos 1 metro de distancia entre las personas.
- Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca o refregarse la cara.
- Cubrirse la boca y nariz al toser o estornudar con el pliegue del codo o con un pañuelo desechable.
- Evitar los saludos de mano y beso.
- Evitar compartir elementos de uso personal (vasos, cubiertos, elementos de higiene, etc.)

4. PAUTAS DE FUNCIONAMIENTO.

- Los servicios de Higiene y Seguridad en el Trabajo y de Medicina Laboral deberán realizar una evaluación de las situaciones de riesgo frente a esta nueva emergencia sanitaria.
- En la medida de lo posible, minimizar el contacto con otros trabajadores o público en general.
- Se deberán implementar protocolos de actuación en casos de emergencia.
- Realizar y documentar controles sobre el estado, stock y reposición de EPP y kit de desinfección e higienización diariamente.
- Designar una persona del equipo como responsable del control y cumplimiento de las medidas de prevención y la provisión de productos de higiene para el personal y

la limpieza del ambiente.

- Limpiar y desinfectar con frecuencia las superficies de mostradores, barandas, picaportes, puertas, entre otras, de acuerdo a las recomendaciones vigentes.
- <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001899cnt-covid-19-recomendaciones-limpieza-desinfeccion.pdf>
- Complementariamente a esta medida, se debe procurar la ventilación de ambientes cerrados mediante la apertura de puertas y ventanas, para producir circulación cruzada de aire, a fin de permitir el recambio del aire del ambiente.
- Se deberán reforzar las condiciones de higiene de los espacios comunes particularmente sanitarios, aumentando la frecuencia de higiene y desinfección de estos.
- Verificar en baños la disponibilidad de jabón y toallas descartables para higiene adecuada.
- Alentar que todo trámite administrativo, consulta o transacción comercial, que pueda ser realizado en forma digital, se realice de esta manera.
- Acortar al mínimo posible la interacción persona a persona que pueda ocurrir en la ventanilla de atención y en la fila / hall de espera.
- Postergar la realización de trámites presenciales no prioritarios, tiene como objetivo reducir la circulación de personas, limitar la posibilidad de transmisión viral e impedir la exposición innecesaria de las personas.
- Incitar a la población mayor de 60 años o con problemas respiratorios y demás personas incluidas en grupos de riesgo a no concurrir en forma presencial y utilizar vías telefónicas o digitales (correos electrónicos y redes sociales) para la realización de trámites o consultas.
- En la medida de las posibilidades, se aconseja otorgar turnos con tiempos amplios entre los mismos. Ello permitirá el ordenamiento del público para su atención y la posterior limpieza y desinfección de las superficies de uso frecuente.
- Para organizar la espera, se podrá otorgar un número de orden para la atención.
- Mantener presente la importancia del distanciamiento social, respetando las señales incluidas en el piso a esos efectos y/o la ubicación de las sillas para espera.
- Evitar la acumulación de personas dentro de los distintos locales de atención.
- Todas las personas deberán usar, según lo establecido por cada jurisdicción, cubrebocas, tapabocas o barbijos sociales.
- Priorizar la atención de las personas que constituyan grupos de riesgo y de adultos de 60 años y más, reduciendo su tiempo de espera. También se podrán establecer horarios diferenciados para estos grupos de riesgo, preferentemente las primeras horas de atención, para evitar su concurrencia luego de haber transitado un alto número de personas.
- Evitar en lo posible el ingreso con acompañantes. Si en situaciones puntuales esto no fuera posible (por ejemplo, personas que requieren de asistencia permanente),

limitar el ingreso a un acompañante por concurrente.

- El público deberá permanecer sentado o parado en su lugar de la fila, sin caminar ni deambular por el establecimiento o sala de espera hasta ser llamado. Es importante que el concurrente permanezca la menor cantidad posible de tiempo en el establecimiento.
- De ser posible, se recomienda desinfectar todos los elementos entregados por el público.

RECOMENDACIONES PARA EL TRASLADO DE PERSONAS CON SOSPECHA O CONFIRMADOS DE COVID-19

Aspectos claves

Estas recomendaciones se basan en la mejor evidencia científica e información epidemiológica disponible, y están sujetas a revisión constante

Estas recomendaciones son aplicables al escenario de atención de pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19.

El SARS-CoV-2 es un coronavirus que causa la enfermedad denominada COVID-19 y se transmite por contacto de gotas que se producen al hablar, toser o estornudar.

Dado que el SARS-CoV-2 puede permanecer viable por tiempo relativamente prolongado en superficies inertes, la transmisión por contacto de las manos contaminadas con superficies contaminadas toma especial relevancia.

Las prácticas de control de infecciones para prevenir la transmisión horizontal de COVID-19 en establecimientos sanitarios y durante el traslado de pacientes debe ser una prioridad tanto para la protección del personal como para evitar la diseminación del virus.

Las medidas recomendadas son adicionales a las recomendaciones estándar para la prevención y control de infecciones en otros escenarios (por ejemplo, colonización por gérmenes multirresistentes).

Consideraciones generales para el traslado de pacientes con covid-19

En términos generales, los traslados de pacientes con COVID-19 deben reducirse al mínimo posible.

En caso de necesitarse estudios complementarios (por ejemplo, radiografía, ecografía), se recomienda siempre que sea posible el uso de dispositivos portátiles en la habitación del paciente. Los equipos empleados deben ser descontaminados inmediatamente luego de su uso de acuerdo con las recomendaciones vigentes de la institución.

Si el traslado es imprescindible, debe limitarse al mínimo posible el número de personas involucradas.

En el caso de pacientes pediátricos que requieran acompañamiento de sus padres, madres y/o tutores, el acompañante debe cumplir las mismas normas de prevención y control de infecciones que el equipo de salud, incluyendo higiene de manos y uso de equipos de protección personal (EPP).

Siempre que sea posible y para minimizar la posible exposición, se recomienda que el acompañante sea siempre el mismo durante todo el proceso asistencial. De la misma forma si el paciente tiene que ser acompañado por personal policial o de seguridad.

Traslados dentro del centro asistencia

En caso de que los traslados entre áreas dentro del centro asistencial fueran imprescindibles, el paciente deberá emplear en todo momento barbijo quirúrgico; y el todo el personal involucrado en el traslado deberá colocarse el EPP compuesto de barbijo quirúrgico, guantes, protección ocular y camisolín.

Debe asegurarse la comunicación y alertas previos para dar aviso al personal involucrado en la derivación, traslado y recepción del paciente

Durante los traslados debe mantenerse distancia con otros pacientes, 2 metros idealmente y 1 metro como mínimo.

El equipo de salud debe cumplir una estricta higiene de manos antes y después del traslado, y luego de quitarse el EPP.

Traslados desde y hacia otros centros asistenciales

En el caso de traslados hacia otro centro asistencial, debe reducirse al mínimo posible el número de personas involucradas.

Todos los centros en los que se atiendan casos sospechosos o confirmados de COVID-19 deben estar preparados para posibles traslados en ambulancia de estos pacientes.

El personal de salud involucrado en el traslado deberá emplear el EPP correspondiente, compuesto de guantes, camisolín, barbijo quirúrgico y protección ocular.

Todo el equipo involucrado debe cumplir en forma estricta la normativa de higiene de manos previo y luego del traslado, y luego de quitarse el EPP.

En los traslados de alta complejidad, deberá anticiparse a la descompensación del paciente.

Cuando la transferencia de los pacientes con COVID sea necesaria, debe realizarse idealmente en una ambulancia en la que la cabina del conductor esté físicamente separada del área de transporte del paciente.

En caso de que la separación física no sea posible, se recomienda que el conductor emplee barbijo quirúrgico y que se mantenga en lo posible una separación de al menos un metro con el paciente.

Si el conductor debe ayudar con la carga o descarga del paciente, deberá también utilizar guantes, antiparras y camisolín. Al igual que el personal de salud involucrado en el traslado

Debe asegurarse la comunicación entre el personal que deriva al paciente, el equipo que participa en el traslado y el equipo que recibe al paciente en la institución de destino para asegurar el correcto cumplimiento de las prácticas de prevención y control de infecciones.

Durante todo el traslado el paciente debe usar barbijo quirúrgico.

Los residuos generados durante el traslado de pacientes deberán ser manejados y dispuestos de acuerdo con las recomendaciones vigentes.

Una vez finalizado el traslado, la ambulancia y el resto del entorno del paciente deberá ser desinfectado de acuerdo con las recomendaciones vigentes.

Recomendaciones para la limpieza de vehículos de traslado

El personal de limpieza deberá contar con el equipo de protección personal adecuado y materiales: Paños descartables de único uso, atomizadores con limpiador /desinfectante de superficie de uso exclusivo. Productos para la limpieza y desinfección de elementos electrónicos (según sugiere el fabricante).

Deben emplearse métodos de limpieza de rutina en todo el vehículo con especial atención a ciertas áreas que se especifican a continuación:

Limpiar y desinfectar las áreas del vehículo que no sean para la atención de pacientes de acuerdo con las recomendaciones del fabricante del vehículo.

Las áreas del vehículo que no sean para la atención de pacientes, como el compartimento del conductor, pueden contaminarse indirectamente, por ejemplo, al tocar el volante con un guante contaminado. El personal debe estar particularmente alerta para evitar contaminar superficies ambientales que no estén directamente relacionadas con la atención de pacientes (por ejemplo, volantes, interruptores de luces).

Si las superficies del compartimento del conductor se contaminan, deben ser limpiadas y desinfectadas según lo recomendado anteriormente.

Usar guantes desechables no esterilizados que estén recomendados por el fabricante del detergente/desinfectante al limpiar el compartimento de atención de pacientes o al manipular soluciones de limpieza y desinfección.

Desechar los guantes si se dañan o ensucian y al completar la limpieza en una bolsa resistente antiderrames (por ejemplo, una bolsa roja) bien atada y que no se abra nuevamente.

Evitar las actividades en las que se puedan generar partículas contagiosas. Se recomienda utilizar protección para los ojos, como una máscara o gafas protectoras, si hay posibilidad de salpicaduras. Las actividades de limpieza deben ser supervisadas e inspeccionadas periódicamente para asegurar que se sigan los procedimientos correctos.

Las superficies de los compartimentos de atención de pacientes que se tocan con frecuencia (incluyendo camillas, barandas, paneles de control de los equipos médicos pisos, paredes, techos y superficies de trabajo adyacentes, picaportes, radios, teclados y teléfonos celulares) que se contaminan directamente con las secreciones respiratorias y otros fluidos corporales durante del paciente, o indirectamente al ser tocadas con los guantes, deben limpiarse primero con agua y detergente, y luego con un desinfectante hospitalario .

Asegurar que la superficie se mantenga húmeda con el desinfectante durante todo el tiempo recomendado por el fabricante. Las superficies no porosas de los compartimentos de atención de pacientes que no se tocan con frecuencia pueden lavarse con agua y detergente.

Utilizar técnicas húmedas para quitar el polvo, aplicar con un paño soluciones de limpieza y/o desinfectantes).

Limpiar cualquier derrame pequeño de fluido corporal (por ejemplo, vómito de un paciente enfermo) primero con agua y detergente, y luego con un desinfectante.

Los derrames grandes de fluidos corporales (por ejemplo, vómito) deben limpiarse removiendo primero la materia orgánica visible con un material absorbente (por ejemplo, toallas de papel desechables que luego deben ser desechadas en bolsa roja.

Colocar los aparatos y equipos reutilizables para la atención de pacientes que hayan sido contaminados en bolsas para residuos patológicos claramente marcadas para su limpieza y desinfección, o esterilización según corresponda.

Limpiar y desinfectar o esterilizar, según corresponda, los aparatos y equipos reutilizables de acuerdo con las recomendaciones del fabricante.

Al finalizar la limpieza, desechar los guantes tal como se indicó en una bolsa roja.

Lavar inmediatamente las manos con agua y jabón, o con un gel para manos a base de alcohol. Evitar en todo momento tocarse la cara con los guantes puestos o antes de lavarse las manos.

INFORMACIÓN ADICIONAL

<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19>

-European Centre for Disease Prevention and Control. Infection prevention and control for COVID-19 in healthcare settings. 2020 Mar;10. Center for Disease Control and Prevention. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [cited 2020 Mar 15]. Available from:

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/infection-control/control-recommendations.html>

-World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected - Interim guidance. 2020.

-Ministerio de Sanidad - Gobierno de España. Manejo clínico de pacientes con enfermedad por el nuevo coronavirus (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 16]. Available from: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Protocolo_manejo_clinico_COVID-19.pdf

-PIDAC: Best Practices for Environmental Cleaning for Infection Prevention and Control. April 2018.

-IPAC Canada Practice Recommendations for Environmental Cleaning and Disinfection of Emergency Vehicles. Mayo de 2014.

argentina.gob.ar/salud



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2020 - Año del General Manuel Belgrano

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: ANEXO 3

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 53 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2020.07.01 12:34:07 -03:00

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL
ELECTRONICA - GDE
Date: 2020.07.01 12:34:08 -03:00

ANEXO 4

COVID 19

**RECOMENDACIONES
LIMPIEZA Y GESTIÓN DE
RESIDUOS**



**Ministerio de Salud
Argentina**

INDICE

- 1** Recomendaciones para la limpieza domiciliaria y productos de uso domiciliar. Pág. 2
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001882cnt-20200403-recomendaciones-productos-limpieza-domiciliaria.pdf>
- 2** Procedimiento para la gestión de residuos en establecimientos de atención de la salud. Pág. 9
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001889cnt-20200403-gestion-residuos-efectores-salud.pdf>
- 3** Recomendaciones para la gestión de residuos domiciliarios de pacientes en cuarentena. Pág. 14
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001860cnt-covid-19_recomendaciones-gestion-residuos-domiciliarios.pdf
- 4** Limpieza y desinfección material sanitario, superficies y ambientes. Pág. 16
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001899cnt-covid-19-recomenedaciones-limpieza-desinfeccion.pdf>

RECOMENDACIONES PARA LA GESTIÓN DE RESIDUOS DOMICILIARIOS DE PACIENTES EN CUARENTENA

ESTADO DE SITUACIÓN

La evidencia disponible respecto a la historia natural de COVID-19, fuente(s), mecanismos de transmisión, capacidad de diseminación del virus, y persistencia del virus en el ambiente y fómites es limitada.

Hasta la fecha no hay evidencia del riesgo de infección por el nuevo Coronavirus a partir de residuos. Sin embargo, de acuerdo con lo observado para otros virus respiratorios, se considera que los residuos podrían suponer un riesgo de infección para las personas que entren en contacto directo con ellos.

LOS RESIDUOS NO REQUIEREN TRATAMIENTO ESPECIAL POR TRATARSE DE COVID19. SE DEBERÁ SEGUIR LAS REGULACIONES DE RESIDUOS BIOPATÓGENOS ESTIPULADAS POR CADA JURIDICCIÓN.

Por otro lado, en el ámbito hospitalario los pacientes con COVID-19 son internados en aislamiento, con el consiguiente manejo de todos los residuos generados como residuos biopatogénicos.

Los pacientes con COVID-19 pueden requerir cumplir pautas de aislamiento domiciliario.

En cuanto al tercer componente de la tríada ecológica, el ambiente, la persistencia del virus varía en función de la cantidad de inóculo, la temperatura ambiental y el tipo de superficie inanimada sobre el que se encuentre. El riesgo de infección por COVID-19 debido a la contaminación de superficies disminuye con el tiempo. La evidencia en relación con la viabilidad del SARS-CoV-2 en el ambiente es muy limitada, pero extrapolación de estudios con otros coronavirus permite inferir que, en la mayoría de las circunstancias, es probable que el riesgo por presencia del patógeno en superficie se reduzca significativamente después de 72 horas.

Debe considerarse, además, que en nuestro país un tercio de la población cuenta con disposición de residuos basurales a cielo abierto (BCA) con deficientes condiciones ambientales y sanitarias. Sumado a esto, es una práctica extendida la recuperación informal de residuos, tanto en la vía pública como en los BCA, en las que se pueden exponer personas sin las medidas de protección personal, con el consiguiente incremento del riesgo.

Lo antes detallado hace necesario que se establezcan procedimientos para el manejo de residuos domiciliarios de casos probables o confirmados de COVID-19, que no requieran

prácticas invasivas ni tengan otras patologías infectocontagiosas asociadas, y que por su cuadro clínico no ameriten una hospitalización.

2.PROCEDIMIENTO PARA MANEJO DE RESIDUOS DOMICILIARIOS SOSPECHOSOS DE ESTAR CONTAMINADOS CON CORONAVIRUS

Las etapas de la gestión de residuos contempladas son:

- Generación de residuos domiciliarios por casos confirmados de COVID-19
- Almacenamiento dentro de la vivienda
- Recolección y transporte
- Disposición Final

2.1. GENERACIÓN DE RESIDUOS DOMICILIARIOS POR CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19

Serán residuos a ser segregados en el aislamiento domiciliario de casos probables o confirmados de COVID-19:

- Pañuelos descartables
- Pañales
- Otros apósitos con fluidos biológicos del paciente, incluidos elementos descartables para baños en seco
- Elementos de protección personal del personal asistencial (guantes y barbijos)
- Protector respiratorio (barbijo) usado por el paciente
- Envases y embalajes de alimentos que hayan estado en contacto con el caso
- Restos de alimentos consumidos por el caso
- Residuos generados en la limpieza de la habitación de aislamiento

2.2. MINIMIZACIÓN DE RESIDUOS EN EL AISLAMIENTO DE CASOS CONFIRMADOS

Se recomienda adoptar medidas para minimizar la generación de residuos, evitando el uso de materiales descartables siempre y cuando esto no comprometa el cumplimiento de las medidas de bioseguridad. Se recomienda idealmente el uso de utensilios y vajilla para uso exclusivo del paciente, los que deben ser trasladados e higienizados en forma separada al del resto de los convivientes.

2.3. ALMACENAMIENTO DENTRO DE LA VIVIENDA

Los residuos generados por el caso probable o confirmado de COVID-19 deberán ser almacenados en un cesto, enfundado por una bolsa negra plástica en su interior. El mismo deberá estar ubicado dentro de la habitación de aislamiento y separado del resto de los residuos del domicilio.

La bolsa deberá llenarse sólo hasta sus $\frac{3}{4}$ partes. Una vez llena, deberá atarse con doble nudo y colocarse dentro de una segunda bolsa negra, que deberá llevar una leyenda de "CUIDADO-NO ABRIR" y fecha de cierre de la segunda bolsa.

Lavarse las manos inmediatamente después de su manipulación, aunque se haya empleado guantes. Si las manos no están visiblemente sucias, el uso de alcohol en gel es una opción aceptable.

La segunda bolsa cerrada mediante doble nudo debe almacenarse en un lugar adecuado y seguro, fuera del alcance de los niños y mascotas (no colocar las bolsas sobre el suelo), durante al menos 72 horas.

Una vez retirada la bolsa higienizar el cesto siguiendo la técnica del punto 3.

2.4. RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE

Los residuos deberán permanecer el menor tiempo posible en la vía pública, debiendo sacarse próximo al horario de la recolección.

Recolección en viviendas colectivas

La bolsa indicando "CUIDADO-NO ABRIR" será colocada en un sitio indicado por el consorcio, separada del resto de los residuos, con acceso limitado para vecinos, mascotas y niños.

El encargado o persona que retire el residuo de la unidad funcional estará provisto de guantes descartables, así como deberá contar con un kit de limpieza en caso de ruptura de la bolsa (ver punto 3).

En caso de usar ascensor en el transporte del residuo, el mismo será utilizado sin pasajeros, y se procederá a la limpieza posterior del habitáculo, picaportes y botoneras.

Recolección urbana de residuos

Para la recolección de los residuos por parte de los servicios de higiene urbana (sean estos públicos o tercerizados) durante el período de contención de la epidemia, y cuando el número de casos probables y/o confirmados en la localidad sea factible de mapear y conserven su trazabilidad, se recomienda:

Establecer un sistema de recolección ad hoc (diagramación del recorrido de recolección en vehículos diferenciados o en momentos diferenciados de la recolección general) que minimice la manipulación de los residuos y garantice su disposición final. Esto deberá ser realizado por personal entrenado y con elementos de protección personal (EPP) adecuados; ver punto 4.1.

Evitar que los residuos provenientes de aislamiento se mezclen con los residuos enviados a reciclado, en aquellos municipios donde exista recolección diferenciada.

No enviar los residuos de aislamiento a plantas de tratamiento.

Realizar el transporte de los residuos de modo directo al sitio de disposición final.

Proveer de EPP adecuados a los recolectores de residuos para su manipulación; ver punto 4.1.

Instruir a los encargados de los edificios sobre buenas prácticas en el manejo de residuos. Reforzar las medidas de higiene personal.

2.5. DISPOSICIÓN FINAL

El Relleno Sanitario es la mejor forma de disposición final de residuos domiciliarios, en el que se minimizan los riesgos ambientales y sanitarios.

En caso de que la disposición final de los residuos sea en Basural a Cielo Abierto (BCA) se recomienda definir un sector específico del mismo donde disponer estos residuos, evitando la exposición de las personas que realizan prácticas de recuperación de materiales de los residuos. Consultar a las autoridades regulatorias sobre requisitos.

3. LIMPIEZA DE CESTOS, CONTENEDORES Y ÁREAS ASOCIADAS A LOS RESIDUOS

Para la limpieza de cestos y contenedores de residuos domiciliarios sospechosos de estar contaminados con Coronavirus, se sugiere aplicar la siguiente técnica:

- Utilizar guantes de goma debidamente higienizados, o descartables de látex o de nitrilo.
- Desinfectar los contenedores, desde boca a base, con lavandina (1 parte de lavandina comercial en 50 partes de agua), preparada en el momento del uso.
- Dejar secar al aire y no usar hasta que esté seco.

Una vez retirados los residuos en unidades de viviendas colectivas, se higienizan los ascensores y el sitio de acopio de residuos con la solución de hipoclorito de concentración indicada anteriormente.

Se sugiere que el consorcio evalúe el uso exclusivo de recipientes o contenedores para la colocación de las bolsas conteniendo residuos provenientes de casos sospechosos o comprobados, la cual estará ubicada en sitio de fácil limpieza y acceso a vía pública, y difíciles para niños, mascotas y vecinos.

Kit de Limpieza de derrames -consorcio-

- Elementos de protección personal: guantes de látex o nitrilo, barbijo quirúrgico, protección ocular, ropa y calzado de trabajo
- Escoba y pala
- Bolsas
- Solución de hipoclorito de sodio con 10.000 ppm de cloro libre³, preparada en el momento del uso, para descontaminación de la superficie una vez recolectado el residuo derramado. 2 dilución 1:50 de lavandina de concentración 40-50 gr/litro. 200 ml (una taza) de lavandina en 10 litros de agua (un balde).

Generalidades sobre limpieza

Utilizar guantes descartables al limpiar y desinfectar superficies, o guantes de látex o nitrilo, los que deberán estar dedicados a la limpieza y desinfección de superficies para COVID-19 y no deben usarse para otros fines.

Si las superficies están sucias, limpiarlas usando agua y jabón o detergente antes de desinfectar.

Los envases de lavandina deben permanecer cerrados y no ser expuesto a la luz.

La solución de lavandina (1:50. 1:10 u otra) debe ser preparada en el día y descartada a las 24 hs., ya que pierde su efectividad.

No deben mezclarse solución de lavandina con detergente ni ser vertida sobre orina u otros ácidos. Caso contrario se desprende gas cloro, irritante.

Colocar primero el agua y luego verter la lavandina.

4.SALUD DEL TRABAJADOR

El personal debe ser específicamente capacitado, contar con los Elementos de Protección Personal (EPP) adecuados y con kits para contención ante contingencias.

En caso de presentar heridas o abrasiones, éstas deben ser cubiertas con un apósito a prueba de agua y evaluar el nivel de estas para reasignar la tarea.

Se deben extremar las buenas prácticas de trabajo y tener un estricto cumplimiento de las normas. Ante cualquier contingencia informar de inmediato a sus responsables.

4.1. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) PARA RECOLECTORES DE RESIDUOS DE COVID-19 EN EL ÁMBITO URBANO (RSU)

- Ropa y calzado de trabajo
- Guantes descartables, o guantes de látex o nitrilo (no de tela o tejido) de uso exclusivo para residuos de COVID-19

Referencias

- Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. (2020). Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *Journal of Hospital Infection* 104: 246-251.
- Ministerio de Salud de la Nación (2016). Res. MSN^o 134/2016. Directrices Nacionales para la Gestión de Residuos en Establecimientos de Atención de la Salud. Disponibles en:
http://www.msal.gov.ar/politicassocioambientales/images/stories/descargas/residuos/res_msn_134-16_directrices_nacionales_greas.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación (2014). Res. MSN N^o 1792/2014. Directrices Sanitarias para la Señalización de la Gestión Interna de Residuos en Establecimientos de Atención de la Salud. Disponible en:
http://www.msal.gov.ar/politicassocioambientales/images/stories/descargas/residuos/res%20msn%201792-2014_directrices_sanitarias_senalizacion_gestion_residuos_en_atencion_salud.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación (2017). Proyecto de regulación de la gestión de residuos en la atención domiciliar de la salud. Dirección Nacional de Determinantes de la Salud (Documento inédito).
- Organización Mundial de la Salud (2020). Atención en el domicilio de pacientes infectados por el nuevo coronavirus (nCoV) con síntomas leves y gestión de los contactos. Disponible en:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330673/9789240000872-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud (2020). Requerimientos para uso de equipos de protección personal (EPP) para el nuevo coronavirus (2019-nCoV) en establecimientos de salud. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/documentos/requerimientos-para-uso-equipos-proteccion-personal-epp-para-nuevo-coronavirus-2019-ncov>
- Public Health England (2020). Guidance COVID-19: cleaning in non-healthcare settings. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/covid->

19-decontamination- in-non-healthcare- settings/covid-19-decontamination-in-non-healthcare-settings

- Van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, et al. (2020). Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *New England Journal of Medicine*. doi: 10.1056/NEJMc2004973. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc200497>

LIMPIEZA Y DESINFECCION

MATERIAL SANITARIO, SUPERFICIES Y AMBIENTES

Importante: Dadas las características de la enfermedad y la dinámica actual de la pandemia, estas recomendaciones se encuentran en revisión continua y podrán sufrir modificaciones en los próximos días teniendo en cuenta nuevas evidencias que puedan ir surgiendo.

La transmisión del COVID-19 se produce a través de gotitas respiratorias producidas al toser, estornudar o hablar y a través del contacto con superficies contaminadas con estas gotas.

Los elementos de protección personal (EPP) se utilizan para proteger al personal de salud de infecciones, proteger a los pacientes de infectarse o prevenir que infecten a otros. El incumplimiento de las medidas de prevención tiene una gran capacidad de amplificar la cadena de transmisión.

La evidencia muestra que tanto los EPP como las recomendaciones de higiene institucional, son medidas eficaces para minimizar la contaminación ambiental.

OBJETIVO GENERAL

Este documento proporciona las recomendaciones para limpieza y desinfección de elementos y superficies del ambiente de efectores de salud en respuesta al COVID-19. Las mismas están basadas en la mejor evidencia disponible a la fecha y sujetas a revisión continua.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Que los integrantes del equipo de salud sean capaces de:

- Garantizar los procesos de limpieza y desinfección del ambiente hospitalario, así como de equipos biomédicos y textiles en respuesta al COVID-19.
- Garantizar la seguridad de los trabajadores que manipulen elementos del ambiente hospitalario en el marco de COVID-19.
-

CAPACITACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL

El personal de limpieza y desinfección ambiental deberá recibir capacitación en medidas de prevención de infecciones.

El personal de limpieza deberá usar EPP.

PRODUCTOS DE LIMPIEZA Y DILUCIONES

- Los productos de limpieza y desinfección utilizados habitualmente en los establecimientos sanitarios tienen la capacidad suficiente para inactivar el virus. No se requieren productos especiales.
- Los desinfectantes probados para eliminar virus son: hipoclorito de sodio 500-1000ppm u otros clorados alcoholes 62-70%, compuestos fenólicos, compuestos de amonio cuaternario y peróxido de hidrogeno 0,5%, monopersulfato de potasio.
- La dilución correcta de hipoclorito de sodio para desinfección de áreas críticas es de 1000ppm y es dependiente de la concentración inicial de clorado. Ej.: partiendo de una concentración inicial de 55gr. de cloro por litro, hacer la siguiente cuenta: $1000 \text{ (ppm)} \times 1000 \text{ (ml de agua en el pulverizador)} / 55000 \text{ (gr. de cloro a mg)} = 20 \text{ cc de cloro en 1 litro de agua}$. Los clorados se utilizan en superficies ya limpias y enjuagadas. Solo se usan en pulverizadores. La concentración mínima para la eliminación del virus es 500 ppm.
- En el caso de utilizar productos compuestos de amonio cuaternario para la desinfección de superficies e instrumental, deberán tenerse en cuenta los siguientes aspectos:
 - Evitar el contacto con los ojos y la piel.
 - Llevar guantes de protección y protección ocular.
 - Eliminar el producto y su recipiente como residuos peligrosos.
 - En caso de proyecciones, salpicaduras o de contacto con los ojos lavar abundantemente con agua segura durante 15 minutos, manteniendo los párpados separados.
 - En caso de proyecciones, salpicaduras o de contacto con la piel retirar inmediatamente toda la ropa manchada o salpicada, que no debe volver a utilizarse antes de ser descontaminada. Lavar en forma inmediata y con abundante agua.
 - Contener y recoger las fugas con materiales absorbentes no combustibles, por ejemplo: arena, tierra, vermicular, tierra de diatomeas en bidones para la eliminación de los residuos. Absorber el producto disperso con materiales absorbentes no combustibles y barrer o retirar con una pala. Colocar los residuos en bidones con vistas a su eliminación. No mezclarlos con ningún otro residuo. Lavar con abundante agua la superficie manchada y no recuperar el producto con vistas a una reutilización.

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE MATERIAL SANITARIO

Los coronavirus son virus envueltos por una capa lipídica lo que les hace ser especialmente sensibles a los desinfectantes de uso habitual en el medio sanitario.

- Se recomienda de ser posible, que todo el material no crítico (estetoscopio, tensiómetro, termómetro entre otros) sea de uso exclusivo para el paciente y se deje en la habitación.
- El material que vaya a ser utilizado posteriormente con otro paciente deberá ser correctamente limpiado y desinfectado o esterilizado, dependiendo del tipo de material de que se trate, de acuerdo con los protocolos habituales del establecimiento.
- Las ramas de laringoscopios deberán esterilizarse o al menos deberán contar con desinfección de alto nivel.
- Proceder a la limpieza de dispositivos para asistencia respiratoria mecánica con los productos habituales (por ejemplo, amonio cuaternario).
- El material que va a ser reprocesado se transportará a la zona de limpieza en un contenedor cerrado y a prueba de fugas.
- Para la reprocesamiento del material, el personal utilizará el equipo de protección individual de uso habitual para los procesos de limpieza y desinfección de material.

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LAS SUPERFICIES Y AMBIENTES

- Es importante asegurar una correcta limpieza de las superficies y de los ambientes.
- El procedimiento de limpieza y desinfección de las superficies y de los ambientes en contacto con el paciente se hará de acuerdo con la política habitual de limpieza y desinfección del establecimiento.
- No se deben rociar las superficies con desinfectante. Rociar sobre un paño limpio y seco, y empaparlo lo suficiente. Las superficies deben limpiarse a fondo durante más de 1 minuto.
- Limpiar las superficies horizontales de las habitaciones o zonas de aislamiento, con cuidado especial en las superficies donde el paciente haya estado acostado o tocado con frecuencia y alrededor de la cama del paciente; esto se hará periódicamente y después del alta.
- Se emplearán los detergentes y desinfectantes habituales autorizados por la autoridad competente para tal fin (con efecto virucida) y para las superficies se utilizará material textil desechable.
- Cuando se retira un paciente con diagnóstico o sospecha de COVID-19 de la habitación, se debe realizar la desinfección ambiental y del equipamiento. Si el próximo paciente no tiene diagnóstico confirmado de COVID-19 es necesario ventilar la habitación durante 2 horas.
- La frecuencia de limpieza es de, al menos, una (1) vez por turno y dos (2) limpiezas terminales al alta.
- La limpieza general se hará siempre en húmedo, desde las zonas más limpias a las más sucias.

- El material utilizado que sea desechable se introducirá en un contenedor de residuos con tapa y etiquetado con las advertencias precisas.

LAVADO Y DESINFECCIÓN DE ROPA Y TEXTILES

- El personal a cargo de la lavandería debe estar capacitado en medidas de prevención y control de infecciones. Se debe realizar un seguimiento de los procedimientos de lavado.
- Los empleados que traten la ropa deben usar EPP (botas, guantes, barbijo, camisolín y protección ocular).
- La ropa contaminada debe colocarse en una bolsa de lavandería directamente en la sala de aislamiento o área con mínima manipulación, para evitar la contaminación del aire, superficies y personas. Si es necesario contarla, el enfermero o personal que la retira la cuenta y coloca un rótulo con la cantidad de ropa mientras tenga colocado el EPP.
- Los uniformes del personal que atiende a estos pacientes deberían ser llevados al lavadero.
- La ropa del equipo de salud que atiende a pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19 deberá ser exclusiva para el uso durante la guardia o turno y evitar usarse fuera del ámbito hospitalario.
- Si la ropa se lava en el domicilio se debe trasladar en una bolsa cerrada y utilizar detergentes habituales.

LAVADO Y DESINFECCIÓN DE VAJILLA

- Se recomienda que la vajilla utilizada por un paciente en aislamiento sea descartable, permanezca en la habitación y sea desechada dentro de la misma, evitando la contaminación del medio ambiente y de las personas.
- Si no se dispone de vajilla descartable, se recomienda lavar la vajilla reutilizable en un lavavajillas. Si no dispone de lavavajillas, se recomienda el lavado a mano con detergentes usando el EPP apropiado.

GESTIÓN DE RESIDUOS

Los residuos generados en la atención del paciente se consideran residuos biopatogénicos, por lo tanto, deberán ser eliminados según las recomendaciones de cada jurisdicción.

Referencias

- Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19. Versión de 20 de febrero de 2020. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España).
- Recomendaciones para Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. Prácticas Seguras. Ministerio de Salud. Argentina.
- Recomendaciones interinstitucionales para prevenir COVID-19. Versión 22/03/2020 SADI / SATI / ADECI / INE
- Recomendaciones para la Limpieza y Desinfección del Ambiente Hospitalario. Dirección de Enfermería. Ministerio de Salud de la Nación.

RECOMENDACIONES PARA LA LIMPIEZA DOMICILIARIA Y PRODUCTOS DE USO DOMICILIARIO ACTIVO SOBRE COVID-19.

El coronavirus SARS-CoV2, responsable de producir la enfermedad COVID-19, tiene membranas proteínicas y grasas (lípidos).

El palmitato de sodio es el elemento básico de cualquier detergente y jabón. El palmitato disuelve la membrana grasa y el virus se vuelve inactivo.

Puntos clave al usar un desinfectante:

- Chequear fecha de vencimiento.
- Usar acorde a instrucciones del fabricante, su uso indebido puede resultar en menor o falta de efectividad o puede ser peligroso.
- No diluir salvo indicación del fabricante.
- No mezclar productos entre sí salvo indicación del fabricante.
- Puntos clave al realizar el procedimiento de limpieza:
- Usar guantes de limpieza habitual.
- Lavarse las manos con agua y jabón luego de terminar la limpieza.
- Evitar salpicaduras en el rostro.
- Se sugiere evitar el uso de las formulaciones en spray y por ello no se las incluye en la tabla, debido a que, si el mismo se aplica en forma directa sobre una superficie, puede no tener acceso a las zonas más contaminadas. En caso de usar spray, debe realizarse aplicando el mismo sobre papel descartable, realizar limpieza y arrastre, y tirar el papel.
- Para evitar accidentes guardar productos en su envase original o debidamente rotulado en un lugar seguro, debidamente aislado de otros productos con los que se puedan confundir por su forma (sobre todo alimenticios).
- Mientras esté limpiando o utilizando productos de limpieza en casa, no deje nunca sus recipientes desatendidos en presencia de un niño/a pequeño.
- No ingerir.

Limpieza:

- La ropa de cama, toallas, se recomienda que sea lavada con jabones o detergentes habituales y sea secada completamente para volver a utilizarla.
- Los cubiertos, vasos, platos y demás utensilios que no sean descartables se lavarán con agua caliente y detergente habitual.
- Las superficies que se tocan con frecuencia, las superficies del baño y el inodoro deben ser limpiadas y desinfectadas diariamente con un desinfectante doméstico que contenga lavandina diluida (1 parte de lavandina doméstica al 5% en 50 partes de agua) preparado el mismo día que se va a utilizar.
- En el caso de superficies que no sean aptas para la limpieza con soluciones de agua con detergentes o lavandina, como teléfonos celulares y teclados de computadoras

entre otros, y de ser aptos a limpieza con alcohol, utilizar solución alcohólica al 70%. De lo contrario utilizar productos aptos para ese fin.

Productos con agentes activos contra Coronavirus para usar en superficies del hogar

Productos comerciales	Composición
Agua lavandina aditivada. Gel	Hipoclorito de sodio 3.5% libre
Antibacterial baño – cocina Limpiador líquido desinfectante	Cloruro de benzalconio 0.75% alcohol etoxilado c13 12 oe 1.5%
Antibacterial 2 en 1 – pisos. Limpiador líquido sanitizante.	Peróxido de hidrogeno 2%, alcohol
Desinfectante multisuperficies	Cloruro de benzalconio (80%) 1.44%, alcohol etílico (96) 0.8%
Fluido desinfectante	Cloruro de benzalconio (80%) 2%, ortodiclorobenceno 0.024%
Limpiador inodoro en gel	Acido fosforico 4%. Cloruro de benzalconio cont. Neto 500cm3 (80%) 1.25%
Limpia inodoros - Gel desinfectante.	Hipoclorito de sodio 3%, oxido de amina, lauril éter sulfato de sodio y ácido laurico
Limpia inodoros desinfectante active power.	Hipoclorito de sódio 3%
Limpiador cremoso desinfectante crema ultra blanco	Carbonato de calcio y magnesio 45%, carbonato de sodio 3.2%, lauril éter sulfato de sodio 3%, hipoclorito de sodio 1.4% alcohol polietoxilado
Limpiador desengrasante desinfectante de superficies	Alcohol laurico etoxilado 9 moles 3%, cloruro de benzalconio 1.36%
Limpiador desinfectante	Cloruro de benzalconio (80%) 1.75%
Limpiador desinfectante	Cloruro de benzalconio (80%) 2%, nonilfenol 10m
Limpiador liquido desinfectante	Nonilfenoxi Pentraoxietilen etanol 0.88%, cloruro de benzalconio (80%) 0.875%
Limpiador líquido desinfectante	Tensioactivo aniónico 10%, alcohol etílico 5%, dietilenglicol monobutil éter 0.8%
Limpiador líquido desinfectante anti hongos con lavandina y cloro	Hipoclorito de sodio 1.26%, fragancia, hidróxido de sodio, lauril éter sulfato de sodio
Limpiador liquido desinfectante baño	Cloruro de benzalcônio 0.3%
Limpiador liquido desinfectante baño	Cloruro de benzalcônio (80%) 0.3%, isotridecanol etoxilado, coadyuvantes
Limpiador liquido desinfectante blanco	Cloruro de benzalconio (80%) 0.556%
Limpiador liquido desinfectante cocina	Cloruro de benzalcônio (80%) 0.3%
Limpiador liquido desinfectante extra power	Cloruro de benzalcônio (80%) 0.3%, isotridecanol etoxilado
Limpiador liquido desinfectante	Cloruro de benzalconio y nonil fenol
Limpiador líquido desinfectante	Tensioactivo no iónico, cloruro de benzalconio (80%) 1.75%
Limpiador liquido desinfectante.	Cloruro de benzalcônio (80%) 1.75% y lauril polietilen glicol eter 1.5%
Liquido desinfectante concentrado.	Cloruro de benzalcônio (80%) 1.75%, alcohol c12- 14 etoxilado 1.5%
Toallitas húmedas desinfectantes de superficies	Alcohol etílico 20 %, cloruro de benzalconio (80%) 5 %, fragancia y coadyuvantes

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE MATERIAL SANITARIO, SUPERFICIES Y AMBIENTES

Importante: Dadas las características de la enfermedad y la dinámica actual de la pandemia, estas recomendaciones se encuentran en revisión continua y podrán sufrir modificaciones en los próximos días teniendo en cuenta nuevas evidencias que puedan ir surgiendo.

La transmisión del COVID-19 se produce a través de gotitas respiratorias producidas al toser, estornudar o hablar y a través del contacto con superficies contaminadas con estas gotas.

Los elementos de protección personal (EPP) se utilizan para proteger al personal de salud de infecciones, proteger a los pacientes de infectarse o prevenir que infecten a otros. El incumplimiento de las medidas de prevención tiene una gran capacidad de amplificar la cadena de transmisión.

La evidencia muestra que tanto los EPP como las **recomendaciones de higiene institucional**, son medidas eficaces para minimizar la contaminación ambiental.

OBJETIVO GENERAL

Este documento proporciona las recomendaciones para limpieza y desinfección de elementos y superficies del ambiente de efectores de salud en respuesta al COVID-19. Las mismas están basadas en la mejor evidencia disponible a la fecha y sujetas a revisión continua.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Que los integrantes del equipo de salud sean capaces de:

- ✓ Garantizar los procesos de limpieza y desinfección del ambiente hospitalario, así como de equipos biomédicos y textiles en respuesta al COVID-19.
- ✓ Garantizar la seguridad de los trabajadores que manipulen elementos del ambiente hospitalario en el marco de COVID-19.

CAPACITACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL

El personal de limpieza y desinfección ambiental deberá recibir capacitación en medidas de prevención de infecciones.

El personal de limpieza deberá usar EPP:

- Barbijo quirúrgico.
- Camisolín hidrorrepelente de manga larga.
- Protección ocular.
- Calzado impermeable.

- Guantes.

PRODUCTOS DE LIMPIEZA Y DILUCIONES

✓ Los productos de limpieza y desinfección utilizados habitualmente en los establecimientos sanitarios, tienen la capacidad suficiente para inactivar el virus. No se requieren productos especiales.

✓ Los desinfectantes probados para eliminar virus son: hipoclorito de sodio 500-1000ppm u otros clorados alcohólicos 62-70%, compuestos fenólicos, compuestos de amonio cuaternario y peróxido de hidrógeno 0,5%, monopersulfato de potasio.

✓ La dilución correcta de hipoclorito de sodio para desinfección de **áreas críticas** es de 1000ppm y es dependiente de la concentración inicial de clorado. **Ej: partiendo de una concentración inicial de 55gr. de cloro por litro, hacer la siguiente cuenta: $1000 \text{ (ppm)} \times 1000 \text{ (ml de agua en el pulverizador)} / 55000 \text{ (gr. de cloro a mg)} = 20 \text{ cc de cloro en 1 litro de agua}$.** Los clorados se utilizan en superficies ya limpias y enjuagadas. Solo se usan en pulverizadores. La concentración mínima para la eliminación del virus es 500 ppm.

✓ En el caso de utilizar **productos compuestos de amonio cuaternario** para la desinfección de superficies e instrumental, deberán tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- Evitar el contacto con los ojos y la piel.
- Llevar guantes de protección y protección ocular.
- Eliminar el producto y su recipiente como residuos peligrosos.
- En caso de proyecciones, salpicaduras o de contacto con los ojos lavar abundantemente con agua segura durante 15 minutos, manteniendo los párpados separados.
- En caso de proyecciones, salpicaduras o de contacto con la piel retirar inmediatamente toda la ropa manchada o salpicada, que no debe volver a utilizarse antes de ser descontaminada. Lavar en forma inmediata y con abundante agua.
- Contener y recoger las fugas con materiales absorbentes no combustibles, por ejemplo: arena, tierra, vermicular, tierra de diatomeas en bidones para la eliminación de los residuos. Absorber el producto disperso con materiales absorbentes no combustibles y barrer o retirar con una pala. Colocar los residuos en bidones con vistas a su eliminación. No mezclarlos con ningún otro residuo. Lavar con abundante agua la superficie manchada y no recuperar el producto con vistas a una reutilización.

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE MATERIAL SANITARIO

- ✓ Los coronavirus son virus envueltos por una capa lipídica lo que les hace ser especialmente sensibles a los desinfectantes de uso habitual en el medio sanitario.
- ✓ Se recomienda de ser posible, que todo el material no crítico (estetoscopio, tensiómetro, termómetro, entre otros) sea de uso exclusivo para el paciente y se deje en la habitación.
- ✓ El material que vaya a ser utilizado posteriormente con otro paciente deberá ser correctamente limpiado y desinfectado o esterilizado, dependiendo del tipo de material de que se trate, de acuerdo a los protocolos habituales del establecimiento.
- ✓ Las ramas de laringoscopios deberán esterilizarse o al menos deberán contar con desinfección de alto nivel.
- ✓ Proceder a la limpieza de dispositivos para asistencia respiratoria mecánica con los productos habituales (por ejemplo, amonio cuaternario).
- ✓ El material que va a ser reprocesado se transportará a la zona de limpieza en un contenedor cerrado y a prueba de fugas.
- ✓ Para el reprocesamiento del material, el personal utilizará el equipo de protección individual de uso habitual para los procesos de limpieza y desinfección de material.

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LAS SUPERFICIES Y AMBIENTES

Es importante asegurar una correcta limpieza de las superficies de los ambientes.

- ✓ El procedimiento de limpieza y desinfección de las superficies y de los ambientes en contacto con el paciente se hará de acuerdo con la política habitual de limpieza y desinfección del establecimiento.
- ✓ No se deben rociar las superficies con desinfectante. Rociar sobre un paño limpio y seco, y empapararlo lo suficiente. Las superficies deben limpiarse a fondo durante más de 1 minuto.
- ✓ Limpiar las superficies horizontales de las habitaciones o zonas de aislamiento, con cuidado especial en las superficies donde el paciente haya estado acostado o tocado con frecuencia y alrededor de la cama del paciente; esto se hará periódicamente y después del alta.
- ✓ Se emplearán los detergentes y desinfectantes habituales autorizados por la autoridad competente para tal fin (con efecto virucida) y para las superficies se utilizará material textil desechable.
- ✓ Cuando se retira un paciente con diagnóstico o sospecha de COVID-19 de la

habitación, se debe realizar la desinfección ambiental y del equipamiento. Si el próximo paciente no tiene diagnóstico confirmado de COVID-19 es necesario ventilar la habitación durante 2 horas.

- ✓ La frecuencia de limpieza es de, al menos, una (1) vez por turno y dos (2) limpiezas terminales al alta.
- ✓ La limpieza general se hará siempre en húmedo, desde las zonas más limpias a las más sucias.
- ✓ El material utilizado que sea desechable, se introducirá en un contenedor de residuos con tapa y etiquetado con las advertencias precisas.

LAVADO Y DESINFECCIÓN DE ROPA Y TEXTILES

El personal a cargo de la lavandería debe estar capacitado en medidas de prevención y control de infecciones. Se debe realizar un seguimiento de los procedimientos de lavado.

- ✓ Los empleados que traten la ropa deben usar EPP (botas, guantes, barbijo, camisolín y protección ocular).
- ✓ La ropa contaminada debe colocarse en una bolsa de lavandería directamente en la sala de aislamiento o área con mínima manipulación, para evitar la contaminación del aire, superficies y personas. Si es necesario contarla, el enfermero o personal que la retira la cuenta y coloca un rótulo con la cantidad de ropa mientras tenga colocado el EPP.
- ✓ Los uniformes del personal que atiende a estos pacientes deberían ser llevados al lavadero.
- ✓ La ropa del equipo de salud que atiende a pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19 deberá ser exclusiva para el uso durante la guardia o turno y evitar usarse fuera del ámbito hospitalario.
- ✓ guardapolvos. Si la ropa se lava en el domicilio se debe trasladar en una bolsa cerrada y utilizar detergentes habituales.

LAVADO Y DESINFECCIÓN DE VAJILLA

- ✓ Se recomienda que la vajilla utilizada por un paciente en aislamiento sea descartable, permanezca en la habitación y sea desechada dentro de la misma, evitando la contaminación del medio ambiente y de las personas.
- ✓ Si no se dispone de vajilla descartable, se recomienda lavar la vajilla reutilizable en un lavavajillas. Si no dispone de lavavajillas, se recomienda el lavado a mano con detergentes usando el EPP apropiado.

GESTIÓN DE RESIDUOS

✓ Los residuos generados en la atención del paciente se consideran residuos biopatogénicos, por lo tanto, deberán ser eliminados según las recomendaciones de cada jurisdicción.

REFERENCIAS

1. Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19. Versión de 20 de febrero de 2020. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España.
2. Recomendaciones para Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. Prácticas Seguras. Ministerio de Salud. Argentina.
3. Recomendaciones interinstitucionales para prevenir COVID-19. Versión 22/03/2020 SADI/SATI/ADECI/INE.
4. Recomendaciones para la Limpieza y Desinfección del Ambiente Hospitalario. Dirección de Enfermería. Ministerio de Salud de la Nación.

argentina.gob.ar/salud



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2020 - Año del General Manuel Belgrano

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: ANEXO 4

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 22 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2020.07.01 12:32:29 -03:00

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL
ELECTRONICA - GDE
Date: 2020.07.01 12:32:30 -03:00

ANEXO 5

COVID 19 RECOMENDACIONES PARA LA ELABORACIÓN DE PREPARACIONES ALCOHÓLICAS PARA LA ANTISEPSIA DE MANOS



**Ministerio de Salud
Argentina**

El presente documento fue elaborado en cumplimiento con la RM 681/2020 <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227325/20200331> y constituye una recopilación y adaptación de la Guía para la elaboración de Formulaciones recomendadas por la OMS para la desinfección de las manos 2012 y de fórmulas normalizadas ya utilizadas en Argentina.

Contenidos:

1. Introducción
2. Objetivo
3. Población de usuarios y ámbito de aplicación
4. Procedimiento para la elaboración a nivel local
5. Seguridad en la elaboración y almacenamiento
6. Aseguramiento de la calidad
7. Seguridad de las personas
8. Referencias

1. Introducción

En la actualidad, la utilización de productos a base de alcohol es uno de los medios conocidos para desactivar de manera rápida y eficaz una gran diversidad de microorganismos potencialmente nocivos presentes en las manos.

Su actividad microbicida, rápida y de amplio espectro, reporta ventajas intrínsecas y basadas en evidencias, con un riesgo mínimo de generar resistencia a los agentes antimicrobianos.

Si bien el método primario recomendado es el lavado de manos con agua y jabón, el uso de formulaciones de alcohol es

apropiado en lugares apartados o con recursos limitados que no dispongan de lavabos u otras instalaciones para la higiene de las manos (agua limpia, toallas, etc.).

Fomenta una mayor frecuencia en la higiene de las manos, ya que es más rápido, más conveniente, e inmediatamente accesible en todo lugar de atención para la población.

Reduce al mínimo el riesgo de efectos adversos, ya que es más seguro, más aceptable y mejor tolerado que otros productos antisépticos.

2. Objetivo

Elaborar un conjunto de recomendaciones para la elaboración de preparaciones alcohólicas a pequeña escala en farmacias, para ser utilizadas como antiséptico de manos, basadas en las directrices de la Organización Mundial de la Salud, en la

Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y en bibliografía reconocida en Argentina.

Estas recomendaciones facilitan el cumplimiento de la Resol 681/2020 del Ministerio de Salud de la Nación.

3. Población de usuarios y ámbito de aplicación

El presente documento está dirigido al profesional farmacéutico y se ofrecen recomendaciones prácticas para la preparación de las formulaciones alcohólicas a pequeña escala, en el ámbito de la farmacia.

Solo podrán elaborar estos preparados oficinales aquellas farmacias comunitarias u hospitalarias que posean laboratorio habilitados por la autoridad sanitaria jurisdiccional, y que trabajen bajo estrictas normas de Buenas Prácticas de

Preparación de Medicamentos Magistrales acorde a Farmacopea Argentina 7° Ed, o legislación provincial equivalente, y bajo estricta supervisión del profesional farmacéutico.

Pese a que estos productos son de dispensación sin receta, se efectuará una dispensación responsable acorde a las Buenas Prácticas de Dispensación de la Farmacopea Argentina 7° Edición.

4. Procedimiento para la elaboración a nivel local

- A. **Materia Prima necesaria**
- B. **Materiales y Equipos**
- C. **Método de preparación.**
- D. **Etiquetado.**

A. Materia prima necesaria

FORMULACIÓN 1: OMS	
Insumo	Calidad
Alcohol etílico 96°	Farmacopea
Glicerina	Farmacopea
Peróxido de hidrógeno 3%.	Farmacopea
Agua Purificada	Farmacopea

FORMULACIÓN 2: OMS	
Insumo	Calidad
Alcohol isopropílico	Farmacopea
Glicerina	Farmacopea
Peróxido de hidrógeno 3%.	Farmacopea
Agua Purificada	Farmacopea

FORMULACIÓN 3: Alcohol 70° Uso tópico	
Insumo	Calidad
Alcohol etílico 96°	Farmacopea
Glicerina	Farmacopea
Agua Purificada	Farmacopea

FORMULACIÓN 4: Alcohol en gel	
Insumo	Calidad
Alcohol etílico 96°	Farmacopea
Glicerina	Farmacopea
Carbomer	Farmacopea
Trietanolamina	Farmacopea
Agua Purificada	Farmacopea

Glicerina: se utiliza como hidratante y emoliente para el cuidado de la piel.

Peróxido de hidrógeno: se utiliza para desactivar las esporas bacterianas

contaminantes de la solución, y no es una sustancia activa para la antisepsia de las manos (en la dilución empleada en este preparado).

En caso de incorporar cualquier otro aditivo o alguna sustancia a las formulaciones, se deberá aportar las razones suficientes para ello, así como documentación sobre la seguridad del

componente incorporado. Deberá estar claramente etiquetado, y carecer de toxicidad. No se recomienda la adición de fragancias, debido al riesgo de reacción alérgica.

B. Materiales y Equipos

- Balanza de precisión de sensibilidad adecuada.
- Elementos de medición volumétrica (probetas, pipetas, etc)
- Recipientes para la elaboración (acero inoxidable o plástico)
- Elementos generales de laboratorio.
- Equipos para mezclado (Agitadores de diversos tipos con motores blindados).
- Un pHmetro o tiras de pH.
- Envases para el fraccionamiento final (preferentemente de plástico y con buen cierre)

C. Método de preparación.

FORMULACIONES 1 y 2 OMS

N° 1 OMS

FÓRMULA CADA 100 ml

Alcohol etílico 96°	83,33 ml
Peróxido de hidrógeno 3%	4,17 ml
Glicerina	1,45 ml
Agua purificada c.s.p.	100 ml

N° 2 OMS

FÓRMULA CADA 100 ml

Alcohol isopropílico	75 ml
Peróxido de hidrógeno 3%	4,17 ml
Glicerina	1,45 ml
Agua purificada c.s.p.	100 ml

METODOLOGIA

- 1) Vierta el alcohol en el recipiente de elaboración.
- 2) Añada el peróxido de hidrógeno con la probeta.
- 3) Añada la glicerina con una probeta. La glicerina es muy viscosa y se adhiere a las paredes de la probeta, por lo que deberá limpiarse ésta con agua destilada antes de verter su contenido en la botella o depósito.
- 4) Complete a volumen final con agua purificada.
- 5) Una vez terminada la preparación, tape el recipiente lo antes posible para evitar la evaporación.

6) Mezcle la solución agitándola suavemente o mediante un agitador.

7) Distribuya inmediatamente la solución entre los recipientes finales, y ponerlos en cuarentena durante 72 horas. Durante ese tiempo, las esporas presentes en el alcohol o en los envases serán destruidas.

ENVASADO Y ROTULADO

Utilizar envases de vidrio o plástico, de cierre perfecto.

Etiquetar acorde a legislación.

Fórmula para declarar en el rótulo:

N° 1 OMS: Alcohol etílico 80% v/v, glicerina 1,45 % v/v, Peróxido de hidrógeno 0,125% p/v, agua purificada c.s.p 100 ml

N° 2 OMS: Alcohol isopropílico 75% v/v, glicerina 1,45 % v/v, Peróxido de hidrógeno 0,125% p/v, agua purificada c.s.p 100 ml

CONTROLES EN PREPARADO FINAL

- Aspecto: Líquido límpido, incoloro, olor característico, libre de elementos extraños.
- Prueba de uso: Vierta una cantidad de producto en la palma de su mano y extiéndalo por la superficie de ambas manos. Frote éstas hasta que se sequen. Se recomienda un tiempo de secado no

menor de 15 segundos ni mayor de un minuto.

- Hermeticidad del envase.
- Control de Contenido.

CONDICIONES DE CONSERVACIÓN

Almacenar a temperatura ambiente, en envase bien cerrado.

FECHA DE VENCIMIENTO
12 (doce) meses.

FORMULACIÓN 3: Alcohol 70° Uso tópico

FÓRMULA CADA 100 ml

Alcohol etílico 96º	73 ml
Glicerina (*)	2 g
Agua purificada c.s.p.	100 ml

(*) Si bien este % de glicerina es muy utilizado, hay publicaciones que la usan en % menores, como 0,5 - 1,0 - 1,5 % p/v. El farmacéutico decidirá la concentración a usar.

METODOLOGIA

En recipiente adecuado colocar la glicerina, incorporar el alcohol etílico 96º y llevar a volumen con agua. Homogeneizar. Filtrar en caso de necesidad.

ENVASADO Y ROTULADO

Utilizar envases de vidrio o plástico, de cierre perfecto.

Etiquetar acorde a legislación.

Fórmula para declarar en el rótulo: Alcohol etílico 70°, glicerina 2%, agua purificada c.s.p. 100 ml

CONTROLES EN PREPARADO FINAL

- Aspecto: Líquido límpido, incoloro, olor característico, libre de elementos extraños.
- Prueba de uso: Vierta una cantidad de producto en la palma de su mano y extiéndalo por la superficie de ambas manos. Frote éstas hasta que se sequen. Se recomienda un tiempo de secado no menor de 15 segundos ni mayor de un minuto.
- Hermeticidad del envase.
- Control de Contenido.

CONDICIONES DE CONSERVACIÓN

Almacenar a temperatura no superior a los 40ºC, en envase bien cerrado.

FECHA DE VENCIMIENTO

24 (veinticuatro) meses.

FORMULACIÓN 4: Alcohol en gel

FORMULA CADA 100 g

Alcohol etílico 96º	72 ml
Carbomer(**)	c.s.
Glicerina (*)	2 g
Trietanolamina 50% c.s.p.	pH 7
Agua purificada	20 ml
Alcohol 70° uso tópico c.s.p.	100 g

(**). En el desarrollo de esta formulación fue utilizada la marca comercial Carbopol. El Carbopol tiene distintos grados como 940, 980, Ultrez, etc.

En función de la cantidad de carbomer se pueden lograr distintas consistencias del gel, al 0.5% se obtienen geles consistentes y al 0.3/0.35% geles con cierta fluidez. La

consistencia del gel no modifica la eficacia antiséptica. Los geles con 0.3/0.35% de carbomer tienen una buena fluidez para su fraccionamiento directo por gravedad en los envases finales.

Con los geles consistentes no fluidos, resulta más complejo el fraccionamiento con métodos manuales.

(*) Si bien este % de glicerina es muy utilizado, hay publicaciones que la usan en % menores, como 0,5 - 1,0 - 1,5 % p/v. El farmacéutico decidirá la concentración a usar.

METODOLOGIA

La humectación del carbomer es uno de los pasos fundamentales de la preparación y varía de acuerdo al tipo utilizado. Es recomendable el uso de un carbómero de humectación rápida (tipo Ultrez 10) porque disminuye los tiempos de preparación y da geles más transparentes.

En recipiente adecuado colocar el carbomer, e ir agregando pequeñas cantidades de agua para humectar el polímero, con ayuda de varilla o pilón ir desagregando los grumos. Una vez incorporado el total de agua hay que dejar en humectación, agitando cada tanto. El tiempo de humectación dependerá de las especificaciones del fabricante del carbómero. Luego agregar el etanol, la glicerina y homogeneizar. Para gelificar agregar la trietanolamina (al 50% en agua), en gotas y con constante agitación hasta pH cercano a 7 donde se logra la consistencia adecuada. La formación de burbujas es normal, pero es mayor si la agitación es violenta o con batidora. El agregado del alcalinizante en gotas disminuye la formación de grumos. Finalmente hay que agregar alcohol uso tópico, hasta completar peso final.

ENVASADO Y ROTULADO

D. Etiquetado.

Los envases deberán estar claramente rotulados, consignando la siguiente información como mínimo:

Nombre y domicilio de la Farmacia

Nombre y Matrícula del Director Técnico

Composición

Se deberá indicar la siguiente información:

Sanitizante de manos sin enjuague.

Uso externo.

Producto inflamable. Mantener alejado del fuego y del calor.

Mantener fuera del alcance de niños.

Evite el contacto con los ojos, de ocurrir lavar con abundante agua.

Utilizar envases de plástico, de cierre perfecto.

Etiquetar acorde a legislación.

Fórmula a declarar en el rótulo: Alcohol etílico 70°, glicerina 2%, carbomer c.s.p trietanolamina agua purificada c.s.p 100 g

CONTROLES EN PREPARADO FINAL

- Aspecto: Gel límpido o ligeramente opalescente, incoloro, olor característico y libre de elementos extraños.
- Prueba de uso: Vierta una cantidad de producto en la palma de su mano y extiéndalo por la superficie de ambas manos. Frote éstas hasta que se sequen. Se recomienda un tiempo de secado no menor de 15 segundos ni mayor de un minuto.
- Hermeticidad del envase.
- Control de contenido.
- pH: Entre 6.0 y 8.0

CONDICIONES DE CONSERVACIÓN

Almacenar a temperatura no superior a los 40°C, en envase bien cerrado.

FECHA DE VENCIMIENTO

24 (veinticuatro) meses.

Fecha de elaboración

Fecha de vencimiento

Número de lote (Es el número de asiento en el Libro Recetario o equivalente).

Forma de uso: vierta una cantidad de producto en la palma de su mano y extiéndalo por la superficie de ambas manos. Frote éstas hasta que se sequen.

Deberán completarse con las exigencias de la autoridad sanitaria de aplicación en cada provincia para la rotulación de preparados en farmacia.

Comercialización: Estas formulaciones se consideran de dispensación sin receta.

5. Seguridad en la elaboración y almacenamiento:

El alcohol isopropílico, el alcohol etílico 96°, el alcohol 70° y el alcohol en gel son ALTAMENTE INFLAMABLES. Los vapores pueden llegar a un punto de ignición, prenderse y transportar el fuego hacia el material que los originó. Pueden explotar si se prenden en un área cerrada y pueden generar mezclas explosivas e inflamables con el aire a temperatura ambiente.

En situaciones de gran demanda de producción de alcohol en gel o alcohol 70°, como la actual pandemia de coronavirus COVID-19, la manipulación y acopio de mayores cantidades de etanol en los laboratorios de farmacias hospitalarias y comunitarias incrementan dicho riesgo. Este aumento de escala productiva obliga a revisar y mejorar la adherencia a las normas de bioseguridad, especialmente si la manipulación de alcoholes se acompaña del uso de equipamiento eléctrico. Por esta razón se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- En caso de utilizar equipamiento eléctrico durante la elaboración, estos deben tener motores blindados y correcta descarga a tierra. Debe evitarse la utilización de equipos hogareños como

mezcladoras (tipo batidora) o agitadores mecánicos con motores eléctricos no blindados ya que poseen carbones que transmiten electricidad a la bobina, lo que produce “chispas” que pueden iniciar un incendio.

-Debe evitarse especialmente el uso de agitadores mecánicos caseros adaptados a partir de máquinas tipo agujereadora, ya que suelen emitir muchas chispas.

¿Cómo reconocer si un motor es blindado?

A. Leer las especificaciones del equipo.

B. En general no poseen ventanitas para airear el motor.

También es importante que los recipientes donde se realice la elaboración sean cerrados o tengan tapa (o cubierta transitoria) que disminuya al máximo la evaporación de alcohol hacia el ambiente de trabajo.

Las zonas de almacenamiento de alcoholes y sus productos terminados deben estar en lugares con adecuada circulación de aire y lejos de toda fuente de calor, chispas o fuego.

6. Aseguramiento de la Calidad

Los preparados en la oficina farmacéutica requieren, desde el punto de vista de la calidad, una consideración diferente de aquellos fabricados a nivel industrial, no en la calidad final, sino en los mecanismos para evaluar la misma.

Los preparados oficinales sustentan su seguridad y eficacia, en la preparación de los mismos bajo normas de Buenas Prácticas de Preparación en Farmacia.

Estas normativas otorgan gran importancia al cumplimiento de la Trazabilidad mediante la implementación de procedimientos de documentación que

permitirán registrar adecuadamente la historia de cada preparado.

Cada uno de los lotes elaborados deberá documentar la trazabilidad mediante la siguiente documentación mínima:

- Certificados de análisis de todas las materias primas involucradas en la fabricación. No será necesario el certificado de análisis si se utiliza Alcohol Etílico 96° Farmacopea o Uso Medicinal, envasado por litro o fracción para venta al público, autorizado por ANMAT o Ministerio de Salud provincial.

- Registro de ingreso de cada materia prima.
- Registro en el Libro Recetario.
- Planilla de elaboración o equivalente, donde se debe identificar cada componente (su número de ingreso y cantidades utilizadas), controles efectuados en el preparado final y toda observación del proceso de elaboración. Las mismas deberán ser firmadas y conservadas por la Dirección Técnica de la Farmacia.

Se debe poner especial énfasis en la calidad de los alcoholes recibidos comparando sus certificados de análisis con las exigencias de la Farmacopea Argentina. Se considera recomendable determinar la densidad relativa para asegurar el porcentaje de alcohol.

En los preparados terminados no se aconseja el uso de alcoholímetros dado que estos están calibrados para mezclas de etanol y agua únicamente.

7. Seguridad de las personas

Para personal de la Farmacia

Provoca irritación ocular grave.

Peligros de incendio y/o explosión.

Manipulación: Usar siempre protección personal así sea corta la exposición o la actividad que realice con el producto.

Primeros auxilios:

Tras inhalación: aire fresco.

En caso de contacto con los ojos: Enjuagar con agua, retirar lentes de contacto (si fuera el caso) y concurrir al oftalmólogo.

Extinción de incendios: Agua, Espuma, Dióxido de carbono (CO₂), Polvo seco.

Para los pacientes

En caso de contacto con los ojos: Enjuagar con agua, retirar lentes de contacto (si fuera el caso) y concurrir al oftalmólogo.

Ante una ingestión accidental o deliberada, contactarse con el Centro Nacional de Intoxicaciones: 0800-3330160.

8. Referencias

- Resol 681/2020 del Ministerio de Salud de la Nación.
- Guía para la elaboración a nivel local: Formulaciones recomendadas por la Organización Mundial de la Salud –OMS para la desinfección de las manos. -2012.
- Resolución 641/2000 Normas de Organización y Funcionamiento de Farmacia en Establecimientos Asistenciales.
- Farmacopea Argentina 7° Ed, <1027> Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos Magistrales.
- Farmacopea Argentina 7° Ed, <1013> Buenas Prácticas de Dispensación en la farmacia oficial comunitaria y hospitalaria.
- Códex Farmacéutico Bonaerense del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires, 2° Ed.
- Especificaciones de calidad y recomendaciones para el manejo seguro de alcohol etílico. Grupo Argentino Hospitalario de Farmacotecnia. Rev 02 del 17 de abril de 2020.

argentina.gob.ar/salud



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2020 - Año del General Manuel Belgrano

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: ANEXO 5

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 9 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2020.07.01 12:32:57 -03:00

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL
ELECTRONICA - GDE
Date: 2020.07.01 12:31:46 -03:00