

Estrategia para la Prevención y el Control de COVID-19 en Instituciones de Cuidados a Largo Plazo (ICLP) Basada en Delimitación Explícita de Zonas de Riesgo

Fecha de Versión Actual en inglés: 1^{er} de junio de 2020

Fecha de la versión en español: 7 de julio de 2020

Este documento ha tenido algunas actualizaciones que todavía no se han traducido al español. Esto incluye información importante sobre temas de ventilación, visitas, lavandería y el uso de pruebas rápidas como barrera principal. Consulte la versión en inglés para obtener la información más actualizada (disponible aquí: <https://bushproof.com/download/1803>).

Escrito por:

Eric Fewster, BA, MSc, C.WEM, MCIWEM, CEnv, Gerente Independiente de Agua y Medio Ambiente, Salford, UK

Con contribuciones / revisiones de:

Dr David R Tomlinson, BM, BSc, MD, University Hospitals Plymouth NHS Trust, Plymouth, UK

Jean-François Fesselet, MSc, WatSan Unit Coordinator, Médecins Sans Frontières, Amsterdam, The Netherlands

Dr Sarah House, BEng, DIS, MSc, D.Litt, CEng, MICE, C.WEM, FCIWEM, Independent Water Sanitation & Hygiene (WASH) Consultant / Public Health Engineer, Leicester, UK

Dr Michaël R Laurent, MD, PhD, Geriatrician, Imelda Hospital, Bonheiden, Belgium

Adelina Comas-Herrera, MSc, Assistant Professorial Research Fellow, Care Policy & Evaluation Research Centre (CPEC), London School of Economics & Political Science, UK, Editor of LTCcovid.org

Dr Muh-Yong Yen, MD, Director, Department of Diseases Control & Prevention, Taipei City Hospital, Taiwan

Dr Jonathan Schwartz, PhD, State University of New York at New Paltz, USA

Alison Criado-Perez, RN, DTN, Rutland, UK

Christopher J Peskett, BA, RN, CTN, Norwich, UK

El autor y los revisores tienen experiencia en medicina/salud, centros asistenciales, agua/saneamiento/higiene, prevención y control de infecciones (específicamente de enfermedad por el virus del Ébola, SARS, cólera, fiebre hemorrágica de Lassa, dengue, leishmaniasis visceral, sarampión, brotes de tuberculosis y difteria) y respuesta de emergencia.

Exención de responsabilidad: tenga en cuenta que las contribuciones / revisiones de los autores o contribuyentes no significa aprobación por parte de la institución para la que trabajan.

Adaptación de la versión en español:

Teresa Álvarez Cisneros MD, MSc, PhD, Investigadora en Ciencias Médicas B, Instituto Nacional de Geriátría, México

Arturo Avila Avila MD, Director, Departamento de Enseñanza y Divulgación, Instituto Nacional de Geriátría, México

Carmen García Peña MD, PhD Directora, Departamento de Investigación, Instituto Nacional de Geriátría, México

Luis Miguel Gutiérrez Robledo, MD, PhD Director General, Instituto Nacional de Geriátría, México

Mariana López Ortega, MPP, PhD, Investigadora en Ciencias Médicas D, Instituto Nacional de Geriátría, México

Raúl Hernán Medina Campos, MSc, Subdirector de Investigación Epidemiológica Geriátrica, Instituto Nacional de Geriátría, México

Eduardo Sosa Tinoco, MD, MPH, Médico Especialista A, capacitador y evaluador de competencias, Instituto Nacional de Geriátría, México

Para cualquier pregunta, comentario o cambio sugerido, comuníquese con:

Eric Fewster, ericfewster@bushproof.com, +44 7814 788 846 sobre la versión original en inglés

Mariana López Ortega, mlopez@inger.gob.mx / marianalopezortega@gmail.com, +52 55 5573 9087 sobre esta versión en español

La traducción de este documento fue realizada con fondos de la Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación de la Ciudad de México CM-SECTEI/041/2020 “Red colaborativa de Investigación Traslacional para el Envejecimiento Saludable de la Ciudad de México (RECITES)”.

Contenidos

1. Introducción.....	4
2. Delimitación de zonas	7
3. Higiene de manos.....	13
4. Asignación y rotación del personal en relación con las zonas.....	14
5. Uso de equipos.....	15
6. Entradas: flujo del personal y de los residentes	16
7. Aislamiento / cuarentena / vida colectiva	16
Para residentes que sufren de demencia u otros comportamientos desafiantes	18
8. Ropa de casa del personal / higiene al retirarse.....	19
9. Equipo de Protección Personal (EPP).....	19
EPP recomendado	20
Reutilización de los EPP	24
Ponerse y quitarse el EPP	25
10. Preparación de alimentos / lavado de trastes	26
11. Cloración / limpieza y desinfección de objetos y superficies	26
Desinfección de EPP	27
Platos	27
Superficies	27
Notas sobre la preparación del cloro.....	28
12. Residuos.....	28
13. Lavandería.....	29
14. Señalización.....	29
15. Salud del personal.....	30
16. Habitaciones de los residentes y aerosoles	31
17. Notificación a las autoridades de salud pública.....	32
18. Preparación de solución de cloro.....	33
Seguridad	33
Tipos de cloro	33
Procedimiento	33
19. Transmisión asintomática / pre-sintomática en ICLP	35
20. Uso recomendado del EPP por entorno de atención: primaria, ambulatoria y comunitaria, asistencia social y en el hogar	41
21. Historial de las revisiones a la versión original en inglés.....	43

1. Introducción

Justificación de la necesidad del presente documento

En enfermería existen los conceptos de aislamiento de contacto y aislamiento protector. La guía general del gobierno del Reino Unido también utiliza los términos Procedimientos estándares de prevención y control de infecciones, PCI por sus siglas en español, o EPCI (Estándares de prevención y control de infecciones), que son los procedimientos básicos diarios para PCI, así como las y Precauciones basadas en la transmisión (PBT), que son procedimientos adicionales para situaciones de brote o epidemia. La estrategia que se presenta en este documento se alinea con estos conceptos, pero agrega algunas sugerencias adicionales específicas para COVID-19, que actualmente no están disponibles o no están claras en la guía del PCI del gobierno del Reino Unido. En el caso de México, los procedimientos de este documento, complementan las disposiciones generales emitidas por el gobierno federal en lo relativo a COVID-19.

Existen dos ciber seminarios disponibles en línea que explican la justificación de este documento y sus contenidos claves:

- Una introducción a la transmisión asintomática y una perspectiva general de este documento de estrategia, grabado el 23 de abril: <https://youtu.be/QNN9iTnnRHQ> (Puede ver el video con subtítulos en español activando primero el menú de subtítulos, seguido del menú de configuración y ahí seleccionar la opción de subtítulos>>traducción simultánea>>español)
- Una revisión de la transmisión asintomática / pre-sintomática, grabado el 25 de mayo: <https://www.youtube.com/watch?v=kbTifRj7rg4> (Puede ver el video con subtítulos en español activando primero el menú de subtítulos, seguido del menú de configuración y ahí seleccionar la opción de subtítulos>>traducción simultánea>>español)

Esta estrategia incorpora en la medida de lo posible la orientación actual del gobierno del Reino Unido. Hemos llevado a cabo un mapeo de la orientación existente para comprender las fortalezas y lagunas, y mostrar cómo se relaciona con nuestra estrategia y la razón por la cual difiere:

Mapeo de las guías del Gobierno (británico) para la PCI de COVID-19 en ICLP:
<https://www.bushproof.com/wp-content/uploads/2020/05/Mapping-Govt-IPC-strategies-for-COVID-19-in-care-homes.pdf>

Nuestra estrategia para Instituciones de Cuidados a Largo Plazo (ICLP), tales como las residencias para personas mayores, casas de retiro, centros de asistencia social, hogares geriátricos, entre otras modalidades, se basa en la comprensión del papel fundamental que tiene la transmisión asintomática / pre-sintomática como uno de los principales factores que contribuyen a la propagación de la COVID-19. Debido a eso, enfatizamos fuertemente la importancia de la delimitación clara de las zonas de riesgo en todo el edificio/inmueble, a fin de reducir la contaminación cruzada, incluso de los residentes asintomáticos a quienes de otra manera se les podría brindar "atención normal".

Se sabe que este método de zonificación (también conocido como paquete de control de tráfico, PCT, [Traffic Control Bundling, TCB] o semáforo de riesgo) ha reducido en gran medida la infección

en los centros de atención a la salud durante los brotes anteriores de SARS y de enfermedad por el virus del Ébola, y se ha detallado en los siguientes documentos :

Yen, M.Y. *et al* (2006) Using an integrated infection control strategy during outbreak control to minimize nosocomial infection of severe acute respiratory syndrome among healthcare workers. *Journal of Hospital Infection*, Volume 62, Issue 2, February 2006, pp. 195-199.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195670105001258>

Yen, M.Y. *et al* (2011) Taiwan's traffic control bundle and the elimination of nosocomial severe acute respiratory syndrome among healthcare workers. *Journal of Hospital Infection*, Volume 77, Issue 4, April 2011, pp. 332-337.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019567011000530X>

Yen, M.Y. *et al* (2020) Interrupting COVID-19 transmission by implementing enhanced traffic control bundling: Implications for global prevention and control efforts. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1684118220300712>

Schwartz, J. King, C-C.; Yen, M-Y. (2020) Protecting Healthcare Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak: Lessons from Taiwan's Severe Acute Respiratory Syndrome Response. *Clinical Infectious Diseases*, ciaa255. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa255>

Reconocemos que el conocimiento sobre la zonificación proviene de entornos de atención médica, no de ICLP, las cuales tienen una población vulnerable que vive en lugares cerrados. Por lo tanto, la estrategia descrita en este documento puede no ser ideal (es decir, cuando tenemos que tratar con residentes confirmados, sospechosos y sanos que están presentes en el mismo edificio) e incluso con controles estrictos, la contaminación cruzada es una posibilidad muy real dadas otras limitaciones como la insuficiencia de personal, la escasez de equipos de protección personal (EPP) y la falta de capacitación sobre PCI y uso de EPP.

Sin embargo, esta es la situación en la que nos encontramos. Se ha publicado un documento reciente que adapta el concepto de zonificación, con una orientación muy similar a la de este documento:

Yen, M.Y. *et al* (2020) Recommendations for protecting against and mitigating the COVID-19 pandemic in long-term care facilities. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1684118220300979?via%3Dihub>

Más recientemente, el 21 de mayo de 2020, la Organización Mundial de la Salud, OMS publicó una guía actualizada para la prevención y el control de infecciones en ICLP dentro de la región europea, que ahora recomienda nuestra estrategia de zonificación:

WHO (2020) *Strengthening the Health Systems Response to COVID-19. Technical guidance #6: Preventing and managing the COVID-19 pandemic across long-term care services in the WHO European Region*.

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/pages/strengthening-the-health-system-response-to-covid-19/technical-guidance-and-check-lists/strengthening-the-health-systems-response-to-covid-19-technical-guidance-6,-21-may-2020>

Esta estrategia también intenta agregar algunos detalles más pragmáticos para ciertos elementos. Por ejemplo, cómo reutilizar de manera práctica los EPP como se sugiere aquí:

WHO (2020) *Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages: Interim guidance.*

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331695/WHO-2019-nCov-IPC_PPE_use-2020.3-eng.pdf

Público destinatario

En general, debe haber un miembro del personal designado en cada institución quien lidere las acciones para la prevención y el control de infecciones. Este documento está destinado a esa persona y / o al administrador de la ICLP.

Se ha escrito para el contexto del Reino Unido con el objeto de ayudar a las personas a planificar e implementar un control de infecciones efectivo, a fin de minimizar los riesgos para las personas vulnerables que viven en las instituciones y el personal que les cuida, pero también debería ser útil para los contextos de otros países. Esta versión en español se ha generado para facilitar el acceso a estas indicaciones y su consulta en ICLP en otras regiones, tratando de adaptarla también a otros contextos que pueden tener características distintas a las ICLP del Reino Unido.

Nos damos cuenta de que habrá una amplia gama de diferentes configuraciones de ICLP dependiendo del nivel de cuidado requerido (por ejemplo, enfermería, cuidados personales, alojamiento), por lo que cada una necesitará una respuesta basada en su contexto. La idea aquí es que las personas puedan usar / adaptar este documento para su propio contexto, haciéndolo con base en la comprensión sobre la Prevención y el Control de Infecciones (PCI) mediante el uso de una delimitación clara de las zonas de riesgo.

Es muy importante planificar de antemano un brote en cada ICLP cuando hay tiempo de hacerlo. Esto les permitirá poder actuar rápidamente y detener o minimizar la propagación desde el principio una vez que se tenga un primer caso, en lugar de tener que readaptar sus sistemas y capacitar a su personal al mismo tiempo que responde. Desarrolle un plan paso a paso para cada elemento de la respuesta como se describe en esta estrategia y adáptelo a su contexto particular. Prepare letreros, capacite a su personal y desarrolle sesiones informativas simples, listas para capacitar al personal temporal y voluntarios que puedan apoyar. Si es posible, planifique también simulacros de capacitación para aumentar la confianza de su personal en el manejo de la situación.

Opciones a considerar

Hay otras opciones que permiten un mayor nivel de segmentación para no lidiar con varios niveles de riesgo dentro de una residencia. Estas serían opciones a ser consideradas de preferencia por el gobierno con el fin de reducir el riesgo de infección en residencias de personas mayores e incluir ideas como:

- Protección total: dado que la infección proviene del exterior, la forma más segura de protección es aquella en la que el personal se va a vivir dentro de la residencia y detiene todo contacto con el exterior.
- Dar de alta a los residentes (con y sin COVID-19) de los hospitales a instituciones específicas asignadas de color amarillo (el documento del *Department of Health and Social Care*, de fecha 15 de abril y llamado 'Our Action Plan for Adult Social Care' tiene esto como una opción oficial).
- Transferencia de todos los casos confirmados o probables a residencias específicas rojas (aunque eso no considera a los residentes asintomáticos).

Aspectos fundamentales de la Prevención y el Control de Infecciones en el contexto de las Instituciones de Cuidados a Largo Plazo

1. Entender que la transmisión asintomática/pre-sintomática es un factor importante en la propagación de COVID-19 en las ICLP, en donde la fuente de esta transmisión proviene del exterior (principalmente a través del personal y los residentes que regresan del hospital, pero también de los visitantes).
2. Delimitación clara de zonas de riesgo para todo el establecimiento, diferenciando entre contaminado y limpio, lo que se refuerza mediante la asignación y rotación del personal.
3. Desinfección de manos para todos los puntos entre zonas de riesgo (incluso con los guantes puestos).

2. Delimitación de zonas

Delimitar la institución en zonas de riesgo claramente marcadas debe de ayudar en gran medida a reducir la tasa de infección. Experiencias previas de brotes de SARS sugieren que cuando el personal trabaja en un área específica sin ninguna zona de riesgo designada, desarrolla un sentido falso de seguridad al trabajar lejos de las personas con SARS. Igualmente, el uso de EPP también puede haber provocado un sentido falso de seguridad.

En cuanto a las ICLP, sugerimos dividir todo el (los) establecimiento(s) en zonas claramente definidas de la siguiente forma:

	Zona verde		Zona amarilla	Zona roja
Actividad	Cualquier lugar antes de ponerse el EPP completo, por ejemplo:	Habitaciones de residentes (sin síntomas, residentes en aislamiento por más de 14 días).	Habitaciones de residentes (sin síntomas, pero de regreso del hospital en los últimos 14 días).	Habitaciones de residentes (para personas con síntomas)
	Bodegas Farmacia Oficinas Regadera Vestidores Preparación de alimentos Comedor del personal Lavado de trastes		Áreas de acceso / elevadores Entrada para visitantes esenciales / residentes que regresan. Cloración / preparación de la limpieza / desinfección de los EPP / área para secado (tendederos en interiores o exteriores) Control de enfermería / anaquel o carrito de medicamentos Lavandería Sanitarios del personal	Área de desinfección / almacenamiento para equipos compartidos (p.ej. termómetros, baumanómetros, montacargas, cómodo – consulte la sección 5 a continuación) Área de eliminación temporal de desechos de habitaciones de color amarillo / rojo Remojado de trastes de las habitaciones rojas Área de mantenimiento de ropa sucia de habitaciones rojas
EPP	Solo cubre-boca	EPP completo	EPP completo (ya que es una zona de cuarentena = residentes que regresan asintomáticos del hospital)	EPP completo

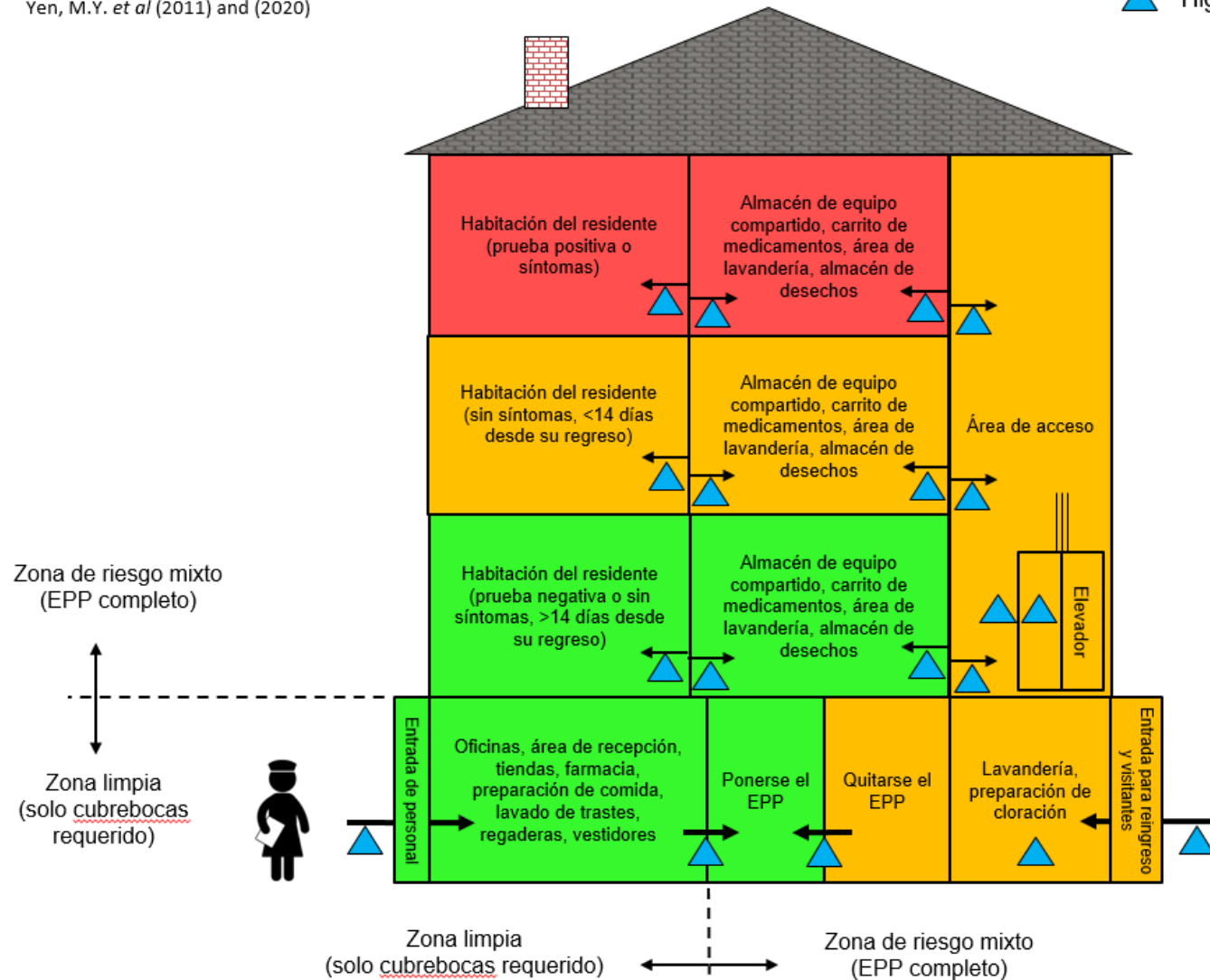
La forma exacta en que las estructuras existentes se pueden delimitar en estas zonas variará mucho entre las diferentes ICLP y dependerá de la disposición física y el espacio existentes. En principio, cuanto más separe las zonas verdes, amarillas y rojas, más fácil será la prevención y el control de infecciones. Sin embargo, habrá limitaciones locales en muchos casos, por lo que la idea de este documento es presentar el enfoque general para permitir adaptarlo a su contexto de la mejor manera posible. A continuación, sugerimos algunas opciones que se visualizan como planos:

1. Zonas separadas en diferentes pisos dentro del mismo edificio (mayor separación)
2. Zonas separadas en el mismo piso dentro del mismo edificio (menor separación, sin embargo, esta es probablemente la situación más común desde el principio, y / o donde el espacio físico es muy limitado, y / o los residentes no pueden salir de sus habitaciones por cualquier razón).

1. Demarcación de zonas de riesgo – pisos distintos, mismo edificio (sección)

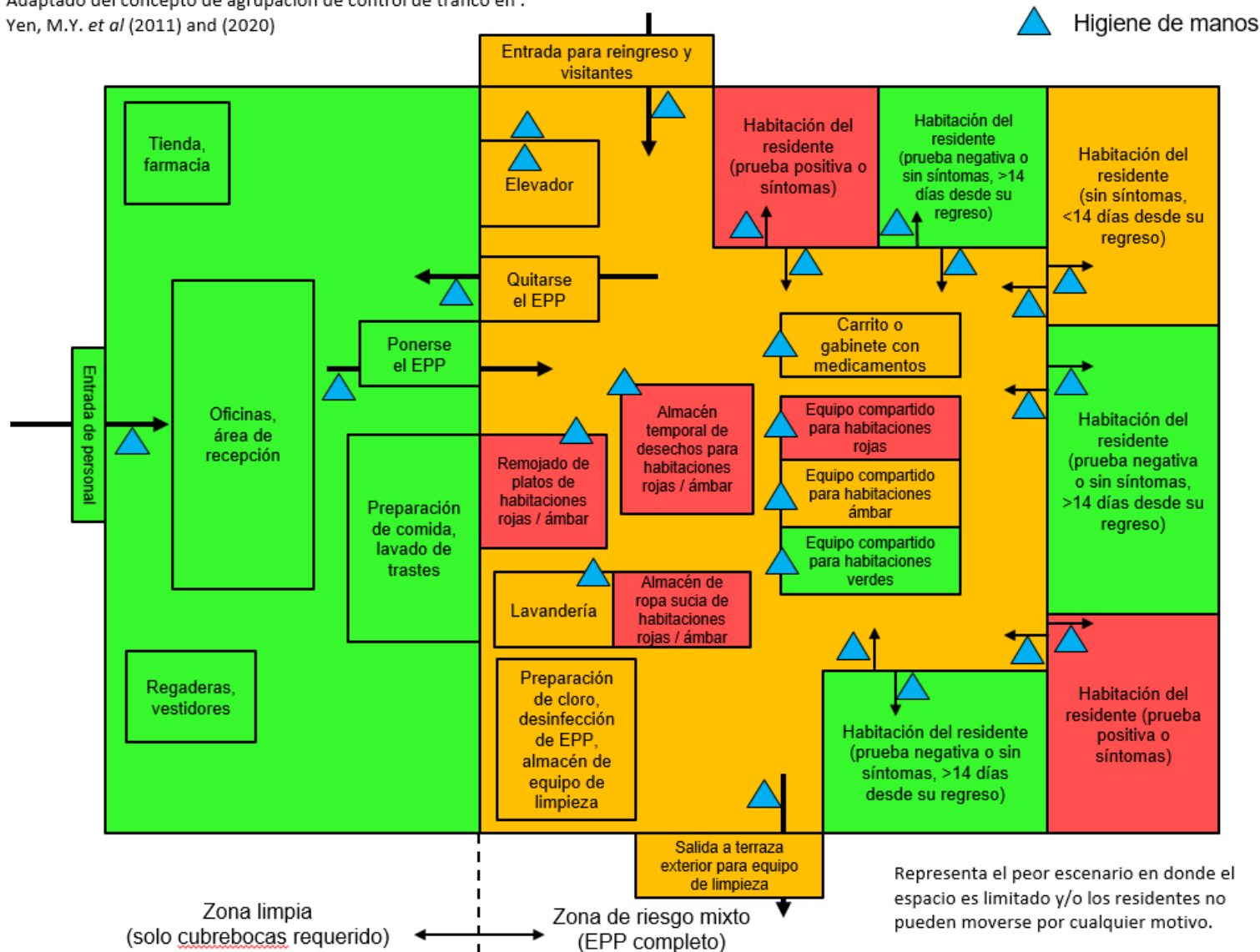
Adaptado del concepto de agrupación de control de tráfico en:
Yen, M.Y. *et al* (2011) and (2020)

▲ Higiene de manos



2. Demarcación de zonas de riesgo – mismo piso, mismo edificio (plano)

Adaptado del concepto de agrupación de control de tráfico en :
Yen, M.Y. *et al* (2011) and (2020)



Deberá mapear su institución y decidir qué áreas designar para cada zona y dónde estarán las áreas para ponerse / quitarse el EPP.

Para hacer esto, debe decidir qué residente debe asignarse a cuál zona (lo que significa que las zonas pueden cambiar con el tiempo, dependiendo si la persona está enferma o recuperada). Sin embargo, la asignación de residentes a las zonas es un desafío, ya que existe una creciente evidencia de transmisión asintomática y pre-sintomática de COVID-19 en ICLP, y de que la separación basada en síntomas puede no identificar alrededor de la mitad de los residentes con COVID-19.

Esto significa, por ejemplo, que usted puede suponer que un residente no está infectado porque parece saludable y no tiene síntomas obvios, lo que lo colocaría en la zona verde, pero podría ser que en realidad tenga COVID-19 y sea infeccioso (nota: las personas asintomáticas o pre-sintomáticas con este tipo de coronavirus (SARS-CoV-2) son muy infecciosas en comparación con la versión de 2003 (SARS-CoV-1), ya que la carga viral alcanza su punto máximo 5 días antes con SARS-CoV-2, que es entre 1 y 6 días antes de que aparezcan los síntomas). Para obtener una explicación sobre la transmisión asintomática en ICLP, consulte la sección 19 de este documento, así como la explicación en este seminario web (en inglés) (a partir del minuto 9):

<https://youtu.be/QNN9iTnnRH0> (Puede ver el video con subtítulos en español activando primero el menú de subtítulos, seguido del menú de configuración y ahí seleccionar la opción de subtítulos>>traducción simultánea>>español).

Esto significa que no podemos confiar sólo en la detección basada en síntomas, y subraya la importancia crucial del enfoque de zonificación para todo el edificio, combinado con otras medidas estrictas de control de infecciones en todas las zonas.

El realizar pruebas a todos los residentes (incluidos los que no tienen síntomas) es, por lo tanto, una estrategia muy útil a realizar con la mayor frecuencia posible, pero nuevamente, en la actualidad no podemos confiar solamente en las pruebas debido al retraso entre la prueba y los resultados (entre 24 y 72 horas) y la posibilidad de falsos negativos. Lo anterior nos lleva de nuevo a resaltar la importancia crítica de la zonificación y otras medidas estrictas de control de infecciones.

Mecanismo de decisión sobre los residentes que se ubicarán en la zona roja:

- Cualquier residente con un resultado positivo en la prueba. Tenga en cuenta que estos residentes deben permanecer en la zona roja por lo menos durante 14 días, después de los cuales, idealmente, se realizarían 2 pruebas PCR para verificar su estado negativo. Una prueba será una buena forma para confirmar, ya que una investigación reciente ha demostrado que una proporción de casos positivos puede propagar el virus más allá de los 14 días estándar (un estudio de caso de una ICLP en Londres encontró que 3 de 20 casos positivos todavía podían propagar el virus hasta 4 semanas después – puede consultar esta presentación (en inglés) a partir del minuto 32 en: <https://covid.joinzoe.com/post/webinar-covid-research> (Puede ver el video con subtítulos en español activando primero el menú de subtítulos, seguido del menú de configuración y ahí seleccionar la opción de subtítulos>>traducción simultánea>>español). Estos, llamados "propagadores persistentes" o "propagadores silenciosos", podrían ser más comunes en algunas personas mayores que no son capaces de desarrollar respuestas inmunitarias con tanta facilidad / rapidez como personas más jóvenes.

- Cualquier residente que se sepa que ha estado en contacto con un caso confirmado o sospechoso de COVID-19 (podría ser alguien que tuvo contacto con un visitante esencial o un miembro del personal que obtuvo un resultado positivo).
- En el caso de no contar con pruebas o sus resultados, los síntomas son un método que nos ayudará a decidir si un residente tiene más probabilidades de tener COVID-19 (y, por lo tanto, se clasifique en la zona roja). Los controles de salud diarios y el reconocimiento / monitoreo continuo de cualquier cambio de salud en los residentes pueden basarse en los siguientes indicadores para tomar una decisión:

Síntoma	Indicación sobre cuando intervenir
Fiebre (usar termómetro de oído y cono de plástico para medir temperatura)	Si la temperatura es > 37.8 °C (tenga en consideración que las personas mayores con frecuencia no tienen fiebre).
Tos	Tos persistente.
Dificultad respiratoria	
Saturación del O ₂	Una caída absoluta en la saturación de O ₂ > 5%.
Dolor de garganta	
Pérdida del sentido del olfato	
Pérdida del sentido del gusto	
Catarro, escurrimiento nasal	
Dolor de músculos /de articulaciones	
Dolor de cabeza	
Náusea / vómito	
Diarrea	
Malestar general	
Alteración de la atención y la conciencia de nueva aparición o que empeora	El personal con conocimiento detallado de los residentes puede muy bien reconocer intuitivamente estos signos sutiles
Pérdida del apetito / Pérdida de peso	
Conjuntivitis	
Erupción cutánea	
Apatía / somnolencia	

Mecanismo de decisión sobre los residentes que se ubicarán en la zona amarilla:

- Cualquier residente que regrese a la ICLP sin síntomas debe clasificarse como un caso "sospechoso" y debe permanecer en cuarentena durante 14 días. Después de 14 días de su regreso, su habitación puede volverse verde.

Mecanismo de decisión sobre los residentes que se ubicarán en la zona verde:

- Cualquier residente con una prueba negativa o sin síntomas Y que ha permanecido en la institución durante más de 14 días.

Se necesitará un sistema de registro centralizado para anotar el estado de los residentes. Esto en sí mismo puede ser un desafío, ya que las plumas y el papel no se pueden llevar desde la zona verde de la oficina hasta la zona de uso de EPP. Por lo tanto, debe existir un mecanismo para registrar códigos de colores diarios para diferentes habitaciones que se puedan imprimir / escribir en la zona de la oficina, pero que sean visibles en la zona de EPP (por ejemplo, listas pegadas en una ventana divisoria). Cualquiera que sea el sistema de registro utilizado, para que el concepto de zonificación

funcione, diariamente debe quedar muy claro qué habitación es verde, amarilla o roja (esto alerta al personal pertinente si debe ingresar o no).

El desafío en una ICLP es tener una combinación de áreas amarilla / roja / verde después de ponerse el EPP. Combinada con la probabilidad de tener residentes o personal asintomáticos, esta complejidad significa que debemos y enfatizar la prevención de la contaminación cruzada de residentes entre las zonas, para mantener seguros a los residentes no infectados. Esto significa:

- Dedicar personal específico (incluido el personal de limpieza) para atender solo ciertas zonas, con rotaciones separadas, e idealmente mantener al mismo personal asignado a cada zona a lo largo del tiempo (consulte la sección 4 a continuación).
- Higiene constante de las manos al cruzar zonas (por ejemplo, a ambos lados de cada puerta, o cerca de los botones afuera / adentro de un elevador, ver la sección 3 a continuación).
- Tener un plan para el uso de elevadores/ascensores, ya que son un área de riesgo para la transmisión. Algunas ideas incluyen:
 - Si hay más de un elevador, considere tener uno dedicado a los residentes de color rojo / amarillo o cualquier artículo potencialmente contaminado (por ejemplo, desechos / lavandería), y el otro dedicado a los residentes / personal verdes.
 - Si solo hay un elevador, considere establecer horarios específicos durante el día para transportar personas o artículos de mayor riesgo, después de lo cual se puede limpiar y desinfectar el elevador.
- Después de salir de una habitación roja/amarilla, evite tocar los pasamanos / paredes / artículos antes del área de cambio (quitarse el EPP).
- Durante una rotación en la que el personal visitará la habitación de más de un residente, el personal debe cambiarse el EPP entre las habitaciones, y esto debe ser en áreas designadas para cambiar el EPP (consulte la sección 9 a continuación). Esto se debe a que el mismo uso de EPP en dos o más habitaciones presenta un riesgo de contaminación (por ejemplo, es posible que deba levantar / tocar a los residentes u otros artículos, lo que significa que un delantal / bata contaminada de la primera habitación puede entrar en contacto con la persona / elemento que se está levantando).
- En el caso de que un miembro del personal tenga que manejar / levantar a un residente cuando esté fuera de su habitación (por ejemplo, en el jardín y se caiga), entonces se debe cambiar el EPP después del procedimiento de manipulación.

3. Higiene de manos

La desinfección de las manos tiene que ocurrir en múltiples lugares, muchas veces al día:

- Entre el manejo de los residentes, la OMS recomienda cambiarse los guantes y realizar una higiene de manos entre uno y otro (generalmente con un desinfectante para manos a base de alcohol).
- Además de esto, en base a la experiencia del brote de SARS, también se recomienda realizar la desinfección de las manos incluso con los guantes puestos, a fin de reducir la transmisión del virus desde / hacia diferentes superficies. Esto se debe a que la transmisión del virus

ocurre no sólo de las personas infectadas a los guantes, sino también de varias superficies a los guantes. Entonces, la rutina debe ser desinfectar-tocar-desinfectar. Por ejemplo, antes de entrar en una habitación, hay que desinfectarse las manos, abrir la puerta de la habitación del residente y desinfectarse las manos una vez que la puerta esté cerrada. O cuando saque medicamentos del carrito, guarda o anaquel de medicamentos, hay que desinfectarse, sacar medicamentos y volver a desinfectarse las manos.

- La higiene de manos también se realiza cuando se cambia el EPP, pero aquí hay que tener en cuenta que cuando no se usan batas de manga larga, debe lavarse también toda la parte descubierta de los ante brazos con agua y jabón.
- Tenga en cuenta que si las manos están muy sucias es mejor usar agua y jabón en lugar de desinfectante para manos a base de alcohol como el alcohol en gel.

El tipo de productos para manos a base de alcohol debe contener al menos un 70% de alcohol. Las espumas a base de alcohol también están disponibles (tal vez más disponibles en este momento) y son más adecuadas para áreas donde los residentes tienen consumo problemático de bebidas alcohólicas.

Las señalizaciones visualmente llamativas, en cada punto de higiene de manos, ayudarán a recordar las indicaciones (consulte la sección 14 algunas ideas).

Estos puntos de desinfección de manos deben ubicarse en todos los puntos entre las zonas de riesgo (consulte el diseño de la zona), tales como:

- Área para ponerse el EPP
- Área para quitarse el EPP
- Ambos lados de la puerta de la habitación de cada residente
- En el punto de almacenamiento de equipos compartidos
- En el carrito de medicamentos
- Fuera de cada puerta del elevador en cada piso, y dentro del elevador
- En todas las entradas / salidas del edificio
- En cualquier área temporal de retención de residuos
- En la lavandería

4. Asignación y rotación del personal en relación con las zonas

Para reducir el riesgo de infección cruzada, asigne personal a ciertas zonas (incluido el personal de limpieza) e intente que exista la menor interacción posible entre los diferentes grupos de personal:

- Asignación del personal:
 - La situación ideal es donde el personal puede vivir con los residentes de una zona, y donde no hay contacto entre el personal o los residentes y el mundo exterior (algunas ICLP ya lo están haciendo, y probablemente sería la única forma confiable de cuidar a las personas con demencia).

- Para otras situaciones donde el personal va y viene todos los días:
 - Se debe asignar personal para trabajar en zonas rojas, amarillas o verdes.
 - Idealmente, el personal debería continuar trabajando en la misma zona todos los días (en lugar de cambiar de una a otra).
 - Intente mantener la mayor separación posible entre los grupos del personal en todo momento (por ejemplo, incluso cuando estén de vuelta en la zona verde de oficinas compartidas, los grupos podrían tener espacios separados para sus actividades).
- Rotación del personal: cuando el personal ha sido asignado a ciertas zonas (por ejemplo, un grupo asignado a la zona verde, otro grupo al amarillo, otro grupo al rojo), escalonar los cambios de turno de personal por zona también podría ayudar a evitar la contaminación cruzada entre el personal (ya que habría menos proximidad durante sus actividades laborales). Así, por ejemplo, se podría reservar una hora para el cambio de turno de personal verde, luego una hora para el de personal amarillo, y así sucesivamente. Sin embargo, reconocemos que esto podría ser poco práctico.
- Si no hay personal suficiente para asignar turnos específicos para las habitaciones amarillas o rojas y el personal debe acceder a las habitaciones amarillas y rojas en la misma rotación, deben comenzar primero con las habitaciones color amarillo, luego con las habitaciones rojas (pero con el cambio de EPP entre cada habitación individual).
- En casos de limitaciones importantes de personal (por ejemplo, una sola persona de limpieza en una ICLP pequeña), el camino a seguir será la limpieza por rotación utilizando el mismo principio. Por ejemplo, el primer turno limpiando habitaciones verdes, próximo turno limpieza de habitaciones de color amarillo, siguiente turno limpieza de habitaciones rojas (pero con cambio de EPP entre cada habitación individual).

5. Uso de equipos

Debe eliminarse el riesgo de contaminación cruzada con el equipo, tanto de la zona verde (área de oficina) a otras áreas (las zonas después de ponerse el EPP), como también entre las habitaciones verdes / amarillas / rojas. Algunas ideas para ayudar en esto incluyen:

- Prohibir el uso (y el traer consigo) de teléfonos móviles personales por parte del personal, cuando se usa el EPP completo -la tentación / el riesgo de responder llamadas y mensajes sin realizar la higiene de manos tanto antes como después de tocar el teléfono es demasiado grande. Deje estos teléfonos con los efectos personales en el área de oficina de la zona verde (necesitará un lugar donde el personal pueda guardar sus objetos de valor).
- En el caso en el que se requieran bíperes, radios de intercomunicación o teléfonos para trabajar dentro de las áreas de uso de EPP completo, éstos deben ser asignados a esas áreas y ser dejados ahí. Estos objetos no deben regresar a la zona verde de las oficinas. Cuando se requieran computadoras en la zona de EPP, éstas deberían también asignarse permanentemente para esa zona.
- Plumaz, papel y materiales similares tampoco deben cruzar hacia y desde la zona verde de la oficina. Tenga una reserva de plumas y papeles “contaminados”, así, cuando necesite llevar

notas al personal de la oficina, pegue el papel sobre las ventanas de la zona de uso de EPP, y luego copie los comunicados detrás de la ventana de la zona limpia.

- Cualquier equipo que se necesite para los residentes debe ser guardado dentro de la zona de EPP, y no debe regresar a la zona verde de la oficina.
 - Cuando hay suficiente suministro de materiales, la situación ideal es que algunos equipos se guarden en habitaciones de uso individual (por ejemplo, oxímetro, termómetros).
 - Sin embargo, algunos equipos deberán ser compartidos entre las habitaciones (por ejemplo, baumanómetros, montacargas, cómodos, equipos de limpieza como trapeadores y aspiradoras). En este caso:
 - Separe y almacene para cada zona el equipo que se comparte (verde, amarillo y rojo) en áreas de almacenamiento dedicadas separadas (es decir, no use equipo rojo en una zona verde).
 - Limpie y desinfecte cada objeto después de cada uso, sin importar la zona (consulte la sección 18 más abajo).
- Otro punto importante es que los residentes no deben compartir inmediatamente libros u otros objetos que generalmente son de uso común. La forma más segura de utilizarlos será dejar los objetos en cuarentena durante 5 días entre cada uso (esto le dará tiempo suficiente para que cualquier virus se elimine).

6. Entradas: flujo del personal y de los residentes

Los residentes que regresan o los visitantes esenciales (por ejemplo, miembros de familia de residentes con enfermedades en situación terminal, médicos de cabecera) pueden introducir COVID-19 a la zona verde. Así que, si es posible, dedique una entrada para el personal (hacia la zona verde) y una segunda entrada para todos los demás directamente a la zona amarilla.

Si se crea una sala de visitas (ver sección 7), esta necesitará una entrada separada hacia el exterior, en vez de una entrada desde algún lugar del interior del edificio.

7. Aislamiento / cuarentena / vida colectiva

Se debe asumir que todos los residentes son vulnerables y necesitan de protección, por lo tanto:

- Cada residente debe tener una habitación propia con baño.
- En el caso inevitable de habitaciones compartidas / de ocupación múltiple, y / o baños compartidos:
 - Los residentes que comparten habitaciones deben ser agrupados de acuerdo a: asintomáticos, sospechosos o confirmados (es decir, los residentes sintomáticos no deben compartir con los residentes asintomáticos, y los casos sospechosos no deben agruparse con los confirmados).
 - Los residentes aislados en sus propias habitaciones, pero que comparten baños:

- Para fines de aseo, lo ideal sería tener un inodoro o retrete destinado (y un cómodo/orinal, según corresponda) con el fin de reducir la necesidad de que los que están en aislamiento salgan de sus cuartos.
- Tenga en cuenta que el hecho de que los residentes se encuentren en zonas roja y amarilla no significa que reciban menos atención, especialmente por cuestiones de higiene y de mantener su dignidad (por ejemplo, el baño, se han reportado casos en los que las personas aisladas no se habían bañado durante semanas en el caso de tener instalaciones comunes debido a las preocupaciones por mantener las reglas de aislamiento). Los residentes en aislamiento ya están en una posición estresante, y el no tener acceso a la higiene básica sólo empeorará la situación. Para bañarse debe haber siempre un procedimiento que solucione situaciones complejas (por ejemplo, asignar ciertos baños compartidos como rojos o amarillos y desinfectarlos entre cada uso).
- Sin embargo, el aislamiento en sí mismo es difícil para los residentes, y dado que esta situación continuará durante muchos meses, se deben encontrar formas de interacción seguras y sin riesgos. Se sugieren dos escenarios basados en si hay casos confirmados / sospechosos o no:
 - Cuando se hayan confirmado o sospechado casos: aisle a todos en sus habitaciones y evite la interacción física hasta que hayan pasado 2 semanas desde el último caso y / o todos los residentes hayan resultado negativos a la prueba del nuevo coronavirus. Todas las comidas deben hacerse en las habitaciones y no en comedores comunes.
 - Cuando no tenga casos confirmados o sospechosos, aún existe el riesgo de transmisión por parte del personal o residentes asintomáticos o pre-sintomáticos. En este caso, una forma práctica de avanzar en términos de aislamiento a largo plazo es crear formas de interacción física, teniendo en cuenta siempre que:
 - Debe hacer cumplir el distanciamiento físico interno; esto significa que no debe haber visitas o socialización específica entre los residentes si no puede respetarse la regla de distanciamiento de dos metros. Debe restringirse el uso de cualquier área en la que esto no pueda garantizarse y señalarla como tal.
 - Existen otras ideas para permitir la interacción interna; por ejemplo, tener mesas con divisiones de plexiglás (acrílico sólido transparente) para que los residentes puedan incluso platicar en un entorno semi-colectivo.
 - Además, es bueno dar a los residentes la opción de usar cubre bocas al acceder a las áreas comunes si así lo desean. Ahora sabemos que la transmisión se reduce en gran medida por el uso de cubre bocas (ver sección 9), y algunos residentes pueden sentirse más seguros al usar uno. No obstante, sabemos que para muchos residentes esto no será posible por varias razones, sin embargo, la opción debe existir.

- Si es posible, evitar que los visitantes externos tengan contacto físico o cercano con los residentes:
 - Las excepciones pueden ser los “visitantes esenciales” (por ejemplo, alguien a quien se le permite visitar a un residente con enfermedad en situación terminal o un médico de cabecera / enfermera que haga rondas). En cualquier caso, se necesita un control de salud para todos los visitantes a la llegada (consulte la sección 15). Estos deben usar EPP completo, y el procedimiento de ponérselo / quitárselo debe de ser supervisado por el personal antes y después de la visita.
 - Para los familiares de todos los residentes, algunas ideas a considerar incluyen:
 - Video-llamadas con familiares (pero tenga en cuenta que, si comparten un dispositivo, éste debe desinfectarse completamente entre cada uso).
 - Facilitar las visitas, pero de una manera diferente en la que no exista el riesgo de que los residentes contraigan el virus desde el exterior. El personal tendrá que estar supervisando de cerca estas interacciones para garantizar que los visitantes se adhieran estrictamente a la guía. Algunos ejemplos:
 - Permitir la visita de los familiares, pero que permanezcan afuera/del otro lado de una ventana.
 - Cuando el clima lo permita, tener un espacio al aire libre dedicado en donde la interacción pueda ocurrir a una distancia física segura. Los visitantes deben usar cubre bocas e idealmente los residentes también ya que se sabe que el virus puede viajar a más de dos metros y permanecer en el aire, y qué factores como las condiciones del viento en el momento determinan lo lejos que puede llegar, por lo que tener un cubrebocas reducirá este riesgo dramáticamente.
 - La creación de una sala dedicada para visitas con una división de plexiglás (acrílico sólido transparente) que bloquee completamente el acceso físico de un lado al otro, pero que permita a las personas verse y conversar y en donde los residentes estén aún protegidos. En este caso, esta sala debe tener una entrada separada directamente del exterior; esto significa que la entrada no debe ser a través de la zona verde del personal, de lo contrario se arriesga a que los visitantes contaminen esa área y posteriormente el personal pueda entonces contaminar a los residentes. Los visitantes deben estar también protegidos: esto significa que deben usar cubrebocas y realizar higiene de manos al entrar y salir, y se debe desinfectar cualquier superficie de alto contacto entre cada visita (por ejemplo, manijas de puertas, mesas, sillas).

Para residentes que sufren de demencia u otros comportamientos desafiantes

Cuidar a los residentes con demencia es sin duda una de las circunstancias más difíciles y no hay respuestas sencillas al respecto. Es importante actuar correctamente ya que una proporción considerable de personas que residen en ICLP tienen alguna forma de demencia.

En general, lo que sí sabemos es cómo se propaga el virus, y el contacto cercano es una de esas formas. Así que incluso si el plan de delimitación de zonas y control de infecciones está en plena vigencia, el contacto cercano con el personal tiene riesgos, ya que el virus puede pasar de alguien con demencia al miembro del personal o viceversa, y luego de esta persona con demencia a otro residente. Este riesgo siempre estará presente si existe personal y / o visitantes que ingresen a una instalación desde el exterior diariamente (esto traerá el virus). Por lo tanto, lo siguiente puede ser una forma de avanzar:

- La mejor situación para las personas con demencia que requieren un contacto cercano sería tener edificios/pisos asignados, donde el personal se comprometa a vivir ahí y no ir a casa, y donde no se permita la entrada a personas ajenas. Sin embargo, esto es muy difícil de implementar, especialmente porque algunos visitantes son necesarios (por ejemplo, médicos generales) y, probablemente no será sostenible por periodos prolongados.
- Cuando esto no es sea posible, entonces la única manera es comprender el riesgo y adherirse lo más obsesivamente posible a todas las demás medidas de prevención y control de infecciones descritas en este documento (por ejemplo, higiene estricta de manos, uso de EPP completo, asegurándose de que los visitantes esenciales están haciendo lo mismo, etc.). En general, si toda la residencia de personas mayores tiene todas estas medidas estrictamente establecidas, entonces el riesgo general para todos en la residencia es mucho menor a lo que hubiera sido de otra forma.

8. Ropa de casa del personal / higiene al retirarse

- Es necesario tener un vestidor dentro de la institución. Al entrar, hay que cambiarse la ropa de casa a ropa / calzado de trabajo (ya sea uniforme, conjunto quirúrgico u otro). Al salir, hay que cambiarse la ropa / zapatos de trabajo antes de transportarse de regreso a casa.
- Recomendamos lavar la ropa de trabajo dentro de la institución (puede haber más riesgo mientras más tenga que transportarse la ropa contaminada), lavándola regularmente a una temperatura de 60 °C o más, seguido de planchado o secado, o, si la única opción es el lavado de la ropa a mano, se debe remojar ésta en agua clorada antes de lavarla (ver sección 13). Cuando esto no sea posible, la ropa llevada a casa debe colocarse en una bolsa de tela (que se puede lavar con la ropa de trabajo sin sacarla de la bolsa), y luego ponerla en una bolsa de plástico antes de transportarla. Una vez en casa, la ropa debe de lavarse en la forma recomendada (consulte la sección 13). La bolsa de plástico que se use para transportar la ropa debe de ser dispuesta de forma segura.
- Justo antes de salir de la institución, asegúrese de lavarse las manos y los brazos.

9. Equipo de Protección Personal (EPP)

Se debe usar EPP en todas las habitaciones de los residentes (rojo, amarillo o verde) y en las áreas de acceso a estas habitaciones, así como en cualquier zona roja / amarilla en el plano.

Sin embargo, en algunos casos, puede que no sea muy claro cuando se debe usar el EPP y prevenir la contaminación, por ejemplo:

- Residentes con problemas de audición y fuera de su habitación (p. ej., a algunos se les permite estar afuera pero no en grupos): para que puedan comprender lo que se dicen

pueden necesitar acercarse más de lo ideal y aquí será una práctica particularmente buena usar una careta protectora y un cubrebocas (lo que sugerimos debe hacerse para todo contacto con los residentes).

- Residentes con demencia: el contacto de persona a persona puede ser inevitable en ciertas circunstancias, por lo que, en estos casos, apegarse a la higiene estricta de las manos y cambiarse con ropa limpia antes del contacto, junto con el uso de EPP completo, podría ser el único camino a seguir. Asignar personal residente a esa zona donde no hay otro contacto con el mundo exterior, también podría ser aquí la única opción confiable.

EPP recomendado

El tipo de EPP recomendado por el gobierno mexicano para el **personal en instituciones de salud** se establece en el documento “Lineamiento técnico de uso y manejo del equipo de protección personal ante la pandemia por COVID-19”. El documento incluye recomendaciones detalladas para el personal de salud, así como algunas recomendaciones para personal de soporte como los administrativos y de vigilancia (página 31). El documento está disponible en:

https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Lineamiento_uso_manejo_EPP_COVID-19.pdf

Las disposiciones sobre el tipo de EPP recomendado por Public Health England para el personal en ICLP se incluyen traducidas al español en este documento como anexo (anexo 1). El archivo original en inglés está disponible en:

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/878750/T2_poster_Recommended_PPE_for_primary_outpatient_community_and_social_care_by_setting.pdf. Este documento da recomendaciones sobre el tipo de EPP de acuerdo al tipo de tarea como se muestra a continuación.

EPP completo para habitaciones verdes, amarillas y rojas después de ponerse el EPP	
EPP completo (actividades rutinarias)	EPP completo (para procedimientos que generan aerosoles (PGAs))
1. Mascarilla quirúrgica resistente a fluidos. 2. Delantal (desechable). 3. Guantes (desechables). 4. Protección ocular / caretas.	1. Mascarilla de respiración con filtro (N95 o equivalente, sin válvula de exhalación). 2. Bata repelente a fluidos de manga larga / overol completo. 3. Guantes (desechables). 4. Protección ocular / caretas.

Al seleccionar una mascarilla de respiración N95 o equivalente, asegúrese de que son del tipo que no tiene válvula de exhalación, esto es debido a que si usted está infectado y utiliza una mascarilla con válvula de exhalación, el aire que sale no estará filtrado por lo que hay riesgo de que infecte a otros. Algunas de las mascarillas N95 tienen estas válvulas por lo que debe verificar esto con cuidado. También hay una preocupación de que los respiradores N95, FFP2 y FFP3 con presillas para las orejas no tengan un sello lo suficientemente apretado para proteger cuando se hacen procedimientos que generan aerosols, entonces mejor consultense pautas oficiales antes de comprar.

Además, debido a que ahora están disponibles muchas marcas falsas de respiradores (con marcas / certificados de seguridad oficiales falsos que a menudo parecen auténticos), si necesita comprar una cantidad de máscaras, le recomendamos que consulte pautas oficiales sobre este tema. Los siguientes sitios web son útiles:

- https://www.bohs.org/wp-content/uploads/2020/07/Spotting-a-Fake-Understanding-FFP-Markings-Branded-14_07_2020.pdf
- <https://www.cdc.gov/niosh/npptl/usernotices/counterfeitResp.html>
- https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/csif-advierte-41-marcas-mascarillas-no-cumplen-falsa-proteccion_81828_102.html
- <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/mascarillas-falsas-coronavirus-ffp2-95-1858>

Tenga en cuenta que las caretas protectoras pueden ser más fáciles de usar para las personas mayores, especialmente aquellas con demencia, ya que se pueden ver más claramente la cara y los ojos. Otra idea que ayudará a los residentes a reconocer al personal sería enmarcar un retrato de la cara de cada miembro del personal para que lo sujeten a su uniforme; estos deben limpiarse y dejarse en un punto designado en la zona amarilla (en lugar de llevarlos a la zona verde).

La guía anterior se refiere a un nivel mínimo básico de protección. Si es posible, también se recomiendan los siguientes elementos adicionales para las ICLP, cuando les sea posible:

1. Delantales resistentes para uso rudo (en lugar de desechables). Esto significa que estos podrían limpiarse, desinfectarse y reutilizarse, reduciendo las necesidades continuas de EPP.
2. Un overol o bata lavable de manga larga (para todo el trabajo, no sólo para procedimientos que generen aerosoles). La razón es que se protege más el uniforme / conjunto quirúrgico en comparación con sólo usar un delantal. En una situación ideal también habría además suficientes repuestos para que éstos también se cambien cuando se cambia el EPP, en lugar utilizar ropa/uniforme que podría haber sido contaminado todo el día (fuera del área que había sido protegida por el delantal).
3. Guantes de hule resistente para uso rudo (para el personal de la limpieza). Una vez más, tener una reserva de estos significa que pueden limpiarse, desinfectarse y reutilizarse.

Reconocemos que las reservas del EPP estarán limitadas en muchas partes. Algunas cosas que se pueden considerar para ayudar en esta situación son:

- Limpiar, desinfectar y reutilizar ciertos tipos de EPP, incrementando así su disponibilidad (ver a continuación).
- Lo ideal sería cambiar el EPP completo entre la visita a cada residente, ya que no sabemos con certeza si los residentes en una zona son no-infecciosos, es decir, no sabemos si se encuentran contagiados, incluso si no tienen síntomas. Sin embargo, las circunstancias pueden dictar que tenemos que racionar el EPP, en cuyo caso cambiar sólo una parte del EPP entre cada residente podría ser el camino a seguir. La pregunta entonces es qué parte del PPE debe cambiarse después de cada residente, y cuál podría usarse para una "jornada laboral" o turno (es decir, de 2 a 6 horas). Lógicamente, la contaminación cruzada donde el

EPP no se cambia entre cada residente vendrá principalmente de superficies que se tocan, esto significa los guantes, delantales y lo que se usa debajo del delantal, como uniformes/conjunto quirúrgico. Por el contrario, el cubre bocas y la protección ocular son menos riesgosas siempre que usted (u otras personas) no las toque / mueva. El desafío es quitarse y ponerse ciertos artículos de EPP mientras se mantiene el cubrebocas y la protección ocular en su lugar, ya que no desea contaminar los artículos y debe desviarse de los protocolos de colocación estándar. Por lo tanto, cuando las existencias de EPP son bajas, probablemente los esfuerzos se enfocarán solamente en:

- Cambiar los guantes entre cada residente que se visita.
- Cambiar los delantales, pero hay que tener en cuenta que esto será más difícil debido a la rutina de quitarse y ponerse (es decir, tener que ponerse el delantal sobre la cabeza mientras el cubrebocas / protección para los ojos aún están puestas).

Para los trabajadores de intendencia que realizan la limpieza con aspiradora, recomendamos que usen mascarillas o respiradores N95, equivalentes o de grado superior para los procedimientos que generan aerosoles (debido al efecto aún desconocido de la circulación de virus en el aire de salida).

Recomendamos que todo el personal use cubrebocas durante todo el día, incluso cuando no esté usando un EPP completo (es decir, cuando esté en la zona verde de la oficina), así como cuando viaje hacia y desde el trabajo (por ejemplo, cuando use el transporte público) – esto es para prevenir que el personal se infecte (por ejemplo, en el transporte público) y que luego infecte a los residentes (al estar en su turno).

La razón de esta recomendación es que, a partir del resultado de varias investigaciones, queda claro que la transmisión aérea es un riesgo tanto por las gotas como por los aerosoles y que, el uso de cubrebocas no sólo previene a una persona infectada transmitir el virus, sino también protege a las personas que no están infectadas. La OMS ahora recomienda el uso extendido del cubrebocas en lugares públicos. El riesgo de transmisión cuando no se utiliza el cubrebocas existe también por los portadores asintomáticos—el riesgo se incrementa cuando se llevan a cabo actividades ligeras (como caminar o hacer recorridos como los que hace el personal en las instituciones), en espacios cerrados en los que hay más personas (como áreas comunes, oficinas, salas de reunión o uso múltiple), y en los lugares en que la ventilación no es suficiente o buena (con ventanas cerradas, sin sistemas de ventilación mecánica. Puede consultar una revisión de la evidencia sobre la transmisión aérea y la efectividad de las máscaras en las siguientes liga: <https://www.bushproof.com/care-homes-strategy-for-infection-prevention-control-of-covid-19-based-on-clear-delineation-of-risk-zones/> (en inglés) o en el siguiente artículo: <https://www.pnas.org/content/pnas/117/26/14857.full.pdf>

Algunas cosas que hay que tener en general en cuenta al usar cubrebocas son:

- Si necesita hablar, debe hacerlo a través del cubrebocas.
- Si necesita quitarse el cubrebocas (por ejemplo, para comer), recuerde que nunca se debe bajar el cubrebocas hasta la barbilla o ponerlo en la frente, y no se debe quitar y depositar en cualquier lugar, con la excepción de un contenedor/basurero (es decir, no se debe volver a usar), o en un contenedor para almacenamiento (en el caso de mascarillas N95 que se reutilizan—consulte la sección sobre reutilización del EPP más abajo).

Para mascarillas N95 específicamente:

- Recuerde que los cubrebocas deben cubrir tanto la nariz como la boca. Para los hombres que tienen vello facial, deben verificar el siguiente diagrama para ver si les funcionará de manera segura el cubrebocas:
<https://www.cdc.gov/niosh/npptl/pdfs/FacialHairWmask11282017sp-P.pdf>
- Es necesario realizar una prueba de ajuste para ver primero qué máscara le queda bien, y luego se necesita realizar una prueba de sellado cada vez que se pone la máscara. Si la máscara no se ajusta perfectamente, no estará protegido contra COVID-19 (y otras enfermedades respiratorias).
 - Prueba de ajuste:
 - Cada persona tiene una forma diferente de cara, por lo que un tipo de máscara puede quedar o ajustar mejor que otra. Por lo tanto, es una buena práctica tener al menos dos tipos diferentes de mascarillas de respiración disponibles para que las personas las usen.
 - Si no se puede hacer una prueba de ajuste en la ICLP, entonces el personal debe ser enviado a un centro de salud o a otra ICLP en el que el personal haya sido entrenado adecuadamente para hacer estas pruebas de ajuste.
 - Tenga en cuenta que una prueba de ajuste debe rehacerse si la persona cambia de peso o si le realizan algún trabajo dental (en el largo plazo).
 - Prueba de sellado:
 - Siempre consulte las instrucciones del fabricante sobre cómo realizar la prueba de sellado ya que éstas pueden variar según la marca.
 - Si realiza una prueba de sellado para una mascarilla que estará reutilizando, idealmente debe usar guantes para hacer la prueba, luego desecharlos y realizar la higiene de las manos recomendada. Si esto no es posible, realice una higiene de manos muy rigurosa después de ponerse la mascarilla.
 - Coloque ambas manos sobre el respirador e inhale rápidamente para ver si el respirador está sellado en su cara. Una verificación exitosa es cuando la mascarilla se hunde levemente debido a la presión negativa que se crea. Luego coloque ambas manos sobre el respirador y exhale; si siente pérdidas, el sello no está bien hecho. Consulte esta guía de los CDC sobre esto:
https://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/2010-133_sp/pdfs/2010-133_sp.pdf?fbclid=IwAR0FHhHvwER-

También recomendamos el uso de cubrebocas por todos los residentes cuando sea posible, y tanto tiempo como puedan tolerarlos:

- Para los residentes sintomáticos que están en aislamiento, asegúrese de que tengan acceso a cubrebocas y pídeles que los usen cuando salgan de su habitación, si van a usar un baño o una regadera comunes (y que definitivamente el personal asegure los residentes lo utilicen cuando los trasladen de una habitación a otra).
- Para los residentes asintomáticos que tienen acceso a áreas comunes, también será mejor darles la opción de usar un cubrebocas si así lo desean. Esto se debe a que ahora se sabe que

los cubrebocas evitan la propagación del virus de las personas infectadas y protegen a las personas no infectadas de contraer el virus; por lo tanto, en el caso de que un residente o miembro del personal sea asintomático, pero no lo sepa, usar cubrebocas reducirá el riesgo de transmisión en general para todos. Sin embargo, somos conscientes de que esto no será práctico para muchos residentes (por ejemplo, aquellos con demencia), pero es ideal si la opción está disponible para todos aquellos que lo desean usar.

Reutilización de los EPP

Debido a la escasez, podría ser posible reutilizar algunos EPP; consulte la siguiente tabla.

Lavar en agua caliente a 60 °C o más	Desinfectar usando cloro a 0.1% por 10 minutos	Desechar y no reutilizar	Reutilice como último recurso: asigne 5 artículos a cada miembro del personal, use uno en cada turno, almacene por 5 días en una bolsa transpirable de papel etiquetada al final de cada turno, úselos en orden. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/decontamination-reuse-respirators.html
Algunas batas quirúrgicas lavables hechas a la medida	Protección ocular / caretas	Guantes de látex desechables	Mascarillas para procedimientos que generan aerosoles (mascarilla o respirador N95 o equivalente).
Conjuntos quirúrgicos	Guantes de látex resistentes para trabajo pesado o uso rudo (para el personal de la limpieza)	Cubrebocas para actividades diarias (mascarilla quirúrgica resistente a fluidos).	
Traje protector completo / batas de laboratorio	Delantales resistentes para trabajo pesado o uso rudo	Delantales desechables	

Con respecto a la información en la tabla anterior (última columna) sobre la reutilización de mascarillas o respiradores como último recurso, tenga en cuenta que:

- Esto no es ideal de ninguna manera, pero es al menos una forma lógica de abordarlo, dado lo que sabemos sobre el tiempo que este virus permanece viable (almacenándolos el tiempo suficiente, el virus ya no puede replicarse).
- Esto sólo se considera un enfoque válido para las mascarillas N95 o equivalentes.
- Aunque las mascarillas N95 o equivalentes se pueden usar por bloques (es decir, turnos de 2 a 6 horas), dependiendo de la cantidad de turnos, es posible que se deba asignar más mascarillas por cada miembro del personal para que esto funcione. El número ideal para asignar a cada miembro del personal debe ser suficiente para permitir 5 días entre el uso de cada mascarilla.

- Se necesita un buen sistema de etiquetado para realizar un seguimiento cuidadoso. Tome en cuenta que nunca debe escribir sobre la mascarilla, debe atar o pegar una etiqueta en los lazos / resortes.
- Debe desechar la mascarilla o cubrebocas si se moja, se mancha, o se contamina con fluidos corporales (como secreciones nasales), si se maltrata o se aflojan los lazos/resortes. Si el interior de la mascarilla o cubrebocas se contamina por tocarlo, debe desecharse también.

Hay algunas opciones alternativas al EPP, por ejemplo:

- Batas de laboratorio de manga larga u overoles completos en lugar de batas quirúrgicas lavables.
- Goggles o Gafas de protección ocular para la construcción (el tipo con extensiones al costado de los ojos).
- Goggles o Gafas de protección ocular. Nota: si usa lentes/gafas, estas tienden a empañarse; sin embargo, la experiencia de los centros de tratamiento de la enfermedad por el virus del Ébola mostró que limpiar el interior del lente primero con toallitas húmedas y dejar secar antes de colocarlas ayuda a evitar el empañamiento.

Ponerse y quitarse el EPP

Es necesario que haya por lo menos 2 áreas dedicadas para ponerse / quitarse el EPP, aunque puede haber más. La clave es que deben ser áreas separadas / segregadas (incluso si están físicamente cerca una de la otra), y deben ser lugares específicos donde se coloca o se quita el EPP (es decir, no lleve el EPP con usted a las habitaciones). El espacio en estas áreas debe ser lo suficientemente grande como para permitir que las personas mantengan una distancia de 2 m (la cantidad máxima de personas en cualquier momento depende del espacio, puede colocar un letrero en la puerta para que indique esto).

Para ponerse y quitarse el EPP de manera correcta se necesitan seguir protocolos claros / estrictos.

Es completamente esencial que el personal tenga una buena capacitación práctica sobre cómo ponerse y quitarse el EPP sin contaminarse.

- En esta página puede encontrar un buen video sobre cómo ponerse y quitarse el EPP y que incluye los pasos de higiene de manos adecuados: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/using-ppe.html>. (Puede ver el video con subtítulos en español activando primero el menú de subtítulos, seguido del menú de configuración y ahí seleccionar la opción de subtítulos>>traducción simultánea>>español). También puede encontrar en esta página una guía impresa en español de cómo ponerse y quitarse el EPP.
- La higiene de manos es conocida como uno de los métodos más efectivos para detener la transmisión de enfermedades. Algunos ejemplos visuales que los directivos de las residencias de personas mayores podrían incluso tratar con su personal como capacitación, se presentan en este video (a partir del minuto 19): https://www.youtube.com/watch?v=WeV_b8YM9kE&feature=youtu.be. (Puede ver el video con subtítulos en español activando primero el menú de subtítulos, seguido del menú de configuración y ahí seleccionar la opción de subtítulos>>traducción simultánea>>español).

Las áreas para ponerse el EPP deben de tener:

- Banca / sillas
- Estantes para la disposición ordenada de los elementos del EPP
- Cartel de presentación de los pasos para ponerse el EPP de manera adecuada (nota: según la guía de Public Health England que se utiliza en esta guía esté utilizando, agregue el paso de higiene de manos al comienzo)
- Espejo

Las áreas para quitarse el EPP deben de tener:

- Contenedores de eliminación de desechos (etiquetados como artículos lavables / reutilizables, o no lavables / desechables)
- Lavabo con agua y jabón líquido (para lavar la parte descubierta de los antebrazos entre los cambios de EPP)
- Cartel de presentación de los pasos para quitarse el EPP de manera adecuada (nota: si usa la guía de Public Health England, agregue un paso de higiene de manos entre los pasos 2 y 3, es decir, después de quitarse la bata, pero ANTES de quitarse el cubre bocas o la protección ocular/careta. Consulte los ejemplos de letreros de señalización de áreas y acciones en este sitio: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/senalizacion-prevencion-control-covid19.html> (o en este archivo zip: https://www.bushproof.com/?smd_process_download=1&download_id=1618). Regla general: realice la higiene de las manos después de cada paso del procedimiento para quitarse el equipo).
- Espejo
- La experiencia en Milán (Italia) muestra que, de haber personal disponible, tener a alguien que ayude a supervisar el proceso de quitar el equipo puede agregar confiabilidad al proceso (y reducir la posible infección).

10. Preparación de alimentos / lavado de trastes

Una precaución adicional será llevar los platos contaminados de habitaciones rojas / amarillas y lavarlos por separado (consulte la sección 11 a continuación). Para esto, debe haber una manera de transferir los platos entre las áreas contaminadas y la cocina, realizando el paso de lavado / remojo en la zona contaminada y no en la cocina. Cuando se usan lavavajillas en la cocina, se necesitará un área separada para lavar los trastes con agua y jabón dentro de las zonas roja o amarilla, antes de moverlos al área específica y colocarlos en el lavavajillas.

11. Cloración / limpieza y desinfección de objetos y superficies

El cloro es necesario para la desinfección del EPP, remojar los platos y trastes y la limpieza de superficies. Nota: 0.1% de cloro equivale a 1000 ppm o 1000 mg/L. - vea la sección 18 a continuación.

El procedimiento general implica:

1. Primero limpiar con agua / jabón
2. Enjuagar el jabón (paso importante en el sentido de que el cloro reaccionará con el jabón y será menos efectivo)
3. Segundo desinfectar con cloro

Desinfección de EPP

La desinfección de EPP para ciertos artículos (por ejemplo, guantes resistentes para trabajo pesado o uso rudo, protección ocular, delantales resistentes para trabajo pesado o uso rudo) se realiza lavando con agua y jabón, enjuagando bien, luego remojando durante al menos 10 minutos en cloro al 0.1%, finalmente enjuagando nuevamente y secar.

Platos

Cuando los platos se lavan a mano, deben lavarse con agua y jabón, enjuagarse, luego remojarse durante al menos 10 minutos en cloro al 0.1%, finalmente enjuagarse nuevamente y secarse.

Superficies

La limpieza de las superficies debe realizarse 2 veces al día si es posible en áreas amarillas / rojas. Una lista de rotación / verificación ayudará a realizar un seguimiento minucioso de la limpieza que se ha hecho. Sin embargo, se deben priorizar las áreas a limpiar, dado el tiempo disponible / recursos de personal:

- Se debe dar prioridad a cualquier superficie de alto contacto: esto incluye barandales de cama, mesas, manijas de puertas, y cualquier equipo con superficie de alto contacto.
- Cuando el tiempo lo permita, otras superficies que se tocan (con las manos) con menos frecuencia pueden también limpiarse; esto puede incluir pisos y sillas.

Dos opciones para decidir qué solución de limpieza utilizar:

- Comience con agua y jabón, enjuague con agua, luego desinfecte con cloro al 0.1%. Utilizar cloro es lo que la OMS y las guías de distintos países como México y el Reino Unido recomiendan.
- Utilizar una solución premezclada, combinando detergente y cloro, pero solo cuando la formulación y concentración particulares se ajusten a la norma EN 14476. Esta norma significa que es "activa contra virus envueltos", incluyendo el coronavirus, y por lo tanto debería ser efectiva contra el SARS-CoV-2. Sin embargo, hasta la fecha existe un número limitado de estudios que midan la efectividad directa contra el SARS-CoV-2. (Estas soluciones contienen compuestos de amonio cuaternario (CAC), sin embargo, hay que tener en cuenta que la efectividad específica del CAC conocido como cloruro de benzalconio (CB) ha sido cuestionado).

Cuando se usa cloro, el olor puede ser bastante fuerte, por lo que es importante abrir ventanas y ventilar durante el proceso de limpieza.

Los trapeadores, trapos o paños pueden desecharse después de su uso (si hay suficiente reserva), o podrían reutilizarse de la misma manera que la reutilización de los EPP (es decir, lavar con jabón, enjuagar, desinfectar con cloro).

Notas sobre la preparación del cloro

Para la desinfección con cloro, hay que tener una forma para hacer la dilución necesaria de una concentración de 0.1%, dependiendo del tipo de cloro utilizado (consulte el procedimiento en la sección 18 a continuación); esto debe ser válido para productos de cloro solo o de cloro con detergente.

Notas importantes para el uso de cloro:

- Los productos de cloro emiten un gas denso o pesado: lo mejor es tener el área de mezcla / almacenamiento lejos de las habitaciones y en un espacio bien ventilado, nunca en un sótano donde se pueda acumular este gas, y preferiblemente dentro de la zona amarilla y con comunicación al exterior (p. ej. terraza para tender ropa).
- No almacene cerca de algún combustible, fuentes de calor, extintores de polvo seco, otros tipos de cloro, compuestos que contengan nitrógeno, oxidantes o cualquier sustancia corrosiva o inflamable.

12. Residuos

Los residuos deben manejarse como residuos biológico infecciosos. Se debe tener un sistema de eliminación de residuos dentro de la institución para residuos provenientes de zonas rojas/amarillas versus residuos de zonas verdes:

- Asegúrese de tener bolsas de residuos biológicos infecciosos listas en cada habitación roja o amarilla.
- Asegúrese de tener pañuelos desechables y toallas de papel disponibles en cada habitación, así como en áreas comunes.
- Si coloca los residuos temporalmente dentro del edificio antes de llevarlos al exterior, los residuos provenientes de las habitaciones rojas / amarillas deben colocarse en una zona de almacenamiento roja designada por separado.
- Preste especial atención al manejo de los pañales desechables, o cualquier cosa que se haya ensuciado con orina o heces en todas las habitaciones. Los estudios indican que el virus se puede detectar en las heces hasta 5 semanas después de que los síntomas respiratorios han desaparecido, por lo que se debe tener cuidado al manipular los elementos contaminados (aquí es un principio de precaución ya que todavía no sabemos si los virus son aún viables y pueden infectar a alguien más).
- Al vaciar los contenedores de las aspiradoras es necesario utilizar las mascarillas N95 o equivalentes debido al riesgo de aerosolización—cualquier contenido del equipo utilizado en zonas rojas o amarillas debe colocarse en las áreas de desechos designadas para esto.
- Los residuos de la zona roja / amarillas deben eliminarse igual que los residuos biológico infecciosos. Deben de colocarse en doble bolsa. En el caso de que no exista un protocolo para la disposición de residuos peligrosos biológicos infecciosos para los desechos clínicos, una solución será poner en doble bolsa los residuos y almacenarlos por 5 días, antes de ponerlos junto el resto del material de desecho o basura.

13. Lavandería

El lavado de la ropa se debe realizar normalmente con agua caliente (60 grados Celsius o más), seguido de planchado o secado en secadora.

En los sitios en que el lavado de ropa debe hacerse a mano, se recomienda el siguiente procedimiento:

- Remoje la ropa en agua jabonosa caliente en una tina grande, use un palo para moverla y tenga cuidado para evitar salpicaduras.
- Vacíe la tina del agua jabonosa y luego llénela de agua para enjuagar la ropa, revolviendo con un palo. Vacíe esta agua de enjuague.
- En otra tina, prepare una solución de cloro al 0.05% (vea la sección 18 para saber cómo hacerlo). Una vez diluido el cloro, agregue esta solución a la tina con ropa y déjela en remojo durante 30 minutos.
- Pasados los 30 minutos, vacíe la tina y enjuague la ropa una vez más con agua limpia. Deje que la ropa se seque por completo (a la luz del sol siempre que sea posible).

En el área de lavandería, el tener áreas separadas para el almacenamiento temporal de la ropa sucia de las zonas roja / ámbar ayudará a crear una mayor conciencia del riesgo del personal de lavandería al manipular esta ropa.

Hay que tener especial cuidado al recoger y transportar la ropa sucia o ropa de cama de todas las habitaciones al área de lavandería. La ropa debe colocarse en una bolsa de polietileno roja traslúcida, sellarse y luego cargarse en el carrito para llevarla al área de lavandería. En términos de control de infecciones, el usar bolsas de polietileno rojas traslúcidas evitará que el personal que manipula la ropa esté expuesto a un mayor riesgo al no manipular sábanas o ropa contaminadas. Esto es importante ya que el estudio de dos personas que resultaron infectados (pero asintomáticos y que permanecieron en una habitación durante solo 24 horas), demostró una concentración más alta del virus en la ropa de cama, comparado a la concentración en la manija de la puerta y otras áreas que se tocaban regularmente.

También pueden utilizarse bolsas hidrosolubles, generalmente de Polivinilo, que pueden ponerse directamente en la lavadora sin abrirlas/vaciarlas (ya que una parte de la bolsa se disuelve durante el ciclo de lavado).

No sacuda la ropa ni la ropa de cama en ningún lado.

14. Señalización

Es importante contar con señalización y letreros para ayudar a delinear zonas y designar claramente los niveles de contaminación. Aquí encontrará un sitio que contiene material que puede adaptar e imprimir: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/senalizacion-prevencion-control-covid19.html> (también disponible en este archivo zip: https://www.bushproof.com/?smd_process_download=1&download_id=1618). Algunos a considerar para imprimir:

Cloro 0.1% (para cualquier contenedor)	Área de poner EPP; Obligatorio el EPP completo	Limpieza de manos obligatoria antes Y después de esta puerta
--	---	--

Punto de almacenamiento de equipo compartido rojo/amarillo/verde	Área para ponerse el EPP; máximo --- personas al mismo tiempo ¡no entre si ve más de --- personas!	No se toque la cara con las manos / guantes
Residuos verdes	Área designada para quitarse el EPP	Re-ingreso de residente / visitante
Residuos rojos / amarillos	Instrucciones para ponerse el EPP	Re-ingreso de residente / visitantes; favor de utilizar la otra entrada
Zona temporal de colocación de residuos de zona roja/amarilla	Instrucciones para quitarse el EPP	Entrada del personal

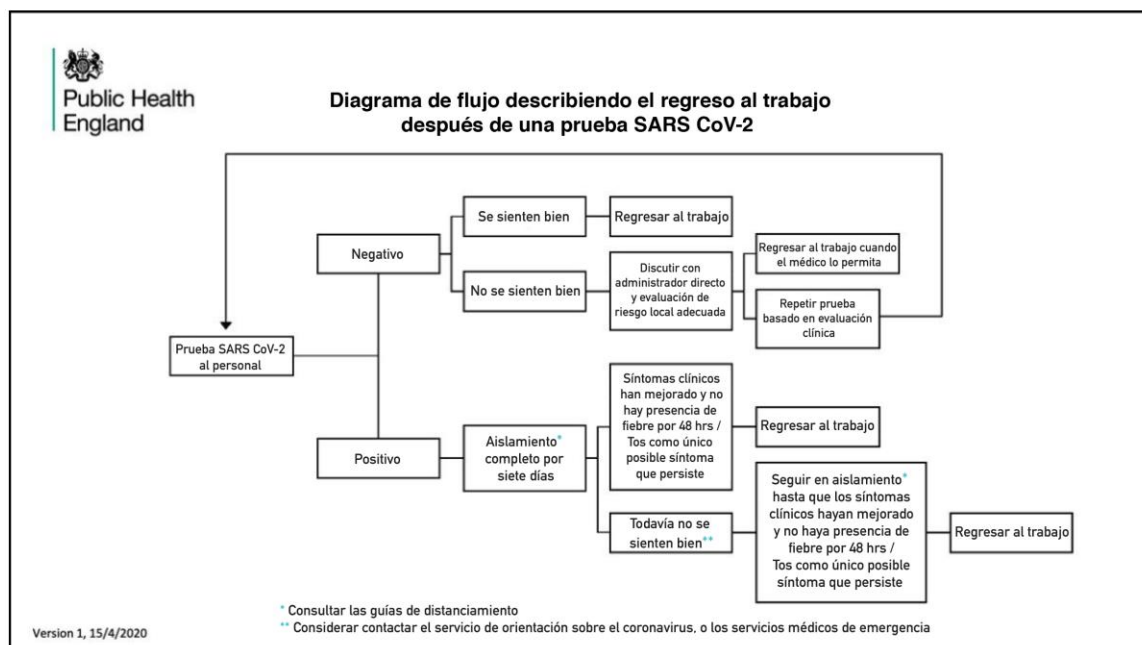
15. Salud del personal

Para el personal que enfermó y que considera cuándo volver al trabajo, la guía más reciente (en inglés) de *Public Health England* que se muestra a continuación, presenta sus recomendaciones mediante un diagrama de flujo (en resumen: si está enfermo no vaya a trabajar, aplique auto-aislamiento 7 días):

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/892137/Flowchart_for_return_to_work_symptomatic_v3.2.pdf

La guía del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades en Estados Unidos (CDC, 13 de abril de 2020) proporciona detalles adicionales sobre recomendaciones para el personal que regresa al trabajo después de dar positivo, pero sin síntomas de COVID-19:

- ***“El personal de salud con COVID-19 confirmado por laboratorio que no ha tenido ningún síntoma debe ser excluido del trabajo hasta que hayan pasado 10 días desde la fecha de su primera prueba de diagnóstico de COVID-19 positiva, suponiendo que no hayan desarrollado síntomas posteriormente desde su prueba positiva.”***
(<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/return-to-work.html>) (en inglés)



Además, para el personal que se presenta al trabajo todos los días:

- Lleve a cabo una lista de verificación diaria de síntomas para el personal antes de ingresar a la ICLP (temperatura, oximetría de pulso, tos, pérdida del sentido del gusto o del olfato, o cualquier síntoma gastrointestinal).
- Recuerde que de la misma manera que los residentes pueden ser asintomáticos y, sin embargo, tener COVID-19, el personal también puede ser portador asintomático y puede infectar a otros miembros del personal. Es necesario mantener el distanciamiento físico, usar un cubrebocas y seguir el mismo procedimiento para la higiene de las manos (desinfectar-tocar-desinfectar), incluso en la zona verde "más segura".
- Siempre que sea posible, hay que realizar pruebas periódicas del personal (es decir, todo el personal, incluidos aquellos sin síntomas), esto ayudará a reducir el riesgo de transmisión.
- Anime al personal a llevar a cabo una zonificación en su propia casa.
- Fomentar el uso del cubre bocas al viajar hacia y desde el trabajo (al usar el transporte público) —vea también la sección 9.

16. Habitaciones de los residentes y aerosoles

En general, se espera reducir en la medida de lo posible todo lo que pueda generar aerosoles. La investigación ahora indica que los aerosoles pueden viajar mucho más de 2 metros y también pueden permanecer suspendidos en el aire por algún tiempo. Esto significa que debemos tratar de minimizar la cantidad de movimiento de aire forzado que podría exacerbar esto:

- No se debe permitir el uso de ventiladores. Sin embargo, en olas de calor o climas muy cálidos, esto será un desafío. En los casos en que haya consecuencias claras para la salud y la comodidad de los residentes si no se usan ventiladores, se sugiere utilizar aires acondicionados a bajas velocidades y con el modo de oscilación apagada.

- Programa reducido de aspirado para habitaciones rojas o amarillas (ya que crea flujo de aire a través del filtro y recirculación de partículas, cuyo efecto se desconoce). Use las aspiradoras destinadas para zonas rojas o amarillas y asegúrese de que el personal que las manipule use mascarillas N95 o equivalentes. Una alternativa a las aspiradoras podría ser utilizar barredoras de alfombras.
- Aunque todavía existe controversia al respecto, es probable que el uso de oxígeno humidificado a presión, *Entonox* o medicamentos por nebulización no represente un riesgo infeccioso significativo (consulte la página 31 del documento (PCI) "COVID-19 - guía de prevención y control de infecciones (en inglés): https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/881489/COVID-19_infection_prevention_and_control_guidance_complete.pdf). Sin embargo, hay otros métodos a parte del nebulizador que son igualmente efectivos para administrar medicamentos a personas que padecen asma o enfermedad pulmonar, (por ejemplo, una cámara espaciadora). En la medida de lo posible, se recomienda privilegiar el uso de cámaras espaciadoras en lugar de nebulizaciones.
- Se debe explicar a los residentes qué hacer si estornudan o tosen (estando en sus habitaciones, así como en áreas comunes). Esto implicará educar a las personas para:
 - Toser o estornudar en el codo, o colocarse la mano sobre la boca al hacerlo, seguido del lavado o higiene de manos.
 - Usar pañuelos de papel solo una vez y luego tirarlos.

17. Notificación a las autoridades de salud pública

Cuando exista un caso sospechoso, se debe notificar a las autoridades sanitarias locales.

Si el personal del centro asistencial no puede comunicarse con las autoridades, se recomienda hablar al médico de cabecera o responsable médico de la institución. El residente debe aislarse hasta que estén disponibles los resultados de la prueba, pero puede requerirse contactar al responsable médico de la institución incluso en el contexto de una prueba negativa (en vista de la alta tasa de falsos negativos actuales). Por ejemplo, se puede sugerir repetir la prueba después de 2 a 4 días en los casos en que haya una alta probabilidad de infección por COVID-19 previa a la prueba y persista una sospecha elevada de contagio.

Sin embargo, sabemos que cualquier persona que no tenga síntomas o síntomas leves puede estar propagando el virus (es decir, caso sospechoso o no). Esto significa que realmente todos los residentes y el personal deben ser evaluados tan regularmente como sea posible.

18. Preparación de solución de cloro

Esta guía pretende orientar la preparación de una solución de cloro para la desinfección de EPP u otros artículos, y para la desinfección de superficies. La concentración recomendada (0.1% o 1000 ppm o 1000mg/L) se basa en la guía actual de la OMS, y el método de preparación está de acuerdo con los procedimientos establecidos ante el brote de la enfermedad por el virus del Ébola.

Nota que el 0.1% cloro es igual que 1000 ppm o 1000 mg/L.

Seguridad

Como se mencionó anteriormente, es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- Los productos de cloro emiten un gas denso o pesado, lo mejor es tener el área de mezcla / almacenamiento lejos de las áreas habitables y en un espacio bien ventilado, preferiblemente dentro de la zona amarilla y con comunicación al exterior (por ejemplo, terraza para secado).
- No almacene al lado de combustibles, fuentes de calor, extintores de polvo seco, otros tipos de cloro, compuestos que contengan nitrógeno, oxidantes o cualquier cosa corrosiva o inflamable.
- Evite contacto con la piel, use guantes y protección ocular, no inhale los vapores.

Tipos de cloro

Debe preparar una solución al 0.1% basada en el tipo de producto base de cloro que disponible localmente. Las opciones pueden ser:

- Blanqueador líquido con una concentración del 5% (disponible en tiendas, pero no tan efectivo ya que el cloro puede haber expirado con productos líquidos, lo cual es más común en climas cálidos. Tenga en cuenta que un fuerte olor no es indicativo de efectividad).
- Cloro granulado con una concentración del 90% (tomado de las albercas/piscinas; tenga en cuenta que este tipo no debe ser de disolución lenta; debe disolverse todo cuando lo mezcle).
- Cloro granulado en concentración del 70% (comúnmente utilizado en el tratamiento del agua).

Procedimiento

1. Agregue la cantidad adecuada de agua a un balde. Nota: no agregue agua al cloro, siempre agregue cloro al agua, esto es para evitar una reacción química excesiva.
2. Agregue lentamente los gránulos de cloro, la cantidad a agregar se determinará por el % de fuerza de cloro (ver a continuación) y la cantidad de litros que está formando.
3. Revuelva suavemente durante al menos 30 segundos.
4. Desinfecte los artículos dentro de esta solución durante al menos 10 minutos antes de enjuagar / secar.
5. Los artículos normalmente se secan por goteo; esto se puede hacer afuera en un tendedero, o adentro en un cuarto húmedo, o en un cuarto de secado.

Tenga en cuenta que las diluciones de cloro se deterioran con el tiempo, especialmente una vez que se hayan sumergido varios elementos en ellas (una vez que se remojen o se desinfecten varios elementos). Por lo tanto, deben cambiarse regularmente (al menos una vez al día, pero si se usan mucho y / o están visiblemente sucias, dos veces al día).

La cantidad de cloro que se debe agregar para el paso 2 depende del producto que tenga. Para diferentes productos, consulte la tabla a continuación:

Producto	Cantidad a agregar por litro de agua
Cloro granular 90%	1.11 gramos
Cloro granular 70%	1.43 gramos
Cloro líquido 5 ó 6%	20 mL

Si su producto tiene un porcentaje de cloro activo diferente, puede ajustarlo a su producto siempre que conozca el % de cloro activo indicado en la etiqueta. Hágalo basado en la fórmula:

$$(1 \times 100) / \%$$

Por ejemplo, si usa cloro granular 90%:

- $(1 \times 100) / 90 = 1.11$ se agregarán 1.11 gramos por cada litro de agua. Lo mejor es usar básculas de cocina digitales para medir el peso (¡mantenga estas básculas específicamente para esta tarea, no las regrese a la cocina!).
- Si quisiera completar 20 litros, agregaría $1.11 \times 20 = 22.2$ gramos a los 20 litros de agua en el balde.
- Nota: sus básculas probablemente medirán sólo hasta el gramo más cercano; esto es más que suficiente, por lo que, en el caso de este ejemplo, alrededor de 22 o 23 gramos es lo que se necesita en esa cantidad de agua.

19. Transmisión asintomática / pre-sintomática en ICLP

Cada vez hay más evidencia sobre la transmisión asintomática y pre-sintomática de COVID-19 en residencias de personas mayores. Esto es cuando los residentes o el personal parecen sanos y no tienen síntomas obvios, mientras que en realidad tienen COVID-19 y portan el virus en cantidades suficientes para infectar a otras personas u objetos.

A continuación, se muestra una lista de estudios recientes sobre la prevalencia de la transmisión asintomática / pre-sintomática en ICLP, con un resumen de los principales puntos para cada uno. Esto proviene de la revisión de evidencia que se ha llevado a cabo y que está disponible:

- En la página principal del sitio que almacena la guía original en inglés, así como esta guía en español y las disponibles en otros idiomas: <https://www.bushproof.com/care-homes-strategy-for-infection-prevention-control-of-covid-19-based-on-clear-delineation-of-risk-zones/>.
- En un blog (en inglés) que explica esta evidencia: <https://ltccovid.org/2020/06/12/asymptomatic-and-pre-symptomatic-transmission-in-uk-care-homes-and-infection-prevention-and-control-ipc-guidance-an-update/>.

Estudio	Principales lecciones
Oran, D.P.; Topol, E.J. (2020) Prevalence of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection – A Narrative Review . <i>Ann Intern Med</i> . Publicado en línea el 3 de junio de 2020. https://www.acpjournals.org/doi/pdf/10.7326/M20-3012	<i>"La probabilidad de que aproximadamente del 40% al 45% de las personas infectadas con SARS-CoV-2 permanezcan asintomáticas sugiere que el virus podría tener un potencial mayor que el estimado anteriormente para propagarse en silencio e intensamente a través de las poblaciones humanas".</i>
Wei, W.E. et al (2020) Presymptomatic Transmission of SARS-CoV-2 – Singapore, January 23 – March 16, 2020 . <i>Morbidity and Mortality Weekly Report</i> , CDC. April 10, 2020, Vol. 69, No. 14. https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6914e1-H.pdf	<i>"Esta investigación identificó siete grupos de COVID-19 en Singapur en los que probablemente ocurrió la transmisión pre-sintomática. Entre los 243 casos de COVID-19 reportados en Singapur al 16 de marzo, 157 fueron adquiridos localmente; 10 de los 157 (6.4%) casos adquiridos localmente se incluyen en estos grupos y se atribuyeron a la transmisión pre-sintomática".</i>
Kimball, A. et al (2020) Asymptomatic and Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections in Residents of a Long-Term Care Skilled Nursing Facility – King County, Washington, March 2020 . <i>Morbidity and Mortality Weekly Report</i> , CDC. April 3, 2020, Vol. 69, No. 13. https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6913e1-H.pdf	La experiencia de una institución especializada en cuidados a largo plazo encontró que el 30% de los residentes que fueron evaluados fueron positivos, pero de estos más de la mitad (57%) no tenían síntomas en el momento de la prueba (aunque 7 días después de la prueba, 10 de los 13 habían desarrollado síntomas). Este estudio sugiere que la selección basada en síntomas en los centros asistenciales a largo plazo podría no identificar a aproximadamente a la mitad de los residentes con COVID-19.

Arons, M.M. <i>et al</i> (2020) Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. <i>The New England Journal of Medicine.</i> Publicado el 24 de abril de 2020. https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2008457?articleTools=true	La experiencia de una institución especializada en cuidados a largo plazo encontró que el 63% de los residentes dieron positivo y más de la mitad de ellos (57%) no tenían síntomas al momento de la prueba. Las estrategias de control de infecciones centradas únicamente en los residentes sintomáticos no fueron suficientes para evitar la introducción del virus en las instalaciones.
Gandhi, M.P.H. <i>et al</i> (2020) Asymptomatic transmission, the Achilles' Heel of Current Strategies to Control Covid-19. <i>The New England Journal of Medicine.</i> Publicado el 24 de abril de 2020. https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMe2009758?articleTools=true	Las cargas virales con SARS-CoV-1 (virus de 2003) se asociaron a la aparición de síntomas, máxima de una mediana de 5 días más tarde que las cargas virales con SARS-CoV-2 (virus de 2020). Esto es lo que hizo que la detección de infección basada en síntomas fuera más efectiva en el caso de SARS CoV-1. Con el virus actual (SARS-CoV-2), las personas que no tienen síntomas pueden portar el virus y ser contagiosas, p. ej. 17 de 24 muestras (71%) de personas pre-sintomáticas tenían virus viables por cultivo 1 a 6 días antes del desarrollo de síntomas.
Baggett, T. P. <i>et al</i> (2020) Prevalence of SARS-CoV-2 Infection in Residents of a Large Homeless Shelter in Boston. <i>JAMA.</i> Publicado el 27 de abril de 2020. https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765378	147 participantes (36.0%) obtuvo resultados positivos en el PCR para SARS-CoV-2. Entre estos, la tos (7.5%), la falta de aliento (1.4%) y la fiebre (0.7%) fueron poco frecuentes y el 87.8% fueron asintomáticos. La mayoría de las personas con infecciones recientemente identificadas no tenían síntomas ni fiebre al momento del diagnóstico, lo que sugiere que la detección de síntomas en los albergues para personas sin hogar puede no capturar adecuadamente el alcance de la transmisión de la enfermedad en este entorno de alto riesgo. Estos resultados respaldan las pruebas de PCR de todos los residentes asintomáticos del refugio si se identifica a un individuo sintomático con COVID-19 en el mismo albergue.
Du, Z. <i>et al</i> (2020) Serial Interval of COVID-19 among Publicly Reported Confirmed Cases. <i>Research Letter</i>, Volume 26, Number 6—June 2020. https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/6/20-0357_article	"12.6% de informes de casos indicaron transmisión pre-sintomática". "Cincuenta y nueve de los 468 informes indican que el infectado tenía síntomas antes que la persona que lo infectó. Por lo tanto, la transmisión pre-sintomática podría estar ocurriendo".

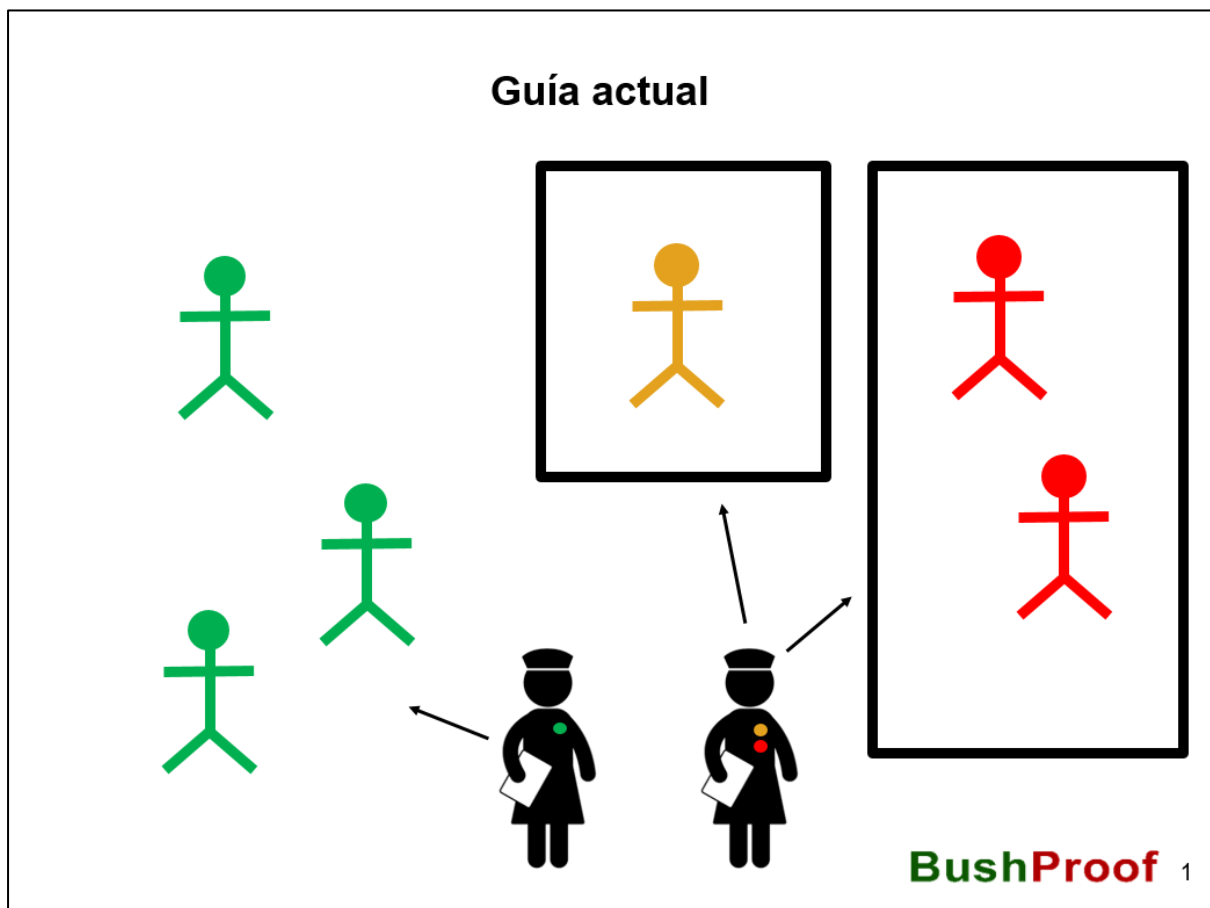
Vetter, P. <i>et al</i> (2020) Clinical features of covid-19: The wide array of symptoms has implications for the testing strategy. Editorial, <i>BMJ</i> 2020;369:m1470. Publicado el 17 de abril de 2020. https://www.bmj.com/content/bmj/369/bmj.m1470.full.pdf	<i>“La evidencia disponible de los informes de observación y modelado indica que hasta el 12% de la transmisión ocurre antes de que un caso índice desarrolle síntomas. Esto tiene implicaciones importantes para la efectividad de cualquier estrategia de prueba y para el rastreo de contactos y las medidas de contención. Para reducir la transmisión activa de SARS-CoV-2, las pruebas deben extenderse mucho más allá de las personas que se ajustan a una definición de caso restringida y otras poblaciones actualmente consideradas en riesgo. La estrategia actual no captura la imagen completa, faltando un número sustancial de pacientes con presentaciones atípicas o pocos síntomas. Peor aún, los criterios de prueba restrictivos pueden conducir a casos no reconocidos que transmiten el virus en entornos de atención médica o en la comunidad y a retrasos en la selección y el manejo adecuados de los pacientes”.</i>
He, X. <i>et al</i> (2020) Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. Brief Communication, <i>Nat Med.</i> 2020; 26:672–5. Epub ahead of print. Publicado el 15 de abril de 2020. https://www.nature.com/articles/s41591-020-0869-5.pdf	<i>“Reportamos patrones temporales de diseminación viral en 94 pacientes con COVID-19 confirmado por laboratorio y perfiles de infecciosidad modelados de COVID-19 de una muestra separada de 77 pares de transmisión infeccioso-infectado. Observamos la carga viral más alta en los hisopos de garganta al momento del inicio de los síntomas, e inferimos que la infecciosidad alcanzó su punto máximo en o antes del inicio de los síntomas. Estimamos que el 44% (intervalo de confianza del 95%, 25-69%) de los casos secundarios se infectaron durante la etapa pre-sintomática de los casos índice, en entornos con agrupamiento familiar sustancial, búsqueda activa de casos y cuarentena fuera del hogar. Las medidas de control de la enfermedad deben ajustarse para tener en cuenta la probable transmisión pre-sintomática sustancial”.</i>

Por lo tanto, con esto en mente, debemos implementar los procedimientos correctos de prevención y control de infecciones para evitar que esta transmisión ocurra (de personas a personas o de personas a objetos y viceversa). Para obtener una explicación de esto, consulte uno o ambos de estos seminarios web (Puede ver el video con subtítulos en español activando primero el menú de subtítulos, seguido del menú de configuración y ahí seleccionar la opción de subtítulos>>traducción simultánea>>español):

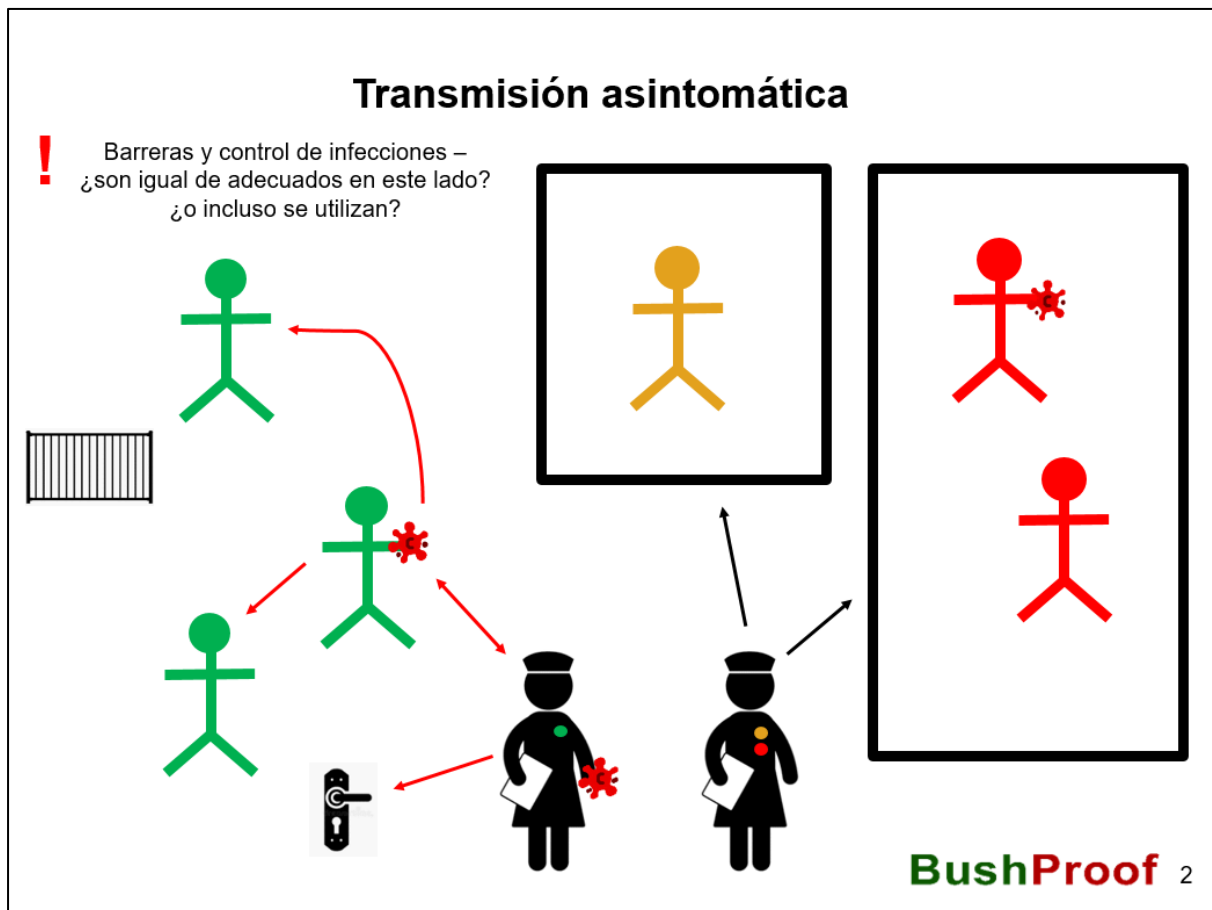
- Webinar grabado el 23 abril: <https://youtu.be/QNN9iTnnRH0> (a partir del minuto 9).
- Webinar grabado el 25 mayo: <https://www.youtube.com/watch?v=kbTifRj7rg4>.

A continuación, se presentan algunas diapositivas de las presentaciones en estos seminarios web que ayudan a explicar estas recomendaciones.

1. Las guías iniciales disponibles indicaban aislar a aquellos con síntomas (rojo), poner en cuarentena a cualquiera que llegara del hospital durante 14 días (amarillo) y asignar personal a esos casos. Aquellos sin síntomas (verde) recibían atención de manera normal.



2. El problema con esto radica en la transmisión asintomática y pre-sintomática. Si un residente o miembro del personal no tiene síntomas: (a) aún puede tener la infección por el nuevo coronavirus y (b) ser infeccioso para otros.
- Esta transmisión puede ocurrir de miembros del personal a residentes, o viceversa, o de residente a residente.
 - Además, existe la posibilidad de que alguien sintomático en realidad no tenga COVID-19.
 - En el ejemplo a continuación, mostramos la categorización del personal y los residentes por síntomas (mostrados por color), mientras mostramos a aquellos que realmente tienen el virus que portan un pequeño virus rojo. Se puede observar que tenemos un residente asintomático que porta el virus (aunque se clasifica como verde ya que no tiene síntomas), un miembro del personal asintomático que también porta el virus que ha sido asignado para trabajar en las áreas verdes, y un portador sintomático del virus (rojo). Todos pueden transmitir el virus a otros residentes / otros miembros del personal / objetos si no realizan una higiene minuciosa de las manos, usan EPP y siguen todos los protocolos. Muestra que la detección y la acción solo en función de los síntomas no detendrán el virus, y que los portadores asintomáticos son un riesgo grave de propagación del virus si no tenemos medidas para detener esto.



20. Uso recomendado del EPP por entorno de atención: primaria, ambulatoria y comunitaria, asistencia social y en el hogar

Entorno	Contexto	Guantes desechables	Delantal de plástico desechable	Oberol desechable repelente a fluidos	Mascarilla quirúrgica	Mascarilla quirúrgica resistente a fluidos (Tipo IIR)	Respirador para la cara con filtro (FFR)	Protección para los ojos y la cara ¹
Cualquier entorno	Realizar un procedimiento de generación de aerosoles en un caso de sospecha o confirmado	✓ un solo uso ⁴	✗	✓ un solo uso ⁴	✗	✗	✓ un solo uso ⁴	✓ un solo uso
Atención primaria, ambulatoria y otros servicios no de urgencia, así como otros servicios médicos como dental, maternidad, salud mental, oftálmico	Atención directa al paciente—caso(s) confirmado(s) o posibles ³ (a dos metros de distancia)	✓ un solo uso ⁴	✓ un solo uso ⁴	✗	✗	✓ un solo uso o por turno ^{4, 5}	✗	✓ un solo uso o por turno ^{4, 5}
	Trabajo en recepción/áreas comunes con caso(s) confirmado(s) o posible, cuando no se puede mantener la distancia de dos metros	✗	✗	✗	✗	✓ Uso por turno	✗	✗
Personas en su propio hogar (lugar de residencia actual)	Atención directa a algún miembro del hogar en el que algún miembro del hogar es un caso confirmado o posible ^{3, 7}	✓ un solo uso ⁴	✓ un solo uso ⁴	✗	✗	✓ un solo uso o por turno ^{4, 5}	✗	✓ evaluar el riesgo de uso por turno o un solo uso ^{5, 8}
	Atención directa o visita a cualquier persona en uno de los grupos más vulnerables o en donde un miembro del hogar que pertenece a un grupo vulnerable está en aislamiento ⁹	✓ un solo uso ⁴	✓ un solo uso ⁴	✗	✓ un solo uso ⁴	✗	✗	✗
	Parto en el hogar, en el cual algún miembro del hogar es un caso confirmado o posible ^{3, 7}	✓ un solo uso ⁴	✓ un solo uso ⁴	✓ un solo uso ⁴	✗	✓ un solo uso o por turno ^{4, 5}	✗	✓ un solo uso o por turno ^{4, 5}
Atención social y comunitaria, residencias para personas mayores, pacientes ambulatorios de servicios de salud mental y otros servicios de noche como apoyo a personas con dificultad de aprendizaje, cuidados paliativos, servicios de salud en prisiones	Institución con caso(s) posible(s) o confirmado(s)—y atención/cuidado a residentes (guardando distancia de dos metros)	✓ un solo uso ⁴	✓ un solo uso ⁴	✗	✗	✓ uso por turno ⁵	✗	✓ evaluar el riesgo de uso por turno ^{5, 8}
Cualquier entorno	Recolección de muestra(s) nasofaríngea(s)	✓ un solo uso ⁴	✓ un solo uso o por turno ^{4, 5}	✗	✗	✓ un solo uso o por turno ^{4, 5}	✗	✓ un solo uso o por turno ^{4, 5}

Fuente: Traducido y adaptado de: Public Health England. COVID-19 personal protective equipment (PPE). March 2020. Disponible en:

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/878750/T2_poster_Recommended_PPE_for_primary_outpatient_community_and_social_care_by_setting.pdf

Notas:

1. Este puede ser una protección completa (careta), gafas o googles de un solo uso/uso único o reutilizable para los ojos/cara
2. La lista de las actividades o procedimientos que generan aerosoles pueden consultarse también en: www.gov.uk/government/publications/wuhan-novel-coronavirus-infection-prevention-and-control/covid-19-personal-protective-equipment-ppe. (Nota: hay que tener en cuenta que las guías sobre generación de aerosoles está en constante revisión).
3. Un caso se refiere a cualquier persona que cumpla con la definición de caso posible o confirmado de acuerdo la siguiente guía: <https://www.gov.uk/government/publications/wuhan-novel-coronavirus-initial-investigation-of-possible-cases/investigation-and-initial-clinical-management-of-possible-cases-of-wuhan-novel-coronavirus-wn-cov-infection>.
4. De un solo uso se refiere al desecho de EPP o desinfección de material reutilizable, por ejemplo, protección para los ojos o cubrebocas, después de ver a cada paciente y/o después de terminar un procedimiento, tarea o sesión/turno. Deseche o desinfecte el material reutilizable después del contacto con cada paciente siguiendo las Guías de control de infecciones.
5. Una sesión/turno se refiere al periodo de tiempo en que personal de salud realiza actividades en un entorno específico de atención, por ejemplo, una ronda de piso, cuidado constante a pacientes. Una sesión/turno termina cuando el personal de salud se retira de este ámbito de atención/entorno de exposición.
6. El personal no clínico debe mantener una distancia de **dos** metros utilizando marcas que indiquen claramente la distancia. Siempre debe evaluarse el riesgo posible por el uso por sesión/turno para considerar su uso en lugares en los que hay tasas altas de casos comunitarios.
7. Una evaluación inicial de riesgo debe realizarse por teléfono antes de entrar al lugar o manteniendo una distancia de dos metros al entrar: En los casos en que el personal de salud/asistencia social/trabajo social evalúa que un individuo tiene síntomas con casos confirmados/sospechosos, debe utilizar EPP adecuado antes de proveer cualquier tipo de cuidado o atención.
8. Uso con base a la evaluación del riesgo se refiere a la utilización de EPP en situaciones en las que hay un riesgo probable o anticipado de contaminación por salpicaduras, gotas, sangre o fluidos corporales.
9. Puede consultar la explicación sobre protección y definición de casos extremadamente vulnerables (en inglés), en la siguiente guía: <https://www.gov.uk/government/publications/guidance-on-shielding-and-protecting-extremely-vulnerable-persons-from-covid-19/guidance-on-shielding-and-protecting-extremely-vulnerable-persons-from-covid-19>. Se recomienda también verificar si existen guías locales de apoyo sobre estos temas.

21. Historial de las revisiones a la versión original en inglés.

Este documento continúa sujeto a modificaciones, conforme se genera nueva evidencia e información.

Revisiones:

Date	Section	Revision
17 th April 2020		Original online
18 th April 2020	2	Clarity added on symptoms, and unreliability of symptoms-based screening
18 th April 2020	11, 18	Clarification that 0.1% and 1,000 ppm are the same
20 th April 2020	11	Removed 'other considerations' section on copper tape
20 th April 2020	Title page	Added qualifications
20 th April 2020	18	Clarification on accuracy required for weighing out chlorine
21 st April 2020	1	Added up to date paper on zoning by Schwartz et al (2020) and Yen et al (2020), also added text around less-than-ideal conditions of promoting IPC in care homes using our methodology, added 'other options' section in
21 st April 2020	4, 9	Expanded on staff allocation info, and info on masks for staff
21 st April 2020	15	Added a bit on observing hygiene in staff zone
22 nd April 2020	15	Added PHE and CDC guidance on return to work, with links
29 th April 2020	2	Modified & added layout variations, added text on layout options, added info on long-shedders
29 th April 2020	4	Modified staff allocation text
29 th April 2020	9, 12, 16	Some modifications to recommendations around vacuum cleaning
29 th April 2020	Title page	Added contributors
11 th May 2020	2	Added symptom to list (loss of taste), reworded part on asymptomatic transmission, rejigged colour code in layout 1
11 th May 2020	19	Added new section to explain asymptomatic / pre-symptomatic transmission along with references
11 th May 2020	6, 7	Added reference to GPs or nurses as being possible visitors
11 th May 2020	7	Reworded section on isolation looking at pragmatic approach in longer term, added part on dementia, added details on elevators
11 th May 2020	9	Added link to facial hair and masks, info on re-use of FFP2/N95 masks, also training vid for PPE donning and doffing
11 th May 2020	11	Added rinse step before chlorination, noted not to store chlorine in basements
11 th May 2020	14	Link to signage zip file
11 th May 2020	16	Modification to advice for fans during heatwaves
11 th May 2020	18	Underlining of fact to add chlorine to water, not the other way around
11 th May 2020	12	Removed part about segregating red/amber and green waste externally
1 st June 2020	Title page	Added contributors
1 st June 2020	1	Added reference to barrier nursing, second webinar link, link to UK government guidance changed to refer to our mapping

		document, new WHO reference added, added need for outbreak pre-plan
1 st June 2020	2	Qualified the part about testing, suggesting 2 tests to confirm if negative
1 st June 2020	5	Added part about sharing communal items like books
1 st June 2020	6	Added entrance info if making visitor room
1 st June 2020	7	Added for those isolating to have dedicated commodes & opportunities for bathing, also giving residents the option to wear masks if they want, plus idea for visitor room
1 st June 2020	9	Added part about laminated portraits, use of masks by staff when away from the care home and option for residents to wear masks if they wish, and a note on FFP2/N95 re-use.
1 st June 2020	10	Made a note about dishwashers
1 st June 2020	12	Added part about clinical waste bags, tissues, paper towels, and leaving some waste for 72 hours if no clinical waste stream
1 st June 2020	15	Added part about loss of smell/taste, and wearing masks
1 st June 2020	16	Modified section title to be clear it was about aerosols, added advice for residents on sneezing/coughing, added carpet sweepers as option, mention on mask type for cleaners using vacuum cleaners
1 st June 2020	17	Modified
1 st June 2020	19	Added second webinar link
29 th June 2020	3	Added part about washing soiled hands with soap & water
29 th June 2020	9	Added info for masks with exhalation valves, modified part on research / evidence for masks, modified info & order of text around wearing masks and added fit/seal test info, added part on labelling and disposing of re-used masks
29 th June 2020	11, 18	Removed reference to combined detergent-disinfectant products until we can get more data on these
29 th June 2020	11	Added part about QACs
29 th June 2020	19	Added link to evidence base, added one reference in table
23 rd December 2020	9	Some wording change about masks