

Circular Actualización Infecciones sarsCov-2

Septiembre 2022

Circular C 37 N° 9

30 - Septiembre - 2022

Actualización de las medidas de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud en contexto pandemia por Sars - Cov - 2

Como es de conocimiento, este ministerio publicó un conjunto de instrucciones dirigidas a los establecimientos de la red asistencial con el propósito de implementar medidas para proteger al personal de salud y prevenir infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) causadas como consecuencia de la pandemia por SARS-CoV-2, responsable del COVID-19. Estas instrucciones han sido actualizadas en base a la mejor evidencia y siguiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud. A continuación, se indica una síntesis de estas medidas con aclaraciones y precisiones que se han estimado relevantes para la situación epidemiológica actual y son aplicables en todos los prestadores institucionales (considera dispositivos) de atención de salud¹ públicos y privados del país que se encuentren en territorios en etapa de apertura. En establecimientos ubicados en territorios en otras etapas se mantendrán las indicaciones antes vigentes Circular C37 n°5 de agosto 2021².

¹ Cualquier establecimiento o dispositivo que se encuentre autorizado para otorgar prestaciones clínicas de salud a pacientes, tales como: consultorio, hospital, clínica, centro médico, centro de diagnóstico terapéutico, centro de referencia de salud, centros de diálisis, laboratorio en los que se realice atención de pacientes, entre otros, incluidas ambulancias y otros vehículos adaptados para atención clínica extrahospitalaria. Definición en: <https://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1992.html>

² Actualización de las medidas de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud en pacientes con SARS CoV-2. Disponible en : <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/08/05-CIRCULAR-ACTUALIZACIÓN-DE-LAS-MEDIDAS-DE-PREVENCIÓN-Y-CONTROL-DE-INFECCIONES-SARS-COV-2-fusionados.pdf>

Estrategias básicas de prevención de infecciones

En las medidas que se enuncian a continuación, se entenderá como personal de salud: "a todos los integrantes del equipo de salud, incluyendo personal clínico, personal de apoyo (incluyendo de aseo y administrativo), considerando explícitamente alumnos y profesionales que se encuentren en actividades docentes en los establecimientos de salud". Se recuerda que la actividad asistencial docente se encuentra permitida y no requiere de exigencias adicionales a las que se indican a continuación desde el punto de vista de la prevención y control de IAAS.

1. Medidas administrativas generales :

- a. En los establecimientos de atención cerrada asegurar la continuidad y fortalecer a los Programas de prevención y control de IAAS (PCI) de acuerdo con Ordinario

C37 n° 485 de febrero 2021³. Adecuarse a Norma Técnica N° 225 del 26 de agosto 2022⁴.

³ Instruye sobre prioridad de mantener las actividades del programa de prevención y control de IAAS y uso correcto de EPP durante la pandemia de Covid-19. Disponible: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/08/ORD-485-10-FEB-2021.pdf>

⁴ Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/DECRETO-N%C2%B060-DEL-26-DE-AGOSTO-2022-APRUEBA-NORMA-TECNICA-N%C2%B0225-PROGRAMA-DE-PREVENCIO%CC%81N-IAAS.pdf>

- b. Determinar unidades, habitaciones, específica(s) para la atención de pacientes confirmados y sospechosos de COVID-19 que considere la implementación de las precauciones adicionales de contacto y gotitas requeridas, así como los procedimientos para habilitarlas (considerando el personal de salud capacitado). Se recuerda que no se requiere disponer de manera permanente de una habitación o recinto desocupado a la espera de recibir un paciente, si no de responder y adecuar los servicios de manera inmediata de requerirlo⁵, ni tampoco de personal exclusivo dedicado a ello.

⁵ Los requisitos específicos de infraestructura y equipamiento se encuentran descritos en el Ord. B51 de enero 2020, disponible en :

<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/01/Ord.-N%C2%BA-276-Actualizaci%C3%B3n-de-alerta-y-refuerzo-de-vigilancia-epidemiol%C3%B3gica-ante-brote-de-2019-nCoV..pdf>

Adicionalmente, pautas para evaluar el estado de cumplimiento de los requisitos indicados se encuentran disponibles en:

<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/05/ORD-670-del-18-de-marzo-2020-Herramientas-de-evaluaci%C3%B3n-de-medidas-de-prevenci%C3%B3n-COVID19.pdf>

- c. No se requerirá de flujos diferenciados permanentes para pacientes respiratorios. Cada establecimiento implementará estrategias para la identificación precoz y manejo oportuno, con el propósito de reducir la exposición y riesgo de infección de otras personas.
- d. Asegurar que el personal de salud cuente con las medidas de prevención de COVID-19 (incluyendo acceso a equipo de protección personal o EPP) y se encuentre con capacitación vigente en precauciones estándares y uso correcto uso de EPP⁶ de acuerdo con instrucciones específicas del MINSAL en la materia^{7,8,9}.

⁶ Los(as) estudiantes deben contar con capacitación en la materia antes de ingresar a la actividad docente en un establecimiento asistencial. Ante falencias de conocimiento que se identifiquen localmente, los establecimientos informarán a la institución formadora a la cual pertenezca dicho alumno(a), para que ella genere las instancias correctivas correspondientes.

⁷ Medidas generales descritas en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/01/Ord.-N%C2%BA-276-Actualizaci%C3%B3n-de-alerta-y-refuerzo-de-vigilancia-epidemiol%C3%B3gica-ante-brote-de-2019-nCoV..pdf>

⁸ <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/05/03-abr-Circular-2-Racionalizacion-uso-EPP-en-contexto-atencion-pacientes-durante-pandemia.pdf>

⁹ <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/05/CIRCULAR-04-SUBSECRETARIA-DE-REDES-ASISTENCIALES.pdf>

- e. Resguardar que :

- i. Los respiradores de alta eficiencia tipo N95 o equivalente no cuenten con válvula, y se encuentren registrados en el Registro del Instituto de Salud Pública (ISP)¹⁰.

¹⁰ Los respiradores de alta eficiencia son equipos de protección personal y deben estar registrados en Registro de fabricantes e importadores (RFI) del ISP <https://www.ispch.cl/listadoepp>

- ii. Mascarillas quirúrgicas, médicas o de procedimientos, cuenten con certificación entregada por un organismo técnico claramente identificado¹¹ y esté con aprobación de la dirección del establecimiento.

¹¹ Por este tipo de mascarilla se entenderán : mascarilla de tres pliegues horizontales que permita ajuste universal, barra nasal maleable interior o exterior con borde pulido u otro sistema de sujeción nasal y porcentaje de eficiencia de filtración bacteriana (BFE) $\geq 95\%$. Además, debe ser conforme respecto de las siguientes normas/estándares :

- o Mascarillas quirúrgicas (alta resistencia a fluidos) : EN 14683 Tipo IIR; ASTM F2100 Niveles 2 a 3; YY 0469, con al menos un 95% de eficacia de filtración bacteriana (gotitas); Resistencia a fluidos a una presión mínima de 120 mmHg basada en ASTM F1862-07, ISO 22609 o equivalente U otros estándares equivalentes.
- o Mascarillas de procedimiento o médicas (menor resistencia a fluidos) : EN 14683 Tipo 11; ASTM F2100 Nivele 1; YY/T 0969, con al menos un 95% de eficacia de filtración bacteriana (gotitas) U otros estándares equivalentes y EU MDD (Directiva) 93/42/EEC Clase I.

- f. Mantener un programa de supervisión de cumplimiento de precauciones estándares y adicionales de gotitas. En los establecimientos de atención cerrada de salud, este programa será definido y coordinado , como lo es habitualmente, por los Programas Locales de Prevención y Control de IAAS.
- g. Contar con un sistema para la detección precoz de casos de infección de SARS-CoV-2 en personal de salud y pacientes, mediante estrategias de identificación sistemáticas activas y pasivas, dependiendo del escenario de transmisión local (endemia o situación epidémica hospitalaria) .
- h. Propender a la vacunación de todo el personal de salud de acuerdo con los lineamientos del Programa Nacional de Inmunizaciones . Conocer la cobertura local del programa de inmunizaciones del equipo de salud, identificar brechas, y crear equipos de trabajo multidisciplinarios que identifiquen posibles estrategias para corregirlas .
- i. Organizar los equipos de trabajo de tal modo de propender a que el personal de salud que trabaje en unidades en donde se brinde o pueda brindar atención de casos de COVID-19 se encuentre con su inmunización completa de acuerdo con los lineamientos del Programa Nacional de Inmunizaciones.
- j. Actualizar protocolos y lineamientos locales con el fin de mantener o implementar estrategias que permitan evitar aglomeraciones y mantener el distanciamiento físico entre personas tanto en áreas de hospitalización como comunes de pacientes y acompañantes, como del equipo de salud (tumos para cafetines o almuerzo, entregas de horas por vías no presenciales, entrega de medicamentos a domicilio, entre otras) .

1.1 Medidas para el personal de salud.

- a. Mantener un sistema de pesquisa para el personal de salud sintomático a través de instrumentos (encuestas, auto-chequeo) que permitan identificar más de un elemento sugerente de signos, síntomas y exposición a SARS-CoV-2 , así como protocolos orientados a cómo proceder frente a la identificación de personas sintomáticas o casos sospechosos¹² , siguiendo las disposiciones de la ley 21.342 . No se recomienda implementar o mantener estrategias de búsqueda activa sistemática en el equipo de salud mediante exámenes (PCR, antígeno, u otro), con la excepción del estudio de sospechas o brotes de COVID- 19.

¹² Tal como explicita en el punto 3.2.2. de la Norma Técnica N° 225 del 26 de agosto 2022 .

- b. Mantener la educación sobre la importancia de la notificación temprana de signos, síntomas y exposición a casos de COVID-19 .

- c. Supervisar y retroalimentar de forma inmediata, el cumplimiento de las medidas de prevención como uso de mascarilla quirúrgica, médica o de procedimiento, higiene de manos, y medidas de control de infecciones de acuerdo con directrices ministeriales vigentes.
- d. En prestadores institucionales de atención de salud que se encuentren en territorios (regiones, provincias ¹³) con riesgo de transmisión comunitaria alta (incidencia comunitaria durante los últimos 7 días mayor o igual a 100 por 100 mil personas o positividad de exámenes de detección de los últimos 7 días mayor o igual a 10,0%) ¹⁴, utilizar protección ocular, mascarilla quirúrgica, de procedimiento o médica de forma permanente, o respiradores de alta eficiencia tipo N95 o equivalentes sin válvula ¹⁵, durante la atención clínica presencial de pacientes en donde no se pueda mantener distancia mayor a un metro de éste o ésta se realice en un espacio cerrado. La implementación local de esta medida en prestadores institucionales de atención cerrada será definida y operacionalizada por los PCI.

¹³ La extensión de la información territorial a considerar variará de acuerdo con el origen de las personas que acudan al establecimiento.

¹⁴ Tomado de Christie A, Brooks JT, Hicks LA, et cols. Guidance for Implementing COVID-19 Prevention Strategies in the Context of Varying Community Transmission Levels and Vaccination Coverage . MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Internet]. 2021 Jul 27;70(30):1044-7. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7030e2.htm>

¹⁵ Con relación a respiradores de alta eficiencia utilizados en preparación y administración de quimioterapia, se considera exceptuada la obligatoriedad de ausencia de válvula.

- i. La medida anterior podrá desescalarsse a precauciones estándares y uso de EPP de acuerdo con evaluación de riesgo local, así como de precauciones adicionales basadas en mecanismo de transmisión de requerirse, en escenarios de menor riesgo de transmisión comunitaria de acuerdo con los lineamientos locales institucionales, siempre orientados por de los equipos de control de infecciones .
- ii. En áreas o sectores en los cuales no exista atención clínica directa presencial con pacientes (residencias, salas de reuniones, áreas administrativas , unidades de apoyo sin interacción con pacientes, entre otras) el uso de mascarilla será voluntario por parte del equipo de salud y por personal administrativo . Se recomienda mantener su uso generalizado como control de reservorio en las siguientes situaciones :
 - Durante brotes de COVID-19 al interior del establecimiento , como medida de control, mientras el brote persista, de acuerdo con lineamientos de los PCI o la Autoridad Sanitaria.
 - En establecimientos de salud que se encuentren en territorios con riesgo de transmisión comunitaria alta (incidencia comunitaria durante los últimos 7 días mayor o igual a 100 por 100 mil personas o positividad de exámenes de detección de los últimos 7 días mayor o igual a 10,0%).
- iii. Recomendaciones específicas y actualizaciones en esta materia serán publicadas por Salud Ocupacional en base a las orientaciones mencionadas en la Resolución exenta del 1° de octubre 2022 que indica el Plan Paso a Paso sigamos cuidándonos : fase de apertura y la ley 21.342.

1.2 Medidas para los pacientes.

- a. Los pacientes deben utilizar mascarilla quirúrgica , médica o de procedimiento según edad (recordar que no se recomienda en menores de 2 años), tolerancia y capacidad de entender las indicaciones entregadas, y siempre que ésta no interfiera en el tratamiento de su problema de salud. Se priorizarán las siguientes situaciones : traslado de un servicio a otro, durante procedimientos u otras actividades donde el paciente tenga interacción directa con el personal de salud, cuando no sea posible mantener el distanciamiento de al menos un metro de manera permanente con otros pacientes y durante las visitas.
- b. Mantener un sistema de vigilancia activa , para detectar signos y síntomas de SARS-CoV-2 e implementar oportunamente las precauciones adicionales de contacto y

gotitas¹⁶.

¹⁶ Ordinario C37 n° 833 31 de marzo 2020 . Instruye directrices sobre prioridades de equipos de IAAS y seguridad del paciente y calidad de la atención Covid-19.

- c. De mantenerse estrategias de búsqueda activa sistemática mediante exámenes (PCR, antígeno, u otro), esta medida contará con el consentimiento de las personas estudiadas y no será a costo de ellas.
- d. Educar sobre la importancia de avisar frente a signos y síntomas de SARS-CoV-2.
- e. Mantener estrategias para identificar a pacientes sospechosos , o que han sido contacto estrecho o permanecen en cuarentena durante su hospitalización, para así evitar que compartan habitación con otros pacientes susceptibles al interior del establecimiento o durante traslados a otros establecimientos.

1.3 Medidas para las visitas y acompañantes

- a. Mantener estrategias de información (recordatorios, señaléticas , afiches, videos etc.) sobre las medidas de prevención y control de SARS-CoV-2 .
- b. Se velará por el ingreso de visitas y acompañantes, organizando su presencia de tal manera que su ingreso sea individual (con excepción de menores de edad y personas que requieren asistencia) , lo que no considera restricción en el número total de visitas durante la jornada . Se implementarán las medidas requeridas para evitar aglomeraciones y permitir el distanciamiento físico de acuerdo con lo señalado en el punto 1.j.-
 - i. Se debe considerar la situación epidemiológica del establecimiento (por ejemplo, durante brotes al interior de éste) para establecer medidas especiales , como limitar número, restricción a un solo familiar/cuidador o suspensión de ellas como medida excepcional y de carácter transitoria , con respaldo de la dirección del establecimiento , la cual será comunicada a pacientes, visitas y acompañantes, resguardando el derecho a recibir información.
 - ii. Se reitera que el ingreso de visita o acompañante no está condicionado al resultado de un examen (PCR o antígeno) , pase de movilidad o estado de inmunización.
 - iii. Implementar las medidas necesarias para resguardar el derecho de acompañamiento de niños, niñas, adolescentes , personas gestantes durante el proceso de parto, personas que viven pérdidas reproductivas , pacientes en estado crítico, riesgo vital o cuidados paliativos, entre otros grupos, de acuerdo con normativas y lineamientos nacionales vigentes ^{17,18,19,20}.

¹⁷ Norma Técnica y Administrativa Ley N°21.372 para el Acompañamiento de Niños, Niñas, Adolescentes en Acciones Vinculadas a la Atención de Salud y Mujeres o Personas Gestantes durante el Proceso de Parto. Disponible en : <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/06/26052022-NT-Ley-21.372-Mila-Version-para-publicar-v2.pdf>

¹⁸ <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/ConsideracionesPersonasconDiscapacidad130720.pdf>

¹⁹ Ordinario BSI n° 2388 de junio 2020. "Orientaciones para el manejo de casos de SARS-CoV-2 en gestantes, puérperas o diadas" . <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/GESTANTES-PUE%CC%81RPERAS-Y-0-DiADAS.pdf>

²⁰ Ordinario C51 n°1891 de junio 2020. "Recomendaciones para la atención de puérperas, niños, niñas, respecto a factores de riesgo de morbimortalidad materno infantil y su salud mental, en pandemia de COVID-19". Disponible en : https://s3.amazonaws.com/gobcl-prod/public_files/Campañas/Saludable-Mente/mujer/archivos/ORD.-N-1891-RECOMENDACIONES-PUERPERAS-NIÑOS-AS-RIESGO-DE-MORBIMORTALIDAD-SALUD-MENTAL-EN-PANDEMIA-COVID-19.pdf

- c. Durante el acceso de visitas, reforzar la aplicación de higiene de manos, uso de correcto de mascarilla y etiqueta de la tos. A aquellas personas que acudan sin

mascarilla, o se compruebe que se encuentra visiblemente sucia, o en malas condiciones, se le ofrecerá una de la institución.

- d. Las visitas o acompañantes deben utilizar mascarilla médica, quirúrgica o de procedimiento durante el periodo que permanezcan junto a su paciente y en áreas o sectores en los cuales se generen interacciones con estos.
- e. Supervisar por parte del personal clínico a los familiares en el uso correcto de mascarilla e higiene de manos, organizando el horario de visita.

2.- Medidas ambientales y de ingeniería

- a. En los recintos en donde se realice actividad clínica asistencial, el número de personas presentes debe ser el necesario para cumplir con este objetivo .
- b. Mayor referencia con relación a condiciones estructurales para la implementación de precauciones adicionales (aislamientos) , seguir orientaciones entregadas en circular C37 nº 07 de junio 2018²¹ y Ord. 851 nº 276 de enero 2020²² .

²¹ Reitera instrucciones sobre aislamiento de pacientes para prevención de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS).

²² Actualización de alerta y refuerzo de vigilancia epidemiológica ante brote de 2019-nCoV. Disponible en : <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/01/Ord.-N%C2%BA-276-Actualizaci%C3%B3n-de-alerta-y-refuerzo-de-vigilancia-epidemiol%C3%B3gica-ante-brote-de-2019-nCoV..pdf>

- c. Resguardar que la distancia entre pacientes sea al menos de un metro (considerar la distancia entre los límites más próximos de las cabeceras de las camas/camillas/sillones de los pacientes entre otros) . Esto es aplicable para pacientes hospitalizados y ambulatorios durante la atención de salud propiamente tal.
- d. Propender que las salas dispongan de ventilación , ya sea con métodos naturales, mecánicos o mixtos²³ .

²³ Para más información con relación a como estimar tasas de ventilación e implementar medidas para favorecer la ventilación natural,consultar el documento : Organización Panamericana de la Salud;Organización Mundial de la Salud.Ventilación natural para el control de las infecciones en entornos de atención de la salud [Internet]. st ed. Atkinson J, Chartier Y, Pessoa-Silva CL, Jensen P, Li Y, Seto W-H, editors. Wash ington, D.C : Organización Panamericana de la Salud; 2009 . 149 p. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/ventilacion_natural_spa_25mar11.pdf

- i. Para sectores en los cuales se realice atención de pacientes sin ejecución de procedimientos generadores de aerosoles asociados con mayor riesgo de infección (PGAR) (anexo 1): 60 litros/segundo/paciente si es ventilación natural o 6 recambios de aire por hora (equivalente a 40 litros/segundo/paciente) si es ventilación mecánica o mixta.
- ii. Para sectores en los cuales se realice atención de pacientes con ejecución de PGAR: contar con al menos 6 recambios de aire por hora, o idealmente de 12 recambios de aire por hora si se cuenta con sistemas mecánicos de ventilación, o tasas de ventilación mínima media por hora de 160 litros/segundo/paciente , con un mínimo de 80 litros/segundo/paciente , de contarse con sistemas de ventilación natural.
 - Las habitaciones con sistemas de manejo de aire donde éste recircule hacia otras habitaciones o espacios con otros pacientes deben contar con filtros de alta eficiencia (HEPA) que filtren el aire antes de recircular.

- e. En el caso de uso aire acondicionado considerar²⁴ :

²⁴ El rol del aire acondicionado en la transmisión de SARS-CoV-2 no se ha identificado, por lo que las siguientes son una síntesis de las principales recomendaciones de organismos y agencias nacionales e internacionales .

- i. Toma de aire del exterior (de preferencia) .

- ii. Salida del aire al exterior no hacia otras áreas del hospital o del establecimiento , en particular espacios cerrados.
- iii. Que no exista recirculación entre salas distintas .
- iv. Ubicación del sistema, evitar que el flujo aire se dirija directo hacia las personas. v. Si el sistema funciona con recirculación de aire debe contar con filtro.
- v. Contar con mantención del sistema incluyendo limpieza de duetos.
- vi. Verificar que el sistema funcione independiente de la humedad o temperatura para mantener las condiciones de ventilación sin modificaciones .
- vii. Identificar dentro de la institución al responsable del manejo y supervisión de los programas de mantención preventiva de los equipos de aire acondicionado y revisión cambio de filtros , de ser pertinente .

3.-Medidas individuales

3.1 Precauciones estándares

a. Como principio general, durante la atención de todo paciente se aplicarán las precauciones estándares que incluyen²⁵:

²⁵ <https://www.minsal.cl/portal/url/item/d8615b8fdab6c48fe04001016401183d.pdf>

- i. Higiene de manos: con agua y jabón (40-60 segundos) o solución en base alcohólica (20-30 segundos) si las manos están visiblemente limpias.
- ii. Uso de elementos de protección personal (EPP) de acuerdo con evaluación de riesgo de salpicaduras o contacto con fluidos corporales del paciente (anexo 2).
- iii. Higiene respiratoria y etiqueta de la tos.
- iv. Limpieza y desinfección : se deben seguir las orientaciones generales entregadas en la circular C37 n° 06 del 22 de octubre 2021²⁶. Si no se han realizado procedimientos generadores de aerosoles asociados con riesgo de infección (ver anexo 1) en pacientes con sospecha o confirmados de COVID-19 (por ejemplo, en establecimientos que realizan atención en comunas con transmisión comunitaria moderada o superior)²⁷, no se requiere de tiempos adicionales de ventilación . El tiempo de ventilación dependerá habitualmente de las propiedades (tipo y concentración) del desinfectante que se utilice.
- v. Manejo de residuos que deben seguir las orientaciones del REAS y ordinario 832 n°1040 de abril 2020^{28,29}.

²⁶ Recomendaciones sobre limpieza y desinfección de superficies ambientales para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).

Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/01/0006-CIRCULAR-RECOMENDACIONES-SOBRE-LIMPIEZA-Y-DESINFECCION-DE-SUPERFICIES.pdf>

²⁷ https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336884/WHO-COVID-19-Community_Actions-2020.5-spa.pdf

²⁸ <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/REAS.pdf>

²⁹ Ordinario B32 n° 1040 de abril 2020 . Informa orientaciones para el manejo de residuos de establecimientos de atención de la salud en el contexto de la pandemia COVD-19.

3.2 Precauciones adicionales de contacto y gotitas :

- a. La implementación de precauciones adicionales se realizará durante la atención de pacientes en los que se sospeche o exista confirmación de una infección por un microorganismo en el cual las precauciones estándares no sean suficientes³⁰.

³⁰ <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/05/03-abr-Circular-2-Racionalizacion-uso-EPP-en-contexto-atencion-pacientes-durante-pandemia.pdf>

- b. En pacientes sospechosos y confirmados de COVID-19, se sumarán a las precauciones estándares las precauciones adicionales de contacto y gotitas. Estas incluyen: higiene de manos, uso delantal y guantes, protección ocular (escudo facial o antiparras) y mascarilla quirúrgica, médica o de procedimiento. En caso de PGAR, todo el equipo de salud presente reemplazará la mascarilla quirúrgica, médica o de procedimiento por respirador de alta eficiencia sin válvula tipo N95 o equivalente^{31.32}.

³¹ Ordinario B51 n° 276 de 2020. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/01/Ord.-N%C2%BA-276-Actualizaci%C3%B3n-de-alerta-y-refuerzo-de-vigilancia-epidemiol%C3%B3gica-ante-brote-de-2019-nCoV..pdf>

³² Recordar consideraciones de uso de respirador de alta eficiencia.

<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/PROTOCOLO-DE-USO-DE-EQUIPOS-DE-PROTECCI%C3%93N-PERSONAL-EN-LA-PREVENCI%C3%93N-DE-TRANSMISI%C3%93N-COVID19-versi%C3%B3n-24-03-2020-corregido-%C3%BAltima-p%C3%A1gina.pdf>

Con relación a la posibilidad de realizar uso extendido de algunos EPP :

- i. Mascarillas quirúrgicas, médicas o de procedimiento: el cambio se realizará cuando se encuentren visiblemente sucias, dañadas, se perciban húmedas o sean retiradas del rostro. Su uso no superará las 4 horas continuas.
- ii. Protección ocular (escudos faciales o antiparras) : el cambio se realizará sólo cuando se encuentren visiblemente sucios o dañados. Una vez removido del rostro, según el tipo de equipo, se eliminarán o se dispondrán para su limpieza y desinfección para un nuevo uso³³.
- iii. Batas impermeables desechables : sólo se permitirá su uso extendido como medida a utilizar durante procedimientos de toma de muestra para detección del SARS-CoV-2 (antígeno, PCR) que se realicen de manera secuencial en varias personas durante atenciones ambulatorias.
- iv. Respiradores de alta eficiencia sin válvula tipo N95 o equivalente : su uso continuo no excederá las 8 horas, y requerirá de controles frecuentes de sello. El recambio se realizará antes cuando se encuentren visiblemente sucias, dañadas, pérdida de ajuste, o sean retiradas del rostro. No se podrán reprocesar.

³³ <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/05/03-abr-Circular-2-Racionalizacion-uso-EPP-en-contexto-atencion-pacientes-durante-pandemia.pdf>

- c. Como medida general, la duración de las precauciones adicionales basadas en mecanismos de transmisión será de 5 días desde la fecha del inicio de síntomas (o de toma de PCR en asintomáticos), cumpliéndose al menos 1 día sin fiebre sin uso de antipiréticos y con presencia de mejoría clínica (no ausencia) de los síntomas (disnea, tos, requerimientos de oxígeno).
- i. En pacientes con cuadros graves de COVID-19 (neumonía con requerimiento de hospitalización), no inmunocomprometidos, la duración de las precauciones adicionales basadas en mecanismos de transmisión será de 10 días desde la fecha del inicio de síntomas (o de toma de PCR en asintomáticos), cumpliéndose al menos 1 día sin fiebre sin uso de antipiréticos y con presencia de mejoría clínica (no ausencia) de los síntomas (disnea, tos, requerimientos de oxígeno).
 - ii. En pacientes con inmunocompromiso³⁴, la duración de las precauciones adicionales basadas en mecanismos de transmisión será de 20 días desde el inicio de síntomas (o de toma de PCR en asintomáticos), cumpliéndose al menos 1 día sin fiebre sin uso de antipiréticos y con presencia de mejoría clínica (no

ausencia) de los síntomas (disnea, tos, requerimientos de oxígeno).

³⁴ Personas que han recibido trasplante, que recibe un tratamiento prolongado con corticoides u otro medicamento inmunomodulador o quimioterapia para el cáncer, personas que viven con VIH y con recuento de CD4 bajo 200 cel/mm³ o sin terapia antirretroviral, con una inmunodeficiencia o cualquier otro cuadro en el cual el equipo tratante determine que existe un compromiso importante de la respuesta inmune del organismo .

d. Definición de exposición en establecimientos de atención de salud para identificar contactos estrechos:

i. Para actividades en el contexto de la atención clínica :

- a. Exposición a un caso confirmado o probable entre los 2 días previos a que éste inicie los síntomas o fecha de toma de examen (casos asintomáticos) y el tiempo posterior definido de acuerdo con la duración de precauciones adicionales que tenía el paciente ³⁵ Y
- b. contacto cara a cara a menos de un metro de distancia del paciente confirmado para SARS-CoV-2 durante al menos 15 minutos; o independiente de la distancia con el paciente y tiempo de exposición , el contacto ocurre al encontrarse en una misma habitación durante la ejecución de procedimientos generadores de aerosoles con mayor riesgo de infección (PGAR) Y
- c. la actividad se realiza sin uso de protección ocular (escudo facial o antiparras) y mascarilla quirúrgica, médica o de procedimiento ; o durante procedimientos o actividades PGAR, la actividad se realiza sin protección ocular y respirador tipo N95 o equivalente .

³⁵ En pacientes hospitalizados en habitaciones compartidas, se considerará como contacto estrecho a los pacientes hospitalizado en la misma habitación que el caso confirmado o probable .

ii. Para actividades que no se traten de atención clínica, se deben consultar instrucciones vigentes al respecto a la autoridad sanitaria pertinente.

e. Duración de la cuarentena de los contactos estrechos (considerando el día de la última exposición como día 0) :

i. Hasta completar 5 días posterior a la exposición si la persona no desarrolla sintomatología y se cuenta con una prueba de antígeno o PCR (-) el día 5³⁶.

- a. Durante el periodo de cuarentena los contactos estrechos deben utilizar mascarilla médica, quirúrgica , de procedimiento y no deben interactuar con otros pacientes hasta completar su cuarentena³⁷ .

³⁶ Por sensibilidad, privilegiar la toma de PCR, pero se acepta el uso de prueba de antígeno en ausencia de acceso a PCR.

³⁷ De existir más de un contacto estrecho generado a partir de un mismo caso, estos pueden manejarse en cohorte hasta completar su cuarentena .

4.- Manejo y Estudio de Brotes por SARS-CoV-2

a. Continúan vigentes las instrucciones emanadas con relación a organización del estudio e intervención de brotes, emanadas anteriormente ³⁸.

³⁸ Circulares C37 N°2124 del 08 de julio 2020 "Envía instrucciones para estudio de brotes de infecciones asociada a la atención de salud (IAAS) en pandemia de COVID-19" https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/C37_Ord-2124_estudio-brotes.pdf

Circular C37 N° 3376 del 26 de octubre 2020 "Complementa y aclara instrucciones entregadas en Ord. C37 N°2124 de junio 2020" disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/11/Ord-C37-3376-de-octubre-2020-Complementa-y-aclara-instrucciones-con-relaci%C3%B3n-a-brotes-de-COVID-19-en-establecimientos-de-salud.pdf>

Se recuerda que mediante el Ord. C37 n°3879 de diciembre 2021 se modificó el tiempo requerido para considerar un brote de IAAS de COVID-19 como prolongado,

encontrándose actualmente vigentes las medidas instruidas en la circular C37 n°2 de marzo 2021 (más de 28 días desde la identificación del caso índice sin finalizar el brote para considerar la evaluación de un supervisor propio del hospital, externo al PCI, y 6 o más semanas de duración sin finalización desde la identificación del caso índice para considerar la evaluación de una figura externa al hospital)³⁹

³⁹ Actualiza Norma sobre supervisión en caso de prolongación, reaparición o repetición de brotes de IAAS. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/08/2-CIRCULAR-ACTUALIZA-NORMA-SOBRE-SUPERVISI%C3%93N-EN-CASOS-DE-PROLONGACI%C3%93N-BROTOS-EPIDEMICOS-IAAS.pdf>

- i. Se libera a los PCI de los hospitales públicos del Sistema Nacional de Servicios de Salud de la obligación de notificar los brotes de COVID-19 no IAAS en la plataforma Sicars. Ésta se mantiene a disposición de los delegados de epidemiología para realizar la notificación considerando que se mantiene como un medio válido de notificación, debiendo cumplir las normativas específicas adicionales que pudieran existir en la materia.
- b. Se modifican los criterios temporales utilizados para definir un caso de COVID-19 como intrahospitalario , debiendo identificarse , primero, si se trata de un caso sin nexos epidemiológico ("aislado" o "esporádico") o a casos con nexos epidemiológico con otros casos (paciente o personal de salud) en el establecimiento:
 - i. Casos sin nexos epidemiológico en el establecimiento: se considerarán como IAAS aquellos en los cuales la fecha de inicio de síntomas compatibles con el cuadro sea posterior a 10 días⁴⁰ de hospitalización del paciente. De tratarse de pacientes asintomáticos, se considerará la fecha de toma del examen de PCR como fecha de referencia.
 - ii. Casos con nexos epidemiológico : se considerarán como IAAS aquellos en los cuales la fecha de inicio de síntomas compatibles con el cuadro sea posterior a 24 horas y hasta 5, 10 o 20 días del contacto identificado con el cual se estableció el nexo, dependiendo del tipo de paciente. De tratarse de pacientes asintomáticos, se considerará la fecha de toma del examen de PCR como fecha de referencia.
- c. El criterio de finalización de un brote en establecimientos de salud se acorta de 14 a 10 días sin nuevos casos relacionados.

⁴⁰ Se considera como periodo máximo de incubación para variante ómicron 8 días

5.- Manejo de cadáveres.

Se aplicará lo dispuesto en Resolución N°285 de 20 de abril de 2020 "Recomendaciones para el manejo de cadáveres en el contexto COVID-19"⁴¹ .

⁴¹ <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/Res.-Ex.-28520.04-Recomendaciones-manejo-de-cada%C3%93veres-COVID-19.pdf>

Se reitera que :

- a. No hay instrucciones que establezcan indicaciones diferenciadas para cadáveres de fallecidos por o con COVID-19 respecto de otras causas de muerte, en relación con su traslado y destino final.
- b. No existe indicación de introducir los cuerpos en bolsas mortuorias.
- c. El cadáver dentro del ataúd no representa un riesgo de transmisión del virus .
- d. Se deben aplicar las precauciones estándares en su manipulación directa, por parte de los funcionarios del recinto asistencial, del personal de las funerarias que realizan la introducción del cuerpo en el ataúd para su retiro y traslado , y de los funcionarios de los crematorios cuando el destino final del cuerpo, por decisión de

la familia, sea la cremación.

- e. No existen limitaciones desde el punto de vista de COVID-19 , manteniendo precauciones estándares, para que familiares y deudos puedan participar en el proceso antes descrito.

6.-Consideraciones especiales para procedimientos y cirugías.

La decisión de realizar o no un procedimiento endoscópico, quirúrgico u odontológico, no debe fundamentarse exclusivamente en la condición de infección de COVID-19 o no de un paciente o en el antecedente de infección reciente . Siempre se debe realizar una evaluación individualizada y fundamentada considerando los riesgos y beneficios de realizar el procedimiento o aplazarlo, así como de alternativas disponibles , para cada caso. Esta decisión estará documentada en la evaluación clínica antes del procedimiento o cirugía.

6.1 Cirugías Mayores (incluye cesárea)

- a. La Unidad Pre Quirúrgica debe realizar una evaluación clínica y una encuesta epidemiológica preoperatoria donde debe quedar explícitamente consignada la presencia o ausencia de signos, síntomas y antecedentes epidemiológicos de riesgo. De poseer cualquiera de éstos, debe ser derivado para su estudio y confirmar o descartar el diagnóstico de COVID-19 de acuerdo con las directrices nacionales vigentes.
- b. De ser posible, privilegiar técnicas quirúrgicas o procedimientos que permitan resolver el problema sin hospitalizar el paciente, así como técnicas o métodos de anestesia que no involucren manejo invasivo de la vía aérea.
- c. De acuerdo con las condiciones específicas de riesgo (clínico-epidemiológico) del paciente, el riesgo quirúrgico y anestésico asociado, y la capacidad de testeo del establecimiento , se podrá solicitar al paciente un examen de PCR preoperatorio⁴² (48 a 72 horas antes de la cirugía) cuyo resultado debe estar disponible antes de la cirugía. El procedimiento para seguir frente a identificarse en un resultado de COVID-19 (sintomático , asintomático, presintomático , recuperado) debe encontrarse protocolizado localmente, considerando la identificación de una habitación o sector que se le dará al paciente de requerir hospitalización con precauciones adicionales basadas en mecanismo de transmisión (aislamiento) .

⁴² La toma del examen no reemplaza la evaluación clínica epidemiológica de riesgo, por cuanto se debe considerar que :

- o El valor predictivo del examen se verá afectado por la prevalencia de casos del lugar del cual provenga el paciente (en zonas con baja prevalencia de casos, el valor predictivo positivo del examen disminuirá, y en zonas con alta prevalencia, el valor predictivo negativo disminuirá) y
- o el resultado del examen puede mantenerse positivo varias semanas después de cursada la enfermedad.

Se recomienda priorizar la toma de este examen en las siguientes situaciones :

- Establecimientos que realicen atención en áreas con riesgo de transmisión comunitaria moderada o superior⁴³, en particular si el paciente requerirá hospitalización en habitación común, como medida de prevención de brotes intrahospitalarios .
- Pacientes que serán sometidos a cirugías mayores en las cuales la evidencia sugiera que la presencia de una infección asintomática o presintomática pueda asociarse con un peor pronóstico post operatorio⁴⁴, en los cuales el propósito es postergar la cirugía por un mayor riesgo de complicaciones post quirúrgicas

(morbi-mortalidad) .

En todos los casos anteriores , si los riesgos de suspender la cirugía son mayores a los beneficios esperados, la sola ausencia del resultado preoperatorio de una PCR no será motivo de su suspensión .

- d. En cirugías que no pueden ser postergadas en pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 de acuerdo con las definiciones epidemiológicas ministeriales vigentes :
- i. Todo el equipo de salud en contacto con el paciente aplicará técnica aséptica de acuerdo con la normativa vigente ⁴⁵ , incorporando las precauciones de contacto y gotitas de acuerdo con las instrucciones vigentes.
 - ii. Durante cirugías o procedimientos clasificados como generadores de aerosoles asociados con mayor riesgo de infección (ver anexo 1), o en cirugías en las cuales se prevea exposición a este tipo de procedimientos, todo el equipo de salud al interior del quirófano utilizará respirador de alta eficiencia sin válvula exhalatoria en reemplazo de la mascarilla quirúrgica⁴⁶.
 - iii. La limpieza y desinfección del quirófano se realizará de acuerdo con lo especificado en la normativa vigente⁴⁷ .
 - iv. Si es posible, se sugiere seleccionar un quirófano alejado de áreas de alta circulación del personal.
 - v. No se recomienda revertir la presión del quirófano de positiva a negativa ni suspender el sistema de ventilación.

⁴³ Tomado de Christie A, Brooks JT, Hicks LA, et cols. Guidance for Implementing COVID-19 Prevention Strategies in the Context of Varying Community Transmission Levels and Vaccination Coverage . MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Internet]. 2021 Jul 27;70(30):1044-7. Disponible en: http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7030e2.htm?cid=mm7030e2_w.

⁴⁴ La evidencia disponible a la fecha de la elaboración de este documento se fundamenta esencialmente en pacientes sin inmunización activa, con un grupo acotado de cirugías, y con otras variantes que no son las predominantes en el escenario actual.

⁴⁵ <https://web.minsa.gob.pe/wp-content/uploads/2017/08/Exento-N%C2%BA894-de-julio-2017-Aprueba-NT190-sobre-Prevencci%C3%B3n-de-Infecci%C3%B3n-de-Herida-operatoria.pdf>

⁴⁶ Considerando que uno de los procedimientos que se asocia con mayor riesgo de infección es la intubación traqueal, siempre se debe evaluar la posibilidad de alternativas a la anestesia general de ser posible.

⁴⁷ <https://web.minsa.gob.pe/wp-content/uploads/2017/08/Exento-N%C2%BA894-de-julio-2017-Aprueba-NT190-sobre-Prevencci%C3%B3n-de-Infecci%C3%B3n-de-Herida-operatoria.pdf>

6.2 Procedimientos endoscópicos

- a. Los pacientes antes de ser sometidos a un procedimiento endoscópico , en particular de la vía aérea o digestiva, pasarán por una evaluación clínica y una encuesta epidemiológica previa, donde debe quedar explícitamente consignada la presencia o ausencia de signos, síntomas y antecedentes epidemiológicos de riesgo. De poseer cualquiera de éstos, debe ser derivado para su estudio de acuerdo con normativa vigente .
- b. Los dispositivos médicos utilizados en estos procedimientos se reprocessarán de acuerdo con la normativa vigente ⁴⁸.

- c. En procedimientos endoscópicos que no puedan ser postergados en pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 .
 - i. Todo el equipo de salud en contacto con el paciente aplicará precauciones de contacto y gotitas de acuerdo con las instrucciones vigentes .
 - ii. Durante procedimientos clasificados como generadores de aerosoles asociados con mayor riesgo de infección (PGAR) (ver anexo 1), en los cuales se prevea exposición a este tipo de procedimientos , todo el equipo de salud al interior del quirófano o sala de procedimiento utilizará respirador de alta eficiencia en reemplazo de la mascarilla quirúrgica.
 - iii. Si es posible, seleccionar para estos casos aquellas salas con al menos 6 recambios de aire por hora.

⁴⁸ <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/05/NT-de-esterilizaci%C3%B3n-y-DAN-con-rectificaciones-y-resoluciones-a.pdf>

6.3 Atención Odontológica

Varios de los lineamientos relacionados con prevención de COVID-19 en el contexto de la atención odontológica ya han sido entregados en los Ordinarios C24 N° 2246 de 2020; C2 N° 3609 de 2020 ; y C51 N° 1568 de 2021 . Por lo anterior, a continuación , sólo se refuerzan algunos aspectos relevantes a considerar , así como modificaciones en indicaciones o recomendaciones puntuales a partir de nueva evidencia:

- a. Los pacientes antes de ser sometidos a un procedimiento pasarán por una evaluación clínica y una encuesta epidemiológica previa, donde debe quedar explícitamente consignada la presencia o ausencia de signos, síntomas y antecedentes epidemiológicos de riesgo. De poseer cualquiera de éstos, debe ser derivado para su estudio de acuerdo con normativa vigente .
- b. No se recomienda la indicación del uso de colutorios con peróxido de hidrógeno por parte de los pacientes antes de su atención como medida de prevención de COVID-19.
- c. Los dispositivos médicos utilizados durante la atención odontológica se reprocesarán de acuerdo con la normativa vigente ⁴⁹
- d. En procedimientos que no puedan ser postergados en pacientes sospechosos o confirmados de COVID- 19.
 - i. Todo el equipo de salud en contacto con el paciente aplicará precauciones estándares y adicionales de contacto y gotitas de acuerdo con las instrucciones vigentes .
 - ii. Durante procedimientos clasificados PGAR, o en los cuales se prevea exposición a este tipo de procedimientos, todas las personas al interior de la sala de procedimiento (con la excepción del paciente) utilizarán respirador de alta eficiencia tipo N95 o equivalente sin válvula en reemplazo de la mascarilla quirúrgica.
 - iii. Con relación a la necesidad de tiempos de ventilación posterior a la atención que involucra un PGAR, estos deben considerarse desde el momento en el cual se finaliza el PGAR (última nube de aerosol) , independiente del momento en el cual finaliza la atención clínica en su conjunto propiamente tal, y puede variar entre 15 minutos ⁵⁰ para las salas con buena ventilación (12 o más ACH) y un máximo de 30 minutos en aquellos con mala ventilación (menor a 4 ACH o recambios desconocidos) .
 - iv. En procedimientos que no involucren PGAR, no se requiere de un tiempo adicional de ventilación entre pacientes, más allá del tiempo requerido para aseo y desinfección habitual de superficies de alto contacto posterior a la atención.

⁴⁹ <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/05/NT-de-esterilizaci%C3%B3n-y-DAN-con-rectificaciones-y-resoluciones-a.pdf>

⁵⁰ De acuerdo con opinión de expertos y evidencia indirecta, estos tiempos de ventilación podrían disminuir cuando, adicionalmente a la ventilación, se implementen medidas de mitigación concomitantes sobre la generación de aerosoles, como el uso de goma dique y de succión de alta potencia, llegando incluso a un mínimo de 10 minutos en salas con buena ventilación.

6.4 Atención del proceso de parto vaginal

Durante la atención del proceso de parto aplicarán las medidas generales antes descritas. Se reitera que debe resguardar el cumplimiento del apego y la lactancia materna. Para orientaciones específicas, se sugiera consultar con los PCI.

Las indicaciones entregadas se encuentran en constante revisión y sujetas a modificaciones de acuerdo con la situación epidemiológica y evidencia disponible. Para aspectos no tratados en este documento, revisar instrucciones específicas en la materia anteriores publicadas.

Anexo 1

Dentro de los PGAR se consideran :

- a. Intubación traqueal
- b. Ventilación manual previo a la intubación traqueal
- c. Traqueotomía (procedimiento y manejo de pacientes con traqueostomía sin conexión a circuitos cerrados)
- d. Ventilación mecánica no invasiva
- e. Aspiración abierta de secreciones respiratorias (en especial en pacientes ventilados, pero también durante endoscopia digestiva alta)
- f. Broncoscopia
- g. Procedimientos con uso de motores de alta velocidad, jeringa triple u otros que generen aerosoles en pacientes sintomáticos o sospechosos durante la atención odontológica y procedimientos quirúrgicos sobre aparato respiratorio ⁵¹.

Aunque durante algunos de los siguientes procedimientos se pueden generar aerosoles, no se han asociado con riesgo de infección por virus respiratorios⁵²

⁵¹ Si bien en estos procedimientos no se ha documentado fehacientemente un mayor riesgo de infección por virus respiratorios, la posibilidad de generar aerosoles con microorganismos viables y generar transmisión secundaria se ha documentado con otros agentes virales y bacterianos en procedimientos de estas características, siempre que se realicen sobre tejidos en los cuales se identifiquen concentraciones suficientes de microorganismos viables.

⁵² En algunos de estos procedimientos la indicación de respiradores tipo N95 o equivalentes puede deberse a otros motivos, como riesgo de transmisión de M. tuberculosis durante procedimientos de inducción de expectoración con uso de solución salina.

- a. Nebulizaciones y ejercicios de kinesioterapia respiratoria.
- b. Aspiración e hisopado nasofaríngeo.

- c. Colonoscopia.
- d. Uso de electrobisturí, cirugía laparoscópica.
- e. Cirugías realizadas con motores de alta velocidad en tejidos que no correspondan al aparato respiratorio.
- f. Inducción de expectoración o esputo.

Aun cuando se han propuesto otros procedimientos como PGAR (no enumerados anteriormente) , la evidencia actual no permite clasificarlos o no clasificarlos como tales, por lo que en estos casos se sugiere actuar por analogía con los procedimientos antes descritos y evaluar el riesgo de manera individualizada .

Anexo 2.- Ejemplo de precauciones Estándares

Momento/personas	Equipo	Higiene de manos	Guantes desechables	Mascarilla quirúrgica, médica o de procedimiento	Antiparras o escudo facial	Bata impermeable	Respirador de alta eficiencia tipo N95 o equivalente sin válvula
Admisión de paciente		X ⁵³					
TriaGe de paciente		X ⁵⁴		X	X		
Personal en el lugar de atención donde se preste atención clínica de paciente sin sospecha de COVID-19 (incluye toma de exámenes, vacunación, administración de medicamentos, otros)		X ⁵⁴		X	X		
Personal en el lugar de atención donde se preste atención clínica de caso sospechoso/confirmado de COVID-19 sin procedimientos generadores de aerosoles de mayor riesgo } (PGAR)		X ⁵⁴	X ⁵⁴	X	X	X	
Personal en el lugar de atención donde (todo) donde se preste atención clínica de caso sospechoso/confirmado de COVID-19, durante PGAR		X ⁵⁴	X ⁵⁵		X	X	X
Personal de toma de muestra, para confirmación diagnóstica desde vía aérea superior (aspirado-hisopeado nasofaríngeo)		X ⁵⁴	X	X	X	X	
Personal de toma de muestra, para confirmación diagnóstica desde vía aérea inferior (aspirado traqueal, lavado bronco-alveolar)		X ⁵⁴	X		X	X	X
Personal adentro de la cabina sanitaria durante el traslado de pacientes en ambulancia		X ⁵⁴		X ⁵⁵	X		

Personal de limpieza y aseo de la unidad o habitación donde ha estado el paciente sospechoso/confirmado Covid-19 (box de atención, habitación, <u>cabina sanitaria de ambulancia, otras</u>)	X ⁵⁴	X ⁵⁶	X	X	X ⁵⁷	
---	-----------------	-----------------	---	---	-----------------	--

⁵³ Adicionalmente, siempre se cumplirán las precauciones estándares <https://www.minsal.cl/portal/url/item/d861Sb8fdab6c48fe04001016401183d.pdf>.

⁵⁴ Puede requerir de guantes estériles en reemplazo de guantes de procedimientos durante algunos procedimientos específicos (colocación de catéter central, de catéter urinario, de tubo traqueal, entre otros) como parte de la técnica aséptica.

⁵⁵ Durante traslados en los cuales no pueda preverse la necesidad de intubación, utilizar siempre respirador de alta eficiencia tipo N95 o equivalente sin válvula en reemplazo de mascarilla quirúrgica, médica o de procedimiento. El conductor siempre utilizará mascarilla quirúrgica, médica o de procedimiento. Si el conductor no puede mantener distanciamiento físico de un metro o más o el móvil no incorpora barreras físicas de separación de la cabina sanitaria, incluir el uso de protección ocular. Si el conductor participa de actividades que conllevan contacto con el paciente, cumplir con las indicaciones que se entregan con relación a las personas que se encuentran al interior de la cabina sanitaria.

⁵⁶ Puede requerir guantes de goma para trabajo.

⁵⁷ En presencia de gran cantidad de fluidos, pechera impermeable sobre la bata impermeable.

Saludan atentamente a Ud.

Distribución

- Directores Servicios de Salud del País Subsecretaría de Salud Pública Subsecretaría de Redes Asistenciales Superintendencia de Salud
- SEREMIs de Salud
- DIGERA
- DIVAP
- DIPOL
- DIGEDEP
- DIPRECE
- Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención
- Oficina de Partes