

Jinwei Sun

**Directrices
Chinas sobre la
Gestión del
COVID-19.
Versión 7**

**Commissione della Salute Nazionale della R.P.C.
Paloma Moral de Calatrava (trad. 21/03/2020)**

La pandemia actual exige actuar rápido, pero hacerlo sobre la evidencia. Dada la escasez de literatura científica sobre la gestión de los pacientes afectados por el COVID-19 se ha traducido esta Guía con la intención de que los sanitarios dispongan de más herramientas y puedan consultarla si lo consideran necesario. **Esta guía no sustituye, en ningún caso, los documentos técnicos para profesionales del Ministerio de Sanidad.**

Esta traducción ha sido revisada por el Dr. Pedro Aparicio Alonso, catedrático de Inmunología de la Universidad de Murcia y D. José Tomás Manzanera Saura, Enfermero de Urgencias del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y Profesor Asociado Clínico de la Universidad de Murcia. Los errores de traducción que pudieran encontrarse en esta Guía son exclusivamente míos.

I· Características del patógeno:

Mediante cultivos in vitro el SARS-CoV-2 pudo identificarse en células epiteliales respiratorias después de 96 horas. Es sensible a los rayos ultravioleta y al calor, a temperaturas de 56°C durante 30 minutos y a los disolventes lipídicos como éter, etanol al 75%, desinfectantes que contengan cloro, ácido paracético y cloroformo, excepto la clorhexidina.

II· Epidemiología

- I. **Fuentes de infección:** Las principales son las personas infectadas, aunque hay portadores asintomáticos con capacidad de serlo.
- II. **Vías de transmisión:** Las gotas salivales y el contacto cercano son las principales, pero también se ha aislado el virus en heces y orina. Es posible que exista una transmisión por vía aérea en caso de exposición prolongada en un ambiente repleto de virus en el aire, por lo que es necesario alejarse en caso de aerosolización (estornudos, tos).
- III. **Población susceptible:** Todos.

III· Anatomía Patológica

Las alteraciones anatómopatológicas se limitan al estudio por autopsias y la observación de biopsias.

1· Pulmones:

Presentan consolidaciones de grado diverso. A nivel alveolar puede encontrarse suero o fibrina con inflamación, principalmente, de monocitos y macrófagos y, frecuentemente, también de neutrófilos polimorfonucleares. Hiperplasia de pneumocitos de tipo II con despitelización¹ asociada.

Micro-trombos a nivel capilar e hiperemia con monocitos y linfocitos edematosos. Hemorragia y necrosis en el parénquima pulmonar que pueden llevar al infarto hemorrágico. En algunos casos se ha confirmado cuadros de fibrosis pulmonar.

La mucosa de los bronquios también puede presentar despitelización y formar tapones mucosos. En una pequeña parte de los alveolos puede haber hiperinsuflación con rotura intraalveolar y formación de quistes

Al microscopio electrónico puede observarse carga viral a nivel de la mucosa bronquial.

El examen inmunohistoquímico evidencia antígenos virales en una parte de las células epiteliales y de macrófagos, mientras que la RT-PCR (Real Time Polymerasa Chain Reaction) puede revelar la presencia de ácido nucleico del virus.

2· Bazo, nódulos linfático hepáticos y médula ósea:

El bazo reduce sus dimensiones y puede haber hemorragia y necropsia focales. Los linfocitos se redujeron notablemente en número y hubo proliferación de macrófagos con fenómenos de fagocitosis. Al examen inmunohistoquímico el bazo y los nódulos

¹ Disepitelizzazione: Perdita totale o parziale del rivestimento epiteliale della cute o delle mucose. Cfr. [http://www.treccani.it/enciclopedia/diseepitelizzazione_%28Dizionario-di-Medicina%29/]

linfáticos presentaron una reducción de los linfocitos T CD4+ y CD8+. Se redujeron en número las células eritroides, mieloides y megacariocitarias.

3- Corazón y vasos:

Los cardiomiocitos pueden presentar degeneración y necrosis, en el intersticio se pueden observar algunos monocitos, linfocitos y/o neutrófilos polimorfonucleares. Una parte de los vasos presenta despietilización, vasculitis y formación de microtrombos.

4- Hígado y vesícula:

Hepatomegalia de color rojo oscuro. Hepatocitos degenerados con necrosis celular e infiltración de neutrófilos. Hiperemia del seno hepático con micro-trombos eventuales e infiltración linfocitaria y neutrófilica en el espacio portal. La colecistitis se presenta de forma extensa.

5- Riñones:

En la cápsula de Bowman se forma un exudado fibrinoso, el tubo renal presenta degeneración epitelial y despietilización. Intersticio y capilares hiperémicos, con trombos eventuales y se puede verificar fibrosis intersticial.

6- Otros órganos:

Parénquima cerebral presenta hiperemia y edema, con degeneración de una parte de las neuronas. Las suprarrenales presentan necrosis focal. La mucosa del esófago, estómago e intestinos presenta, con gran variabilidad, degeneración, necrosis y despietilización.

IV- Manifestaciones clínicas

1- Clínica:

De acuerdo a las investigaciones epidemiológicas la incubación dura de 1 a 14 días. Generalmente de 3 a 7 días.

Las manifestaciones principales son fiebre, tos seca y astenia. En una minoría de pacientes se asoció con obstrucción nasal, rinorrea, dolor faríngeo, mialgia y diarrea.

En los pacientes con la forma severa de la enfermedad a menudo se observa una semana de diferencia entre el inicio de la enfermedad y las manifestaciones de disnea e hipoxemia.

En los pacientes críticos y muy graves es posible una rápida progresión del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS), shock séptico, acidosis metabólica difícilmente corregible, déficits de coagulación y, finalmente, fallo multiorgánico (FMO). Debe notarse que el hecho de que los pacientes con las formas severa y muy severa puedan presentar una fiebre ligera e, incluso, pueden no tener fiebre.

Una parte de los niños y neonatos puede presentar una clínica atípica que consiste en síntomas gastrointestinales con vómitos y diarrea, somnolencia o hipersomnolia y taquipnea.

Los pacientes con manifestaciones leves tienen fiebre ligera, astenia etc. en ausencia de síntomas de neumonía. Según los casos tratados hasta ahora, la mayor parte de los pacientes tienen un pronóstico bueno mientras que una pequeña parte desarrolla

una enfermedad severa. Los ancianos y pacientes con comorbilidad de base tienen un pronóstico peor. Las embarazadas afectadas con neumonía por COVID-19 tienen un curso similar a los pacientes con estas características. Los niños en general desarrollan una sintomatología leve.

2. Exámenes de laboratorio:

a) Examen hematológico: En la fase inicial de la enfermedad el recuento de glóbulos blancos (GB) es normal o tiende a disminuir, y puede compararse con una linfopenia. Una parte de los pacientes pueden presentar una elevación de transaminasas, lipoproteínas de Alta Densidad (HDL), CPK y mioglobina. Una parte de los pacientes graves presentan elevaciones de la troponina T (TnT). En la mayoría de los casos se observa un incremento de la Proteína C Reactiva (PCR) y velocidad de eritrosedimentación (VES) en ausencia de procalcitonina (PCT). Los pacientes graves presentaron un aumento del dímero D y linfopenia progresiva. En los pacientes graves y muy graves hay un aumento de citoquinas proinflamatorias.

b) Examen etiológico y serología:

- I. **Examen etiológico:** RT-PCR y/o NGS (Next Generation Sequencing) puede revelar la presencia de ácidos nucleares virales en los hisopos oro-faríngeos, en la expectoración y en las muestras provenientes de la cavidad respiratoria, sangre y heces. Las muestras seleccionadas para mayor precisión del examen son las que provienen de la base de las vías respiratorias (expectoraciones) y deben analizarse lo antes posible.
- II. **Serología:** La IgM específica contra el SARS-CoV-2 solamente es positivo a los 3-5 días del inicio de la enfermedad. La IgG en la fase de convalecencia tiene un valor 4 veces superior respecto al de la fase aguda.

c) Radiología torácica: en la fase inicial de la enfermedad se presenta un patrón nodular y/o intersticial, sobretodo en la periferia del parénquima. Después se revela un patrón bilateral opaco e infiltrativo. Los pacientes severos pueden presentar patrones de consolidación mientras que el derrame pleural es poco frecuente.

V. Diagnóstico de la Enfermedad.

1. Casos sospechosos

a. Criterios epidemiológicos:

- i. Los 14 días anteriores viajaron a la zona de riesgo (Wuhan) o alguna de las zonas limítrofes.
- ii. Los 14 días anteriores contactaron con pacientes confirmados.
- iii. Presencia de pequeños focos (haber estado en las últimas 2 semanas con algún caso con fiebre o síntomas respiratorios en un grupo pequeño de personas: familia, compañeros de trabajo, de escuela...)

b. Criterios clínicos:

- i. Fiebre o síntomas respiratorios
- ii. Presencia de cuadros radiológicos citados

- iii. En la fase inicial de la enfermedad recuento leucocitario normal o leucopenia, recuento linfocitario normal o linfopenia
 - c. Cumplimiento de criterios: 1 epidemiológico y 2 clínicos. En ausencia de epidemiológicos, presencia de 3 criterios clínicos.
- 2. **Casos confirmados:** Los casos sospechosos presentan alguno de los siguientes criterios etiológicos:
 - a. Positivos al recuento del ácido nucleico viral RT-PCR
 - b. NGS positivo
 - c. Positividad seriológica a IgM y la IgG específica. La positividad de la IgG resulta 4 veces superior en la fase de convalecencia que en la aguda.

VI- Clasificaciones de las formas clínicas

1. **Forma leve:** sintomatología leve, sin signos de neumonía en la radiografía.
2. **Forma moderada:** presenta fiebre, síntomas respiratorios etc., en la radiografía se observan signos de neumonía
3. **Forma severa:**
 - a. **Adultos** que presentan uno o cualquiera de los siguientes criterios
 - i. Taquipnea ≥ 30 rpm.
 - ii. Saturación (SpO_2) ≤ 93 en reposo
 - iii. Presión parcial de oxígeno (PaO_2)/fracción inspiratoria de oxígeno (FiO_2) ≤ 300 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa). En altitudes superiores a 1.000 m se debe corregir PaO_2/FiO_2 con la fórmula siguiente: $PaO_2/FiO_2 \times [presión\ atmosférica\ (mmHg)/760]$
 - iv. A la radiografía torácica signos clínicos de progresión marcada ($> 50\%$) en 24-48 horas.
 - b. **Niños** que presentan uno o cualquiera de los siguientes criterios:
 - i. Taquipnea (<2 meses, ≥ 60 rpm; 2-12 meses ≥ 50 rpm; 1-5 años ≥ 40 rpm; > 5 años ≥ 30 rpm) excepto para casos de taquipnea por hipertermia y llanto.
 - ii. $SpO_2 \leq 92\%$ en reposo
 - iii. Respiración con músculos respiratorios accesorios, cianosis, respiraciones intermitentes con pausas.
 - iv. Hipersomnolia, convulsiones
 - v. Rechazo del alimento o dificultad para alimentarse, signos de deshidratación.
4. **Forma muy severa:** presenta cualquiera de los siguientes criterios
 - a. Aparición de insuficiencia respiratoria que precisa ventilación mecánica.
 - b. Shock

- c. Insuficiencia de cualquier órgano que precisa traslado a UCI

VII- Signos clínicos de las formas severa y muy severa

1. Adultos:

- a. Linfocitopenia progresiva
- b. Aumento progresivo de citoquinas proinflamatorias como la interleuquina-6 (IL-6), PCR.
- c. Aumento progresivo de la LDH
- d. Progresión rápida de las alteraciones radiológicas pulmonares

2. Niños:

- a. Aumento de la frecuencia respiratoria
- b. Alteración de los reflejos, hipersomnia
- c. Presencia en radiografía torácica de infiltración bilateral o en más lóbulos pulmonares, derrame pleural o rápida progresión de las alteraciones radiológicas.
- d. En presencia de comorbilidad en niños < de 3 meses (cardiopatía congénita, displasia broncopulmonar, malformaciones congénitas de las vías respiratorias, hemoglobinopatía, malnutrición severa etc.) o en estado de inmunodeficiencia o inmunosupresión (uso prolongado de inmunosupresores)

VIII- Diagnóstico diferencial

1. Diagnóstico diferencial entre la forma leve de COVID-19 y las infecciones de vías respiratorias altas de otros agentes virales
2. Diagnóstico diferencial entre pulmonía por SARS-CoV-2, neumonía por otros virus (influenza, adenovirus, virus respiratorio sincitial etc.) y neumonía por micoplasma. Sobre todo para los casos sospechosos realizar precozmente tests de RT-PCR, serológicos y exámenes para los patógenos habituales de vías respiratorias.
3. Diagnóstico diferencial de las formas no infectivas como vasculitis, dermatomiositis, neumonía organizada criptogenética (COP) etc.

IX- Recomendaciones de casos

Ante un caso sospechoso se debe aislar inmediatamente y consultar a un infectólogo. Informar en caso de confirmarse. Además, recogida de muestras para examinar si existen ácidos nucleicos virales y si, eventualmente, se debe transferir al paciente sospechoso al hospital de referencia de modo seguro. Para los pacientes que han estado en contacto estrecho con el caso sospechoso también se aconseja la recogida de muestras.

Se puede excluir el diagnóstico de COVID-19 cuando 2 exámenes consecutivos de ácidos nucleicos negativos dan negativos (recogiendo las muestras con 24 h de diferencia) y, además, da negativo en los test de IgM e IgG (realizados con 7 días de diferencia) desde el inicio de la enfermedad.

X· Tratamiento

En los casos sospechosos y en los confirmados que se vayan recuperando deben permanecer en las condiciones necesarias para efectuar un aislamiento eficaz. Los casos sospechosos deben ser aislados en una habitación individual. Los confirmados, en cambio, pueden permanecer juntos en la misma estancia.

Los pacientes con las formas severas y muy severas deberán trasladarse a la UCI.

1. Tratamiento standard

- a. Reposo en cama, garantizar la ingesta calórica, prestar atención a la homeostasis corporal, al equilibrio hidroelectrolítico y control de constantes vitales como SpO₂, etc.
- b. En función de la clínica hay que controlar el hematocrito, examen de orina, PCR, función hepática y renal, enzimas cardíacas, LDH, CPK, coagulación, gasometría, radiología torácica etc. Control de citoquinas proinflamatorias si es posible.
- c. Oxigenoterapia, si precisa, con gafas nasales, mascarilla con reservorio o dispositivos de alto flujo por vía nasal. Si está disponible, tratamiento combinado de hidrógeno y oxígeno (H₂/O₂: 66.6%/33.3%).
- d. Fármacos antivirales:
 - i. **Interferon-alfa**: para adultos 5.000.000 U cada vez o dosis equivalente junto con 2 mL de agua estéril por inhalación en aerosol 2 veces/día.
 - ii. **Lopinavir/rinotavir**: para adultos 200 mg/50 mg 2 cp x 2/días, no superar 10 días de tratamiento.
 - iii. **Ribavirina**: recomendado para su uso en combinación con interferón alfa o lopinavir/ritonavir, para adultos 500 mg con cada infusión, 2-3 infusiones/día. No exceda los 10 días de tratamiento.
 - iv. **Cloroquina**: para adultos entre 18 y 65 años. Si peso ≥ 50 kg, 500 mg x 2/día durante 7 días; si peso <50 kg, 500 mg x 2/día en los primeros dos días, 500 mg x 1/día desde el tercer hasta el séptimo día. (**Desaconsejado en pacientes cardíacos**)
 - v. **Umifenovir** (Arbidol): para adultos 200 mg x 3/días, con una duración del tratamiento de hasta 10 días.
 - vi. Prestar atención a las reacciones adversas de los fármacos, sus contraindicaciones (la Cloroquina está contraindicado en pacientes cardíacos) e interacciones con otros fármacos. Durante el tratamiento evalúe continuamente la efectividad de los medicamentos en uso.
 - vii. No se recomienda la combinación de 3 o más de los medicamentos antivirales mencionados anteriormente. En caso de aparición de efectos secundarios, se recomienda la suspensión inmediata.
 - viii. Durante el tratamiento de pacientes embarazadas con COVID-19, se debe considerar la edad gestacional, posiblemente recurriendo a medicamentos con menos efecto sobre el feto. Además, debe considerarse una posible interrupción del embarazo para la continuación del tratamiento, con el consentimiento fundamentado previo.

- ix. Evitar el uso inapropiado o indiscriminado de antibióticos, sobretodo los de amplio espectro.

2. Tratamiento de la forma severa y muy severa

- a. **Principio base:** Tratar en función de la clínica, prevenir y tratar prematuramente las complicaciones, tratar las patologías de base, prevenir las infecciones secundarias, parar con urgencia la insuficiencia de los órganos.
- b. **Soporte respiratorio:**
 - i. **Oxigenoterapia de base:** Los pacientes graves deben recibir oxigenoterapia a través de una cánula nasal o mascarilla. Es necesario evaluar de inmediato si existe una mejoría en la disnea y/o hipoxemia.
 - ii. **Oxigenoterapia de alto flujo nasal o ventilación mecánica no invasiva:** cuando la oxigenoterapia básica no logra aliviar la disnea y/o la hipoxemia, se puede considerar el uso de oxigenoterapia de alto flujo o ventilación mecánica no invasiva. Si en poco tiempo (1-2 horas) no se obtiene una mejoría clínica o incluso se produce un deterioro clínico, es necesario proceder de inmediato con la intubación endotraqueal y la ventilación mecánica invasiva.
 - iii. **Ventilación mecánica invasiva:** adoptar una estrategia de ventilación pulmonar protectora, es decir, un pequeño volumen corriente (4–8 ml/kg de peso ideal) y una presión de meseta baja (<30 cmH₂O) para la ventilación mecánica a fin de reducir el daño pulmonar inducido por la ventilación mecánica. Para garantizar una presión de meseta baja, se puede adoptar una PEE alta (Presión Positiva Espiratoria), asegurando la correcta humidificación de las vías respiratorias, evitando la sedación prolongada, adoptando el destete temprano y posteriormente iniciando la rehabilitación pulmonar. Muchos pacientes tienen asincronía paciente-ventilador, en estos casos los sedantes y relajantes musculares deben usarse de inmediato. Según las secreciones de las vías respiratorias, elija el modo de aspiración endobronquial de circuito cerrado. Si es necesario, realice una broncoscopia para elegir la estrategia de tratamiento.
 - iv. **Tratamiento de rescate:** se recomienda la expansión pulmonar para pacientes con Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda grave (SDRA). Si los recursos personales lo permiten, la ventilación debe realizarse en posición prono durante al menos 12 horas todos los días. Para aquellos que obtienen un efecto deficiente con ventilación mecánica en posición supina, si es posible, se debe considerar ECMO (oxigenación por membrana extracorpórea), cuyas indicaciones son:
 - 1. PaO₂/FiO₂ persistentemente <80 mmHg durante al menos 3-4 horas con FiO₂ > 90%;
 - 2. Presión meseta ≥ 35 cm H₂O.
 - 3. En pacientes que sólo presentan insuficiencia respiratoria, la primera opción es la ECMO venovenosa. En caso de necesidad de soporte circulatorio, la primera opción es la ECMO venoarterial. Cuando tiene control de la enfermedad subyacente en asociación con signos de recuperación cardiopulmonar, se puede intentar el destete.
 - v. **Soporte circulatorio:** sobre la base de un llenado de volumen adecuado, mejorar la microcirculación, usar fármacos vasoactivos,

controlar cuidadosamente la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la variación del flujo urinario, los lactatos y el exceso de bases (a través de EGA).

1. Si es necesario, realice una **monitorización hemodinámica** invasiva o no invasiva, como ecografía Doppler, ecocardiografía, monitorización invasiva de la presión sanguínea y PiCCO (gasto cardíaco continuo con contorno de pulso). Cuando maneje pacientes, preste atención al balance de agua, evitando el llenado o vaciado excesivo.
 2. En el caso de un aumento del 20% en la frecuencia cardíaca en comparación con la frecuencia basal o una disminución del 20% en la presión arterial en comparación con el valor basal, en asociación con una pobre perfusión periférica y la contracción de la diuresis, etc., la posible aparición debe evaluarse cuidadosamente de afecciones como shock séptico, sangrado gastrointestinal, insuficiencia cardíaca, etc.
- vi. **Insuficiencia renal** y terapia sustitutiva: En caso de daño renal en pacientes con forma muy severa, es necesario buscar activamente la causa, como hipovolemia, nefrotoxicidad de fármacos, etc. En el tratamiento de pacientes con insuficiencia renal, se debe prestar atención al equilibrio hidrosalino y al equilibrio ácido-base.
1. En el soporte nutricional, se debe prestar atención al equilibrio de nitrógeno, la suplementación calórica y de micronutrientes, etc.
 2. Los pacientes severos pueden someterse a CRRT (terapia de reemplazo renal continuo), cuyas indicaciones son: 1) hipercalcemia; 2) acidosis; 3) edema pulmonar o hipervolemia; 4) gestión del balance hídrico en caso de MOF/FMO.
- vii. **Plasma de pacientes convalecientes**: indicado en enfermedad rápidamente progresiva, forma severa y muy severa. Para administración y posología, consulte «Uso de plasma de pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 en fase de convalecencia».
- viii. **Purificación de la sangre**: el sistema de purificación de la sangre incluye plasmaféresis, inmunoabsorción, hemoperfusión, hemofiltración, filtración de plasma, etc., puede eliminar las citoquinas proinflamatorias, interrumpiendo la «tormenta de citoquinas», reduciendo el daño al cuerpo por reacciones inflamatorias. Está indicado en el tratamiento de la fase intermedia de la tormenta de citoquinas en forma severa y muy severa.
- ix. **Inmunoterapia**: en pacientes con neumonía bilateral extensa y grave, en presencia de niveles elevados de IL-6, se puede utilizar tocilizumab. La primera dosis es de 4-8mg/kg, la dosis recomendada es de 400mg, diluida en solución fisiológica de NaCl al 0,9%, con un tiempo de infusión de al menos 1 hora. En caso de poco beneficio después de la primera administración, se puede volver a administrar una segunda vez a la misma dosis 12 horas después de la primera administración. Las administraciones acumuladas máximas son dos, la dosis máxima para cada administración es de 800mg. Presta atención a cualquier

evento adverso. Está contraindicado en pacientes con infecciones activas.

x. **Otras terapias:**

1. En pacientes con hipoxemia progresiva, progresión radiológica rápida o hiperactividad inflamatoria, los glucocorticoides pueden considerarse por un período corto (3-5 días). Se recomienda una dosis equivalente que no exceda la de metilprednisolona 1-2 mg/kg/día.
2. Debe prestarse atención al hecho de que una dosis alta de glucocorticoides puede retrasar la erradicación del SARS-CoV-2 debido al efecto inmunosupresor.
3. Los fermentos lácticos se pueden usar para mantener el equilibrio de la microbiota intestinal y prevenir infecciones secundarias.

xi. Para **niños** con formas severas y muy severas, se pueden considerar gammaglobulinas.

xii. Las mujeres **embarazadas** con una forma grave o muy grave de la enfermedad deben interrumpir el embarazo con cesárea como modalidad de primera elección.

Los pacientes con COVID-19 a menudo sufren ansiedad y miedo, por tanto, el asesoramiento psicológico está indicado.

XI- Criterios de alta y post-alta.

1- Criterios de alta: Pueden ser dados de alta los siguientes pacientes:

- a. Regreso a la temperatura corporal normal por más de 3 días.
- b. Mejoría notable de los síntomas respiratorios.
- c. Mejoría notable de los signos radiológicos.
- d. Negatividad de la búsqueda de ácidos nucleicos en muestras de las vías respiratorias, como un hisopo orofaríngeo, esputo, etc., dos veces seguidas (distanciar al menos 24 horas la recolección de las dos muestras).

2- Post-alta

- a. El hospital de referencia debe mantener contacto con el centro de salud o estructura sanitaria local donde reside el paciente, y compartir la documentación clínica.
- b. Después del alta, recomendamos continuar el aislamiento durante otros catorce días, usar la máscara y continuar monitoreando la condición de salud. Si es posible, debe permanecer en una habitación individual bien ventilada, reducir el contacto cercano con los miembros de la familia, comer por separado de otros miembros de la familia, prestar atención a la higiene de las manos y evitar actividades externas.
- c. Recomendamos una visita de seguimiento 2 y 4 semanas después del alta.

XII- Principios de traslado de los pacientes: Seguir las indicaciones del «Programa de traslado de pacientes afectados por el COVID-19».

XIII- Prevención y control de infecciones intrahospitalarias

Siga escrupulosamente las indicaciones proporcionadas por la «Guía para la prevención y el control de las infecciones intrahospitalarias de COVID-19 (edición uno)» y por las «Directrices sobre el alcance del uso de equipos de protección personal para la protección contra la infección por SARS-CoV-2».