

Atención en el domicilio a casos sospechosos o confirmados de COVID-19 y manejo de sus contactos

Orientaciones provisionales

12 de agosto de 2020



Antecedentes

El presente documento es una versión actualizada de las orientaciones publicadas el 17 de marzo de 2020 bajo el título «Atención en el domicilio a pacientes con COVID-19 que presentan síntomas leves, y gestión de sus contactos». Estas orientaciones provisionales contienen nuevas recomendaciones sobre cómo atender en el domicilio de forma segura y adecuada a los pacientes con coronavirus de 2019 (COVID-2019), así como sobre las medidas de salud pública relativas al manejo de sus contactos. Las principales diferencias con respecto a la versión anterior son las siguientes:

- Consideraciones pertinentes para los profesionales sanitarios en el momento de identificar y brindar asistencia a los pacientes susceptibles de recibir atención en el domicilio;
- Consideraciones relativas a las condiciones de prevención y control de infecciones que debe reunir un domicilio para que en él se pueda atender a pacientes con COVID-19;
- La vigilancia y el tratamiento clínico de los pacientes con COVID-19 en el domicilio;
- La gestión de los desechos en el domicilio en el contexto de la COVID-19, y;
- Un apéndice sobre la aplicación efectiva de las políticas y orientaciones en materia de atención en el domicilio de los pacientes con COVID-19

Finalidad de las orientaciones

Estas orientaciones breves sirven de guía para los profesionales de la salud pública y de la prevención y el control de infecciones, los gestores de los servicios de salud, los trabajadores de la salud (sanitarios)^a y otros proveedores de servicios comunitarios cualificados que se ocupen de cuestiones relativas a la atención en el domicilio a casos sospechosos o confirmados de COVID-19, que son aquellos a los que se alude todo a lo largo del documento.

En muchos casos, la prestación de servicios de salud tiene lugar a nivel comunitario o domiciliario y corre a cargo de agentes de salud comunitarios, sanadores tradicionales, asistentes sociales o un conjunto heterogéneo de cuidadores y de otros proveedores formales e informales basados en la comunidad. A efectos del presente documento, se

considerarán «cuidadores» los progenitores, los cónyuges y cualquier otro familiar o amigo que presten cuidados frente a la atención estructurada que ofrecen los proveedores de servicios de salud oficiales (1).

Así pues, es imprescindible capacitar y asesorar cabalmente a los cuidadores para que puedan ocuparse de los pacientes y aprendan a reducir al mínimo el riesgo de contagio, entre otras, familiarizándolos con los principales procedimientos de higiene y enseñándoles a reconocer los síntomas de un agravamiento del estado del paciente con COVID-19 que exigiría su traslado a un centro sanitario.

Además, convendría facilitar a los trabajadores sanitarios y a los cuidadores en el domicilio los equipos de protección personal necesarios para que puedan realizar las tareas que se espera que lleven a cabo y enseñarles antes a utilizarlos y a quitárselos.

Las presentes orientaciones se basan en los datos más recientes sobre el manejo clínico de la COVID-19, la viabilidad de una atención segura en el domicilio (incluidas las medidas de prevención y control de infecciones), la capacidad de comunicación entre los cuidadores en el domicilio y los proveedores de servicios de salud comunitarios y el acceso de los pacientes en atención domiciliaria a los centros sanitarios. En el apéndice figuran estrategias para la aplicación de la atención en el domicilio.

Decisión de atender en el domicilio a pacientes con COVID-19

La atención en el domicilio de un caso sospechoso o confirmado de COVID-19, tanto en adultos como en niños, puede plantearse cuando la atención hospitalaria no esté disponible o no pueda ofrecerse con todas las garantías de seguridad, por ejemplo, cuando la capacidad no sea suficiente para satisfacer la demanda asistencial. Los pacientes que hayan recibido el alta hospitalaria también pueden seguir recibiendo atención en el domicilio en caso de ser necesario.

Atender a una persona infectada en el domicilio en lugar de en un centro médico o especializado aumenta el riesgo de transmisión del virus al resto de personas que se hallan en el hogar. Sin embargo, el aislamiento de quienes están infectados por el SARS-CoV-2, el virus causante de la

^a La definición de la OMS de trabajador sanitario o trabajador de la salud es la siguiente: «Son trabajadores sanitarios todas las

personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud» (2,3).

COVID-19, puede contribuir en gran medida a cortar las cadenas de transmisión. La decisión de aislar a una persona infectada y atenderla en el domicilio depende de tres factores: 1) la evaluación clínica del paciente con COVID-19, 2) la evaluación del entorno doméstico y 3) la capacidad de vigilar la evolución clínica de un paciente con COVID-19 en el domicilio.

1. Evaluación clínica del paciente con COVID-19

La decisión de aislar y dejar bajo observación a un paciente con COVID-19 en el domicilio debe tomarse caso por caso.

Su evaluación clínica debe incluir:

- el cuadro clínico;
- toda necesidad asistencial complementaria;
- los factores de riesgo de desarrollar una enfermedad grave, a saber, la edad (más de 60 años), el tabaquismo, la obesidad y otras enfermedades no transmisibles, como cardiopatías, diabetes mellitus, neumopatía crónica, nefropatía crónica, inmunodepresión y cáncer (4);

Es posible que los pacientes asintomáticos o los que tienen una enfermedad leve^b o moderada^c sin factores de riesgo de un mal desenlace no requieran intervenciones de emergencia u hospitalización, y podrían ser aptos para el aislamiento y la atención en el hogar, siempre y cuando se cumplan los dos requisitos siguientes en el entorno domiciliario:

1. se reúnen las condiciones para la aplicación de las medidas adecuadas de control y prevención de las infecciones, tal como se describen en este documento; y

2. un trabajador de la salud capacitado puede observar de cerca cualquier signo o síntoma de deterioro de su estado de salud (4).

Estos dos requisitos también se aplican a las mujeres embarazadas y puérperas y a los niños. Deben tomarse las disposiciones necesarias para que los pacientes y los cuidadores dispongan de equipos de protección personal adecuados (4, 5).

2. Evaluación del domicilio

Un trabajador de la salud cualificado determinará si el domicilio en cuestión es apto para aislar y atender^d a un paciente con COVID-19 y valorará, entre otras cosas, si el paciente, el cuidador y los miembros del hogar tienen todo lo necesario para cumplir las recomendaciones en materia de aislamiento domiciliario. Por ejemplo, necesitan suministros para la higiene de las manos y respiratoria, así como materiales para la limpieza del entorno, y han de ser capaces de obedecer o imponer limitaciones al movimiento desde la casa y en torno a ella. La persona que realice la evaluación también tendrá en cuenta la capacidad de resolver incidentes que puedan poner en riesgo la seguridad, como por ejemplo, la ingestión accidental de gel hidroalcohólico o productos de limpieza o el riesgo de incendio por ignición de dichos productos (véase el recuadro 1: Factores que considerar en la evaluación de un domicilio).

Recuadro 1. Factores que considerar en la evaluación de un domicilio

- ¿La persona con COVID-19 vive sola? En caso afirmativo, ¿cuál es su red de apoyo? En caso negativo, ¿con quién vive?
- ¿Cómo viven la persona con COVID-19 y su familia? ¿Sería viable y práctico aplicar las recomendaciones? ¿Qué alternativas hay?
- ¿Qué necesidades existen por discapacidad o en relación con el cuidado de adultos, ancianos o niños? ¿Qué necesidades presentan los demás miembros del hogar?
- ¿Hasta qué punto es posible designar a un cuidador encargado de la persona con COVID-19 en el domicilio?
- ¿Qué saben los miembros del hogar sobre la COVID-19 y la prevención de la transmisión en el domicilio? ¿Qué información necesitan sobre la COVID-19 y la prevención de la transmisión? ¿Saben dónde pedir ayuda o información adicional en lo tocante al cuidado de la persona con COVID-19 si lo necesitan?
- ¿Qué piensan la persona con COVID-19 y los miembros del hogar que necesitan para poder sobrellevar la situación en el domicilio?
- ¿La familia sabe cuándo llamar para pedir asistencia médica? ¿Dispone de los medios necesarios para hacerlo?
- ¿Cuáles son las necesidades psicosociales de la persona con COVID-19 y los miembros del hogar? ¿De qué asistencia disponen para superar el trauma o el miedo a la estigmatización?
- ¿Cuáles son las repercusiones en la economía del hogar? ¿Quién es el principal proveedor de ingresos? ¿Qué pasaría si esa persona tuviera que aislarse o asumir otras responsabilidades domésticas o de cuidado?
- ¿Qué centro sanitario (y de ser posible qué profesional) lleva el seguimiento de la atención brindada a la persona con COVID-19? ¿Cómo se mantendrá dicho seguimiento?

^bPaciente sintomático que cumple con la definición de caso de COVID-19 sin signos de neumonía viral o hipoxia.

^cLa enfermedad moderada puede incluir a) en adultos o adolescentes: signos clínicos de neumonía (fiebre, tos, disnea, respiración rápida), pero ningún signo de neumonía grave, incluida una SpO₂ ≥ 90% en

aire ambiental; b) en pacientes pediátricos: signos clínicos de neumonía no grave (tos o dificultad para respirar + respiración rápida y/o tiraje subcostal) y ningún signo de neumonía grave.

El acceso limitado o inexistente al agua y el saneamiento y los recursos de limpieza, desinfección e higiene expone a cuidadores y miembros de la comunidad a un riesgo de contagio de la COVID-19. Los ministerios de salud y los asociados intersectoriales a nivel nacional y subnacional deben mantener un diálogo con las comunidades y con otros agentes para identificar y facilitar los recursos necesarios, además de elaborar estrategias de comunicación de riesgos para brindar apoyo y estudiar otros contextos de los que extraer soluciones, de modo que puedan aplicarse las medidas de prevención y control de infecciones descritas en la sección siguiente para lograr una atención en el domicilio en condiciones de seguridad e higiene (6).

Los niños deben permanecer junto a sus padres o cuidadores siempre que sea posible y toda decisión se tomará en consulta con el cuidador y con el niño. Para preparar a las familias con niños ante la eventualidad de una posible enfermedad en la familia, los asistentes sociales y los coordinadores de protección de la comunidad deben ayudar a las familias a ponerse de acuerdo y planificar cómo se ocuparán de los niños en caso de que enfermen los cuidadores principales. Debe concederse prioridad a los niños cuyos cuidadores principales sean personas mayores, con discapacidad o con problemas de salud subyacentes (7 a 9).

Si estas u otras personas vulnerables se hallasen en el domicilio y mantener una distancia mínima del paciente, el trabajador de la salud se ofrecerá a encontrar un lugar alternativo para aislar al paciente, de ser posible (10).

En caso de que no se pudieran garantizar unas condiciones adecuadas de aislamiento y prevención y control de infecciones en el domicilio, podría ser necesario aislar al paciente, con su consentimiento y con el visto bueno del cuidador y los miembros del hogar, en instalaciones comunitarias específicas equipadas al efecto (como hoteles, estadios o gimnasios) o en un centro sanitario (1, 5, 10 a 12).

3. Capacidad de vigilar la evolución clínica de un paciente con COVID-19 en el domicilio

Se ha de garantizar que es posible vigilar correctamente al paciente en el domicilio. A ser posible, la atención en el domicilio correrá a cargo de profesionales de la salud. habrá que mantener un canal de comunicación abierto con un profesional sanitario o un profesional de salud pública (o con ambos) durante el tiempo que dure la atención al paciente en el domicilio, es decir, hasta que los síntomas hayan desaparecido por completo. La supervisión de los pacientes y sus cuidadores en el domicilio pueden llevarla a cabo trabajadores comunitarios o equipos de extensión cualificados ya sea por teléfono o por correo electrónico (1, 6).

Recomendaciones para los trabajadores de la salud que prestan servicios de atención en un domicilio particular

1. Medidas de prevención y control de infecciones para los trabajadores de la salud

Los trabajadores de la salud deben adoptar las siguientes medidas cuando presten servicios en los domicilios:

- Evaluar los riesgos con el fin de seleccionar el equipo de protección personal adecuado para atender al paciente y observar las precauciones recomendadas contra la transmisión por gotículas y por contacto (5, 14).
- Instalar al paciente en una estancia adecuadamente ventilada con grandes cantidades de aire exterior puro y fresco para controlar los contaminantes y los olores (15).
- Estudiar utilizar la ventilación natural y abrir las ventanas siempre que sea posible y seguro.
- Si se utilizan sistemas mecánicos, es conveniente aumentar el porcentaje de aire exterior mediante el modo de ahorro de energía de los sistemas de calefacción, ventilación y aire acondicionado, que permite fijar hasta el 100% de aire exterior (16).
- Es necesario inspeccionar, hacer el mantenimiento y limpiar los sistemas de calefacción, ventilación y aire acondicionado de forma periódica. El estricto cumplimiento de las normas de instalación y mantenimiento de los sistemas de ventilación es esencial para que resulten efectivos y contribuyan a crear un entorno seguro (16).
- En la medida de lo posible, es conveniente evitar el uso de ventiladores de para hacer circular, a menos que se utilicen en una habitación individual y únicamente cuando no haya otras personas presentes. Si es imprescindible utilizarlos, deben abrirse las ventanas para renovar el aire con más frecuencia y reducir al mínimo las corrientes de aire directas que van de una persona a otra (15, 16).
- Limitar el número de personas en el hogar durante las visitas y solicitarles que mantengan al menos una distancia de un metro del trabajador de la salud.
- Pedir al paciente que use una mascarilla médica cuando reciba cuidados o cuando haya alguien a menos de un metro de distancia^c. Las personas que no puedan soportar una mascarilla médica deberán aplicar medidas rigurosas de higiene respiratoria; esto es, cubrirse con la parte interior del codo al toser o estornudar o con un pañuelo de papel y desechar el pañuelo de inmediato, además de aplicar después medidas de higiene de manos (5, 17).
- Aplicar las medidas de higiene de manos después de cualquier tipo de contacto con el paciente o su entorno inmediato y de conformidad con los cinco momentos de la OMS (18). Los trabajadores sanitarios deben tener consigo un suministro de gel hidroalcohólico para su uso.

^c Las mascarillas médicas son mascarillas quirúrgicas, o mascarillas para procedimientos, planas o plisadas (algunas tienen forma de taza); se atan a la cabeza con cintas.

- Para secarse las manos después de lavárselas con agua y jabón, es preferible usar toallitas de papel desechables. De no haberlas, se utilizarán toallas de tela limpias, que se deberán cambiar a menudo (18, 19).
- Dar instrucciones a los cuidadores y a los miembros del hogar sobre la limpieza y desinfección del domicilio y el uso y almacenamiento seguro y correcto de productos de limpieza y desinfectantes (19).
- Limpiar y desinfectar el equipo reutilizable usado para atender al paciente antes de utilizarlo con otra persona de conformidad con las precauciones generales y los protocolos establecidos (20).
- Quitarse el equipo de protección personal y aplicar las medidas de higiene de manos antes de salir del domicilio y desechar el equipo de protección personal de un solo uso. Limpiar y desinfectar el material reutilizable (como la protección ocular) o almacenarlo para su posterior descontaminación conforme a los protocolos establecidos (20).
- No reutilizar los equipos de protección personal de un solo uso (21).
- Asegurarse de que los desechos generados por la prestación de cuidados al paciente se coloquen en bolsas resistentes o cajas de seguridad, según proceda, que se cierren completamente, se eliminen como desechos infecciosos y se retiren del domicilio (14).
- Para más información sobre la gestión de desechos en el domicilio en contextos comunitarios, sírvanse consultar el documento [Agua, saneamiento, higiene y gestión de desechos en relación con el SARS-CoV-2, el virus causante de la COVID-19](#).

2. Consideraciones clínicas para la atención en el domicilio a casos leves o moderados de COVID-19

Tratamiento sintomático

La OMS recomienda tratar los síntomas de los pacientes de COVID-19, por ejemplo, con antipiréticos para la fiebre y el dolor (según las instrucciones de los fabricantes), además de una alimentación y rehidratación adecuadas (4).

La OMS desaconseja la profilaxis y el tratamiento con antibióticos para los pacientes con COVID-19 leve. No deben recetarse antibióticos a los pacientes con casos moderados de COVID-19 a menos que exista la sospecha clínica de una infección bacteriana (4).

En las orientaciones de la OMS tituladas [Manejo clínico de la COVID-19](#) se incluyen más detalles sobre la prescripción de antimicrobianos.

En las zonas con otras infecciones endémicas que causan fiebre (como la gripe, el paludismo, el dengue u otras), los pacientes febriles deben solicitar atención médica, someterse a pruebas y recibir tratamiento para esas infecciones endémicas según los protocolos habituales, independientemente de la presencia de signos y síntomas respiratorios.

Manejo del suministro de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas

Los pacientes de COVID-19 con enfermedades no transmisibles u otras afecciones crónicas que reciben atención en el domicilio deben disponer de un suministro adecuado de medicamentos (es decir, suficientes medicamentos para 6 meses en lugar del suministro habitual para 60-90 días). Las personas mayores deben tener suficientes medicamentos y suministros básicos para al menos 2 semanas. Deben establecerse mecanismos para facilitar el acceso a recetas y tratamientos crónicos o de larga duración (6).

Observación frecuente para detectar el empeoramiento de los síntomas

Es necesario informar a los pacientes de COVID-19 y a sus cuidadores sobre los signos y síntomas de las complicaciones y cómo reconocer un deterioro en su estado de salud que requiera atención médica. Debe hacerse un seguimiento frecuente de dichos signos y síntomas, en principio, a diario. Por ejemplo, si los síntomas de un paciente empeoran mucho (como mareos, dificultad para respirar, dolor en el pecho, deshidratación, etc.) con respecto a la evaluación clínica inicial, se debe remitir al paciente al servicio de urgencias (4).

Los cuidadores de niños con COVID-19 también deben vigilar a sus pacientes para detectar cualquier signo y síntoma de deterioro clínico que requiera una reevaluación urgente. Entre ellos figuran la dificultad para respirar, la respiración rápida o superficial, labios o cara amoratados, dolor o presión en el pecho, confusión reciente, así como incapacidad de despertarse o de interactuar cuando está despierto e incapacidad de beber o retener líquidos.

En el caso de los lactantes, estos incluyen ruiditos (gruñidos) y la incapacidad para amamantar (4).

Los pulsioxímetros portátiles permiten comprobar de forma segura y no invasiva la saturación de oxígeno en la sangre y pueden ayudar a detectar precozmente un nivel bajo de oxígeno en casos leves o moderados de COVID-19 o de hipoxia silenciosa, cuando el paciente no parece tener falta de aliento pero sus niveles de oxígeno son más bajos de lo esperado. Al realizar una pulsioximetría en el domicilio es posible determinar si el paciente necesita un reconocimiento médico, oxigenoterapia o atención hospitalaria incluso antes de que muestre signos clínicos de peligro o empeoren los síntomas (22, 23).

Cuidados paliativos en el domicilio

Los cuidados paliativos incluyen los cuidados terminales, pero no se limitan a estos. Son un enfoque multifacético e integrado para mejorar la calidad de vida de los pacientes adultos y pediátricos y de sus familias ante los problemas asociados a las enfermedades potencialmente mortales. Todos los trabajadores de la salud que atienden a pacientes de COVID-19 deben estar en condiciones de ofrecer cuidados paliativos básicos, incluido el alivio de la dificultad para respirar (disnea) u otros síntomas, y apoyo social, cuando sea necesario (4). Las intervenciones paliativas deben estar al alcance de los pacientes, incluido el acceso a medicamentos, equipos, recursos humanos y asistencia social en el domicilio. Las intervenciones de cuidados paliativos se describen en detalle en las orientaciones de la OMS sobre la [integración de los cuidados paliativos y el alivio de los síntomas en la respuesta a las emergencias y crisis humanitarias](#).

3. Fin del aislamiento de los pacientes con COVID-19 en el domicilio

Los pacientes con COVID-19 que hayan recibido el alta hospitalaria pueden seguir recibiendo atención en el domicilio. Entre ellos figuran las personas que se han recuperado clínicamente de un cuadro grave o crítico y que ya no serían infecciosas.

Los pacientes atendidos en el domicilio deben permanecer aislados hasta que dejen de ser infecciosos (5, 8):

- En el caso de las personas asintomáticas, diez días desde el resultado positivo.
- Los pacientes con COVID-19 a los que se atiende en el domicilio o que han recibido el alta hospitalaria deben permanecer aislados durante un mínimo de 10 días desde el inicio de los síntomas, más otros 3 días desde su desaparición, es decir, desde que dejaron de tener fiebre y síntomas respiratorios (4, 24).
- Los trabajadores sanitarios deben establecer canales de comunicación con los cuidadores de pacientes de COVID-19 durante todo el periodo de aislamiento.

4. Manejo de los contactos

Se consideran contactos aquellas personas en las que, entre los 2 días anteriores y los 14 días posteriores al inicio de los síntomas del caso probable o confirmado, se hayan encontrado en alguna de las situaciones siguientes: 1) mantener contacto cara a cara durante más de 15 minutos con un caso probable o confirmado, a una distancia inferior a un metro; 2) entrar en contacto físico directo con el caso probable o confirmado; 3) prestar atención directa a un caso probable o confirmado de COVID-19 sin usar el equipo de protección personal recomendado; 4) otras situaciones que se puedan detectar en las evaluaciones de riesgos realizadas a nivel local.

Los contactos deben permanecer en cuarentena en sus domicilios y han de vigilar de cerca su estado de salud en los 14 días siguientes a la última fecha de contacto posible con la persona infectada (12). Se pueden consultar orientaciones sobre el seguimiento y el manejo de los contactos en las [orientaciones para la vigilancia de salud pública en el contexto de la COVID-19](#).

Recomendaciones sobre prevención y control de infecciones para los cuidadores que prestan servicios de atención en el domicilio

Es necesario brindar apoyo a los cuidadores, los miembros del hogar y los casos probables o confirmados de COVID-19 a través de trabajadores de la salud cualificados. Estos deberán indicar a los cuidadores y a las personas que convivan en el mismo domicilio cómo observar las recomendaciones de prevención y control de infecciones para el personal sanitario, así como las recomendaciones siguientes:

- Limitar los movimientos del paciente dentro del domicilio y reducir al mínimo los espacios compartidos (por ejemplo, cocina y baño), garantizando en todo caso que estén bien ventilados (5, 15).
- Los demás habitantes del hogar deben evitar entrar en la habitación en la que se haya instalado al paciente; si ello no es posible, deben mantener una distancia mínima de un metro con el paciente (por ejemplo, durmiendo en camas separadas)^f (5).
- Limitar el número de cuidadores. De ser posible, de la atención del paciente se debe ocupar una persona que goce de buena salud y que no presente enfermedades crónicas subyacentes (4, 5).
- No se debe permitir la entrada en el domicilio de visitantes hasta que el paciente no se haya recuperado por completo, no presente signos o síntomas de COVID-19 y se haya puesto fin a su aislamiento.
- Aplicar las medidas de higiene de manos de conformidad con los cinco momentos de la OMS (18), al igual que antes y después de preparar alimentos, antes de comer, después de usar el baño y siempre que se advierta suciedad en las manos. Si no hay suciedad visible en las manos, también puede usarse un gel hidroalcohólico. Cuando haya suciedad visible, habrá que lavárselas siempre con agua y jabón.
- Se debe proporcionar al paciente una mascarilla médica⁴ para que la lleve puesta todo el tiempo que sea posible. La mascarilla debe reemplazarse a diario, así como si se moja o se mancha con secreciones. Deben respetarse escrupulosamente las medidas de higiene respiratoria; esto es, cubrirse con la parte interior del codo al toser o estornudar o con un pañuelo de papel y desechar el pañuelo de inmediato y proceder después a la higiene de las manos (5, 17).
- Cualquier material utilizado para cubrirse la nariz o la boca se debe desechar o limpiar correctamente tras su uso (por ejemplo, los pañuelos se deben lavar con agua y jabón o detergente convencionales).
- Cuando se encuentren en la misma estancia que el paciente, los cuidadores deben utilizar una mascarilla médica que cubra la boca y la nariz. La mascarilla no debe tocarse ni manipularse durante su uso. Si se moja o se mancha con secreciones, deberá sustituirse inmediatamente por una mascarilla seca nueva. Es preciso quitarse la mascarilla con la técnica apropiada, es decir, no tocar la parte frontal, sino desatarla por la nuca y desecharla de inmediato después de utilizarla, y luego realizar la higiene de las manos (17, 21).
- Ha de evitarse el contacto directo con los fluidos corporales del paciente —sobre todo las secreciones orales y respiratorias— y con las heces. Para efectuar cualquier maniobra en la boca o las vías

^f Puede hacerse una excepción en el caso de las madres lactantes. Teniendo en cuenta los beneficios de la lactancia y la escasa probabilidad de contagio de otros virus respiratorios a través de la leche materna, se puede seguir dando el pecho, si bien se aconseja ponerse una mascarilla cuando se esté cerca del lactante y lavarse muy bien las manos antes de tocarlo; también se deberán observar

las demás medidas de higiene que se describen en el presente documento.

respiratorias del paciente y para manipular las heces, la orina y otros desechos se deben utilizar guantes desechables y mascarilla. Antes y después de ponerse y quitarse los guantes y la mascarilla se aplicarán medidas de higiene de manos. (5).

- No se deben reutilizar las mascarillas ni los guantes (a menos que los guantes sean un producto reutilizable como guantes de limpieza domésticos) (19, 21).
- Para la limpieza de superficies y la manipulación de ropa, sábanas o toallas manchadas con fluidos corporales se deben utilizar guantes y ropa de protección (por ejemplo, delantales de plástico). Según el contexto deben emplearse guantes de limpieza domésticos o guantes desechables (19).
- En la estancia del enfermo es necesario limpiar y desinfectar las superficies de uso cotidiano con las que exista contacto frecuente (como la mesilla de noche, la estructura de la cama y otros muebles) al menos una vez al día. Las superficies del cuarto de baño y el retrete también deben limpiarse y desinfectarse al menos una vez al día. Tras una limpieza inicial con jabón o detergente doméstico ordinarios, una vez aclarado el producto, las superficies se limpiarán con un desinfectante doméstico de tipo habitual que contenga hipoclorito sódico al 0,1% (es decir, el equivalente a 1000 ppm) (19).
- Las sábanas, toallas, platos y cubiertos utilizados por el paciente no deben compartirse con otras personas. No es necesario desechar estos artículos, pero sí lavarlos con agua y jabón después de su uso (8).
- La ropa, las sábanas y las toallas sucias del paciente deben colocarse en una bolsa para colada. No debe sacudirse la ropa sucia y hay que evitar que la piel y la ropa entren en contacto con los artículos contaminados (19).
- La ropa, las sábanas y las toallas sucias del paciente deben lavarse a mano con agua y jabón de colada ordinario, o a máquina a 60–90 °C (140–194 °F) con detergente ordinario y dejar que se sequen por completo (19).
- Después de su uso, los guantes de limpieza domésticos deben lavarse con agua y jabón y descontaminarse con una solución de hipoclorito de sodio al 0,1%. Los guantes desechables (por ejemplo, de nitrilo o látex) deben desecharse después de su uso. Antes y después de ponerse y quitarse los guantes se deben aplicar las medidas de higiene de las manos (19).
- Los desechos generados en el domicilio en el proceso de atención a un paciente con COVID-19 durante el periodo de convalecencia deben introducirse en bolsas resistentes perfectamente cerradas antes de su recogida por los correspondientes servicios municipales. Si no existen esos servicios, podrá procederse a enterrar los desechos; también se podrán efectuar quemas, si bien esta será la última opción debido a los efectos perjudiciales que conlleva para la salud humana y el medio ambiente (5, 19).
- Se deben evitar otros tipos de exposición a objetos contaminados del entorno inmediato del paciente (por ejemplo, no se deben compartir cepillos de dientes, cigarrillos, vajilla y cubiertos, toallas, esponjas ni ropa de cama) (5).

Agradecimientos

Este documento se elaboró en colaboración con la Red Mundial de Prevención y Control de Infecciones de la OMS y con otros expertos internacionales.

La OMS agradece la revisión realizada por las siguientes personas: Abdullah M. Assiri, Director General de Control de Infecciones del Ministerio de Salud de Arabia Saudita; Michael Bell, Director Adjunto de la División de Promoción de la Calidad de la Atención Médica, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta (Estados Unidos de América); Gail Carson, Centro de Apoyo Mundial del ISARIC, Directora de Desarrollo de Redes, Consultora en Enfermedades Infecciosas y Consultora Honoraria del Organismo de Salud Pública de Inglaterra (Reino Unido); John M. Conly, Departamento de Medicina, Microbiología, Inmunología y Enfermedades Infecciosas, Instituto Calvin, Phoebe y Joan Snyder de Enfermedades Crónicas, Facultad de Medicina, Universidad de Calgary, Calgary (Canadá); Barry Cookson, División de Infecciones e Inmunidad, University College London (Reino Unido); Babacar NDoye, Miembro de la Junta de la Red de Lucha contra las Infecciones, Dakar (Senegal); Kathleen Dunn, Directora de la Sección de Infecciones Asociadas a la Atención Médica y de Prevención y Control de Infecciones, Centro de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles, Organismo de Salud Pública del Canadá; Dale Fisher, Comité Directivo de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos; Fernanda Lessa, epidemióloga, División de Promoción de la Calidad de la Atención de Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta (Estados Unidos de América); Moi Lin Ling, Director del Departamento de Lucha contra las Infecciones del Hospital General de Singapur (Singapur) y Presidente de la Sociedad de Lucha contra las Infecciones de Asia y el Pacífico; Didier Pittet, Director del Programa de Lucha contra las Infecciones y del Centro Colaborador de la OMS para la Seguridad del Paciente, Hospitales de la Universidad de Ginebra y Facultad de Medicina, Ginebra (Suiza); Fernando Otaiza O'Ryan, Jefe del Programa nacional de control de infecciones asociadas a la atención en salud, Ministerio de Salud, Santiago (Chile); Diamantis Plachouras, Unidad de Apoyo a la Vigilancia y la Respuesta, Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, Solna (Suecia); Wing Hong Seto, Departamento de Medicina Comunitaria, Escuela de Salud Pública, Universidad de Hong Kong (China), Región Administrativa Especial de Hong Kong; Nandini Shetty, microbióloga consultora, Servicios de Microbiología de Referencia, Organismo de Protección de la Salud, Colindale (Reino Unido); Rachel M. Smith, División de Promoción de la Calidad de la Atención de la Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta (Estados Unidos de América).

La OMS agradece a las siguientes personas sus aportaciones a la revisión:

Profesora Emily YY Chan, Profesora y Vicedecana (Colaboración Mundial), Facultad de Medicina, Universidad China de Hong Kong, Nina Gobat, Investigadora Superior, Departamento Nuffield de Ciencias de la Atención Primaria de Salud, Universidad de Oxford, Dr. Hayley MacGregor, Codirector del Grupo de Investigación sobre Salud y Nutrición, Instituto de Estudios para el Desarrollo, Universidad de Sussex.

Del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) agradecemos la colaboración de: Maya Aarii, Phenide Beaussejour, Gregory Built, Raoul Kamadjeu y Brigid Kennedy Pfister.

También damos las gracias a las siguientes personas que trabajan en la OMS:

Benedetta Allegranzi, Gertrude Avortri, April Baller, Yolanda Bayugo, Sylvie Bertagnolio, Ana Paula Coutinho, Nino Dal Dayanghirang, Sophie Dennis, Janet Diaz, Christine Francis, Bruce Gordon, Katherine Kane, Pierre Clave Kariyo, Pauline Kleinitz, Manjulaa Narasihman, Alana Officer, Mariam Otmani del Barrio, Maria Clara Padoveze, Ute Pieper, Pryanka Relan, Nahoko Shindo, Valeska Stempliuk Joao Paulo Toledo, Maria Van Kerkhove, Vicky Willet.

La OMS agradece a las siguientes personas que nos hayan autorizado a proporcionar ejemplos de distintos enfoques para ofrecer atención domiciliaria:

Dr. Martial Benech, Director de la Dirección de Salud/Ministerio de Salud y Población, Departamento Oeste (Haití), Prof. Renaud Piarroux, Assistance Publique et Hôpitaux de Paris.

Bibliografía

- Macgregor H, Hrynich T. *COVID-19: Strategies to support home and community-based care*. Social Science in Humanitarian Action Platform: 2020 (<https://www.socialscienceinaction.org/resources/covid-19-strategies-to-support-home-and-community-based-care/>, consultado el 20 de julio de 2020).
- Organización Mundial de la Salud. *Health employment and economic growth: an evidence base*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326411>, consultado el 25 de junio de 2020).
- Vita-Finzi L, Campanini B, editores. *Informe sobre la salud en el mundo: 2006: colaboremos por la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43434>, consultado el 25 de junio de 2020).
- Organización Mundial de la Salud. *Manejo clínico de la COVID-19: orientaciones provisionales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332638>, consultado el 8 de junio de 2020).
- Organización Mundial de la Salud. *Home care for patients with Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts: interim guidance*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272948>, consultado el 26 de junio de 2020).
- Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2020). *Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic: interim guidance*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331975>, consultado el 26 de junio de 2020).
- Better Care Network, Alianza para la Protección de la Infancia en la Acción Humanitaria, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Protection of children during the COVID-19 Pandemic 2020* (<https://www.unicef.org/sites/default/files/2020-05/COVID-19-Alternative-Care-Technical-Note.pdf>, consultado el 21 de julio de 2020).
- Alianza para la Protección de la Infancia en la Acción Humanitaria. *Technical Note: Protection of children during the coronavirus pandemic v.2 2020* (https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/the_alliance_covid_19_tn_version_2_05.27.20_final.pdf, consultado el 21 de julio de 2020).
- Fischer, HT, Elliott L, Bertrand SL. *Nota de orientación: protección a niños, niñas y adolescentes durante los brotes de enfermedades infecciosas*. Alianza para la Protección de la Infancia en la Acción Humanitaria 2019 (https://alliancecpha.org/en/system/tdf/library/attachments/ido_spanish_version.pdf?file=1&type=node&id=37715, consultado el 21 de julio de 2020).
- Chan EYY, Gobat N, Hung H et al. *A review on implications of home care in a biological hazard: The case of SARS-CoV-2/COVID-19*. Centro colaborador de la Universidad de Oxford y la Universidad China de Hong Kong para la respuesta médica y humanitaria en casos de desastre, CCOUC 2020 (Health-Emergency and Disaster Risk Management Technical Brief Series #202001 [Serie de notas de información técnica sobre gestión del riesgo de desastres y de las emergencias sanitarias n.º 202001] (http://www.ccouc.ox.ac.uk/_asset/file/a-review-on-implications-of-home-care-in-a-biological-hazard.pdf, consultado el 21 de julio de 2020).
- Organización Mundial de la Salud. *Severe acute respiratory infections treatment centre: practical manual to set up and manage a SARI treatment centre and SARI screening facility in health care facilities*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/10665-331603>, consultado el 21 de julio de 2020).
- Organización Mundial de la Salud. *Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331497>, consultado el 26 de junio de 2020).
- Organización Mundial de la Salud. *Infection prevention and control of epidemic- and pandemic prone acute respiratory diseases in health care*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112656>, consultado el 26 de enero de 2020).
- Organización Mundial de la Salud. *Infection prevention and control during health care for probable or confirmed cases of Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection: interim guidance*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/174652>, consultado el 26 de enero de 2020)

15. Organización Mundial de la Salud. *Natural ventilation for infection control in health-care settings*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44167>, consultado el 26 de enero de 2020)
16. American Society of Heating, Refrigeration and Air-Conditioning Engineers (ASHRAE) [Internet]. *Reopening of schools and universities*. 2020 (<https://www.ashrae.org/technical-resources/reopening-of-schools-and-universities>, consultado el 10 de agosto de 2020)
17. Organización Mundial de la Salud. *Advice on the use of masks in the context of COVID-19*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331693>, consultado el 26 de junio de 2020)
18. Organización Mundial de la Salud y Seguridad del paciente de la OMS. *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44102>, consultado el 20 de enero de 2020).
19. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Agua, saneamiento, higiene y gestión de desechos en relación con el SARS-CoV-2, el virus causante de la COVID-19: orientaciones provisionales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333807>, consultado el 17 de julio de 2020).
20. Organización Mundial de la Salud. *Aide-memoire for infection prevention and control in a health care facility*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/130165>, consultado el 17 de julio de 2020).
21. Organización Mundial de la Salud. (2020). *Uso racional del equipo de protección personal frente a la COVID-19 y aspectos que considerar en situaciones de escasez graves: orientaciones provisionales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331810>, consultado el 18 de junio de 2020).
22. Jouffroy R, Jost D, Prunet B. *Prehospital pulse oximetry: A red flag for early detection of silent hypoxemia in COVID-19 patients*. Critical Care. 2020; 24:313 (<https://doi.org/10.1186/s13054-020-03036-9>, consultado el 26 de julio de 2020).
23. Shah,S, Majmudar K, Stein A, Gupta N, Suppes S, Karamanis M, Capannar J, Sethi S, Patte C. *Novel Use of Home Pulse Oximetry Monitoring in COVID-19 Patients Discharged From the Emergency Department Identifies Need for Hospitalization*. Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine, 17 de junio de 2020 (<https://doi.org/10.1111/acem.14053>, consultado el 26 de julio de 2020).
24. Organización Mundial de la Salud. *Criterios para poner fin al aislamiento de los pacientes de COVID-19: reseña científica*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332997>, consultado el 26 de junio de 2020).
25. Van Bavel JJ, Baicker K, Boggio PS, Capraro V, Cichocka A, Cikara M, et al. *Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response*. Nature Human Behaviour. 2020 4:460-471 (<https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>, consultado el 21 de julio de 2020).
26. Chan EYY, Gobat N, Kim JH, Newnham EA, Huang Z, Hung H, et al. *Informal home care providers: the forgotten health-care workers during the COVID-19 pandemic*. The Lancet. 2020 395(10242):1957-1959 (DOI: 10.1016/s0140-6736(20)31254-x, consultado el 21 de julio de 2020).
27. CORE Group. *Home-based care: Reference guide for COVID-19*. 2020 (<https://coregroup.org/home-based-care-reference-guide-for-covid-19/>, consultado el 21 de julio de 2020).

Otras referencias

Tips for engaging people in low-resource settings remotely and in-person. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN) y Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja . 2020

COVID-19: Strategies to Support Home and Community - Based Care. Social Science in Humanitarian Action Platform (SSHAP), 2020.

Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274565>, consultado el 11 de agosto de 2020).

Operational considerations for case management for COVID-19 in health facility and community. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331492>, consultado el 11 de agosto de 2020).

Guidance on COVID-19 for the care of older people and people living in long-term care facilities, other non-acute care facilities and home care. Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para el Pacífico Occidental; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331913>, consultado el 11 de agosto de 2020).

Chan JF, Yuan S, Kok KH, To KK, Chu H, Yang J, et al. *A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster*. Lancet. 2020. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30154-9.

Drosten C, Meyer B, Müller MA, Corman VM, Al-Masri M, Hossain R, et al. *Transmission of MERS-coronavirus in household contacts*. N Engl J Med. 2014;371:828-35. doi:10.1056/NEJMoa1405858.

Equipo de investigación sobre el nuevo coronavirus del Organismo de Protección de la Salud (HPA) del Reino Unido. *Evidence of person-to-person transmission within a family cluster of novel coronavirus infections*. Reino Unido, febrero de 2013. Euro Surveill. 2013; 18(11): 20427. doi:10.2807/ese.18.11.20427-en.

Hung C, Wang Y, Li X, Ren L, Yhao J, Hu Y, et al. *Clinical features of patients infected with 2019 coronavirus in Wuhan, China*. Lancet. 2020. doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5.

Li Q, Guan X, Wu P, Zhou L, Tong Y, Ren R, et al. *Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia*. N Engl J Med. 2020. doi:10.1056/NEJMoa2001316.

Apéndice: Aplicación de las políticas y orientaciones sobre la atención en el domicilio

Huelga decir que las políticas y orientaciones relativas a la atención en el domicilio a casos confirmados o sospechosos de COVID-19 se interpretarán y aplicarán en cada país a escala nacional y local. Las situaciones y las necesidades de los hogares son muy diversas; por tanto, se recomienda adecuar los enfoques de los paquetes de información y apoyo a la atención domiciliaria.

Sistemas de salud y de asistencia social

La aplicación de las orientaciones y políticas para la atención domiciliaria de las personas con COVID-19 debe, en la medida de lo posible, apoyarse en los servicios de salud comunitarios y hospitalarios y en otros sectores de la sociedad, incluidos los sectores social y privado. De esa manera, en la aplicación de las políticas pueden aprovecharse activos que ya existan. Existen ejemplos innovadores de la adaptación de los servicios en varios países del mundo que pueden y deben difundirse ampliamente (véase el recuadro 2).

Información y comunicación

La difusión de información clara y coherente sobre la COVID-19 y sobre cómo se contrae y cómo se previene la transmisión en los hogares es una parte fundamental de la aplicación de estas orientaciones. La información debe estar adaptada a los distintos grupos, disponible en los idiomas locales y expresada con textos claros y sencillos acompañados de imágenes atractivas que sean explicativas para las poblaciones de la zona. En las imágenes deben aparecer personas de todas las edades y de distintos grupos étnicos y personas con discapacidad. Es preferible emplear fotografías reales. En esa información deben incluirse también datos sobre dónde puede obtenerse más información fiable sobre la COVID-19 y la atención en el domicilio, así como sobre dónde pueden recibir apoyo los cuidadores y los demás miembros del hogar. Esta información pública debe incluir orientación sobre cómo seguir las recomendaciones de la OMS y suele ser preferible que la interacción sea bidireccional.

Conocer las necesidades de apoyo de los hogares

La información por sí misma no es suficiente para garantizar que se adopten unas buenas prácticas de prevención y control de las infecciones ni que en el domicilio se respeten las medidas y comportamientos recomendados para evitar la transmisión. Hay varios factores que afectan a la capacidad de las personas para observar las orientaciones recomendadas, como su percepción del riesgo de contagiarse, sus creencias sobre la COVID-19 y la atención de la COVID-19, sus actitudes y creencias sobre la eficacia de las recomendaciones y la medida en que las recomendaciones son prácticas y

Omrani AS, Matin MA, Haddad Q, Al-Nakhli D, Memish ZA, Albarrak AM. *A family cluster of Middle East respiratory syndrome coronavirus infections related to a likely unrecognized asymptomatic or mild case*. Int J Infect Dis. 2013;17(9):e668-72. doi:10.1016/j.ijid.2013.07.001.

Ren LL, Wang YM, Wu YQ, Xiang YC, Guo L, Xu T, et al. *Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive study*. Chin Med J (Engl). 2020. doi:10.1097/CM9.0000000000000722.

viables en su domicilio (25). Todos ellos son factores que pueden cambiar con el tiempo. Además, enfermar o convivir con alguien que enferme puede detonar una fuerte respuesta emocional. Se han recabado testimonios de personas que refieren sentir irritabilidad, miedo y resentimiento, lo que afecta a la forma en que se relacionan entre sí y a su salud mental. Puede que sea necesario ofrecer apoyo práctico a los hogares, es decir, ayudarlos para que obtengan alimentos, agua y medicamentos. Entender estos factores ayudará a las autoridades a diseñar paquetes de apoyo específicos para los hogares afectados. Por ejemplo, las autoridades pueden plantearse organizar la entrega a domicilio de suministros médicos, alimentos, etc. para reducir los desplazamientos de los miembros del hogar.

Necesidades de los cuidadores

El cuidador principal de un paciente de COVID-19 también puede tener necesidades específicas que deben ser atendidas. Es posible que los cuidadores también deban asistir a otros miembros de la familia, como adultos mayores, adultos o niños con discapacidad o niños pequeños (26). Además, puede que tengan sus propias responsabilidades, tales como atender el trabajo o la escuela, y sus propias vulnerabilidades, como enfermedades crónicas (10). Sobre las mujeres recae de manera desproporcionada la carga de las labores no remuneradas, entre las que se encuentran las del cuidado de quienes están enfermos en el hogar y de parientes lejanos. En esta situación se encuentran incluso mujeres de edad que cuidan de niños muy pequeños o de adultos mayores. Debe prestarse especial atención a los hogares encabezados por una sola mujer que haya tenido que renunciar a un trabajo remunerado para cuidar de familiares enfermos. En la aplicación de las políticas y orientaciones sobre atención en el domicilio deben incluirse también las necesidades de los cuidadores. Por ejemplo, en la evaluación inicial deben tomarse en consideración las necesidades de apoyo del cuidador principal (1, 2, 6).

Necesidades de los trabajadores de la salud

Los agentes de salud comunitarios serán el principal punto de contacto entre los hogares y los centros de salud (6). Para proporcionar una ayuda eficaz a los hogares, estos trabajadores de la salud deben haber recibido formación y disponer de instrumentos prácticos en los que apoyarse (1). Por ejemplo, estos instrumentos pueden ser paquetes de información orientados a un público concreto, instrumentos de evaluación, listas de comprobación y kits de higiene específicos para cada contexto. Los agentes de salud comunitarios también pueden prestar apoyo a los hogares asegurándose de que siguen recibiendo los servicios de asistencia social a tiempo. Asimismo, dotar a los agentes de salud comunitarios de estrategias sencillas para ofrecer apoyo psicosocial también contribuye a satisfacer las necesidades de los pacientes. Al mismo tiempo, deben atenderse las

necesidades de los agentes de salud comunitarios en materia de salud mental, sobre todo cuando se enfrentan a problemas de estigmatización, agotamiento y angustia.

Factores y limitaciones del entorno

En la formulación de las orientaciones nacionales y locales que hagan los países, debe tenerse en cuenta que las recomendaciones sobre el control de la infección y la prevención de la transmisión en los hogares sean factibles. Por ejemplo, en muchas partes del mundo, donde no se puede acceder con facilidad a agua corriente limpia, deben

adoptarse enfoques alternativos para la higiene de las manos, como lavamanos caseros fabricados con garrafas o botellas de plástico (27).

Puede que no sea físicamente posible aislar a la persona con COVID-19 en los hogares donde conviven muchas personas. Además, es posible que en los hogares intergeneracionales sea necesario proteger a los miembros vulnerables o buscar soluciones alternativas para el enfermo o para esas personas vulnerables.

Recuadro 2: Ejemplos de atención domiciliaria en varios países

Francia	<p>Un grupo de hospitales universitarios de París (Francia) organiza equipos formados por un profesional sanitario y un asistente social para visitar a pacientes de COVID-19 y sus cuidadores. Su cometido es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • realizar un cribado y pruebas a la familia y a los contactos cercanos; • ofrecer orientación sobre el aislamiento en el domicilio; • proporcionar un kit de protección, con mascarillas y gel hidroalcohólico; • realizar un seguimiento continuo.
Haití	<p>El Ministerio de Salud envía equipos compuestos por trabajadores de la salud y especialistas en salud pública y en materia de agua, saneamiento e higiene a los hogares, con el visto bueno de sus ocupantes. Su objetivo es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • realizar una evaluación clínica básica del paciente con COVID-19 y valorar las condiciones de la vivienda y su situación en materia de agua, saneamiento e higiene para determinar si es factible aislar al paciente en el domicilio; • informar a la familia o a los miembros del hogar sobre la COVID-19, explicarles cómo seguir los procedimientos de aislamiento y ofrecer orientación sobre las medidas de higiene; • proporcionar a la familia un kit de higiene y limpieza y otro de desinfección y limpieza de la vivienda.
Mauritania	<p>Los casos confirmados de COVID-19 reciben visitas en su domicilio para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ofrecerles información sobre medidas de prevención de la infección en el domicilio, como el uso de mascarillas y la limpieza y desinfección de la vivienda; • proporcionarles kits de higiene (a quienes no se puedan permitir esos artículos) con el sistema de higiene de las manos apropiado en el contexto local, lejía y mascarilla reutilizable; • la atención de seguimiento, que realizan los equipos comunitarios de vigilancia.

La OMS continúa haciendo un seguimiento estrecho de la situación para detectar cualquier cambio que pueda afectar a las presentes orientaciones provisionales. Ante cualquier cambio, la OMS publicará una nueva actualización. En caso contrario, las presentes orientaciones provisionales tendrán una validez de dos años a partir de la fecha de publicación