

ORIENTACIÓN PARA REANUDAR LAS OPERACIONES DE ENDOSCOPIA Y PRÁCTICA DE GASTROENTEROLOGÍA DESPUÉS DE LA PANDEMIA COVID-19

La rápida propagación de COVID-19 ha forzado el aplazamiento temporal de los procedimientos endoscópicos electivos y actividades asociadas a la práctica de gastroenterología no esencial. A medida que las medidas de contención actuales se afianzan y el número de nuevos casos de COVID-19 disminuye en algunas áreas, las prácticas de gastroenterología deben planificar la reanudación gradual de las operaciones clínicas. Esto debe lograrse con el menor riesgo posible de exponer a los pacientes, el personal y los proveedores.

El 19 de abril, el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) brindó orientación sobre como reiniciar la atención médica de acuerdo con un enfoque gradual basado en los criterios descritos en la [Guía de la Casa Blanca para abrir América nuevamente](#).¹ La decisión de reabrir en última instancia, recae en las autoridades estatales y locales. Los protocolos deben seguirse y actualizarse en función de la mejor información de salud pública disponible.

El propósito de este documento es presentar recomendaciones para mitigar los riesgos de infección durante la reapertura gradual de los centros de endoscopia y las clínicas de gastroenterología. Se anticipa que la preparación del médico y del centro para reanudar las operaciones clínicas dependerá de el estado de la pandemia en una ubicación geográfica determinada y evolucionará gradualmente según las condiciones locales y la orientación de las autoridades públicas. No todas las medidas propuestas serán aplicables a todos los entornos de práctica en todo momento. Los gastroenterólogos y sus administradores deben ejercer discreción en la implementación de sugerencias individuales, con el objetivo de apoyar sus esfuerzos de reapertura y garantizar la seguridad de los pacientes, el personal y los proveedores.

PRIORIDAD SUPERIOR: SEGURIDAD DE PACIENTES Y PERSONAL

Las prácticas deben considerar lo siguiente:

1. Los pacientes deben ser examinados con un cuestionario COVID-19 previo al procedimiento dentro de las 72 horas a su visita, y las respuestas actualizadas, según sea necesario, al llegar a la clínica o al centro de endoscopia. El personal debe ser evaluado de manera similar antes de comenzar cada día laboral. Aunque los cuestionarios previos al procedimiento son fundamentales, la detección evolucionará para incluir las pruebas COVID-19 de acuerdo con la mejor tecnología disponible (ver más abajo). Se debe considerar el uso suplementario de los servicios de telemedicina para evaluar mejor la aptitud del paciente. Si bien existe un debate continuo sobre su utilidad, también se puede considerar la medición de la temperatura (de pacientes y personal) utilizando, por ejemplo, un termómetro infrarrojo sin contacto a la frente.²



2. Los pacientes o el personal que tengan respuestas positivas a cualquier pregunta de cribado no deben ser permitidos en áreas de atención y, si es clínicamente apropiado, deben de ser puestos en cuarentena. Deben existir recursos y un flujo de trabajo definido para el cuidado de cualquier persona que presente síntomas, el cual variará según la institución y la práctica. El seguimiento adecuado y el cribado repetido (comúnmente incluidas las pruebas) determinarán la idoneidad para la reprogramación o el regreso al trabajo.
3. La exposición potencial a individuos infectados se debe informar a las autoridades correspondientes (por ejemplo, el Departamento de Salud) para activar el rastreo de contactos.
4. La preparación y limpieza de la sala, así como el reprocesamiento del equipo, deben realizarse de acuerdo con los requisitos actualizados mediante licencias y recomendaciones de la sociedad (ver más abajo).
5. Todos los pacientes deben ser encuestados 1-2 semanas después del procedimiento para evaluar su satisfacción, para registrar posibles eventos adversos y para evaluar síntomas de COVID-19 en este intervalo o los resultados positivos de las pruebas. El rastreo de contactos debe iniciarse si el intervalo entre el encuentro y la aparición de nuevos síntomas es lo suficientemente corto, o si, en algún momento, un miembro del personal da positivo a una prueba de COVID-19.
6. Los pacientes y el personal deben respetar las reglas de distanciamiento físico (ver más abajo), excepto durante los intervalos de contacto cercano que requieren los proveedores para preparar al paciente para un procedimiento o realizar un examen físico.
7. Al ponerse o quitarse el EPP, se debe practicar una higiene de manos adecuada.^{3,4}
8. El personal debe quitarse los relojes, anillos, aretes, collares y otras formas de joyería antes de ingresar a la unidad de endoscopía. Los productos cosméticos faciales no deben usarse si se está reprocesando el EPP, como con las máscaras N95.
9. Todo el personal y los proveedores deben estar orientados y capacitados en el protocolo COVID-19 de la unidad, incluida la higiene adecuada de las manos, el EPP requerido en su área de trabajo designada, la técnica adecuada de colocación y retirada del EPP, la ubicación dentro de la unidad de reemplazo de EPP y su eliminación adecuada. Se sugiere simular el protocolo previo a su implementación clínica. El nuevo personal y los proveedores que pueden rotar a través de la unidad, como los proveedores de anestesia, deben estar debidamente orientados y capacitados antes de trabajar en la unidad por primera vez. La capacitación y la orientación deben repetirse a medida que los protocolos cambien con el tiempo.

DISTANCIAMIENTO Y CONSIDERACIONES DE EPP PARA LA OFICINA

La distancia de 6 pies (2 metros) o más entre las personas debe hacerse cumplir tanto como sea posible y se deben considerar las siguientes medidas:

1. Los pacientes deben venir solos o con un solo familiar / cuidador esencial.
2. Los pacientes deben esperar fuera de las instalaciones o en un vehículo hasta

- que los llamen para la visita.
3. Las sillas del vestíbulo / sala de espera deben redistribuirse para el distanciamiento social (lo que puede reducir la capacidad en un 50% -75%).
 4. El proceso de registro del paciente debe modificarse para limitar el contacto directo con el personal, y los pacientes deben ser atendidos inmediatamente después de la evaluación inicial.
 5. Los procesos de programación y salida deben ser rediseñados para asegurar que se mantenga el distanciamiento, preferiblemente con entradas y salidas separadas. El personal que realiza evaluaciones previas y de seguimiento puede aprovechar los servicios de telemedicina y trabajar de forma remota a través de una red privada virtual (VPN). La telemedicina también se puede utilizar para agendar, transmitir información relevante al procedimiento o para responder preguntas sobre cualquier procedimiento planificado. Deben considerarse las barreras físicas (por ejemplo, particiones de plexiglás) si no se puede lograr un distanciamiento físico suficiente.

Los pacientes y el personal deben usar ropa lavable o mascarillas quirúrgicas en todo momento.

La reanudación de procedimientos ambulatorios debe de tener en cuenta el enfoque por fases descrito en la introducción. El uso de EPP para procedimientos ambulatorios debe seguir las consideraciones de EPP del centro de endoscopia (ver más abajo).³

La disminución de los requerimientos de EPP dependerá de la disponibilidad, precisión y asequibilidad de las pruebas virales en el punto de atención y debe seguir las directrices de las autoridades públicas y de la sociedad profesional.

CONSIDERACIONES DE DISTANCIA Y EPP PARA EL CENTRO DE ENDOSCOPIA

Las consideraciones de distancia y entrada / salida deben seguir procesos paralelos como se describió anteriormente para las oficinas. La capacidad de los vestíbulos, las salas de admisión / recuperación y el tráfico peatonal para salir del centro pueden reducirse sustancialmente, y las reducciones sustanciales de capacidad serán cotidianas siempre y cuando el distanciamiento sea necesario. La disponibilidad de pruebas confiables en el punto de atención puede eventualmente permitir reducir los requisitos de distanciamiento.

Todo el personal y los pacientes deben usar máscaras quirúrgicas proporcionadas por el centro. Solo los cuidadores esenciales deben acompañar a un paciente al centro. Los familiares / acompañantes adultos responsables deben retornar o permanecer en sus vehículos hasta que se les llame. El personal en áreas específicas debe usar lo siguiente:

- Personal de pre-admisión
 - Mascarillas quirúrgicas
 - Guantes de nitrilo

Deben considerarse las barreras físicas (por ejemplo, particiones de plexiglás) si no se puede lograr un distanciamiento físico suficiente. Si se usan dispositivos electrónicos móviles para el ingreso de pacientes, deben limpiarse y desinfectarse después de cada uso. Se recomienda evitar el uso de dispositivos en el vestíbulo que no se puedan desinfectar fácilmente.

- Área pre y postoperatoria
 - Mascarillas quirúrgicas
 - Guantes de nitrilo
 - Se puede considerar el uso de respiradores N95 o equivalente, dependiendo de la disponibilidad, si es necesario el contacto directo con el paciente, por ejemplo ayudar a los pacientes a ponerse la bata o vestirse, conducir a los pacientes fuera del centro para darles de alta

- Sala de operaciones / procedimientos
 - Respirador N95 o equivalente
 - Guantes de nitrilo
 - Batas impermeables, si están disponibles. Las batas lavables han reemplazado las batas desechables livianas en algunos centros
 - Protectores faciales / protección para los ojos
 - Gorro (redcilla para el cabello, tipo acolchado o gorro quirúrgico)

PROGRAMACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Nivelación de prioridad

La programación de pacientes debe priorizarse como urgente (nivel 1), semi-urgente (nivel 2) o electiva (nivel 3), lo que refleja el potencial de complicaciones graves con el retraso de los procedimientos. Una clasificación detallada de los síntomas y diagnósticos por nivel se puede encontrar en otra parte.⁵ Electivo (nivel 3), en este esquema, no significa opcional. Si hay indicaciones para el procedimiento, entonces inherentemente hay riesgos para el paciente si no se lleva a cabo. Los pacientes también deben ser priorizados por el alcance de sus comorbilidades, principalmente para identificar a aquellos cuyo estado fisiológico podría empeorar rápidamente si se difiere un procedimiento, o si su estado pudiese hacerlos más vulnerables a los eventos adversos de COVID-19. Por ejemplo, una evaluación retrasada de un paciente con colitis puede exigir corticosteroides empíricos en dosis altas.

La práctica debe seguir una política escrita que describa el protocolo de prioridad. En general, esto es paralelo a las Fases 1-3 del documento de orientación de la Casa Blanca y otras orientaciones similares. Se debe incluir una **declaración jurada** con todas las notas y encuentros telefónicos que declaren que el procedimiento cumple con los criterios de priorización.

Los proveedores deben indicar el nivel de procedimiento del paciente en su visita de telemedicina o nota del encuentro telefónico. Los pacientes deben notificar a la práctica sobre cualquier cambio en los síntomas o afección que pueda ocurrir entre la programación y la fecha del procedimiento.



Calendario de procedimientos

Pacientes referidos para un procedimiento, deben ser contactados y agendados para una fecha apropiada que tome en cuenta las necesidades médicas incluyendo la detección de COVID y la disponibilidad del personal médico. Las oficinas o las instalaciones de endoscopia que han suspendido las labores del personal pueden verse incapaces de aumentar rápidamente el volumen, y el personal requerirá capacitación en procesos detallados relacionados con COVID. Es posible que se requiera una semana laboral prolongada o un horario extendido en muchos casos durante la aceleración, particularmente teniendo en cuenta algunos de los problemas de capacidad impuestos por el distanciamiento. Los pacientes que requieren atención de emergencia o urgencia deben ser manejados de manera expedita sin pasar por alto los pasos de seguridad esenciales para la detección y la realización segura de sus procedimientos.

Cuestionario previo a la visita COVID-19

Se debe completar un cuestionario de detección COVID-19 (ver Apéndice A para la plantilla sugerida) para todos los pacientes. El cuestionario debe completarse en el momento en que se agende el procedimiento y repetirse dentro de las 72 horas posteriores al procedimiento. La interpretación de las respuestas a la pregunta 1 requiere que el personal tenga algún conocimiento sobre las pruebas virales y su fiabilidad. La fiabilidad en las pruebas virales se vuelve menos importante si todos los pacientes asintomáticos son tratados como si estuvieran potencialmente infectados y contagiosos.

Evaluación previa al procedimiento

Se debe considerar una visita de telemedicina o una consulta telefónica para cada paciente referido para endoscopia, para evaluar las comorbilidades y la posible exposición a COVID-19. Las expectativas para el día del procedimiento deben explicarse durante la misma llamada. Específicamente, se deben revisar los siguientes elementos del proceso:

1. Proceso de admisión del centro de endoscopia
2. Política de visitantes
3. Política de EPP
4. Formulario de consentimiento

Se debe considerar incluir un párrafo en el formulario de consentimiento del procedimiento con respecto a COVID-19 y el riesgo potencial de transmisión de infección relacionado con ingresar a un centro médico y someterse a un procedimiento médico durante la pandemia actual. Después de la evaluación previa al procedimiento, el formulario de consentimiento, las instrucciones del procedimiento y la preparación del procedimiento, pueden enviarse por correo o por correo electrónico al paciente según sea necesario.

PRUEBAS COVID

Un número significativo de infecciones por COVID-19 son transmitidas por individuos asintomáticos o pre-sintomáticos.³ Idealmente, los esfuerzos para mitigar la transmisión

viral requerirían que todos los pacientes demuestren la presencia de anticuerpos convalescentes al SARS-CoV-2 o una prueba molecular negativa dentro de las 48 horas de un procedimiento programado. Hasta que tales pruebas estén ampliamente disponibles y los ensayos se hayan estandarizado y se haya validado su rendimiento, las prácticas de gastroenterología tendrán que individualizar su enfoque y a menudo tendrán que depender de un riguroso examen previo al procedimiento y el uso universal de equipos de protección para todo el personal de la unidad y los pacientes.

DIA DE PROCEDIMIENTO

Los pasos específicos para el registro del paciente, la atención pre y postoperatoria y los protocolos de la sala de procedimientos variarán según la disponibilidad de la prueba COVID-19, y el tipo y tamaño del centro endoscópico. Las siguientes son sugerencias para el personal liderando la unidad de endoscopia para considerar y deben de adaptarse a las necesidades locales. Deberán revisarse y modificarse periódicamente a medida que se disponga de nueva información y herramientas adicionales de gestión de COVID-19.

Proceso de registro del centro de endoscopia

1. Al llegar, se debe repetir el cuestionario COVID-19 y tomar la temperatura del paciente como se indicó anteriormente.
2. Se deben registrar los números de teléfono celular del paciente y su familia / adulto responsable y responder las preguntas.
3. Si es factible, los pacientes deben esperar en sus vehículos / fuera de las instalaciones hasta que se les notifique que ingresen a la unidad de endoscopia.
4. Los pacientes deben proceder directamente a la sala preoperatoria. Los miembros de la familia / adultos responsables deben regresar a la sala de espera o esperar en sus vehículos hasta que sean notificados para recoger al paciente.
5. Las sillas en la sala de espera deben estar espaciadas adecuadamente, y todos los miembros de la familia / cuidadores que no puedan esperar en sus vehículos o fuera del establecimiento, deben usar máscaras faciales.
6. Las firmas de formularios, la verificación del seguro y los detalles de pago deben manejarse de forma remota, si es posible, en el momento de la evaluación inicial y devolverse al momento del registro o proporcionarse para que se completen en el vehículo antes de que el paciente ingrese al centro.

Proceso de sala preoperatorio / postoperatorio

1. Los pacientes deben ser ingresados directamente a la sala / bahía preoperatoria. Si es factible se recomienda usar el mismo espacio para la atención postoperatoria para así reducir la necesidad de limpieza entre pacientes individuales.
2. Los pacientes deben continuar usando su máscara quirúrgica durante toda su estadía en el centro de endoscopia (con la máscara quitada solo para la endoscopia superior).
3. Si se usa una máscara o canula de oxígeno durante la endoscopia superior y se deja en su lugar durante una parte del tiempo de recuperación postoperatoria,

- debe reemplazarse nuevamente con una máscara facial tan pronto como se retire la máscara de oxígeno del paciente.
4. El miembro de la familia / adulto responsable debe ser notificado por teléfono cuando el paciente esté listo para ser dado de alta. Los hallazgos del procedimiento y los planes de seguimiento se pueden discutir en ese momento con previo consentimiento del paciente.
 5. La discusión postoperatoria entre el paciente y el proveedor puede proceder como de costumbre (con distanciamiento apropiado y medidas de protección), incluida una conversación sobre los hallazgos de endoscopia y los planes de seguimiento.
 6. El paciente puede ambular al vehículo o ser transportado en silla de ruedas a discreción de la enfermera.
 7. Las llamadas telefónicas de seguimiento se realizarán según la política de la unidad.
 8. El paciente y el miembro de la familia / adulto responsable deben recibir instrucciones de llamar de inmediato si el paciente tiene una prueba COVID-19 positiva o desarrolla cualquiera de los siguientes síntomas dentro de los 14 días posteriores al procedimiento:
 - a. Fiebre a 100.4° F (38° C) o más
 - b. Tos
 - c. Falta de aire, dificultad para respirar, dolor en el pecho
 - d. Dolor de garganta
 - e. Pérdida del sentido del olfato o del gusto.
 - f. Nuevo inicio de fatiga o falta de energía
 - g. Nuevas náuseas con o sin vómitos
 - h. Diarrea de nuevo inicio.
 - i. Cualquier otro síntoma nuevo o inusual significativo.

Proceso de sala de procedimientos

1. Todos los miembros del equipo de endoscopía deben usar un conjunto completo de EPP (bata, guantes, cubierta para el cabello, protección para los ojos), como se indicó anteriormente.³
2. La secuencia correcta de ponerse y quitarse el EPP es crítica y necesita ser entendida y practicada.³
3. Todos los miembros del equipo de endoscopía deben usar respiradores N95 (o dispositivos con tasas de filtración equivalentes o más altas) para todos los procedimientos gastrointestinales. Dada la alta tasa de transmisión de infecciones de individuos pre-sintomáticos o asintomáticos, todos los pacientes deben considerarse potencialmente contagiosos. Las pruebas moleculares COVID negativas dentro de las 48 horas posteriores al procedimiento y / o los anticuerpos anti-COVID convalescentes pueden resultar útiles para el manejo del área de procedimiento, pero en la actualidad, no es recomendable alterar la práctica del área de procedimiento basado en cualquiera de las pruebas ya que el valor predictivo negativo de las pruebas de PCR realizadas en muestras de hisopos

- nasales es moderado y los datos con respecto al desarrollo de anticuerpos en la fase de infecciosidad menguante son insuficientes.
4. La reutilización de los respiradores N95 puede ser necesaria en caso de escasez de recursos.³ Esta referencia ofrece orientación sobre cómo usar, quitar, descontaminar y almacenar los respiradores para su reutilización.⁶
 5. Los pacientes con tos persistente después del procedimiento deben permanecer en la sala de procedimientos hasta que la tos haya disminuido.
 6. Si se requieren tratamientos con nebulizador, estos deben administrarse en la sala de procedimientos en lugar de el área pre / postoperatoria. Se prefieren los inhaladores de dosis medida (MDI) a los nebulizadores. Los pacientes con antecedentes de uso de nebulizadores / MDI deben traer sus propios dispositivos.
 7. Las máscaras de oxígeno del procedimiento deben dejarse colocadas hasta que el paciente se separe del oxígeno suplementario, como se indicó anteriormente.
 8. Los pacientes deben ser transportados al área de recuperación tan pronto como se consideren seguros y listos para su traslado.
 9. El personal del procedimiento y el especialista que realiza el procedimiento deben quitarse el EPP y realizar una higiene de manos adecuada antes de completar los informes del procedimiento. Los teclados de terminal de computadora y los ratones de computadora se desinfectarán regularmente usando paños desinfectantes apropiados (ver más abajo).
 10. Las salas vacantes de procedimientos debe integrarse en el cronograma para permitir una recuperación prolongada del paciente y tiempos de limpieza de la sala entre procedimientos individuales. Las habitaciones que carecen de presión negativa se benefician de un tiempo de aireación adicional para el aclaramiento adecuado de gotas / aerosoles.

LIMPIEZA

1. No se recomiendan cambios a los procedimientos de reprocesamiento establecidos para endoscopios y accesorios. La limpieza previa estándar junto a la cama, seguida de la limpieza manual y la desinfección de alto nivel en las instalaciones de reprocesamiento deben continuar.^{7,8}
2. El personal de reprocesamiento debe ponerse un equipo de protección personal (EPP) que incluya guantes, bata, protectores oculares, gorro y máscara. Si bien no hay datos que respalden un requisito para el uso de respiradores N95 en la sala de reprocesamiento, se debe considerar su uso, si está disponibles.³
3. Se deben usar soluciones y paños desinfectantes de grado hospitalario registradas por la EPA en las salas de procedimientos para limpiar todas las superficies horizontales y de alto contacto.⁸
4. Las toallitas Clorox™ / se pueden usar para espacios de cocina y escritorio personal.⁸
5. Los escritorios, mostradores, teclados, ratones de computadora, teléfonos, cerraduras de las puertas, llaves, etc. deben desinfectarse al menos dos veces al día.
6. Los baños deben limpiarse con frecuencia, idealmente después de cada paciente.
7. No se recomiendan cambios en los procedimientos de "limpieza final" para limpiar y desinfectar la unidad de endoscopia al final del día.⁷



American Society for
Gastrointestinal Endoscopy

Acknowledgements:

The following individuals contributed to the writing of this document: Bruce Hennessy, MD, FASGE, Joseph Vicari, MD, MBA, FASGE, Brett Bernstein, MD, MBA, FASGE, Frank Chapman, MBA, Inessa Khaykis, MD, FASGE, Glenn Littenberg, MD, FASGE, David Robbins, MD, MSc, FASGE

Un agradecimiento especial a Hernando González, MD, FASGE, Cadman L. Legget, MD por la traducción y la edición de este documento.

REFERENCES

1. Centers for Medicare and Medicaid Services, Re-opening Facilities to Provide Non-emergent Non-COVID-19 Healthcare: Phase I, <https://www.cms.gov/files/document/covid-flexibility-reopen-essential-non-covid-services.pdf>. Accessed April 26, 2020.
2. Centers for Disease Control and Prevention Coronavirus Disease 2019, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/index.html>. Accessed April 26, 2020.
3. Joint Gastroenterology Society Message: COVID-19 Use of Personal Protective Equipment in GI Endoscopy, <https://www.asge.org/home/advanced-education-training/covid-19-asge-updates-formembers/joint-gastroenterology-society-message-covid-19-use-of-personal-protective-equipment-in-giendoscopy>. Accessed April 26, 2020.
4. Centers for Disease Control and Prevention, Guidance on Personal Protective Equipment (PPE) To Be Used by Healthcare Workers during Management of Patients with Confirmed Ebola or Persons under Investigation (PUIs) for Ebola who are Clinically Unstable or Have Bleeding, Vomiting, or Diarrhea in U.S. Hospitals, Including Procedures for Donning and Doffing PPE, <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/healthcare-us/ppe/guidance.html>. Accessed April 26, 2020.
5. Gastroenterology Professional Society Guidance on Endoscopic Procedures During the COVID-19 Pandemic, <https://www.gastro.org/practice-guidance/practice-updates/covid-19/gastroenterology-professional-society-guidance-on-endoscopic-procedures-during-the-covid-19-pandemic>. Accessed April 26, 2020.
6. NIOSH: Recommended guidance for extended use and limited reuse of N95 filtering facepiece respirators in healthcare settings. <https://www.cdc.gov/niosh/topics/hcwcontrols/recommendedguidanceextuse.html>. Accessed April 26, 2020. Joint Society Management of Endoscopes, endoscope reprocessing and storage areas during the COVID-19 Pandemic, https://www.asge.org/docs/default-source/default-document-library/gi-society-management-of-endoscope-fleet.pdf?sfvrsn=e488e52_2. Accessed April 26, 2020.
7. Petersen BT, Cohen J, Hambrick, RD, et al. Multisociety guideline on reprocessing flexible GI Endoscopes:2016 Update, *Gastrointestinal Endoscopy*, 8(2), 2017, p. 282-294.
8. List N: Disinfectants for Use Against SARS-CoV-2, Environmental Protection Agency. <https://www.epa.gov/pesticide-registration/list-n-disinfectants-use-against-sars-cov-2>. Accessed April 26, 2020.

APÉNDICE A

Cuestionario COVID-19 (sugerido; adaptar según sea necesario)

1. ¿Ha tenido pruebas para COVID-19? Aclare si esta fue una prueba viral directa (p. Ej., Hisopo, saliva) o prueba serológica (anticuerpos de sangre).
 - a. ¿Su prueba fue positiva o negativa?
2. ¿Tiene alguno de los siguientes? (si o no)
 - a. Fiebre a 100.4 grados (38°C) o más
 - b. Tos
 - c. Falta de aire, dificultad para respirar, dolor en el pecho
 - d. Dolor de garganta
 - e. Pérdida del sentido del olfato o del gusto.
 - f. Nuevo inicio de fatiga o falta de energía.
3. ¿Tienes náuseas con o sin vómitos?
4. ¿Tienes diarrea?
5. ¿Ha viajado recientemente a algún punto caliente actual de COVID-19? ¿Si es así, donde?

Los estados más afectados en los Estados Unidos y los puntos calientes de todo el mundo se pueden encontrar en el Mapa del Coronavirus del New York Times: Seguimiento del brote global.

6. En los últimos 14 días, ¿ha tenido contacto cercano (a menos de 6 pies / 2 metros) con alguien que tiene un diagnóstico COVID-19 confirmado por laboratorio?
7. ¿Es usted un paramédico, trabajador de la salud, o trabaja o es voluntario en un hospital o centro de atención médica?
8. ¿Es usted un empleado de una guardería, una residencia para adultos mayores, una guardería para adultos o una instalación de cuidado extendido o de rehabilitación?

Responder "sí" a cualquiera de las preguntas de síntomas anteriores (1-4) debería derivar a un proveedor de atención primaria para evaluación y posibles pruebas. Responder "sí" a cualquier otra pregunta debería desencadenar la prueba COVID-19 realizada menos de 72 horas antes del procedimiento.

^a Coronavirus Map: Tracking the Global Outbreak, *New York Times*,
<https://www.nytimes.com/interactive/2020/world/coronavirus-maps.html>.

April 28, 2020