

# Apéndice 1: Evaluación de riesgos de los trabajadores de atención médica expuestos a personas con COVID-19

Accessible version: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/non-us-settings/tools-resources.html>

I. INFORMACIÓN DEL ENTREVISTADOR	
Apellido y nombre del entrevistador	
Fecha de la entrevista (DD/MM/AAAA)	
Afiliación del entrevistador	
II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR DE ATENCIÓN MÉDICA	
Apellido	
Nombre	
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no responder
Edad (años)	
Función del trabajador de atención médica (marcar todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Personal de mantenimiento <input type="checkbox"/> Personal de servicios alimentarios <input type="checkbox"/> Empleado de laboratorio <input type="checkbox"/> Médico (responsable del paciente) <input type="checkbox"/> Médico residente ( <i>intern/resident</i> ) <input type="checkbox"/> Técnico médico <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Asistente o técnico de enfermería (o equivalente) <input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Otra, especificar _____ <input type="checkbox"/> Flebotomista <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Asociado médico <input type="checkbox"/> Técnico de radiología <input type="checkbox"/> Profesional en enfermería titulado (o equivalente) <input type="checkbox"/> Terapeuta respiratorio <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Maestro/educador <input type="checkbox"/> Empleado administrativo
Tipo de establecimiento de atención médica (seleccionar la ubicación principal)	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Centro de atención primaria, especificar el nivel _____ <input type="checkbox"/> Centro de atención ambulatoria, especificar el tipo de centro _____ <input type="checkbox"/> Hogar de ancianos o centro de enfermería especializada <input type="checkbox"/> Atención en la casa del paciente <input type="checkbox"/> Otro, especifique _____
III. EXPOSICIONES COMUNITARIAS	



[cdc.gov/coronavirus](https://www.cdc.gov/coronavirus)

[www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/global-covid-19](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/global-covid-19)

<b>Se deberá considerar que los trabajadores de atención médica han tenido un alto riesgo de exposición en la comunidad si responden "Sí" en cualquiera de las preguntas de esta sección. Las respuestas "No está seguro" deberán considerarse caso por caso.</b>	
Fecha de la exposición comunitaria más reciente a una persona con COVID-19 (DD/MM/AAAA)	
En los últimos 14 días, ¿vivió en la misma vivienda con una persona con COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
En los últimos 14 días, ¿estuvo dentro de un metro de distancia de una persona con COVID-19 por 15 minutos o más tiempo (p. ej., en una sala de reuniones, lugar de trabajo, aula, o viajando en cualquier medio de transporte), fuera de un establecimiento de atención médica? <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
En los últimos 14 días, ¿tuvo contacto físico directo con una persona con COVID-19 (p. ej., darse la mano) o con sus secreciones infecciosas (p. ej., le tosió encima o tocó pañuelos desechables usados), fuera de un establecimiento de atención médica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
<b>IV. ACTIVIDADES Y EXPOSICIONES DEL TRABAJADOR DE ATENCIÓN MÉDICA</b>	
Fecha de la exposición más reciente a pacientes que se sabe que tienen COVID-19 en un entorno de atención médica (DD/MM/AAAA)	
Nombre del establecimiento de atención médica donde ocurrió la exposición	
Tipo de unidad sanitaria donde ocurrió la exposición a pacientes con COVID-19 (marcar todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Servicios de limpieza <input type="checkbox"/> Área de atención ambulatoria <input type="checkbox"/> Quirófano <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Sala de emergencias <input type="checkbox"/> Sección de pacientes internados <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Área de recepción <input type="checkbox"/> Radiología/imágenes <input type="checkbox"/> Unidad de cuidados intensivos <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro : _____
<b>Se deberá considerar que los trabajadores de atención médica han tenido un alto riesgo de exposición si responden "Sí" en cualquiera de las preguntas de esta sección. Se deberá considerar que los trabajadores de atención médica han tenido un bajo riesgo de exposición si responden "No" en todas las preguntas de esta sección. Las respuestas "No está seguro" deberán considerarse caso por caso.</b>	
¿Tuvo alguna exposición directa de piel a piel con un paciente con COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro

<sup>1</sup> La guía que define los contactos cercanos de una persona con COVID-19 incluye estar en el mismo entorno cerrado por 15 minutos o más, a menos de 2 metros de distancia, según el ECDC (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-public-health-management-contact-novel-coronavirus-cases-EU.pdf>); contacto cara a cara dentro de un metro de distancia por más de 15 minutos, según la OMS ([https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov))); o estar dentro de aproximadamente 2 metros por un periodo prolongado, según los CDC (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/risk-assessment.html>).

Tuvo alguna exposición directa (en su piel o membranas mucosas) a las secreciones respiratorias o líquidos corporales de un paciente con COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿Tuvo una exposición percutánea (p. ej., pinchazo de aguja, corte) con material potencialmente contaminado con líquido corporal, sangre o secreciones respiratorias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
<b>¿Estuvo dentro de un metro de distancia de un paciente con COVID-19<sup>2</sup>...</b>	
mientras no tenía puesto el equipo de protección personal (EPP) adecuado? <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
o tuvo problemas con su EPP (p. ej., rasgaduras, se lo quitó mientras estaba en el área de pacientes)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
<b>¿Atendió directamente <sup>4</sup> a un paciente con COVID-19<sup>2</sup>...</b>	
mientras no tenía puesto el equipo de protección personal (EPP) adecuado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
o tuvo problemas con su EPP (p. ej., rasgaduras, se lo quitó mientras estaba en el área de pacientes)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
<b>¿Realizó algún procedimiento generador de aerosoles (o brindó asistencia mientras se realizaba)<sup>5</sup> a un paciente con COVID-19, o estuvo presente en la sala mientras se realizaba...</b>	
mientras no tenía puesto el equipo de protección personal (EPP) adecuado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
o tuvo problemas con su EPP (p. ej., rasgaduras, se lo quitó mientras estaba en el área de pacientes)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
<b>¿Manipuló líquidos corporales u otras muestras de un paciente con COVID-19...</b>	
mientras no tenía puesto el equipo de protección personal (EPP) adecuado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
o tuvo problemas con su EPP (p. ej., rasgaduras, se lo quitó mientras manipulaba muestras)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
<b>¿Estuvo en contacto directo con entornos donde un paciente con COVID-19 recibía cuidados (p. ej., cama, ropa de cama, equipo médico, superficies que se tocan con frecuencia, baño)...</b>	
mientras no tenía puesto el equipo de protección personal (EPP) adecuado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
o tuvo problemas con su EPP (p. ej., rasgaduras, se lo quitó y tuvo contacto con el entorno)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿No llevó a cabo la higiene de las manos después de proveer atención directa al paciente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿No llevó a cabo la higiene de las manos después de quitarse el EPP?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro

<sup>2</sup> Si el paciente con COVID-19 tenía control de fuente durante estas interacciones (p. ej., mascarilla, respirador N95 o intubación), entonces la exposición será considerada de bajo riesgo.

<sup>3</sup> La información sobre el uso de equipos de protección personal se encuentra disponible en [https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125)

<sup>4</sup> Las actividades de atención de pacientes incluyen tomar los signos vitales o anotar los antecedentes médicos, realizar exámenes físicos, proveer medicamentos, bañar al paciente, alimentarlo, vaciar la bacinilla, cambiar la ropa de cama, extraer sangre, tomar radiografías, recolectar muestras respiratorias, insertar líneas centrales o periféricas, insertar tubos nasogástricos, colocar sondas urinarias, aplicar inyecciones y brindar cuidado de traqueotomía.

<sup>5</sup> Los procedimientos generadores de aerosoles incluyen intubación traqueal, ventilación no invasiva, traqueotomía, reanimación cardiopulmonar, ventilación manual previa a la intubación, broncoscopia ( [https://www.who.int/publications-detail/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)-and-considerations-during-severe-shortages](https://www.who.int/publications-detail/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages))

¿No llevó a cabo la higiene de las manos después de haber tenido contacto directo con el entorno donde el paciente con COVID-19 recibía cuidados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
---	---

Use esta sección para describir las interacciones de atención médica con pacientes con COVID-19 y determine si se usó EPP adecuado. Registre los detalles sobre el EPP que el trabajador de atención médica usó y determine si fue adecuado según la guía sobre el uso de EPP.<sup>6</sup> Vea los ejemplos en las primeras dos filas.

Interacción	¿El trabajador de atención médica tenía puesto el EPP?		
<b>Ejemplo:</b> <b>Suministró atención directa al paciente</b>  <i>El trabajador de atención médica no tenía puesto el EPP adecuado (no estaba usando protección para los ojos)</i>	Guantes	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Bata	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Mascarilla médica	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Respirador N95 o equivalente	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Gafas protectoras o protector facial	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Respirador purificador de aire forzado (PAPR)	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Otro, especifique _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
<b>Ejemplo:</b> <b>Realizó un procedimiento generador de aerosoles</b>  <i>El trabajador de atención médica tenía puesto el EPP adecuado</i>	Guantes	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Bata	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Mascarilla médica	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Respirador N95 o equivalente	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Gafas protectoras o protector facial	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Respirador purificador de aire forzado (PAPR)	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Otro, especifique _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
Interacción (especificar):	Guantes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Bata	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Mascarilla médica	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Respirador N95 o equivalente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Gafas protectoras o protector facial	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Respirador purificador de aire forzado (PAPR)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Otro, especifique _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro

<sup>6</sup> La información sobre la prevención y el control de infecciones y el uso de equipos de protección personal se encuentra disponible en: [https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125)

Otra interacción (especificar):	Guantes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Bata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Mascarilla médica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Respirador N95 o equivalente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Gafas protectoras o protector facial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Powered air-purifying respirator (PAPR)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Otro, especifique _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
Otra interacción (especificar):	Guantes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Bata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Mascarilla médica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Respirador N95 o equivalente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Gafas protectoras o protector facial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Respirador purificador de aire forzado (PAPR)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
	Otro, especifique _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro

