

Asesoramiento sobre el uso de máscaras para niños de la comunidad en el contexto del COVID-19

Anexo al Aviso sobre el uso de máscaras en el contexto del COVID-19

21 agosto 2020



Objeto del documento

Este documento brinda orientación a los tomadores de decisiones, el público y los profesionales de la salud infantil para informar la política sobre el uso de máscaras para niños en el contexto de la pandemia de COVID-19. No aborda el uso de máscaras para adultos que trabajan con niños o padres / tutores ni el uso de máscaras para niños en entornos de atención médica. Esta guía provisional se revisará y actualizará a medida que surjan nuevas pruebas.

Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan el uso de mascarillas de acuerdo con un enfoque basado en el riesgo, como parte de un paquete integral de intervenciones de salud pública que pueden prevenir y controlar la transmisión de ciertos virus respiratorios, enfermedades, incluido COVID-19. El cumplimiento de otras medidas, incluido el distanciamiento físico, la higiene de las manos, la etiqueta respiratoria y la ventilación adecuada en ambientes interiores, es esencial para reducir la propagación del SARS-CoV-2, el virus que causa el COVID-19.

Esta guía proporciona consideraciones específicas para el uso de máscaras no médicas, también conocidas como máscaras de tela, por parte de los niños como un medio para el control de la fuente en el contexto de la actual pandemia de COVID-19. El documento es un anexo al Consejo de la OMS sobre el uso de máscaras en el contexto de COVID-19, ¹ en el que se pueden encontrar más detalles sobre las máscaras de tela. Este anexo también aconseja el uso de máscaras médicas para niños en determinadas condiciones. A los efectos de esta guía, los niños se definen como cualquier persona menor de 18 años. ²

Metodología para desarrollar la guía

El Grupo de Desarrollo de Orientación (GDG) para la Prevención y el Control de Infecciones (IPC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y expertos de UNICEF y la Asociación Internacional de Pediatría (IPA) revisaron conjuntamente la evidencia disponible para desarrollar una guía sobre el uso de mascarillas para niños en el contexto de la pandemia actual. Se celebraron cinco reuniones internacionales de expertos entre junio y agosto de 2020. En ausencia de evidencia científica sólida, el consenso entre estos grupos constituye la base principal de esta guía. Además, el proyecto de orientación fue revisado por un grupo multidisciplinario de expertos externos adicionales antes de su finalización.

Evidencia disponible

Transmisión de COVID-19 en niños

Actualmente, no se comprende completamente hasta qué punto los niños contribuyen a la transmisión del SARS-CoV-2. Según la base de datos de vigilancia mundial de la OMS de casos confirmados por laboratorio desarrollada a partir de formularios de notificación de casos proporcionados a la OMS por los Estados Miembros ³ y otros estudios, se informa que del 1 al 7% de los casos de COVID-19 ocurren en niños, con relativamente pocas muertes en comparación con otros grupos de edad ⁴⁻⁸. El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) ha informado recientemente sobre la distribución por edades de COVID-19 entre los niños de la Unión Europea (UE), el Espacio Económico Europeo (EEE) y el Reino Unido (RU); informaron que, al 26 de julio de 2020, el 4% de todos los casos en la UE / EEE y el Reino Unido estaban entre niños ⁶.

Hasta la fecha, la evidencia disponible sugiere que la mayoría de los casos notificados entre niños son el resultado de la transmisión dentro de los hogares, aunque esta observación puede haber sido influenciada por cierres de escuelas y otras medidas de permanencia en el hogar implementadas por algunos países. ^{7,9} Aunque se ha aislado virus de cultivo competente de niños sintomáticos con niveles de carga viral similares a los de los adultos ¹⁰. La evidencia de los estudios disponibles de contactos de casos de COVID-19 e investigaciones de grupos sugiere que es poco probable que los niños sean los principales impulsores de la transmisión de COVID-19. ^{7,9-11-14}. Hasta la fecha, la transmisión documentada entre los niños y el personal dentro de los entornos educativos es limitada ¹⁵⁻²⁰. La evidencia también es limitada con respecto a la prevalencia de la infección por SARS-CoV-2 entre los niños, medida por estudios de seroepidemiología. Sin embargo, la evidencia disponible sugiere que la seroprevalencia parece ser menor para los niños más pequeños en comparación con los niños mayores y los adultos. ^{17,21-25}.

Los estudios de carga viral y la duración de la diseminación viral del virus infeccioso en niños en comparación con adultos también son limitados. Un estudio publicado sugiere que la carga viral en pacientes infectados puede diferir según la edad, y que los niños sintomáticos tienen una mayor duración de la diseminación viral que los niños asintomáticos. ²⁵ Algunos estudios han informado que los niños menores de cinco años tienen menores

Cantidades de ARN viral en secreciones respiratorias y heces en comparación con niños en edad escolar, adolescentes y adultos. 26,27. Sin embargo, un estudio de los Estados Unidos de América encontró que los niños menores de cinco años con COVID-19 leve a moderado tienen cantidades más altas de ARN viral en sus muestras de las vías respiratorias superiores en comparación con los niños mayores y los adultos. 28, mientras que un estudio previo a la impresión (no revisado por pares) de Alemania no informó diferencias en la cantidad de ARN viral entre adultos y niños 29.

En resumen, no se comprende bien el grado en que la edad por sí sola, independientemente de los síntomas, afecta la carga viral y la transmisión.

Evidencia disponible sobre el uso de mascarillas en niños para COVID-19 y otras enfermedades respiratorias

La evidencia sobre los beneficios y daños de los niños que usan máscaras para mitigar la transmisión del COVID-19 y otros coronavirus es limitada. Sin embargo, algunos estudios han evaluado la efectividad del uso de mascarillas en niños para la influenza y otros virus respiratorios. 30-34. Un estudio sobre el uso de mascarillas durante los brotes de influenza estacional en Japón señaló que el uso de mascarillas fue más eficaz en los grados escolares superiores (niños de 9 a 12 años en los grados 4-6) que en los grados inferiores (niños de 6 a 9 años, en los grados 1-3) 34. Un estudio, realizado en condiciones de laboratorio y utilizando no betacoronavirus, sugirió que los niños de entre cinco y 11 años estaban significativamente menos protegidos por el uso de mascarillas en comparación con los adultos, posiblemente relacionado con un ajuste inferior de la mascarilla. 35. Otros estudios encontraron evidencia de algún efecto protector para la influenza tanto para el control de la fuente 30 y protección en los niños 34, aunque el cumplimiento general del uso constante de máscaras, especialmente entre los niños menores de 15 años, fue deficiente.

Algunos estudios, incluidos los realizados en el contexto de la influenza y la contaminación del aire, encontraron que el uso y la aceptabilidad del uso de mascarillas es muy variable entre los niños, que van desde niveles muy bajos a niveles aceptables y disminuyen con el tiempo cuando se usan mascarillas. 30,31,33,36-38. Un estudio se llevó a cabo entre niños de escuela primaria durante el COVID-19 y reportó un 51,6% de cumplimiento. 31

Varios estudios encontraron que los niños informaron factores como el calor, la irritación, las dificultades para respirar, la incomodidad, la distracción, la baja aceptabilidad social y el mal ajuste de la mascarilla al usarlas. 30,33,36,37. Hasta ahora, no se han estudiado la eficacia y el impacto de las máscaras para los niños durante el juego y la actividad física; sin embargo, un estudio en adultos encontró que el respirador N95 y las mascarillas quirúrgicas reducían la capacidad cardiopulmonar durante el esfuerzo intenso 39.

Principales conclusiones

Según la evidencia limitada disponible, los niños pequeños pueden tener una menor susceptibilidad a la infección en comparación con los adultos 11,14.

Sin embargo, los datos disponibles sugieren que esto puede variar según la edad entre los niños. 17, 21-25. Los datos de estudios de seroepidemiología y estudios de transmisión sugieren que los niños mayores (p. Ej., Adolescentes) pueden desempeñar un papel más activo en la transmisión que los más pequeños.

niños. 11,14,17, 21-25

Los beneficios de usar máscaras en niños para el control de COVID-19 deben sopesarse con el daño potencial asociado con el uso de máscaras, incluida la viabilidad y la incomodidad, así como las preocupaciones sociales y de comunicación. Los factores a considerar también incluyen grupos de edad, consideraciones socioculturales y contextuales y disponibilidad de supervisión adulta y otros recursos para prevenir la transmisión.

Se necesitan datos de estudios prospectivos de alta calidad en diferentes entornos sobre el papel de los niños y adolescentes en la transmisión del SARS-CoV-2 40, sobre formas de mejorar la aceptación y cumplimiento del uso de mascarillas y sobre la eficacia del uso de mascarillas en niños. Estos estudios deben tener prioridad e incluir estudios prospectivos de transmisión dentro de entornos educativos y hogares estratificados por grupos de edad (idealmente <2, 2-4, 5-11 y > 12 años) y con diferentes patrones de prevalencia y transmisión. Se debe hacer especial hincapié en los estudios en las escuelas de entornos de ingresos bajos y medios.

Asesoramiento a los tomadores de decisiones sobre el uso de máscaras para niños en la comunidad

Principios rectores generales

Dada la evidencia limitada sobre el uso de máscaras en niños para el COVID-19 u otras enfermedades respiratorias, incluida la evidencia limitada sobre la transmisión del SARS-CoV-2 en niños de edades específicas, la **formulación de políticas por parte de las autoridades nacionales debe guiarse por lo siguiente** principios generales de salud pública y sociales:

- **No hacer daño:** se debe priorizar el interés superior, la salud y el bienestar del niño. **La orientación no debe afectar**
- **negativamente a los resultados del aprendizaje y el desarrollo.**
- La guía debe considerar la viabilidad de implementar recomendaciones en diferentes contextos sociales, culturales y geográficos, incluidos entornos con recursos limitados, entornos humanitarios y entre niños con discapacidades o condiciones de salud específicas.

Consejos sobre el uso de mascarillas en niños

La OMS y UNICEF aconsejan a los tomadores de decisiones que apliquen los siguientes criterios para el uso de máscaras en niños al desarrollar políticas nacionales, en países o áreas donde se sabe o se sospecha que existe transmisión comunitaria ^{una} del SARS-CoV-2 y en entornos donde no se puede lograr el distanciamiento físico.

1. Según la opinión de expertos recopilada a través de reuniones en línea y procesos consultivos, los niños de hasta cinco años no deben usar máscaras para el control de la fuente. Este consejo está motivado por un enfoque de "no hacer daño" y considera:

- hitos del desarrollo infantil ^{b 41}
- desafíos de cumplimiento y
- autonomía necesaria para utilizar correctamente una máscara.

Los expertos (siguiendo los métodos descritos anteriormente) reconocieron que la evidencia que respalda la elección del límite de edad es limitada (ver arriba, sección relacionada con la transmisión de COVID-19 en niños), y tomaron esta decisión principalmente por consenso. El fundamento incluyó la consideración del hecho de que a la edad de cinco años, los niños generalmente logran hitos importantes del desarrollo, incluida la destreza manual y los movimientos de coordinación motora fina necesarios para usar adecuadamente una máscara con una asistencia mínima.

En algunos países, las guías y las políticas recomiendan un límite de edad diferente y menor para el uso de mascarillas ⁴²⁻⁴⁵. Se reconoce que los niños pueden alcanzar hitos del desarrollo a diferentes edades y los niños de cinco años o menores pueden tener la destreza necesaria para manejar una máscara. Basado en el enfoque de no hacer daño, si se va a utilizar el límite de edad inferior de dos o tres años para recomendar el uso de mascarillas para niños, supervisión adecuada y constante, incluida la supervisión directa de la línea de visión por un adulto competente y cumplimiento deben asegurarse, especialmente si se espera el uso de mascarillas durante un período prolongado. Esto es tanto para garantizar el uso correcto de la máscara como para evitar cualquier daño potencial asociado con el uso de la máscara por parte del niño.

Los niños con deficiencias cognitivas o respiratorias graves que tengan dificultades para tolerar una mascarilla no deben, bajo ninguna circunstancia, estar obligados a utilizar mascarillas.

Se debe dar prioridad a otras medidas de PCI, salud pública y sociales para minimizar el riesgo de transmisión del SARS-CoV-2 en niños de cinco años o menos; específicamente manteniendo una distancia física de al menos 1 metro cuando sea factible, educando a los niños para que realicen una higiene de manos frecuente y limitando el tamaño de las clases escolares. También se observa que puede haber otras consideraciones específicas, como la presencia de personas vulnerables u otros consejos médicos y de salud pública locales que deben tenerse en cuenta al determinar si los niños menores de cinco años necesitan usar una máscara.

2. **Para los niños de entre seis y 11 años, se debe aplicar un enfoque basado en el riesgo a la decisión de usar una mascarilla. Este enfoque debe tener en cuenta:**

- intensidad de la transmisión en el área donde se encuentra el niño y datos actualizados / **evidencia disponible sobre el riesgo de infección y transmisión en este grupo de edad;**
- entorno social y cultural como creencias, costumbres, comportamiento o normas sociales que influyen en las interacciones sociales de la comunidad y la población, especialmente con y entre los niños;
- **la capacidad del niño para cumplir con el uso apropiado de máscaras y la disponibilidad de una supervisión adulta adecuada; impacto potencial del uso**
- **de máscaras en el aprendizaje y el desarrollo psicosocial; y**
- Consideraciones y adaptaciones específicas adicionales para entornos específicos, como hogares con parientes mayores, escuelas, **durante actividades deportivas o para niños con discapacidades o con enfermedades subyacentes.**

3. Los consejos sobre el uso de mascarillas en niños y adolescentes de 12 años o más deben seguir las recomendaciones de la OMS para el uso de mascarillas en adultos. ¹ y / o las directrices nacionales sobre máscaras para adultos.

Incluso cuando se apliquen las directrices nacionales, será necesario especificar consideraciones específicas adicionales (ver más abajo) y adaptaciones para entornos especiales como escuelas, durante el deporte o para niños con discapacidades o con enfermedades subyacentes.

4. Generalmente se recomienda el uso de una mascarilla médica para niños inmunodeprimidos o para pacientes pediátricos con fibrosis quística u otras enfermedades (p. Ej. Cáncer), pero debe evaluarse en consulta con el proveedor médico del niño. ^{46,47}.

^{una} Definido por la OMS como "experimentar brotes más grandes de transmisión local definida a través de una evaluación de factores que incluyen, pero no se limitan a: un gran número de casos no vinculables a cadenas de transmisión; gran número de casos de vigilancia centinela; y / o múltiples clústeres no relacionados en varias áreas del país / territorio / área" (<https://www.who.int/publications/m/item/human-infection-with-covid-19-virus-interim-guides>)

^{segundo} Un ejemplo de cómo considerar los hitos del desarrollo infantil según lo definido por los CDC está disponible aquí:

https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/pdf/checklists/Checklists-with-Tips_Reader_508.pdf

Para los niños de cualquier edad con trastornos del desarrollo, discapacidades u otras condiciones de salud específicas que puedan interferir con el uso de la máscara, el uso de máscaras no debe ser obligatorio y debe ser evaluado caso por caso por el educador del niño y / o el proveedor médico.

Consideraciones de implementación

La epidemiología local y las cuestiones contextuales, como la intensidad de la transmisión, la capacidad de distanciarse físicamente o implementar medidas de ventilación adecuadas en entornos interiores, la mezcla de edades y el contacto con otras personas vulnerables deben considerarse al adoptar consejos para el uso de máscaras entre diferentes grupos de edad, además de daños potenciales y efectos adversos del uso de mascarillas.

Los padres / tutores, maestros, educadores y miembros de la comunidad de confianza deben proporcionar una comunicación adecuada a la edad, destinada a mejorar la comprensión del propósito del uso de máscaras, el uso de máscaras seguro y apropiado y el mantenimiento de las máscaras a través de modelos de roles. Los materiales, mensajes y mecanismos de comunicación sobre máscaras para niños deben seguir siendo flexibles y adaptables y ser revisados y actualizados sistemáticamente en función de los cambios en la evidencia y las necesidades y preguntas de la comunidad. 48,49.

Los niños también deben ser escuchados con respecto a sus percepciones y cualquier inquietud sobre el uso de una máscara. La comunicación adaptada debe estar disponible para diferentes entornos sociales, culturales y lingüísticos, con mecanismos de retroalimentación establecidos para responder a las preguntas y expectativas de los niños.

Deben desarrollarse mensajes educativos y de comunicación específicos para garantizar que el uso de máscaras no dé lugar a una falsa sensación de seguridad ni a que los niños no respeten otras medidas de salud pública. Es importante enfatizar que el uso de máscaras es una herramienta y que los niños también deben respetar el distanciamiento físico, la higiene de manos y la etiqueta respiratoria. Los padres, los miembros de la familia, los maestros y los educadores tienen un papel fundamental para garantizar que estos mensajes se transmitan constantemente a los niños.

En la implementación de este consejo se deben incluir estrategias para ayudar a los niños, especialmente en los grupos de edad más jóvenes, a manejar el uso de máscaras de manera segura y eficaz. Esto puede incluir procesos para el almacenamiento seguro de máscaras usadas para que el mismo niño las reutilice después de comer o hacer ejercicio, almacenar las máscaras sucias (por ejemplo, en bolsas o contenedores especiales) antes de que puedan lavarse y almacenar y suministrar máscaras limpias adicionales si la máscara de un niño se vuelve sucio, mojado o perdido.

Las máscaras deben ser accesibles de forma gratuita a los niños que viven en hogares o áreas geográficas con vulnerabilidades sociales y recursos limitados para garantizar un acceso equitativo para todos los niños. También se debe considerar la posibilidad de proporcionar máscaras para el viaje hacia y desde la escuela.

El diseño de máscaras faciales para niños debe tener en cuenta la calidad general del tejido, la transpirabilidad adecuada y la comodidad. 1 y facilidad para los niños (tamaño, colores, diseño, etc. apropiados) para ayudar a mejorar su aceptación y uso por parte de los niños. Se debe prestar especial atención al cuidado de las máscaras y a la necesidad de cambiarlas cuando se mojen o ensucien. Deberán existir medidas específicas para los niños menores de 12 años que se encuentran en una situación en la que se les pide que usen máscaras.

El límite de edad para el uso de una máscara debe adaptarse a los entornos sociales o escolares para evitar estigmatizar y alienar a los niños en grupos de edades mixtas donde las personas pueden estar en lados opuestos de un límite de edad recomendado. Por ejemplo, en situaciones en las que los niños mayores a los que se les recomienda usar máscaras están en la misma clase que los niños más pequeños que están por debajo de la edad límite para usar máscaras, los estudiantes mayores pueden estar exentos de usar máscaras.

Consideraciones adicionales específicas para niños con discapacidades

Los niños con trastornos del desarrollo o discapacidades pueden enfrentar barreras, limitaciones y riesgos adicionales y, por lo tanto, se les deben brindar opciones alternativas al uso de mascarillas, como protectores faciales (ver más abajo). Las políticas sobre máscaras deben adaptarse para los niños con discapacidad sobre la base de consideraciones sociales, culturales y ambientales.

Algunos niños con discapacidades requieren un contacto físico cercano con terapeutas, educadores o trabajadores sociales. En este contexto, es fundamental que todos los proveedores de atención adopten medidas clave de PCI, incluido el uso de máscaras, y que los entornos se adapten para fortalecer la PCI.

El uso de máscaras por parte de niños con pérdida auditiva o problemas auditivos puede presentar barreras de aprendizaje y mayores desafíos, agravados por la necesidad de respetar el distanciamiento físico recomendado. 50. Estos niños pueden perder oportunidades de aprendizaje debido a la señal del habla degradada derivada del uso de máscaras, la eliminación de la lectura de labios y las expresiones del hablante y el distanciamiento físico. Se pueden explorar máscaras adaptadas para permitir la lectura de labios (por ejemplo, máscaras transparentes) o el uso de protectores faciales (ver más abajo) como una alternativa a las máscaras de tela 51.

Consideraciones adicionales específicas para entornos escolares

Para facilitar la puesta en práctica de esta guía en los entornos escolares (según los estándares nacionales), se recomienda que las categorías de edad se adapten a la estructura del nivel educativo nacional / local.

El uso de máscaras por parte de niños y adolescentes en las escuelas solo debe considerarse como una parte de una estrategia integral para limitar la propagación del COVID-19. Los siguientes documentos de orientación se pueden utilizar para informar la formulación de políticas y la programación, ya sea para una estrategia integral de seguridad escolar al reabrir o para operaciones en el contexto de COVID-19:

- [Consideraciones de la OMS para las medidas de salud pública relacionadas con la escuela en el contexto del marco COVID-19 WB / WFP /](#)
- [UNESCO / UNICEF para la reapertura de escuelas](#)
- [Guía provisional de la OMS / UNICEF / IFRC para la prevención y el control de COVID-19 en las escuelas](#)

Como parte de la estrategia integral de seguridad escolar para la reapertura, las opiniones de los maestros y educadores sobre la percepción de los riesgos y la carga de tiempo necesaria para garantizar el cumplimiento de las políticas de COVID-19 en las escuelas y aulas, incluido el uso de máscaras por parte de los niños, deben ser considerado. Las situaciones en las que el uso de una máscara puede interferir significativamente con el proceso de aprendizaje y tener un impacto negativo en actividades escolares críticas como la educación física, los programas de comidas, el tiempo de juego y los deportes, así como el aprendizaje, requieren una consideración especial.

Si se recomienda el uso de máscaras de tela en las escuelas, se deben proporcionar instrucciones y suministros específicos para el almacenamiento, manejo y disponibilidad seguros de las máscaras de tela (ver arriba). Debe garantizarse un suministro suficiente de máscaras adecuadas para todos los escolares. Los requisitos básicos de agua, saneamiento e higiene deben cumplirse en el edificio de la escuela para que se puedan implementar medidas integrales de PCI, vinculadas a actividades educativas específicas para cada edad.

Si se utilizan máscaras médicas o desechables en situaciones específicas, será necesario establecer un sistema de gestión de desechos que incluya la eliminación de las máscaras usadas para reducir el riesgo de que las máscaras contaminadas se desechen en las aulas y los patios de recreo.

A ningún niño se le debe negar el acceso a la educación por el uso de mascarillas o la falta de una mascarilla debido a la escasez de recursos o la falta de disponibilidad.

Alternativa a las máscaras de tela para niños

Caretas

Los protectores faciales están diseñados para usarse ⁵² para proporcionar protección contra salpicaduras de fluidos biológicos (particularmente secreciones respiratorias), agentes químicos y desechos ^{53,54} en los ojos. En el contexto de la protección contra la transmisión del SARS-CoV-2 a través de gotitas respiratorias, los trabajadores de la salud los utilizan como equipo de protección personal (EPP) para la protección de los ojos en combinación con una máscara médica o un respirador. ^{55,56} En el contexto de COVID-19 en entornos comunitarios, es posible que algunos niños no puedan usar una máscara por una variedad de razones (por ejemplo, problemas de salud, miedo a la máscara) y, por lo tanto, los protectores faciales pueden considerarse una alternativa a las máscaras, ya que protegen contra las gotas respiratorias o como control de la fuente, según la disponibilidad, la viabilidad mejorada y la mejor tolerabilidad ^{57,58}. Algunos países, como Australia ⁵⁹ recomiendan protectores faciales como alternativa a una máscara. Otros países, como Singapur ⁶⁰ aconsejan que tanto una máscara como un escudo se pueden usar juntos, pero reconozca que los niños con necesidades especiales pueden necesitar estar exentos de usarlos.

La OMS y UNICEF han revisado la evidencia disponible actualmente sobre el uso de protectores faciales para la protección de las gotas respiratorias y / o el control de la fuente en el contexto de la pandemia de COVID-19. Mientras que un protector facial puede conferir protección parcial ⁵² del área facial contra las gotitas respiratorias con el beneficio adicional de la facilidad de uso, la efectividad de los protectores faciales para el control de la fuente aún no se ha estudiado adecuadamente. Las gotas se pueden exhalar o inhalar por los espacios abiertos entre la visera y la cara. ⁵² que es una desventaja inherente a su diseño ⁵³. Otras desventajas de diseño incluyen deslumbramiento, empañamiento, imperfección óptica y ser más voluminoso que las gafas y los anteojos de seguridad. ⁶¹ Hay muchos diseños emergentes de protectores faciales que intentan superar estas limitaciones, pero los estándares de pruebas de laboratorio actuales solo evalúan los protectores faciales por su capacidad para proporcionar protección ocular contra salpicaduras químicas. ^{61,62} Se necesitan con urgencia más investigaciones y estándares de desafío de laboratorio para investigar la efectividad de los protectores faciales para la protección de las gotas respiratorias y / o el control de la fuente ⁵⁶. En la actualidad, se considera que los protectores faciales brindan un nivel de protección ocular únicamente y no deben considerarse como un equivalente a las máscaras con respecto a la protección contra las gotas respiratorias y / o el control de la fuente.

La OMS y UNICEF continuarán monitoreando la información emergente sobre el uso de protectores faciales para la prevención de la transmisión de virus respiratorios. La OMS y UNICEF aconsejan que cuando no se pueda mantener la distancia física y en situaciones especiales en las que no sea práctico usar una máscara (por ejemplo, entre niños con pérdida auditiva u otras discapacidades o condiciones de salud que limitan el cumplimiento del uso de máscaras de tela o médicas y consecuentemente su utilidad), se pueden utilizar pantallas faciales teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- El protector facial es una barrera física incompleta y no proporciona las capas de filtración de una máscara.
- El protector facial debe cubrir toda la cara, envolverse alrededor de los lados de la cara y extenderse hasta debajo del mentón. ⁵⁸
- Los protectores faciales reutilizables deben limpiarse adecuadamente (con jabón o detergente y agua), desinfectarse (con alcohol al 70-90%) y almacenarse después de cada uso. ⁴⁴ Se deben seleccionar máscaras faciales que resistirán el uso de desinfectantes sin dañar sus propiedades ópticas.
- Se debe mantener una distancia física de al menos 1 m (3,3 pies) cuando sea posible, con la promoción continua de la higiene de manos frecuente y la etiqueta respiratoria. ⁵⁶
- Se debe tener cuidado para evitar lesiones cuando los niños se colocan, usan y se quitan los protectores faciales.

Seguimiento y evaluación del impacto del uso de mascarillas en niños

Si las autoridades deciden recomendar el uso de mascarillas para los niños, se debe recopilar información clave de manera regular para acompañar y monitorear la intervención. El seguimiento y la evaluación deben establecerse desde el inicio y deben incluir indicadores que midan el impacto en la salud del niño, incluida la salud mental; reducción de la transmisión del SARS-CoV-2; motivadores y barreras para el uso de máscaras; y efectos secundarios en el desarrollo del aprendizaje del niño, la asistencia a la escuela, la capacidad de expresarse o acceder a la escuela; e impacto en los niños con retrasos en el desarrollo, problemas de salud, discapacidades u otras vulnerabilidades.

Los datos deben usarse para informar las estrategias de comunicación; capacitación y apoyo a maestros, educadores y padres; actividades de participación para niños; y distribución de materiales que capaciten a los niños para que usen las máscaras de manera adecuada.

El análisis debe incluir la estratificación por sexo, edad, física, social y económica para asegurar que la implementación de la política contribuya a reducir las inequidades sociales y de salud.

La OMS y UNICEF continuarán monitoreando de cerca la evidencia emergente sobre este tema y la situación para detectar cualquier cambio que pueda afectar esta guía provisional. Si algún factor cambia, la OMS y UNICEF publicarán una nueva actualización. De lo contrario, este documento de orientación provisional vencerá seis meses después de la fecha de publicación.

Agradecimientos

Este documento fue desarrollado en consulta con los siguientes miembros de:

1. El Grupo Especial de Desarrollo de Orientación sobre el COVID-19 del Programa de Emergencias Sanitarias (WHE) de la OMS:

Jameela Alsalman, Ministerio de Salud, Bahrein; Anucha Apisarnthanarak, Hospital Universitario Thammasat, Tailandia; Baba Aye, Internacional de Servicios Públicos, Francia; Roger Chou, Universidad de Ciencias de la Salud de Oregon, Estados Unidos; May Chu, Escuela de Salud Pública de Colorado, Estados Unidos; John Conly, Servicios de Salud de Alberta, Canadá; Barry Cookson, University College London, Reino Unido (Reino Unido); Nizam Damani, Southern Health & Social Care Trust, Reino Unido; Dale Fisher, Goarn, Singapur; Tiouiri Benaissa Hanene, CHU La Rabta Túnez; Joost Hopman, Centro Médico de la Universidad Radboud, Países Bajos; Mushtuq Husain, Instituto de Epidemiología, Control e Investigación de Enfermedades, Bangladesh; Kushlani Jayatilleke, Hospital General Sri Jayawardenapura, Sri Lanka; Seto Wing Jong, Escuela de Salud Pública, RAE de Hong Kong, China; Souha Kanj, Centro Médico de la Universidad Americana de Beirut, Líbano; Daniele Lantagne, Tufts University, Estados Unidos; Fernanda Lessa, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Estados Unidos; Anna Levin, Universidad de São Paulo, Brasil; Yuguo Li, Universidad de Hong Kong, China; Ling Moi Lin, Sing Health, Singapur; Caline Mattar, Alianza Mundial de Profesionales de la Salud, Estados Unidos; MaryLouise McLaws, Universidad de Nueva Gales del Sur, Australia; Geeta Mehta, Revista de Seguridad del Paciente y Control de Infecciones, India; Shaheen Mehtar, Red de África para el control de infecciones, Sudáfrica; ZiadMemish, Ministerio de Salud, Arabia Saudita; Babacar Ndoye, Red Africana de Control de Infecciones, Senegal; Fernando Otaiza, Ministerio de Salud, Chile; Diamantis Plachouras, Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades, Suecia; María Clara Padoveze, Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo, Brasil; Mathias Pletz, Universidad de Jena, Alemania; Marina Salvadori, Agencia de Salud Pública de Canadá, Canadá; Ingrid Schoeman, TB Proof, Sudáfrica; Mitchell Schwaber, Ministerio de Salud, Israel; Nandini Shetty, Salud Pública de Inglaterra, Reino Unido; Mark Sobsey, Universidad de Carolina del Norte, Estados Unidos; Paul Ananth Tambyah, Hospital Universitario Nacional, Singapur; Andreas Voss, Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Países Bajos; Walter Zingg, Hospitales de la Universidad de Ginebra, Suiza.

2. Expertos de UNICEF:

Maya Ariei, Gregory Built, Simone Carter, Carlos Navarro Colorado, Anne Detjen, Nada Elattar, Maria Agnese Giordano, Gagan Gupta, Nagwa Hasanin, Linda Jones, Raoul Kamadjeu, Sarah Karmin, Asma Maladwala, Ana Nieto, Luwei Pearson Sarah Karmin, Jerome Pfaffmann.

3. Revisores externos:

Susanna Esposito, Asociación Mundial de Enfermedades Infecciosas y Desórdenes Inmunológicos y Universidad de Parma, Italia; Angela Dramowski, Universidad Stellenbosch, Sudáfrica; Alfredo Tagarro, Universidad Europea de Madrid, España.

Revisores de IPA:

Zulfiqar A. Bhutta, Centro de Salud Infantil Mundial, Hospital para Niños Enfermos, Canadá; Margaret Fisher, Departamento de Pediatría, Centro Médico Monmouth, Estados Unidos; Jonathan Klein, Universidad de Illinois en Chicago, Comité Ejecutivo de la API y Punto Focal para WHOCollaboration, Estados Unidos; Berthold Koletzko, Ludwig-Maximilians-Universität München, Alemania; Jane E Lucas, Grupo Asesor Estratégico sobre Desarrollo Infantil Temprano de la API de Salud Internacional y Desarrollo Infantil, Estados Unidos; Mohamad Mikati División de Neurología Pediátrica y Medicina del Desarrollo, Centro Médico de la Universidad de Duke, Estados Unidos; Aman Pulungan, Universidad de Indonesia y Sociedad de Pediatría de Indonesia y Asociación de Pediatría de Asia Pacífico; Susan M Sawyer, Asociación Internacional para la Salud de los Adolescentes y Universidad de Melbourne,

Australia; Mortada El-Shabrawi, Universidad de El Cairo, Egipto; Russell M Viner, Facultad de Ciencias de la Salud de la Población de University College London y Royal College of Pediatrics and Child Health, Reino Unido.

4. Secretaría de la OMS:
Benedetta Allegranzi, Gertrude Avortri, Mekdim Ayana, Hanan Balkhy, April Baller, Elizabeth Barrera-Cancedda, Alessandro Cassini, Giorgio Cometto, Ana Paula Coutinho Rehse, Sophie Harriet Dennis, Sergey Eremin, Dennis Falzon, Dennis Nathan Ford, Jonas Gonseth-García, Rebecca Grant, Tom Grein, Ivan Ivanov, Landry Kabego, Pierre Claver Kariyo, Ying Ling Lin, Olivier Le Poulin, Ornella Lincetto, Abdi Rahman Mahamud, Madison Moon, Takeshi Nishijima, Pillar Ramon-Pardo Alice Simniceanu, Valeska Stempljuk, Maha Talaat Ismail, Joao Paulo Toledo, Anthony Twywan, Maria Van Kerkhove, Vicky Willet, Masahiro Zakoji, Bassim Zayed, Wilson Were.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud. Asesoramiento sobre el uso de máscaras en el contexto de COVID-19. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332311> consultado el 20 de agosto de 2020). UNICEF. Texto de la Convención sobre los Derechos del Niño. 1990 (<https://www.unicef.org/child-rights-convention/convention-text> consultado el 20 de agosto de 2020).
- <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports> .
- Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. Características clínicas de la enfermedad por coronavirus 2019 en China. *N Engl J Med*. 2020; 382 (18): 1708-20. Publicación electrónica 2020/02/29.
- Wortham JM, Lee JT, Althomsons S y col. Características de las personas que murieron con COVID-19 - Estados Unidos, del 12 de febrero al 18 de mayo de 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020; 69 (28): 923-9. Publicación electrónica 17/07/2020.
- Centro europeo para la prevención y el control de enfermedades. COVID-19 en niños y el papel de los entornos escolares en la transmisión de COVID-19. 6 de agosto de 2020 (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-schools-transmission-August%202020.pdf> consultado el 20 de agosto de 2020).
- Equipo de respuesta de CDC COVID-19. Enfermedad por coronavirus 2019 en niños - Estados Unidos, del 12 de febrero al 2 de abril de 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020; 69 (14): 422-6. Publicación electrónica 10/04/2020.
- Ladhani SN, Amin-Chowdhury Z, Davies HG y col. COVID-19 en niños: análisis del primer pico pandémico en Inglaterra. *Arch Dis Child*. 2020: archdischild-2020-320042.
- Resumen informativo conjunto IPA-UNICEF COVID-19. Epidemiología, espectro e impacto de COVID-19 en niños, adolescentes y mujeres embarazadas. (<https://ipa-world.org/> consultado el 20 de agosto de 2020).
- L'Huillier AG, Torriani G, Pigny F, Kaiser L, Eckerle I. SARS-CoV-2 de cultivo competente en nasofaringe de recién nacidos, niños y adolescentes sintomáticos. *Emerg Infect Dis*. 2020; 26 (10). Publicación electrónica 01/07/2020.
- Goldstein E, Lipsitch M, Cevik M. Sobre el efecto de la edad en la transmisión del SARS-CoV-2 en los hogares, las escuelas y la comunidad. *medRxiv*. 2020. (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.20.20108126v1> consultado el 20 de agosto 2020).
- Li X, Xu W, Dozier M, et al. El papel de los niños en la transmisión del SARS-CoV-2: una revisión rápida. *J Glob Health*. 2020; 10 (1): 011101. Publicación electrónica 2020/07/03.
- Ludvigsson JF. Es poco probable que los niños sean los principales impulsores de la pandemia de COVID-19: una revisión sistemática. *Acta Paediatr*. 2020; 109 (8): 1525-30. Publicación electrónica 2020/05/21.
- Viner M, Mytton O, Bonnell C y col. Susceptibilidad y transmisión de COVID-19 entre niños y adolescentes en comparación con adultos: una revisión sistemática y un metanálisis. *medRxiv*. 2020. (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.20.20108126v1> consultado el 20 de agosto de 2020).
- Macartney K, Quinn HE, Pillsbury AJ, Koirala A, Deng L, Winkler N, et al. Transmisión de SARS-CoV-2 en entornos educativos australianos: un estudio de cohorte prospectivo. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020. Publicación electrónica 08/08/2020.
- Fontanet A, Grant R, Tondeur L, et al. Infección por SARS-CoV-2 en escuelas primarias del norte de Francia: un estudio de cohorte retrospectivo en un área de alta transmisión. *medRxiv*. 2020. (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.25.20140178v2> consultado el 20 de agosto de 2020).
- Fontanet A, Tondeur L, Madec Y et al. Grupo de COVID-19 en el norte de Francia: un estudio de cohorte cerrado retrospectivo. *medRxiv*. 2020. (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.25.20140178v2> consultado el 20 de agosto de 2020)
- Stein-Zamir C, Abramson N, Shooob H, et al. Un gran brote de COVID-19 en una escuela secundaria 10 días después de la reapertura de las escuelas, Israel, mayo de 2020. *Euro Surveill*. 2020; 25 (29). Publicación electrónica 2020/07/29.
- Torres JP, Piñera C, De La Maza V, et al. Prevalencia de anticuerpos contra el SARS-CoV-2 en sangre en una gran comunidad escolar sujeta a un brote de Covid-19: un estudio transversal. *Clin Infect Dis*. 2020. Epub 2020/07/11.
- Heavey L, Casey G, Kelly C, Kelly D, McDarby G. No hay evidencia de transmisión secundaria de COVID-19 de niños que asisten a la escuela en Irlanda, 2020. *Euro Surveill*. 2020; 25 (21). Publicación electrónica 04/06/2020.
- Stringhini S, Wisniak A, Piumatti G, et al. Seroprevalencia de anticuerpos IgG anti-SARS-CoV-2 en Ginebra, Suiza (SEROCoV-POP): un estudio poblacional. *Lanceta*. 2020; 396 (10247): 313-9. Publicación electrónica 15/06/2020.

22. Public Health England. Informe de vigilancia semanal de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Resumen de los sistemas de vigilancia COVID-19. 2020.
23. Streeck H, Schulte B, Kümmerer B, et al. Tasa de letalidad por infección por SARS-CoV-2 en una comunidad alemana con un evento de superpropagación. medRxiv. 2020 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.04.20090076v2> consultado el 20 de agosto de 2020).
24. Shakiba M, Nazari S, Mehrabian F, et al. Seroprevalencia de la infección por el virus COVID-19 en la provincia de Guilan, Irán. medRxiv. 2020 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.04.20090076v2> consultado el 20 de agosto de 2020).
25. Lu Y, Li Y, Deng W y col. La infección sintomática se asocia con la duración prolongada de la diseminación viral en la enfermedad leve por coronavirus 2019: un estudio retrospectivo de 110 niños en Wuhan. *Pediatr Infect Dis J.* 2020; 39 (7): e95-e9. Publicación electrónica 08/05/2020.
26. Danis K, Epaulard O, Benet T y col. Grupo de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en los Alpes franceses, febrero de 2020. *Clin Infect Dis.* 2020; 71 (15): 825-32. Publicación electrónica 12/04/2020.
27. Xu Y, Li X, Zhu B, et al. Características de la infección pediátrica por SARS-CoV-2 y posible evidencia de diseminación viral fecal persistente. *Nat Med.* 2020; 26 (4): 502-5. Publicación electrónica 15/04/2020.
28. Heald-Sargent T, Muller WJ, Zheng X, Rippe J, Patel AB, Kocielek LK. Diferencias relacionadas con la edad en los niveles de coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo agudo nasofaríngeo (SARS-CoV-2) en pacientes con enfermedad por coronavirus leve a moderada 2019 (COVID-19). *JAMA Pediatr.* 2020. Epub 2020/08/04.
29. Jones TC, Mühlemann B, Veith T, et al. Un análisis de la carga viral del SARS-CoV-2 por edad del paciente. medRxiv. 2020 (<http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.06.08.20125484> consultado el 20 de agosto de 2020).
30. Canini L, Andreoletti L, Ferrari P, et al. Máscara quirúrgica para prevenir la transmisión de la influenza en los hogares: un ensayo aleatorizado por grupos. *Más uno.* 2010; 5 (11): e13998. Epub 2010/11/26.
31. Chen X, Ran L, Liu Q, Hu Q, Du X, Tan X. Higiene de las manos, comportamientos de uso de mascarillas y sus factores asociados durante la epidemia de COVID-19: un estudio transversal entre estudiantes de primaria en Wuhan, China. *Int J Environ Res Salud Pública.* 2020; 17 (8). Epub 2020/04/26.
32. Simmerman JM, Suntarattiwong P, Levy J, et al. Resultados de un ensayo controlado aleatorizado en el hogar de lavado de manos y mascarillas para reducir la transmisión de la influenza en Bangkok, Tailandia. *Influenza Otros virus Respir.* 2011; 5 (4): 256-67. Epub 2011/06/10.
33. Suess T, Remschmidt C, Schink SB y col. El papel de las mascarillas y la higiene de manos en la prevención de la transmisión de la influenza en los hogares: resultados de un ensayo aleatorizado por conglomerados; Berlín, Alemania, 2009-2011. *BMC Infect Dis.* 2012; 12:26. Publicación electrónica 28/01/2012.
34. Uchida M, Kaneko M, Hidaka Y, et al. Efectividad de la vacunación y el uso de máscaras contra la influenza estacional en la ciudad de Matsumoto, Japón, en la temporada 2014/2015: un estudio observacional entre todos los niños de escuela primaria. *Prev Med Rep.* 2017; 5: 86-91. Epub 2016/12/17.
35. van der Sande M, Teunis P, Sabel R. Las mascarillas faciales profesionales y caseras reducen la exposición a las infecciones respiratorias entre la población general. *Más uno.* 2008; 3 (7): e2618. Epub 2008/07/10.
36. Allison MA, Guest-Warnick G, Nelson D, et al. Viabilidad del uso de gel de manos y mascarillas por parte de los niños de la escuela primaria durante la temporada de influenza. *Influenza Otros virus Respir.* 2010; 4 (4): 223-9. Publicación electrónica 15/09/2010.
37. Stebbins S, Downs JS, Vukotich CJ, Jr. Uso de intervenciones no farmacéuticas para prevenir la transmisión de la influenza en niños de escuela primaria: perspectivas de padres y maestros. *J Práctica de gestión de salud pública.* 2009; 15 (2): 112-7. Epub 2009/02/10.
38. Smart NR, Horwell CJ, Smart TS, Galea KS. Evaluación de la usabilidad de las máscaras faciales contra la contaminación del aire en niños en edad escolar primaria en Londres. *Int J Environ Res Salud Pública.* 2020; 17 (11). Publicación electrónica 06/06/2020.
39. Fikenzler S, Uhe T, Lavall D, et al. Efectos de las mascarillas faciales quirúrgicas y FFP2 / N95 sobre la capacidad de ejercicio cardiopulmonar. *Clin Res Cardiol.* 2020. Publicación electrónica 08/07/2020.
40. Organización Mundial de la Salud. Transmisión de SARS-CoV-2: implicaciones para las precauciones de prevención de infecciones. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implicaciones-para-recomendaciones-de-precaucion-de-ipc> consultado el 20 de agosto de 2020).
41. Shelov S AT. El cuidado de su bebé y su hijo pequeño: desde el nacimiento hasta los 5 años, quinta edición. Academia Americana de Pediatría. Elk Grove Village, IL. . 2009.
42. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Consideraciones para el uso de máscaras, Estados Unidos de América; 2020 (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevention> consultado el 14 de agosto 2020).
43. Oficina Federal Suiza de Salud Pública. Nuevo coronavirus: máscaras. Koniz; 2020 (<https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-epidemien/novel-cov/masken.html> consultado el 20 de agosto de 2020).
44. Departamento de Salud y Asistencia Social. Cubrimientos faciales: cuándo usar uno y cómo hacer uno propio. Reino Unido; 2020 (<https://www.gov.uk/government/publications/to-make-your-own-face-coverings-when-to-use-one-y-como-hacer-el-tuyo> consultado el 20 de agosto de 2020).
45. Academia Estadounidense de Pediatría. Cubiertas faciales de tela para niños durante COVID-19. 2020 (<https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/COVID-19/during-COVID-19.aspx> consultado el 20 de agosto de 2020).

46. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Si está inmunodeprimido, protéjase del COVID-19. Estados Unidos de América; 2020 (<https://www.cdc.gov> consultado el 20 de agosto de 2020).
47. Fundación de Fibrosis Quística. Preguntas y respuestas de la comunidad COVID-19. 2020 (<https://www.cff.org/Life-With-CF/Vida-diaria/Gérmens-y-mantenerse-saludable/CF-y-Coronavirus/COVID-19-Community-Questions-and-Answers/#:~:text=People%20with%20CF%20should%20continue,cross%20infección%20de%20CF%20gérmenes> . consultado el 20 de agosto de 2020).
48. Esposito S, Principi N. Enmascarar o no enmascarar a los niños para superar el COVID-19. Eur J Pediatr. 2020. Epub 2020/05/11.
49. Del Valle SY, Tellier R, Settles GS, Tang JW. ¿Podemos reducir la propagación de la influenza en las escuelas con mascarillas? Soy J Infect Control. 2010; 38 (9): 676-7. Publicación electrónica 08/07/2010.
50. American Cochlear Implant Alliance. Consideración de los protectores faciales como una opción de regreso a la escuela. 2020 (<https://www.acialliance.org/page/consideration-of-face-shields-as> consultado el 20 de agosto de 2020).
51. Naciones Unidas. Las máscaras transparentes facilitan la comunicación para personas con problemas de audición. 2020 (<https://www.un.org/en/coronavirus/transparent-masks-aid-communication-hard-hearing> consultado el 20 de agosto de 2020).
52. Lindsley WG, Noti JD, Blachere FM, Szalajda JV, Beezhold DH. Eficacia de los protectores faciales contra las gotitas de aerosol para la tos de un simulador de tos. J Occup Environ Hyg. 2014; 11 (8): 509-18. Publicación electrónica 29/01/2014.
53. Hirschmann MT, Hart A, Henckel J, Sadoghi P, Seil R, Mouton C. COVID-19 coronavirus: equipo de protección personal recomendado para el cirujano ortopédico y traumatólogo. Rodilla Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2020; 28 (6): 1690-8. Publicación electrónica 2020/04/29.
54. Anon JB, Denne C, Rees D. Pantalla facial de protección mejorada usada por el paciente para endoscopia flexible. Cirugía de Otorrinolaringol Cabeza y Cuello. 2020; 163 (2): 280-3. Publicación electrónica 10/06/2020.
55. Kähler CJ, Hain R. Mecanismos de protección fundamentales de las mascarillas faciales contra las infecciones por gotitas. Journal of Aerosol Science 148, 105617. (<https://doi.org/10.1016/j.jaero> consultado el 20 de agosto de 2020).
56. Organización Mundial de la Salud. Uso racional de equipos de protección personal para la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274340/retrieve> consultado el 20 de agosto de 2020).
57. Instituto Tony Blair para el Cambio Global. El papel de los protectores faciales en la respuesta al Covid-19. 2020 (<https://institute.global/sites/default/files/articles/The-Role-of-Face-Shields> consultado el 20 de agosto de 2020).
58. Perencevich EN, Diekema DJ, Edmond MB. Traslado de equipos de protección personal a la comunidad: protectores faciales y contención de COVID-19. JAMA. 2020. Epub 2020/04/30.
59. Salud y servicios humanos del estado de Victoria. Cubrimientos faciales: todo Victoria. 2020 (<https://www.dhhs.vic.gov.au/face-coverings-covid-19#que-significa-usar-un-cubrimiento-facial> consultado el 20 de agosto de 2020).
60. Ministerio de Salud. Orientación para el uso de máscaras y protectores faciales. Singapur; 2020 (<https://www.moh.gov.sg/news-aspectos-destacados/detalles/orientación-para-el-uso-de-máscaras-y-protectores-faciales> consultado el 20 de agosto de 2020).
61. Roberge RJ. Protectores faciales para el control de infecciones: una revisión. J Occup Environ Hyg. 2016; 13 (4): 235-42. Epub 2015/11/13.
62. Organización Mundial de la Salud. Paquete de productos básicos para enfermedades v5. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/emergencies/what-we-do/prevention> consultado el 20 de agosto de 2020).

La OMS y UNICEF continúan monitoreando de cerca la situación para detectar cualquier cambio que pueda afectar esta guía provisional. Si algún factor cambia, se emitirá una actualización. De lo contrario, este documento de orientación provisional caducará 2 años después de la fecha de publicación.