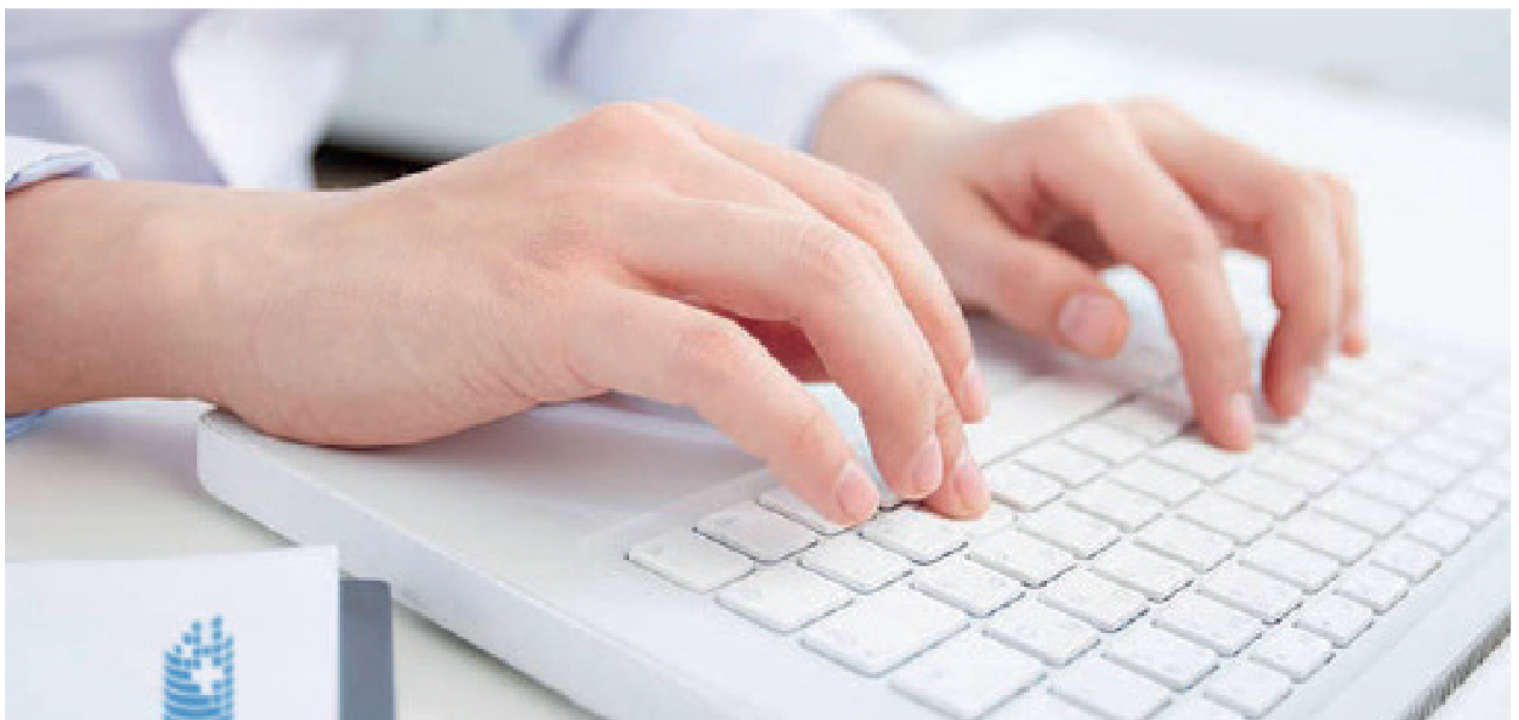
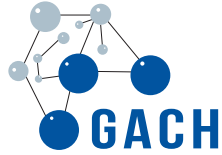


INFORME

- 1- Dinámica de la transmisión del SARS -CoV2 en niños.
- 2- Reinicio de la actividad asistencial pediátrica en el Primer Nivel de Atención





INFORME PARA EL GACH

Fecha: 4/05/2020

Equipo de trabajo: Atención Primaria

Grupo: Pediatría

Integrantes: Daniel Borbonet, Álvaro Galiana, Gustavo Giachetto, Gabriel González, Mónica Pujadas, Estela Skapino, Susana Vázquez

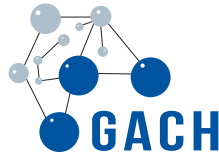
Coordinador del equipo: Gabriel González

Coordinador de grupo: Mónica Pujadas

Tema 1: Dinámica de la transmisión de SARS- CoV-2 en niños.

Conceptos generales y justificación.

La aplicación de medidas de salud pública (aislamiento, distanciamiento social, contención comunitaria) para prevenir la transmisión persona - persona y mitigar la diseminación de la enfermedad, se ha basado en los resultados observados con estas medidas en epidemias de otros virus respiratorios como influenza, y especialmente con la experiencia en brotes anteriores de Síndrome Respiratorio Agudo Grave o Severo (SARS). Sin embargo, se debe tener en cuenta que existen diferencias entre la infección por el novel SARS-CoV-2 y el brote de SARS previo. La mayoría de los pacientes con SARS eran sintomáticos, se podían identificar y aislar. La carga viral alcanzaba su pico máximo a los 12 a 14 días de enfermedad cuando los pacientes ya se encontraban hospitalizados. El corto período de incubación permitió el aislamiento temprano, el rastreo de contactos y la cuarentena oportuna. La ausencia o escasa excreción viral en los primeros días de enfermedad podría contribuir al éxito de las medidas de aislamiento temprano.¹ En el caso de SARS- CoV-2, la media del período de incubación es 5 días y no se conoce con exactitud cuando ocurre el pico de excreción viral ni cuál es su duración, y por tanto el período de transmisibilidad. Tampoco se conoce la frecuencia de transmisión de casos asintomáticos.²

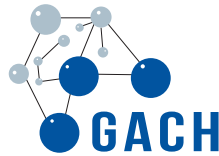


El éxito de las medidas de salud pública adoptadas en el país, depende de encontrar respuestas a preguntas clave: 1) ¿Cuál es la proporción de enfermedad subclínica (asintomática, levemente sintomática) difícil de identificar y aislar?; 2) ¿Cuándo se alcanza el pico de eliminación viral y cuanto se excreta en la etapa preclínica?; 3) ¿Se produce transmisión viral por otras vías como fómites?; 4) ¿Cuál es la verdadera letalidad, incluyendo en el denominador los casos más leves? 1

Dinámica de la transmisión inicial. Durante la emergencia de SARS- CoV-2, la infección comenzó por transmisión persona- persona en la comunidad, casi exclusivamente entre adultos. Además, se produjo transmisión intrafamiliar a partir de adultos, afectando a personas de edad avanzada vulnerables y niños. La infección perinatal puede ocurrir en caso de un recién nacido de una mujer embarazada infectada por vía horizontal, no existiendo aún datos que confirmen su transmisión vertical ni teratogenicidad. En caso de no aplicar medidas de contención, la enfermedad se puede diseminar aún más por mezcla de transmisión escolar y comunitaria.³ Sin embargo, la mayoría de los países aplicaron medidas de distanciamiento físico incluyendo el cierre escolar a distintas escalas local, regional, nacional.

Particularidades epidemiológicas de la transmisión en niños

- Los niños son susceptibles a la infección por SARS- CoV-2 pero a diferencia de los adultos frecuentemente no desarrollan enfermedad importante o severa.^{4, 5}
- A pesar de ello, existen subpoblaciones con riesgo de presentar formas más graves: lactantes y prescolares, enfermedad pulmonar de base, inmunocomprometidos. ⁵
- En algunas comunicaciones se señala que la carga viral no presenta variaciones según edad y por tanto los niños pueden tener igual carga que los adultos, mientras que otras destacan que en los niños el comportamiento de la respuesta inmune frente a SARS-CoV-2 es diferente, lo que unido a diferencias cuanti y cualitativas en los receptores ACE2 (angiotensin converting enzyme 2), contribuiría a explicar que se infecten menos, y en caso de hacerlo, desarrollen enfermedad más leve.^{6, 7}
- Se dispone de datos que sugieren que el compromiso del tracto respiratorio superior es mayor que del tracto respiratorio inferior y que existe excreción nasal y fecal prolongada. Esta última, motiva preocupación por la posible transmisión fecal –oral, particularmente en niños que no controlan esfínteres.^{5,8,9}



- Las infecciones en niños han mostrado agrupación familiar y este fuerte vínculo epidemiológico se observó también en niños infectados asintomáticos.¹⁰⁻¹²
- Debido a la alta proporción de infección asintomática y leve, la mayoría de los niños infectados se detectan mediante el rastreo de los contactos de adultos.¹⁰
- Se ha documentado presunta transmisión pre sintomática o asintomática de SARS-CoV-2.^{13,14} En función de esto, es razonable pensar que la transmisión a través de niños asintomáticos es posible.
- A pesar de ello, hasta la fecha no se han documentado agrupamientos (clusters) o transmisión entre niños asintomáticos.¹⁰
- En general el virus se transmite entre adultos y de estos a los niños. Son muy escasos los reportes de niños que infecten a otros niños. En caso de brotes familiares, no se han reportado casos índices de 12 años o menos.¹⁵
- El estudio de algunos brotes, tanto en centros educativos como en áreas de recreación, han mostrado que, aun ocurriendo interacciones cercanas es muy baja la posibilidad de transmisión entre los niños y que estos no contagiaron a los maestros.^{16,17}

En definitiva:

- 1- A diferencia de lo que ocurre con otros virus como influenza, y de lo que inicialmente se sostenía para SARS-CoV-2, a través de la evidencia que surge en el transcurso de la pandemia, los niños no parecen desempeñar un papel determinante en la transmisión comunitaria de SARS-CoV-2. Esto podría variar con la edad y condiciones previas del niño.
- 2- La diseminación viral prolongada en individuos sintomáticos combinada con la posible diseminación en personas asintomáticas, haría que el rastreo de contactos y otras medidas de salud pública para mitigar la propagación del virus sean menos efectivas.
- 3- Se requieren esfuerzos adicionales y masivos para evitar la propagación de la infección entre los niños después de la reapertura de jardines y escuelas.



Recomendaciones

General: Disminuir en forma progresiva la cuarentena en niños, contemplando actividades esenciales (servicios de salud, escuela) y actividades de recreación o esparcimiento. Excepto para servicios de salud, se excluyen de esta recomendación en la etapa inicial los niños de riesgo (menores de 2 años, portadores de enfermedades pulmonares crónicas, inmunodeprimidos) y aquellos que presenten o tengan contacto con convivientes con síntomas respiratorios o se encuentren en aislamiento domiciliario por diagnóstico, sospecha o contacto de COVID-19.

Específica: Salidas de recreación¹⁸

1. Se propone promover las salidas limitadas en el tiempo (máximo 1 hora/día) distancia máxima de 1 kilómetro del domicilio hacia áreas públicas no cerradas (plazas, parques, rambla), con un adulto responsable (persona mayor de edad conviviente o persona empleada en el hogar a cargo del menor).
2. El adulto acompañante no podrá pertenecer a grupos de riesgo.
Se recomienda la salida de un adulto responsable con hasta tres niños.
La persona adulta acompañante será responsable de que se cumplan las condiciones propuestas: respetar el distanciamiento físico y el uso de mascarilla por parte del adulto y del niño de 3 años o más.
3. Se recomienda salir entre las 8:00 de la mañana y las 18:00 de la tarde, para poder compatibilizar con el horario laboral y las rutinas de cada familia, evitando así las aglomeraciones y las salidas en las horas pico de entrada y salida de los centros de trabajo de la zona donde se vive.
4. En la medida de lo posible, se recomienda que esas salidas se realicen en las horas de sol.
5. Se deberá coordinar los esfuerzos necesarios para mantener la higiene y desinfectar frecuentemente los lugares de uso común.

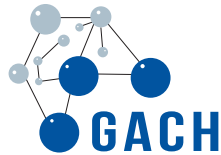


6. En la medida de lo posible, se recomienda que esas salidas se realicen en las horas de sol. Se deberá coordinar los esfuerzos necesarios para mantener la higiene y desinfectar frecuentemente los lugares de uso común.
7. Se recomienda evitar zonas concurridas y la circulación de niños en lugares cerrados bares, restaurantes, plazas de comida, supermercados.
8. La aplicación de estas medidas exige la promoción y educación de la población (lavado frecuente de manos, uso de mascarilla, distanciamiento físico).

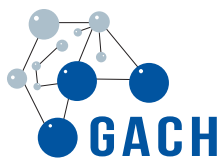
En función del contexto epidemiológico y considerando la proximidad del invierno, la aplicación de estas medidas adquiere relevancia en el control de la circulación de otros virus. **Monitorización.** Estas medidas, al igual que todas las que se adopten en este contexto, deben ser establecidas en forma progresiva, regulada y bajo monitorización estricta que permita evaluar los resultados y el impacto de cada una de ellas. En este sentido, es importante la vigilancia centinela y el reporte periódico de casos, con especial análisis de la ocurrencia de casos en niños.

Referencias bibliográficas

- 1 Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med.* 2020;27(2): taaa020. doi:10.1093/jtm/taaa020
- 2 Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus- infected pneumonia. *N Engl J Med* 2020; 382:1199-207.
- 3 Cao Q, Chen YC, Chen CL, Chiu CH. SARS-CoV-2 infection in children: Transmission dynamics and clinical characteristics. *J Formos Med Assoc* 2020;119(3):670-673
- 4 Hong H, Wang Y, Chung HT, Chen CJ. Clinical characteristics of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in newborns, infants and children. *Pediatr Neonat* 2020; 61: 131- 132
- 5 Cruz AT, Zeichner SL. COVID-19 in Children: Initial Characterization of the Pediatric Disease. *Pediatrics* 2020; 145(6): e202000834
- 6 Jones T, Mühlemann B, Veith T, Zuchowski M, Hofmann J, Stein A, et al. An analysis of SARS-CoV-2 viral load by patient age. Disponible en: https://zoonosen.charite.de/dateien_upload/analysys-of-SARS-CoV-2-viral-load-by-patient-age.pdf Consultado: 1/05/2020
- 7 Lu X, Xiang Y, Du H, G Wong. SARS-CoV-2 infection in children – Understanding the immune responses and controlling the pandemic doi:10.1111/PAI.13267. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/pai.13267> Consultado 26/4/2020



- 8 Dong Y, Mo X, Hu Y, Qi X, Jiang F, Jiang Z et al. Epidemiology of COVID-19 among children in China. *Pediatrics* 2020; 145(6): e20200702 Consultado 26/4/2020
- 9 Xing YH, Ni W, Wu Q, Li WJ, Li GJ, Wang WD, et al. Prolonged viral shedding in feces of pediatric patients with coronavirus disease 2019. *J Microbiol Immunol Infect* 2020; S1684-1182(20)30081-5. doi: 10.1016/j.jmii.2020.03.021 Consultado 26/4/2020
- 10 Chang TH, Wu JL, Chang LY. Clinical characteristics and diagnostic challenges of pediatric COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *J Formos Med Assoc.* 2020; S0929-6646(20)30143-1.
- 11 Chan JF, Yuan S, Kok KH, To KK, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel-coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet* 2020;395(10223):514e23.
- 12 Pan X, Chen D, Xia Y, Wu X, Li T, Ou X, et al. Asymptomatic cases in a family cluster with SARS-CoV-2 infection. *Lancet Infect Dis* 2020;20(4):410e1.
- 13 Tong Z, Tang A, Li K, Li P, Wang H, Yi J, et al. Potential Presymptomatic Transmission of SARS-CoV-2, Zhejiang Province, China, 2020. *Emerg Infect Dis.* 2020;26(5):1052-1054.
- 14 Bai Y, Yao L, Wei T, et al. Presumed Asymptomatic Carrier Transmission of COVID-19. *JAMA* 2020;323(14):1406-1407
- 15 National Institute for Public Health and the Environment - Ministry of Health, Welfare and Sport. Disponible en: www.rivm.nl/en
- 16 Danis K, Epaulard O, Bénet T, Gaymard A, Campoy S, Bothelo-Nevers E et al. Cluster of coronavirus disease 2019 (Covid-19) in the French Alps, 2020. *Clin Infect Dis.* 2020. pii: ciaa424. doi: 10.1093/cid/ciaa424. [Epub ahead of print]
- 17 National Centre for Immunisation Research and Surveillance. Report: COVID-19 in schools- the experience in NSW. Disponible en: <http://www.ncirs.org.au/covid-19-in-schools> Consultado 26/4/2020
- 18 Guía de Buenas prácticas en las Salidas de la Población Infantil durante el Estado de alarma. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/noticias/guia-buenas-practicas-en-salidas-poblacion-infantil-durante-estado> Consultado: 01/05/2020



Tema 2: Reinicio de la actividad asistencial pediátrica en el primer nivel de atención.

Conceptos generales y justificación.

La pandemia por la que estamos transitando se ha acompañado de una significativa disminución de la asistencia médica general. Con el fin de disminuir la propagación interhumana del SARS-CoV-2 se ha promovido la permanencia de la familia en domicilio, incluidos los niños, y se ha suspendido la asistencia presencial en los consultorios, reforzando la asistencia domiciliaria en particular para aquellos pacientes que consultan por fiebre o infecciones respiratorias. (1-3)

Transcurridos más de un mes y medio de tomadas estas medidas, hoy se cuenta con herramientas valiosas de diagnóstico y geo-localización de la enfermedad, así como mayor conocimiento de la fisiopatología, transmisibilidad y poblaciones de riesgo vinculadas a este agente.(4)

Desde los servicios de Emergencia Pediátricos, tanto a nivel internacional (5) como nacional (6), se ha comunicado la disminución de las consultas y se alerta sobre el posible daño secundario que se puede asociar con la demora de las consultas en patologías frecuentes, generando situaciones más graves con riesgo evidente para los niños.

En la consulta ambulatoria, la demora y no-consulta en situaciones de controles preventivos en salud, habituales y necesarios en Pediatría, presenta en forma inherente un riesgo para los niños, que preocupa a padres y pediatras en general. A esto se suma que los tratamientos y rehabilitaciones de niños con patología crónicas diversas incluidas patologías del neurodesarrollo (parálisis cerebral, trastorno espectro autista, trastornos lenguaje, aprendizaje) y problemas de salud mental, han sido brusca y totalmente suspendidos.

Si bien la consulta telefónica puede en muchos casos y en algunas especialidades solucionar temporariamente esta situación, hay necesidad de retomar la consulta presencial, con el objetivo de evitar la progresión de la enfermedad, monitorizar y continuar tratamientos multidisciplinario y detectar el riesgo o daño no identificado previamente por los familiares del niño. Esto es particularmente importante en los primeros meses de la vida. Esta medida debe ser gradual y monitorizada, manteniendo las normas y protocolos establecidos en la emergencia sanitaria.



El confinamiento intradomiciliario, la no concurrencia a clases, la inactividad deportiva, también ha generado en niños vulnerables o con patología mental previa, como efecto colateral, descompensaciones o trastornos psicológicos en escolares y adolescentes, que es difícil de detectar por medio de consultas telefónicas, que habitualmente se realizan con uno de los padres.

Estos fenómenos parapandémicos ya reportados en otros países, en este momento y en nuestra realidad dinámica, pueden estar afectando la salud de nuestros niños, más que el efecto directo del Covid 19. (7-8)

Otro grupo vulnerable dentro de los niños y adolescentes son aquellos en tratamiento por sobrepeso/obesidad y sus consecuencias metabólicas (hipertensión arterial, dislipemias, síndrome metabólico, diabetes). El confinamiento domiciliario, además de producir inactividad física, puede llevar a un aumento en la ingesta calórica, ambos factores de riesgo para el desarrollo de estas patologías. (9-10) Por esta razón se plantea no interrumpir estos tratamientos, muchos de los cuales se pueden continuar a través de la teleasistencia, valorando, si es necesario los encuentros en forma presencial.

La teleasistencia ha significado un importante aporte. Sin embargo, no puede sustituir completamente la asistencia presencial y su implementación a nivel nacional requiere un soporte técnico y administrativo adecuado, en ocasiones no siempre es accesible para poblaciones vulnerables y debe ser regulado por el marco jurídico correspondiente.

El valor complementario de la teleasistencia, implementado a nivel nacional e internacional, es útil con mayores limitaciones en población más vulnerable, y debe ser regulado en el marco jurídico y administrativo. (11)

En este sentido es que se plantea la necesidad de retomar la actividad asistencial ambulatoria, incluyendo asistencia en sus diferentes modalidades, procedimientos diagnósticos y /o terapéuticos que a juicio de los médicos tratantes resultan imprescindibles o esenciales. Esto se deberá implementar en forma progresiva, evaluando disponibilidad de acuerdo al medio donde se desarrolle, y con el control permanente de la progresión de la diseminación de la infección por SARS-CoV-2, en el entendido que, si cambian las condiciones actuales y es necesario por el bien común, se pueda dar marcha atrás en las medidas tomadas.

A la vez se considera recomendable incorporar y potenciar las herramientas que se están utilizando y aprendiendo a manejar, como la consulta telefónica sistematizada.



Recomendaciones (12,13)

Confirmar previo a la consulta la ausencia de síntomas respiratorios o fiebre, mediante triaje telefónico, en cuyo caso el niño será atendido en domicilio.

El niño deberá estar acompañado de un solo mayor. El adulto acompañante no debe pertenecer a los grupos de riesgo para COVID 19.

Respetar el distanciamiento físico en salas de espera, manteniendo siempre el uso de barbijo en los mayores de 3 años. (4)(14)

Organizar la agenda de modo que se coordinen los pacientes con hora, separando la consulta del niño sano (control en salud) de aquellos que presentan patología.

Modificar el tiempo de la consulta, aumentándolo de manera que sea posible la ventilación y limpieza del consultorio entre las consultas. Intercalando consulta presencial y telefónica.

Evitar aglomeración de pacientes en la sala de espera.

En las salas de espera no debe haber materiales como juguetes, libros u otros utensilios que los niños puedan compartir y en los que no se pueda garantizar que se cumplan las normas de limpieza e higiene de material recomendadas.

Las instalaciones (salas de espera y consultorios) deberán contar con alcohol gel y piletas con agua y jabón para adecuada higiene de manos.

Mantener la higiene de la sala de espera con los detergentes habituales.

Planificación de la llegada del paciente al consultorio, utilizando la posibilidad de transmitir por teléfono celular al paciente la posibilidad que acceda cuando éste esté libre.



Seguimiento del niño sano, NO cursando enfermedad respiratoria o febril.

RN y lactantes:

En el RN mantiene los controles habituales. (Anexo de Informe de GACH perinatología)

En el lactante se mantienen los controles en forma presencial a los 2, 4 y 6 y 12 meses.

En el control se aprovecha para administrar las vacunas correspondientes.

A los 3, 5 8 y 10 meses se coordina una consulta telefónica. Si en ésta surgen dudas el pediatra indica la realización a la brevedad posible de la consulta presencial.

Mayores de 1 año:

Consulta presencial a los 15 y 21 meses, coincidiendo con las inmunizaciones.

Consulta telefónica a los 18 y 24 meses.

Mayores de 2 años:

Se intercala las consultas telefónicas y presenciales de acuerdo al cronograma habitual de control del niño sano.

Escolares y adolescentes:

Se mantiene el intercalado de las consultas telefónicas y presenciales, de acuerdo al cronograma habitual.

En la consulta con adolescentes se promueve la búsqueda de elementos de trastorno de la salud mental, que si ocurren motivará la pronta consulta presencial.

Niños con patología crónica:

Se deberá retomar la consulta y tratamiento en aquellos niños y adolescentes portadores de patología crónica. La decisión de que ésta sea presencial o telefónica será valorada por el médico a cargo de su seguimiento.

Niños en rehabilitación y tratamiento en áreas del neurodesarrollo (Psicológico, Psicomotriz, Pedagógico, Fonoaudiológico, Terapia ocupacional, Fisioterapéutico):

Se promueve el reinicio de las terapias en curso, así como el inicio cuando haya sido indicado, en forma presencial y/o a distancia, de acuerdo a la posibilidad y riesgos del paciente-familia y técnicos actuantes, manteniendo las medidas prevención recomendadas actualmente. (Barbijo, distanciamiento físico, etc.)

Salud mental:

Se promueve retomar la atención en el área de salud mental.



Referencias bibliográficas

- 1.- Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *N Engl J Med*. DOI: 10.1056/NEJMoa2008457.
- 2.- European Centre for Disease Prevention and Control. Considerations relating to social distancing measures in response to the COVID-19 epidemic. Stockholm: ECDC; 2020.
© European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm, 2020.
- 3.-Li, Q. y col. Dinámica de transmisión temprana en Wuhan, China, de una nueva neumonía infectada por coronavirus. *N. Engl. J. Med.* 382 , 1199–1207 (2020).
- 4.- Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China W. Guan, Z. Ni, Yu Hu, W. Liang, C. Ou, J. He, L. Liu, H. Shan, C. Lei, D.S.C. Hui, B. Du, L. Li, G. Zeng, K.-Y. Yuen, R. Chen, C. Tang, T. Wang, P. Chen, J. Xiang, S. Li, Jin-lin Wang, Z. Liang, Y. Peng, L. Wei, Y. Liu, Ya-hua Hu, P. Peng, Jian-ming Wang, J. Liu, Z. Chen, G. Li, Z. Zheng, S. Qiu, J. Luo, C. Ye, S. Zhu, and N. Zhong, for the China Medical Treatment Expert Group for Covid-19*. *n engl j med* 382;18 *nejm.org* April 30, 2020
- 5 Lazzerini,M; Barbi, E; Apicella, A. Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19 *thelancet.com/child-adolescent* Published online April 9, 2020 [doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30108-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30108-5)
- 6 Informe Departamento Emergencia CHPR – ASSE. Número consultas diarias pre y post emergencia nacional. NO publicado Consultas Pre COVID 141, consultas Post COVID 47. Semana 17 al 26/3/20 Departamento Emergencia Pediátrico CHPR (Aportado por Prof. J. Prego)
- 7 Green P. Risks to children and young people during covid-19 pandemic. *BMJ*. 2020 Apr 28;369:m1669. doi: 10.1136/bmj.m1669)
- 8 Golberstein, E ; Wen, H; Miller, B Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Mental Health for Children and Adolescents *JAMA Pediatr*. Publicado en línea el 14 de abril de 2020. doi: 10.1001 / jamapediatrics.2020.1456
- 9.UNICEF (2019) The State of the World’s Children 2019. Children, Food and Nutrition: Growing well in a changing world. UNICEF, New York .
- 10.Kelishadi R, Heidari-Beni M (2019) Prevention and Control of Childhood Obesity: The Backbone in Prevention of Non Communicable Disease. *Adv Exp Med Biol* 1121:61-66).
11. Ohannessian R, Duong TA, Odone A Global Telemedicine Implementation and Integration Within Health Systems to Fight the COVID-19 Pandemic: A Call to Action. *JMIR Public Health Surveill*. 2020 Apr 2;6(2):e18810. doi: 10.2196/18810.
12. COVID-19: orientación operativa para mantener los servicios de salud esenciales durante un brote 25 de marzo de 2020 | Publicación
NÚMERO DE REFERENCIA DE LA OMS: OMS / 2019-nCoV / essential_health_services / 2020.1
- 13.- Consejos para el manejo de la práctica pediátrica durante la pandemia de COVID-19
Actualizaciones críticas sobre COVID-19 / Consejos para el manejo de la práctica pediátrica durante la pandemia de COVID-19. A.A.P.
- 14 Centers for Disease Control and Prevention. Use of cloth face coverings to help slow the spread of COVID-19. April 3, 2020 (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/cloth-face-cover.html>).