

Documento técnico

Recomendaciones de seguridad del paciente y profesionales en procedimientos intervencionistas en la fase de transición de la pandemia COVID-19

Versión 26 de junio 2020



Coordinación:

Subdirección General de Calidad Asistencial e Innovación
Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias
Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad

Lista de autores:

Coordinador: *Daniel Arnal Velasco*

Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR): *Daniel Arnal Velasco, Fernando Cassinello Plaza, Antonio Montes Pérez, Antonio Planas Roca, Graciela Martínez Palli, José Manuel Rabanal LLevot, Miguel Miro, César Aldecoa Alvarez-Santullano.*

Sociedad Española de Cardiología (SEC): *Rafael Romaguera, Javier Jiménez Candil*

Sociedad Española de Dolor (SED): *Concepción Pérez Hernández, Víctor Mayoral Rojas, M Ángeles Canós, Juan Pérez Cajaraville*

Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC): *Esther Calbo, Juan Carlos Rodríguez, Manuel Crespo*

Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH): *Jesús Molina Cabrillana*

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR): *Rosa Cordovilla Pérez*

Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD): *Javier Crespo, José Luis Calleja*

*Estas medidas deben estar sujetas a revisión, según la situación global de la pandemia y adaptarse al hospital, los medios disponibles, las necesidades diarias y las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, siempre basándose en la **seguridad del paciente y en la del personal sanitario.***

CONTROL DE REVISIONES Y MODIFICACIONES		
Nº Revisión	Fecha	Descripción
1	26/06/2020	Versión inicial

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	4
2.- ESTABLECIMIENTO DE CIRCUITOS ASISTENCIALES PARA PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS	6
2.1- Comisión multidisciplinar en fase de transición	6
2.2- Circuitos Generales del Hospital	6
2.3- Organización del Personal Sanitario	7
2.4- Reducción del riesgo del profesional como foco de contagio: Detección precoz de infección activa entre los profesionales	7
3.- DESPISTAJE DE INFECCIÓN ACTIVA POR SARS-CoV-2	8
3.1- Herramientas disponibles para el proceso de despistaje	9
3.2- Recomendaciones del proceso para el despistaje de infección activa	10
4.- PRIORIZACIÓN DE PACIENTES EN FUNCIÓN DE LA OCUPACIÓN DE RECURSOS	13
5.- PROTECCIÓN GENERAL DE PROFESIONALES	14
6.- INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES	15
7.- ANEXOS	17
8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

1.- INTRODUCCIÓN

La rápida propagación de la pandemia COVID-19 y el elevado número de casos que han requerido ingreso en las plantas de hospitalización o unidades de críticos ha obligado a muchos hospitales españoles a redistribuir los recursos para atender de forma emergente a los pacientes infectados. Esto ha llevado a una reducción significativa de la actividad a todos los niveles, que en algunos casos ha llegado al extremo de demorar todos los procedimientos electivos realizando únicamente aquellos urgentes.

La reintroducción de la actividad programada en los hospitales afectados por la pandemia de COVID-19 en la **fase de transición**, definida como el periodo entre la fase pandémica y la inter-pandémica (1), debe priorizar la seguridad para los pacientes y los profesionales en las distintas etapas del proceso asistencial, desde la selección y preparación previa hasta el alta hospitalaria y los cuidados domiciliarios, pasando por la organización de un circuito intrahospitalario y debe anticipar la posibilidad de episodios de rebrote de la infección por SARS-CoV-2 por un tiempo todavía desconocido.

Objetivos

Objetivo general:

Proporcionar unas recomendaciones para la reintroducción escalonada y segura para el paciente de la actividad de procedimientos intervencionistas fuera de quirófano, definidos como aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos en donde se utiliza el mínimo abordaje necesario para lograr un fin, evitando heridas quirúrgicas amplias.

Objetivos específicos:

1. Establecer unas recomendaciones generales para la organización de los circuitos de actividad electiva en la fase de transición.
2. Establecer criterios de actuación de forma multidisciplinar en base a recomendaciones de las sociedades científicas, teniendo en cuenta:
 - a. Evolución epidemiológica de la pandemia
 - b. Disponibilidad de recursos asistenciales libres de COVID-19
 - c. Riesgo de complicaciones relacionados con el paciente (Comorbilidad y factores de riesgo en caso de COVID-19)
 - d. Riesgo de complicaciones relacionadas con la enfermedad, incluidas complicaciones que deriven de procedimientos intervencionistas urgentes.
 - e. Despistaje de posible infección SARS-CoV-2
3. Establecer recomendaciones generales de protección en profesionales para la realización de procedimientos intervencionistas programados en la fase de transición.

Consideraciones Generales

Existe muy poca evidencia científica sobre el manejo de pacientes para procedimientos intervencionistas programados en esta situación de pandemia COVID-19, por lo que, para la elaboración del documento, se parte de los siguientes principios:

- El retraso de un procedimiento puede condicionar el pronóstico de algunas enfermedades.
- Aunque no existe evidencia directa para procedimientos intervencionistas, se ha descrito un mayor riesgo en determinados pacientes intervenidos infectados por SARS-CoV-2 asintomáticos o en fase de incubación (2,3). Por lo que consideramos que el riesgo de complicaciones puede ser mayor en pacientes afectados de COVID-19 en algunos procedimientos intervencionistas incluso en pacientes asintomáticos.
- Determinados procedimientos que generen aerosoles realizados en pacientes con COVID-19 suponen un mayor riesgo de infección para el personal sanitario y otros pacientes. Se consideran procedimientos generadores de aerosoles y gotas con potencialidad de contagio de patógenos respiratorios las técnicas de ventilación con presión positiva (BIPAP y CPAP), la intubación orotraqueal, La aspiración de vías respiratorias, la ventilación de alta frecuencia, la traqueotomía, la fisioterapia respiratoria, tratamientos nebulizadores, inducción de esputo, la broncoscopia y la endoscopia digestiva alta (4).
- Deben tenerse en cuenta las condiciones epidemiológicas de la población donde se encuentra el centro hospitalario.
- Debe tenerse en cuenta la disponibilidad de recursos para la creación y mantenimiento de los circuitos necesarios para la realización de los procedimientos, en especial, ante la posibilidad de que la fase de transición no sea lineal y se puedan dar nuevos episodios de brotes significativos que provoquen una ocupación de los recursos hospitalarios que ocasionen ruptura e inseguridad en los circuitos habituales.

A este efecto, la Asociación Española de Cirujanos y la *European Association for Endoscopic Surgery (EAES)* tienen como referencia una [Escala dinámica de escenarios de alerta durante la pandemia COVID-19 \(5\)](#) en la que se contemplan 5 escenarios diferentes de alerta con el objetivo de ordenar las recomendaciones relativas a las cirugías electivas y urgentes a nivel de centro hospitalario. La escala tiene en cuenta el porcentaje de pacientes hospitalizados en planta y en las Unidades de Cuidados Intensivos de pacientes COVID-19 en relación con el número de camas hospitalarias habitualmente disponibles en cada centro hospitalario y a los recursos del hospital utilizados para atender a los pacientes infectados. Creemos que es pertinente su extrapolación a procedimientos intervencionistas (Tabla 1).

2.- ESTABLECIMIENTO DE CIRCUITOS ASISTENCIALES PARA PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS

Recomendamos establecer en el centro sanitario circuitos diferenciados de pacientes con COVID-19 confirmado, con sospecha de COVID-19 y con COVID-19 descartado, para evitar la transmisión del microorganismo entre pacientes, de pacientes a profesionales y de profesionales a pacientes.

Estos circuitos se irán adaptando según las características de los hospitales y los escenarios de alerta en las que se encuentren (Tabla 1) y las características epidemiológicas del área donde se encuentran.

2.1- Comisión multidisciplinar en fase de transición

Recomendamos el establecimiento de una comisión multidisciplinar que adapte las recomendaciones a cada área asistencial en la que se realicen procedimientos intervencionistas y haga un seguimiento de los cambios de estas y de la situación epidemiológica y de recursos disponibles a lo largo de la fase de transición de la pandemia COVID-19. En dicha comisión deberán participar, o ser consultados, los distintos estamentos y especialidades intervinientes en los procedimientos, así como asesores expertos en COVID-19.

2.2- Circuitos Generales del Hospital

Recomendamos independizar áreas específicas, en la medida de lo posible, según los siguientes criterios:

- *Espacios físicos con circuitos independientes* dentro las áreas de procedimientos intervencionistas, uno para pacientes electivos y otro para pacientes sospechosos y urgentes a los que no haya dado tiempo a realizar el despistaje de SARS-CoV-2, y un tercer circuito de pacientes confirmados de infección por SARS-CoV-2. Así, se procurará en todo momento la circulación de pacientes electivos y profesionales en un entorno libre de COVID-19. Para ello se usará, en la medida de lo posible, los espacios existentes libres de COVID-19, incluyendo en el circuito la entrada al hospital, área de preparación y espera, ascensores y pasillos de acceso a salas de procedimientos, áreas de recuperación postanestésica y unidades de cuidados críticos. En caso de imposibilidad técnica, especialmente en hospitales de tamaño medio o pequeño, en escenario I de alerta o epidemiología favorable, se optará por la atención no simultánea con las medidas de limpieza correspondientes.
- *Áreas de hospitalización específicas* que minimicen la posibilidad de propagación del microorganismo entre los pacientes en caso de necesidad de ingreso. El tamaño de las áreas diferenciadas se irá

adaptando a la epidemiología del área y demanda de recursos hospitalarios de pacientes con confirmación de COVID-19.

Recomendamos la adecuada señalización y, si es posible, panelización para la separación física del circuito de modo semejante a la que se realiza durante la ejecución de obras.

En el caso en que no sea posible disponer de salas específicas, los procedimientos a pacientes urgentes a los que no haya dado tiempo a realizar el despistaje de SARS-CoV-2, pacientes sospechosos y pacientes confirmados de infección por SARS-CoV-2 se realizarán preferentemente al final de la jornada de trabajo.

Las salas de trabajo donde se realizan procedimientos intervencionistas deben cumplir las recomendaciones establecidas en cuanto a la renovación de aire, ventilación y filtración, en especial cuando se puedan generar aerosoles. Así mismo se debe realizar una limpieza selectiva de las superficies de contacto entre pacientes.

2.3- Organización del Personal Sanitario

El objetivo es proteger a los pacientes ingresados y al personal sanitario de los riesgos de la infección por SARS-CoV-2 y asegurar la actividad asistencial de los pacientes afectados de patologías propias de la especialidad en cuestión. Así, respecto a la organización del personal sanitario, recomendamos:

- *Organización estructural:*
 - Los centros hospitalarios adecuarán los recursos humanos para asegurar la continuidad asistencial.
 - Evitar rotación de profesionales durante la misma jornada entre salas o zonas donde se realicen procedimientos electivos con otras en las que se realicen procedimientos en pacientes sospechosos o confirmados.
 - *Reuniones del servicio y Comités Multidisciplinares:*
 - Evitar reuniones presenciales en la medida de lo posible sustituyéndolas por reuniones no presenciales.
 - Cuando las reuniones presenciales sean imprescindibles se realizarán en un espacio amplio y aireado, con el número mínimo imprescindible de profesionales, manteniendo la distancia de seguridad y con las medidas de protección recomendadas por el Ministerio de Sanidad.

2.4- Reducción del riesgo del profesional como foco de contagio: Detección precoz de infección activa entre los profesionales

Con el objetivo del mantenimiento de un circuito libre de COVID-19 y la protección de pacientes y profesionales recomendamos:

1. La información a todos los trabajadores sanitarios sobre las características de la enfermedad y los síntomas más importantes de sospecha de infección por COVID-19.
2. El diseño de un circuito de declaración a Medicina Preventiva o a Prevención de Riesgos Laborales, según se encuentre organizado en cada centro.
3. La utilización y disponibilidad de la prueba de PCR en los centros para identificar a los infectados. Estas pruebas deben realizarse de forma prioritaria a los profesionales en el momento de tener cualquier síntoma o historia de contacto estrecho siguiendo el *Procedimiento para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2* (6).
4. La realización de un seguimiento clínico del caso y estudio y seguimiento de los contactos, que permanecerán en cuarentena según lo indique la Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control o los protocolos locales y las recomendaciones del Ministerio de Sanidad. Se aplicarán criterios clínicos y microbiológicos adecuados para la vuelta segura al trabajo.

3.- DESPISTAJE DE INFECCIÓN ACTIVA POR SARS-CoV-2

Durante toda la fase de transición de la pandemia, recomendamos hacer ***despistaje previo de infección activa por SARS-CoV-2 a todos los pacientes*** que vayan a ser sometidos a un procedimiento intervencionista programado para reducir la posibilidad de que la técnica intervencionista tenga un impacto deletéreo en la salud del paciente en caso de infección inadvertida por COVID-19 y para mantener los circuitos de procedimientos intervencionistas electivos libres de COVID-19. La protección de profesionales estará basada en la observación de las medidas de distancia física, higiene de manos y protección respiratoria descritas en el apartado 4. La elección de las estrategias incluidas en el protocolo de cribado variará en función de:

- **La ocupación de recursos** por pacientes diagnosticados de COVID-19, según la [escala dinámica escenarios de alerta de la AEC \(Tabla 1\) \(5\)](#).
- **Epidemiología del área o provincia**, a través de la incidencia acumulada bisemanal por fecha de diagnóstico de infección por SARS-CoV-2, en el que considera:
 - Favorable: Incidencia acumulada de SARS-CoV-2 bisemanal <10 casos por cada 100.000 habitantes.
 - Desfavorable: Incidencia acumulada de SARS-CoV-2 bisemanal >10 casos por cada 100.000 habitantes.

- **El riesgo combinado del paciente y del procedimiento**, siendo alto en función de la asociación de edad avanzada, comorbilidades y de si se realiza alguna manipulación sobre la vía respiratoria inferior (por ejemplo, broncoscopia o necesidad de intubación orotraqueal), si se tiene riesgo elevado de complicaciones postoperatorias o probabilidad mayor del 10% de necesidad de cuidados críticos postoperatorios de al menos 24 horas.

3.1- Herramientas disponibles para el proceso de despistaje

Cuestionario clínico-epidemiológico

Recomendamos que el personal sanitario realice una evaluación clínica y epidemiológica a todos los pacientes pendientes de procedimientos intervencionistas, con antelación suficiente y de forma no presencial, independientemente del escenario de alerta en la que se encuentre el hospital. Este despistaje debe servir al menos para:

1. Identificar pacientes con alta sospecha de infección por SARS-CoV-2 a pesar de que las pruebas microbiológicas sean negativas.
2. Conocer el momento evolutivo de la infección si la hubiere.
3. Informar al paciente de las medidas de prevención en el periodo anterior al procedimiento.

El resultado de este deberá quedar recogido en la historia del paciente haciendo constar la fecha y la persona que lo ha realizado. Si al realizar el cuestionario hay datos de sospecha, se derivará al circuito establecido para su diagnóstico de enfermedad COVID-19.

El despistaje clínico epidemiológico incluirá:

- Historia epidemiológica (contactos con casos positivos en los últimos 14 días).
- Historia clínica para detección de fiebre o sensación distérmica y de síntomas o signos sospechosos (ANEXO I).

Diagnóstico microbiológico

PCR de exudado nasofaríngeo

La PCR de exudado nasofaríngeo es la prueba de elección para el diagnóstico de infección activa por SARS-CoV-2. Se estima que la sensibilidad es del 70-80%, dependiendo de la fase evolutiva de la infección y la calidad de la muestra. La especificidad es superior al 95%. La detección de la infección latente mediante la realización de una PCR en las 72 horas previas al procedimiento intervencionista estará condicionada por la situación epidemiológica local. Si se precisa hacer la PCR, recomendamos hacer la prueba lo más cerca posible del procedimiento, en las 72 horas previas, y adoptar medidas de distanciamiento físico e higiénicas de protección frente a

la infección por SARS-CoV-2 hasta la realización del procedimiento. La toma de muestras se debe hacer con personal experimentado que conozca bien la técnica.

Determinación de anticuerpos específicos en sangre

La utilidad de la determinación de anticuerpos específicos de SARS-CoV-2 en sangre en el contexto del proceso de despistaje de infección se circunscribe a los casos con sospecha clínica de infección activa y PCR negativa. También puede tener utilidad para el diagnóstico de infección resuelta en personas asintomáticas con PCR positiva e IgG también positiva. Su interpretación se realizará de acuerdo con las recomendaciones actualizadas publicadas en la [Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19](#) (7). No recomendamos el uso de prueba serológicos de diagnóstico rápido mientras no se disponga de una información contrastada de su validez diagnóstica.

Pruebas de imagen y otras analíticas

Recomendamos valorar de forma individualizada la realización de pruebas de imagen y analítica con marcadores relacionados con COVID-19, en caso de duda, según el contexto clínico o mediante interconsulta a especialista experto en COVID-19.

3.2- Recomendaciones del proceso para el despistaje de infección activa

Durante la fase de transición, recomendamos:

- Si se da alguna de las siguientes circunstancias: escenario de alerta II o superior, o de epidemiología desfavorable, se realizará el procedimiento de despistaje completo (Figura 2):
 - a. Realizar el cuestionario clínico-epidemiológico, preferentemente de forma no presencial, con aproximadamente 14 días de antelación (un periodo de incubación) del procedimiento aconsejando las medidas de distanciamiento físico y protección durante las dos semanas previas al procedimiento para disminuir las posibilidades de contagio.
 - b. Repetir el cuestionario de evaluación clínico-epidemiológica inmediatamente o en las 72 horas antes del procedimiento.
 - c. Realizar una PCR en una muestra nasofaríngea para la detección de la infección activa asintomática-presintomática, lo más cercana posible al procedimiento (máximo 72 horas antes del procedimiento).
- Si el centro hospitalario se encuentra durante más de 14 días en escenario de alerta I y con epidemiología favorable no recomendamos realizar la PCR, pero se podrá individualizar en función del riesgo combinado del paciente y procedimiento.
- Si el centro hospitalario se encuentra durante más de 14 días en escenario de alerta I, con epidemiología favorable y el procedimiento se realiza en régimen ambulatorio, recomendamos simplificar el proceso mediante un único

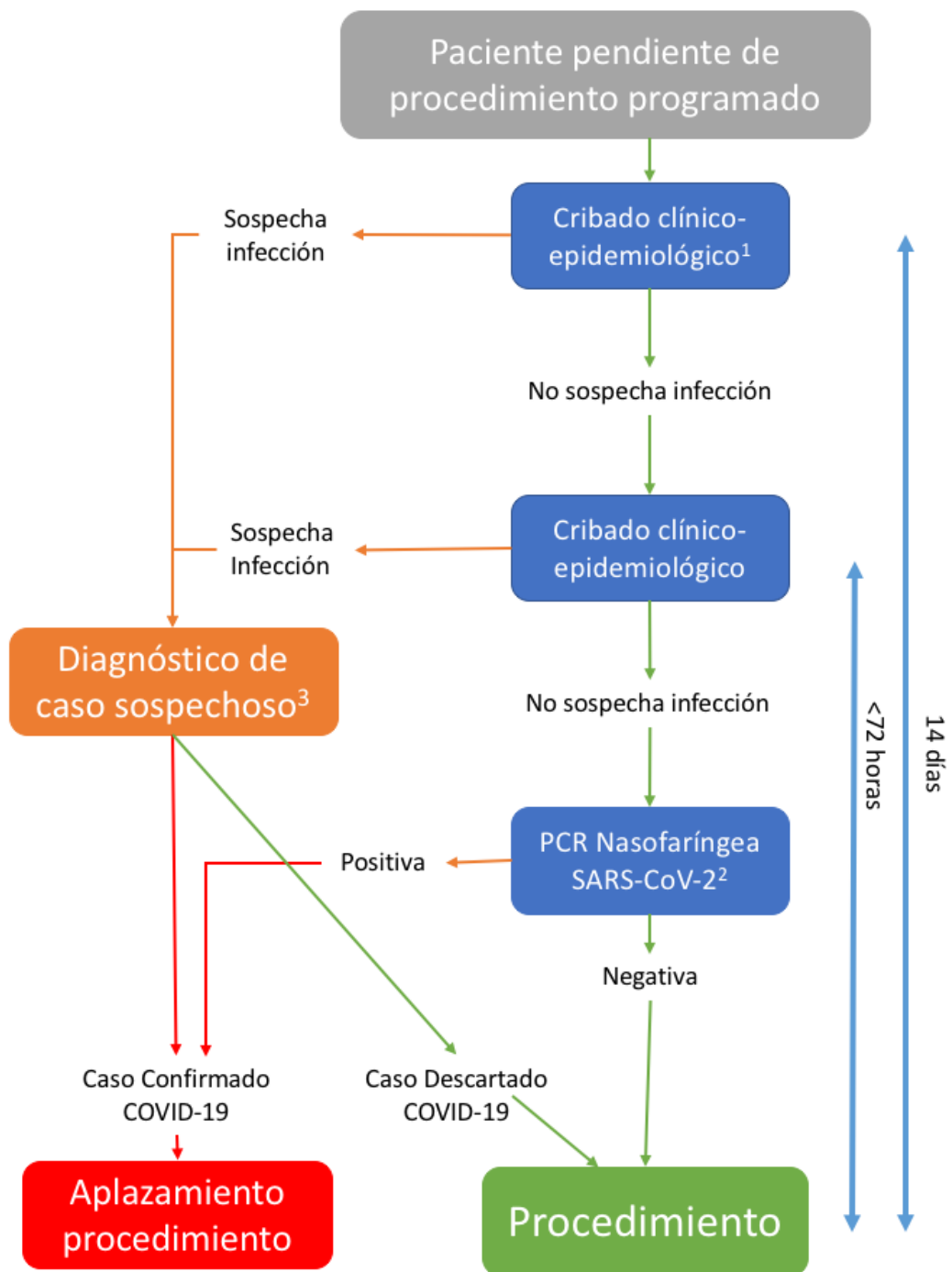
cuestionario clínico-epidemiológico realizado inmediatamente o en las 72 horas antes del procedimiento, aconsejando las medidas de distanciamiento físico y protección hasta el procedimiento para disminuir las posibilidades de contagio. Igualmente, se podrá individualizar en función del riesgo combinado del paciente y procedimiento.

En todos los casos, recomendamos evitar el uso sistemático de TC torácico y analíticas con marcadores relacionados con COVID-19. La indicación se realizará en función del contexto clínico.

Si no se encontrasen datos sugerentes de COVID-19 en el proceso de despistaje adoptado, se programará el procedimiento previsto.

Si hubiese sospecha de infección, tras la valoración clínico-epidemiológica o la PCR, se derivará para su diagnóstico en función de los protocolos correspondientes en base a la *Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19*, Ministerio de Sanidad (7). Se valorará el aplazamiento del procedimiento en función del diagnóstico (Figura 2).

En los casos en los que se haya suspendido el procedimiento, recomendamos el seguimiento de las recomendaciones de retirada del aislamiento recogido en la estrategia basada en pruebas de laboratorio del documento de [Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19](#) (8) y una nueva valoración clínica para la valoración de posibles secuelas tras la COVID-19 y la actualización de la situación clínica, incluyendo la preanestesia, si procede, antes de una nueva programación electiva del mismo.



¹ Realizar aproximadamente 14 días (1 periodo de incubación) previo a procedimiento. Recomendar distanciamiento físico y medidas de protección. Omitir en escenario de alerta I, con epidemiología favorable y el procedimiento se realiza en régimen ambulatorio. ² Omitir en escenario I de alerta y epidemiología favorable. Individualizar en función del riesgo combinado del paciente y procedimiento. ³ Diagnóstico de paciente con sospecha clínica por experto en COVID-19. Realizar, según proceda, PCR, Serología, pruebas de imagen u otras exploraciones complementarias.

Figura 2. Algoritmo de proceso completo de despistaje previo a procedimientos intervencionistas programados para COVID-19 en periodo de transición de pandemia

4.- PRIORIZACIÓN DE PACIENTES EN FUNCIÓN DE LA OCUPACIÓN DE RECURSOS

Asumiendo que un potencial rebrote de la pandemia pudiera producir de nuevo una disrupción de los procesos habituales electivos con una duración estimada de 12 semanas (9), proponemos el seguimiento de las recomendaciones de priorización elaboradas por las diferentes sociedades científicas (11) en función del marco general de ocupación de recursos recogidos en la adaptación de la Tabla Dinámica de Escenarios de Alerta de la AEC (5) (Tabla 1) de la siguiente forma:

- Escenario de alerta I (ocupación de los recursos hospitalarios por COVID-19 <5%): Actividad Normal
- Escenario de alerta II (ocupación de los recursos hospitalarios por COVID-19 entre el 5% y el 25%): Pacientes preferentes cuyo pronóstico permita el retraso del procedimiento.
- Escenario de alerta III (ocupación de los recursos hospitalarios por COVID-19 entre el 25% y el 50%): Sólo pacientes urgentes y preferentes cuyo pronóstico o calidad de vida empeore significativamente por un retraso de 3 meses del procedimiento intervencionista.
- Escenario de alerta IV (ocupación de los recursos hospitalarios por COVID-19 entre el 50% y el 75%): Sólo pacientes que requieran procedimientos urgentes.
- Escenario de alerta V (ocupación de los recursos hospitalarios por COVID-19 mayor del 75%): Sólo urgencias vitales o de pérdida de órgano o miembro.

Tabla 1. Priorización de procedimientos intervencionistas según recursos disponibles en hospital					
Escenarios	I	II	III	IV	V
% Ocupación por COVID	<5%	5-25%	25-50%	50-75%	>75%
Actividad de procedimientos intervencionistas	Actividad normal	Sólo pacientes preferentes	Sólo preferentes con afectación de pronóstico a 3 meses	Sólo urgencias diferibles	Sólo urgencias vitales

Adaptada de Escala dinámica de escenarios evolutivos AEC (5).

5.- PROTECCIÓN GENERAL DE PROFESIONALES

Recomendamos mantener las siguientes medidas de protección respiratoria durante la fase de transición debido a que no se podrá asegurar, de forma absoluta, que los pacientes sujetos a procedimientos intervencionistas electivos estarán libres de infección asintomática pese los esfuerzos para el despistaje (con o sin aplicación de la PCR) de infección por SARS-CoV-2.

Recomendamos que las instituciones garanticen la formación y entrenamiento continuo en medidas de protección, en especial en higiene de manos y utilización de los equipos de protección individual (EPI). Recomendamos que existan profesionales de referencia (Servicio de Medicina Preventiva, equipos de control de infección o Servicios de Protección de Riesgos Laborales) en cada institución y/o servicio para la formación, entrenamiento y control de manejo de los EPI y normas de protección.

Se propone mantener las siguientes **recomendaciones en la atención de pacientes sometidos a procedimientos intervencionistas**:

- Extremar medidas de higiene de manos, según el modelo de los 5 momentos de la OMS, siguiendo la estrategia de cada centro.
- Los profesionales sanitarios con fiebre o clínica respiratoria aguda se abstendrán de acudir a su puesto de trabajo hasta que se valore su situación.
- Todos los profesionales sanitarios deberán colocarse una mascarilla quirúrgica antes de la atención a cualquier paciente.
- Los profesionales mantendrán la distancia social de 2 metros con pacientes y compañeros de trabajo siempre que sea posible, especialmente en los momentos de descanso en zonas de estar y momentos del almuerzo o café, que hay que quitarse la mascarilla.
- Los pacientes usarán [mascarilla higiénica](#) (11) como estrategia para proteger a los profesionales y a otros pacientes y familiares siempre que sea posible. Se **evitarán** las mascarillas con **válvulas** de exhalación.
- Habrá un programa restrictivo de visitas en cuanto a tiempo y número, manteniendo la necesaria humanización de la asistencia.
- Se hará uso del equipo de protección individual adecuado a las circunstancias cuando se atienda a pacientes sospechosos de coronavirus según las recomendaciones de [Prevención y Control de la Infección en el Manejo de Pacientes con COVID-19 \(Ministerio de Sanidad 2020\)](#).

- Se utilizarán mascarillas FFP2 o superior sin válvula de exhalación y protección ocular en todos los pacientes en procedimientos susceptibles de producir aerosoles o en circunstancias en las que el paciente no pueda llevar mascarilla higiénica y no se pueda mantener la distancia de seguridad.

A medida que se genere la evidencia suficiente, las instituciones deberán facilitar y garantizar la quimioprofilaxis e inmunoprofilaxis de los profesionales sanitarios.

6.- INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

Recomendamos que los pacientes incluidos en este protocolo sean pormenorizadamente informados de los riesgos y beneficios de someterse al procedimiento intervencionista, en base a sus comorbilidades, las condiciones del centro en cada momento y las características de cada intervención.

El paciente debe conocer que la situación epidemiológica actual y los riesgos a los que se somete pueden hacer cambiar los procedimientos habituales por otros más seguros, para evitar complicaciones graves, que podrían conllevar el requerimiento de cuidados críticos.

Del mismo modo, deben ofrecerse al paciente las alternativas terapéuticas posibles en caso de existir, así como información de la eficacia de estas en comparación al procedimiento.

Se le recomienda al paciente minimizar los contactos sociales, al menos, durante los 14 días (un periodo de incubación) previos al procedimiento.

Asimismo, es necesario informar al paciente y sus familiares para el correcto funcionamiento del circuito hospitalario limpio, así como la colaboración de ambas partes en el curso posterior al procedimiento. El paciente debe ser informado de forma comprensible de que la estancia hospitalaria debe ser la mínima necesaria para reducir el riesgo de contagio, requiriendo apoyo sociofamiliar en domicilio y teniendo a su disposición apoyo sanitario telemático tras el alta.

Respecto al consentimiento informado:

- Se informará al paciente de los riesgos específicos de su procedimiento intervencionista, así como del riesgo de contagio y complicaciones derivadas de posibles infecciones nosocomiales y especialmente de la infección por el nuevo coronavirus.
- Se informará al paciente del balance beneficio-riesgo y las consecuencias que puede tener la suspensión o demora del procedimiento.

- Para ello se podría incluir dicha información en el consentimiento informado específico del procedimiento del paciente.
- No obstante, el médico que informa anotará en la Historia Clínica del paciente la información aportada y aceptada por el paciente.

Protección de pacientes, familiares y acompañantes:

Es esencial fortalecer la protección de pacientes, familiares y acompañantes, para ello recomendamos:

- Fortalecer la educación sanitaria de los pacientes hospitalizados y sus acompañantes.
- Reducir el número de acompañantes con el paciente. Para los pacientes que necesiten estar acompañados durante el ingreso, se restringirá a 1 un miembro de la familia (que no presente síntomas respiratorios).
- Para los pacientes no acompañados se pueden programar visitas regulares todos los días, el tiempo de visita no excederá los 15 minutos, pudiendo permitirse visitas de un único miembro de la familia que adopte las medidas de protección.
- Los pacientes, los miembros de la familia y las personas que los acompañan deben usar una mascarilla higiénica o quirúrgica y lavarse las manos con frecuencia.
- Las condiciones de las visitas podrán sufrir modificaciones de acuerdo a la situación epidemiológica u otras circunstancias determinadas por las autoridades competentes.

7.- ANEXOS

7.1.- Anexo I Cuestionario Clínico epidemiológico de despistaje de COVID-19

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Identificación del paciente:	
Nombre y apellido del paciente:	
Diagnóstico:	

IDENTIFICACIÓN DEL INFORME:

Fecha:	
Hora:	
Informe realizado por:	

OBJETIVO DEL INFORME:

Atención en consultas externas	
Atención en consultas de urgencias	
Planta hospitalización	
Procedimiento sin ingreso	
Procedimiento electivo	
Procedimiento urgente	

INFORME CLÍNICO:

<i>¿Ha presentado en las últimas 2 semanas?</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
Posible contacto estrecho con casos de COVID-19 en los últimos 14 días		
Viajes a zonas de alta incidencia de COVID-19		
Asistencia a eventos en los que no se pudo mantener las medidas de higiene, distancia y protección		
Fiebre		
Tos		
Dificultad respiratoria		
Fatiga severa (cansancio)		
Dolor muscular		
Falta de olor		
Falta de gusto		
Diarrea, náuseas o vómitos		
Otros síntomas inespecíficos (Dolor de cabeza o tórax, conjuntivitis, lesiones cutáneas)		
<i>Existe algún motivo que justifique los síntomas por parte del paciente:</i>		
¿Ha consultado o recibido instrucciones en relación con las respuestas afirmativas previas?		

8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Centers for Disease Control and Prevention. The Continuum of Pandemic Phases - 508. 2016. Disponible en <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/planning-preparedness/global-planning-508.html> (Accedido el 2 de junio 2020)

2. Lei et al. Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID-19 infection. EClinicalMedicine 21 (2020) 100331. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100331>.

3. COVIDSurg Collaborative. Mortality and pulmonary complications in patients undergoing surgery with perioperative SARS-CoV-2 infection: an international cohort study. The Lancet. 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31182-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31182-X).

4. Tran K, Cimon K, Severn M, Pessoa-Silva CL, Conly J (2012) Aerosol Generating Procedures and Risk of Transmission of Acute Respiratory Infections to Healthcare Workers: A Systematic Review. PLoS ONE 7(4): e35797. doi:10.1371/journal.pone.0035797

5. Escala dinámica de FASES DE ALARMA y ESCENARIOS durante la pandemia. Asociación Española de Cirujanos. [https://www.aecirujanos.es/files/noticias/152/documentos/Fases de alerta v 3.pdf](https://www.aecirujanos.es/files/noticias/152/documentos/Fases_de_alerta_v_3.pdf) (accedido el 2 junio 2020)

6. Procedimiento para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2. Ministerio de Sanidad. 2020. Accesible en <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/PrevencionRRL COVID-19.pdf> (Accedido el 2 de junio 2020)

7. Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia. Ministerio de Sanidad. 2020. Disponible en [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19 Estrategia vigilancia y control e indicadores.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf) (Accedido el 2 de junio 2020)

8. Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19. Ministerio de Sanidad. 2020. Disponible en [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Documento Control Infeccion.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Documento_Control_Infeccion.pdf) (Accedido el 2 de junio 2020)

9. CovidSurg Collaborative. Elective surgery cancellations due to the COVID -19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans. BJS. 2020. [doi: 10.1002/bjs.11746](https://doi.org/10.1002/bjs.11746))

10. Mayoral Rojals V. Sociedad Española del Dolor (SED). Recomendaciones asistenciales para unidades de dolor ante la normalización progresiva de la actividad durante la pandemia por COVID-19. En prensa. DOI: 10.20986/resed.2020.3821/2020.

11. Mascarillas higiénicas en población general. Ministerio de Sanidad. 2020. Disponible en https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19_Mascarillas_higienicas_poblacion_general.pdf (Accedido el 2 de junio 2020)