

Pandemia COVID-19

Recomendaciones asistenciales de la Sociedad Española del Dolor (SED) ante la normalización progresiva de la actividad asistencial en la pandemia por COVID-19

Índice

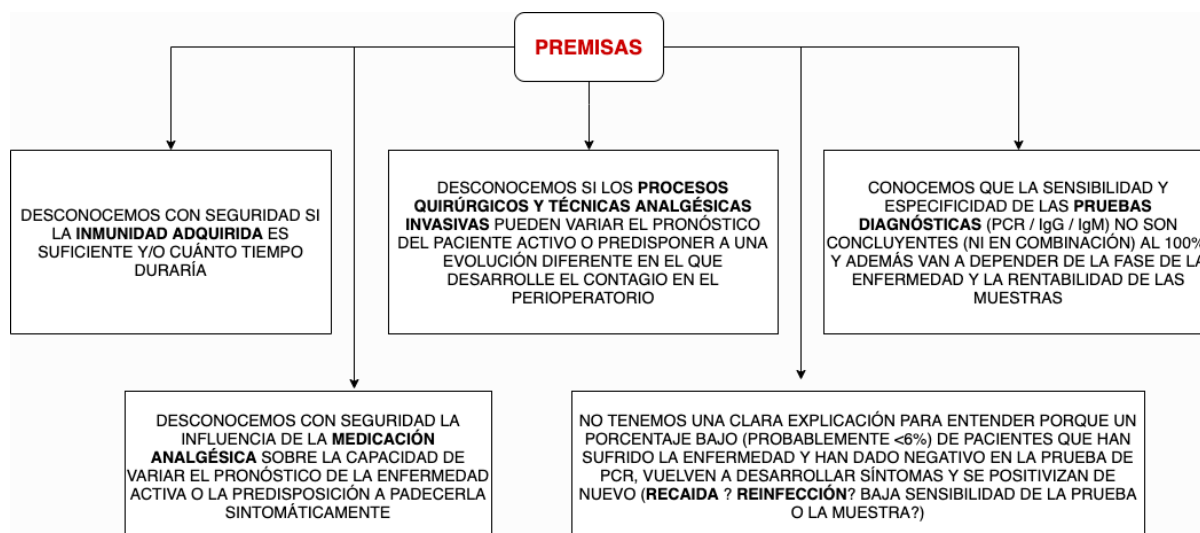
- Introducción y justificación
- Consideraciones éticas en dolor crónico y covid-19
- Normas generales
- Evolución clínica de la enfermedad e inmunidad adquirida
- Tests diagnósticos a lo largo de la enfermedad
- Clasificación de los pacientes según su proceso asistencial
 - Consultas (1as y sucesivas)
 - Planta de hospitalización
 - Técnicas analgésicas
- Riesgos laborales de personal asistencial y administrativo
- Atención diferenciada a los pacientes Covid 19 (+)
- Uso de fármacos analgésicos pautados y en técnicas analgésicas
 - Pacientes sin inmunidad adquirida con o sin enfermedad activa
 - Pacientes con inmunidad adquirida
- Obtención del consentimiento informado
- Normas de higiene, prevención individual y desinfección
 - Lavado de Manos
 - Tipos de Equipos de protección individual, su colocación y retirada
 - Tipos de mascarillas
 - Pantallas / gafas de protección
 - Desinfección de espacios
 - Limpieza área de dolor / área quirúrgica
 - Gestión de residuos
- Anexos
 - Anexo 1: Recomendaciones de protección en sala de espera y espacios no asistenciales comunes
 - Anexo 2: Recomendaciones de protección en consulta médica con/sin contacto físico con el paciente y/o revisión manual de pruebas que aporte. Planta de hospitalización en paciente Covid (+)

- Anexo 3: Recomendaciones de protección para técnicas analgésicas en hospital de día, salas de técnicas, radiología intervencionista, quirófano y salas de recuperación
- Anexo 4: Protocolo de Seguridad para la indicación de una intervención quirúrgica no urgente
- Bibliografía

Introducción y justificación

Las siguientes recomendaciones tienen como **objetivos** la progresiva normalización de la actividad en el entorno asistencial de las unidades de dolor de España y maximizar la protección de los pacientes y el personal que trabaja en ellas.

Tiene en cuenta unas premisas, consecuencia de las siguientes incertidumbres:



No existen referencias ni experiencias de cómo acometer la normalización asistencial, y si los procesos previamente establecidos son igual de válidos y seguros para los pacientes y el personal sanitario en sus diferentes niveles.

Recientemente, la CEE ha dado unas directrices a los estados miembros para la desescalada de la crisis (Hoja de ruta común europea para el levantamiento de las medidas de contención de la COVID-19 (2020/C 126/01) <https://is.gd/qCOz1p>) y que todos, gestores y profesionales sanitarios, deberemos tener en cuenta. La hoja de ruta tiene en cuenta una desescalada asimétrica, tanto para pacientes como a profesionales, en función de la predisposición a sufrir complicaciones. Como es lógico, la infectividad puede ser bidireccional paciente/sanitario y viceversa, por lo que buena parte de las recomendaciones, incluidas las pruebas serológicas y de PCR, aplican también a todo el personal administrativo y sanitario.

Adicionalmente el periodo de paralización de la actividad asistencial programada está generando una lista de espera de visitas y procedimientos que precisan ser reincorporados al proceso asistencial con el menor perjuicio posible para los pacientes, su calidad de vida, la calidad asistencial y la seguridad laboral.

Por tanto, va a ser necesario un periodo, más o menos largo, de implementación de un modelo asistencial adaptado a la Pandemia COVID-19 y sus consecuencias. ¹

Es intención de la SED pedir a las sociedades autonómicas de dolor su respaldo al mismo, así como invitar a participar a su mejora.

Este documento ha sido también sometido a valoración por la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME), por entender que es preferible realizar recomendaciones y protocolos en un ámbito común de actuación entre todas las sociedades.

La adopción de las medidas recomendadas tendrá también que adaptarse, no solo a casos individuales, si no también a las directrices del Gobierno, colegios profesionales y entidades aseguradoras de pacientes y profesionales.

Sirvan, por tanto, estas recomendaciones para dar una orientación hasta que se cumplan tanto estos condicionantes descritos como se esclarezcan las premisas iniciales.

Consideraciones éticas en dolor crónico y covid-19

La situación actual considerada pandemia, provocada por el virus COVID19, obliga a considerar cuáles han de ser los principios de índole ético que han de guiar las decisiones tomadas para respetar los derechos de todos los ciudadanos y de los pacientes, especialmente en las situaciones más comprometidas.

Estamos en una situación de emergencia en la que quizás las cosas que haríamos habitualmente deben ser matizadas y adaptadas. Así, siendo una situación crítica en varios aspectos, debemos considerar como necesaria la asistencia integral de enfermos con dolor crónico (covid +) y familiares relacionados, orientados a la atención de todas las dimensiones que conforman a la persona, porque todas ellas de igual modo quedan afectadas por la enfermedad, no podemos centrarnos en atender sólo la dimensión biológica, sino que también se precisa atender la dimensión espiritual, psicológica, intelectual y emotiva, social, familiar.

Sin olvidarnos de aquellas cuestiones que, en la soledad y al final de la vida, vienen a ser las más importantes de la existencia. El acompañamiento del enfermo y sus familiares en este momento se convierte en necesidad a nivel individual y colectivo.

La enfermedad, sobre todo si es grave, afecta a la persona en su totalidad. El hombre, por ser una unidad psicofísica, unidad dual cuerpo-alma, cuando enferma se resiente todo él. La enfermedad no

afecta solamente al cuerpo, sino a toda la persona, en todas sus dimensiones que lo definen. Al recomendar la asistencia integral al enfermo no se minusvalora, en absoluto.

Todo enfermo tiene derecho a ser respetado y atendido en sus demandas y necesidades de orden psicológico y espiritual.

Sería bueno recordar que los criterios y protocolos de asignación y priorización de recursos deben aplicarse de modo individualizado. Ningún protocolo de priorización puede evitar la reflexión y deliberación ética en una toma de decisiones trágica, con recursos escasos y en contexto de máxima tensión. Por eso se recomienda contar con los Comités de Ética Asistencial (CEA) en comisiones permanentes de COVID, para ayudar a la toma de decisiones individualizadas, aunque se sigan criterios de protocolos y recomendaciones, y a prevenir o resolver conflictos de valores.

Debemos expresamente corregir expresiones ambiguas. Las referencias a “supervivencia libre de discapacidad por encima de supervivencia aislada” o “Cualquier paciente con deterioro cognitivo, por demencia u otra enfermedad degenerativa, no sería subsidiario de VM invasiva”, son incompatibles con la Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad. En una sociedad democrática, la titularidad de derechos no puede estar ligada a la posesión o no de un determinado nivel de conocimientos, habilidades o competencias (una presunta “utilidad social”) sino a la condición de persona.

Y en lo que atañe a los pacientes con dolor crónico difícil, debemos recordar que en la toma de decisiones nuestra obligación moral es buscar el interés de todos los pacientes ingresados, no solo de los COVID-19 (+). El sistema de salud tiene el mismo deber de atender a los pacientes con dolor difícil, que en esta situación de cuarentena se ven privados de recursos necesarios para hacer su vida algo más llevadera.

Normas generales (https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Infection-prevention-control-for-the-care-of-patients-with-2019-nCoV-healthcare-settings_update-31-March-2020.pdf)

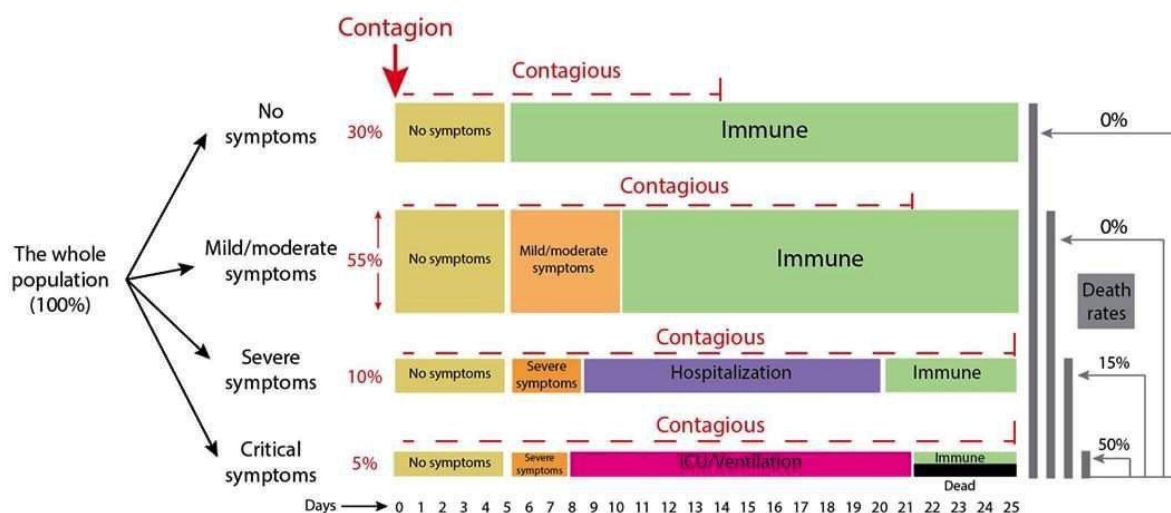
- Siempre que sea posible se intentará atender a los pacientes por vía telemática, idealmente con videollamada. El paciente debe autorizar este tipo de asistencia.
- La priorización entre pacientes urgentes, preferentes y diferibles, serán definidos por cada unidad de dolor y de acuerdo con la dirección médica del centro.
- Los pacientes Covid + conocidos, seguirán un circuito diferente de acuerdo con las normas de cada centro.
- La asistencia presencial, aunque sea a costa de disminuir el número de pacientes que podrán ser atendidos, se deberá hacer con la mayor agilidad posible y así minimizar el tiempo de espera en salas, en consultas o salas de procedimientos.
- Como norma general se mantendrá una distancia de seguridad mínima de 2 metros entre las personas.
- En todos los espacios deberá haber disponibilidad de geles desinfectantes e instrucciones para el lavado de manos

- La disponibilidad de mascarilla quirúrgicas debe estar asegurada para todos los pacientes en los espacios de la unidad
- El resto de las medidas de protección, dependiendo del entorno asistencial, están esquematizadas en los anexos 1 a 4.
- Se recomienda mostrar las normas de protección por medios audiovisuales y/o carteles tanto en las salas de espera como las de valoración y tratamiento
- Se priorizarán los tratamientos farmacológicos (ver apartado) y de rehabilitación (<http://www.sermef-ejercicios.org/> y <https://www.merehabilitoencasa.es>), a ser posible con ejercicios dirigidos mediante ayuda de medios audiovisuales
- Reforzar mensajes para optimizar una correcta dieta, ergonomía y sueño
- El enfoque biopsicosocial del dolor incluye el tratamiento psicológico, que ha demostrado su utilidad por medios telemáticos

Evolución clínica de la enfermedad e inmunidad adquirida

EL siguiente esquema refleja las diferentes fases y escenarios conocidos para la COVID-19

Sin embargo, como se comenta en las premisas al inicio de documento, asume una inmunidad por anticuerpos neutralizantes que aún desconocemos su eficacia y duración.

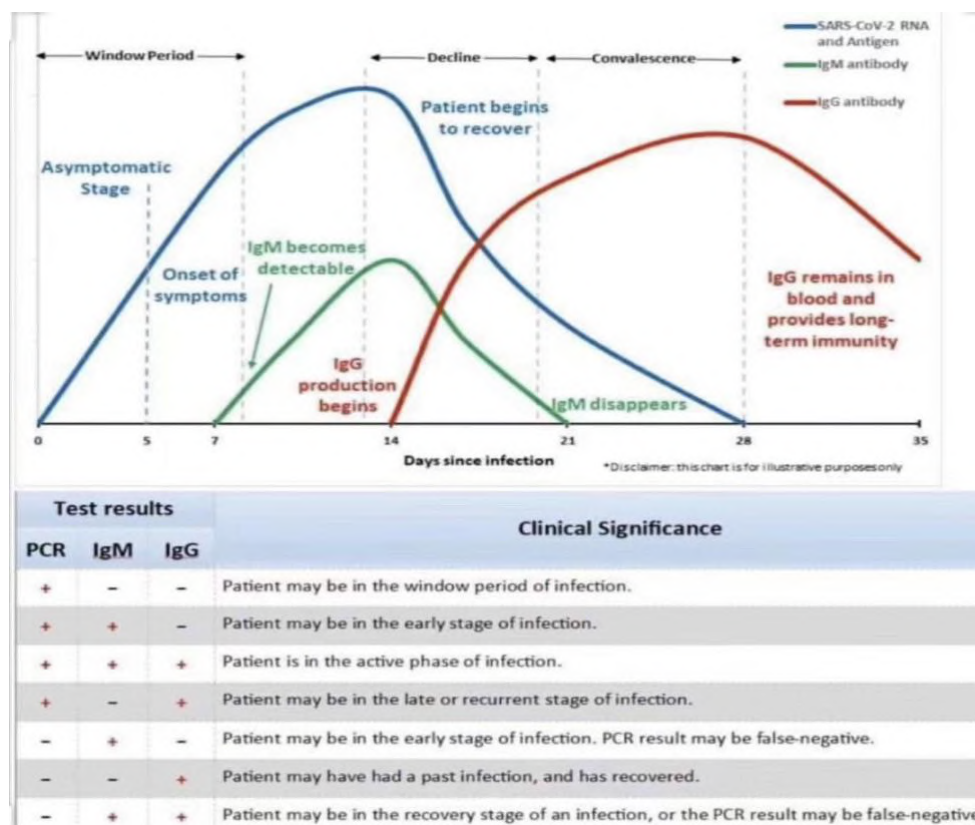


References:

1. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. Lauer SA et al. Ann Intern Med. 2020 Mar 10.
2. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand. Neil M Ferguson et al. Imperial College COVID-19 Response Team. 16 March 2020.
3. Viral dynamics in mild and severe cases of Covid-19. Yang Liu et al. The Lancet, March 19, 2020.

Tests diagnósticos a lo largo de la enfermedad

Como se muestra en las siguientes figuras, la rentabilidad y significado de las pruebas va a depender de la fase de la enfermedad y de la calidad y procedencia de la muestra



La rentabilidad de la muestra va a depender de la carga viral y de la zona de extracción

Corona testing positivity rates- Journal of American Medical Association (JAMA)		
Sl No	Type of specimen	Positive %
1	Bronchoalveolar lavage fluid	93 %
2	Fibrobronchoscope brush biopsy	46 %
3	Sputum	72 %
4	Nasal swabs	63 %
5	Pharyngeal swabs	32 %
6	Feces	29 %
7	Blood	1 %
8	Urine	0 %

Note: Nasal swab will detect only 2/3rd of cases and pharyngeal swabs will detect only 1/3rd of cases and Nasal swab testing is better of two for unadmitted patients

Así, con el fin de mejorar el diagnóstico y la fase en la que se encuentra el paciente o profesional, la opción más recomendable sería la combinación de PCR para antígeno y un test de anticuerpos para IgG e IgM. El siguiente esquema está publicado en la web de la consejería de salud de Castilla y León y simplifica la interpretación en paciente sintomático.

https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-hospitalaria.ficheros/1578372-120420_Test%20SARS-CoV-2%20-%20Algoritmo%20para%20personas%20sintoma%C2%BFticas%20en%20el%20momento%20de%20realizar%20el%20test.pdf

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS JUNTO CON PCR

RESULTADO			SIGNIFICADO CLÍNICO
PCR	IgM	IgG	
–	–	–	Negativo
+	–	–	Periodo ventana
+	+	–	Estadio temprano de la infección
+	+	+	Fase activa de la infección
+	–	+	Fase final o infección recurrente
–	+	–	Estadio temprano o falso negativo PCR
–	–	+	Infección pasada
–	+	+	Fase de recuperación o falso negativo PCR

SIGNIFICADO CLÍNICO INTERPRETACIÓN CONJUNTA		
PCR	TEST AC TOTALES	
–	–	Negativo (en paciente sin clínica) Con clínica: valorar falso negativo/ repetir pasados 7 días
+	–	Infección
+	+	Estadio temprano/fase activa de la infección
–	+	Posible Infección pasada y curada si está asintomático y han pasado más de 14 días de inicio

Como hemos comentado con anterioridad, desconocemos por el momento, aunque se cree que es lo más probable, si los anticuerpos medidos son neutralizantes, ignorando también cuanto tiempo lo serían.

Es altamente recomendable que ambas pruebas sean hechas a todo paciente que deba someterse a un tratamiento invasivo, como cualquier cirugía, siendo también recomendable en otros tratamientos que precisen una interacción prolongada y cercana del personal sanitario (anexo 4).

Clasificación de los pacientes según su proceso asistencial

- Consultas (1as y sucesivas)
 - Asistencia **telemática** siempre que sea posible en primera opción, sobre todo en pacientes de riesgo. Este tipo de asistencia idealmente debe incluir no solo la entrevista con el paciente si no también la revisión de pruebas pedidas. Se facilitarán mecanismos para que la disponibilidad de las pruebas por medios telemáticos sea un hecho en los entornos donde aún no esté implementado.
 - Limitar la consulta **presencial** a comprobar, cuando sea necesario, el diagnóstico con una exploración física o si no ha sido posible revisar las pruebas necesarias. Si se ha hecho un trabajo previo telemático, esta consulta presencial requerirá de menor tiempo y disminuirá el riesgo de infección.
 - Seguir las recomendaciones de los anexos 1 y 2 para los niveles de protección del paciente, personal administrativo y sanitario.
 - Por lo que respecta a la **prescripción** de medicamentos con receta electrónica, actualmente es posible por vía telemática en la mayoría de los servicios de salud. Una alternativa, si ésta no se encuentra disponible, son las plataformas habilitadas por varios colegios de médicos y farmacéuticos.
https://www.comb.cat/cast/actualitat/noticies/noticies_fitxa.aspx?Id=IZQgZ%2ff3f%2fdFIACcpAMBug%3d%3d
<https://resources.rempe.es/landing/#/inicio>
 - La prescripción de opioides con receta de estupefacientes acompañante es un requisito legal de difícil solución telemática, por lo que se deberá cumplimentar en papel y recoger en consulta.
 - Es muy recomendable facilitar al paciente un **teléfono de contacto** para seguimiento en horario laboral y ofrecer alternativas fuera del horario laboral.
 - En caso de sordera del paciente, se pueden seguir las siguientes recomendaciones
<https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/recomendaciones-profesionales.ficheros/1571420-Infograf%C3%ADa%20C%C3%B3mo%20hablar%20con%20una%20persona%20con%20sordera%20-%20FIAPAS.pdf>
- Planta de hospitalización
 - Las interconsultas en pacientes hospitalizados seguirán las normas de cada centro, pero como orientación general, se recomienda el nivel de protección descrito en el anexo 2.

- También valorar si la interconsulta puede ser resuelta mediante contacto con su médico responsable en el caso que el paciente no esté ingresado por la unidad de dolor.
- Técnicas analgésicas
 - Todas las técnicas analgésicas, desde las infusiones, aplicaciones de tratamientos cutáneos, rellenos de bombas intratecales, revisión de neuroestimuladores a procedimientos invasivos en el quirófano o salas de radiología, requieren de un periodo prolongado (usualmente mayor a 15 minutos) de contacto con el paciente y muchas de ellas, también requieren de un periodo de recuperación antes del alta.
 - Los autores de estas recomendaciones creen que se deben tratar todas las técnicas con el mismo nivel de protección, reflejados en los anexos 3 y 4. ⁴

Riesgos laborales de personal asistencial y administrativo

- Se seguirán las recomendaciones del Ministerio observando sus actualizaciones (Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al sars-cov-2 de 8 de abril de 2020
<https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/PrevencionRRL COVID-19.pdf>)
- En los centros que exista un departamento de riesgos laborales o que esté contratado externamente, se le pedirá actualice sus normas que deberán estar disponibles para todo el personal, así como sus actualizaciones.
- Como orientación rápida para conocer el nivel de protección personal necesario en los diferentes entornos asistenciales, consultar los anexos 1 a 3.
- Otras fuentes de información sobre el grado de protección necesaria, que cubren entornos no específicos de las unidades de dolor, se pueden consultar en
<https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/prevencion-riesgos-laborales.ficheros/1570999-Recomendaciones%20EPIs%20seg%C3%BAAn%20lugar%20y%20actividad.pdf>
- Se considera prudente extremar las medidas de protección con todo el personal de mayor riesgo de contraer una complicación grave por COD-19, tales como inmunodeprimidos, cardiopatas, enfermedades respiratorias crónicas, mayores de 60 años, ...

ANEXO IV: GUÍA DE ACTUACIÓN PARA LA GESTIÓN DE LA VULNERABILIDAD Y EL RIESGO EN EL ÁMBITO SANITARIO Y SOCIOSANITARIO

Grupos vulnerables	Patología controlada				Patología descompensada				Comorbilidad ≥ 2 aspectos			
	NR1	NR2	NR3	NR4	NR1	NR2	NR3	NR4	NR1	NR2	NR3	NR4
Exposición laboral												
Enfermedad cardiovascular/HTA	1	1	2	2	1	3	3	3	1	3	3	3
Diabetes	1	1	2	2	1	3	3	3	1	3	3	3
Enfermedad pulmonar crónica	1	1	2	2	1	3	3	3	1	3	3	3
Inmunodeficiencia	1	3	3	3	1	4	4	4	1	4	4	4
Cáncer en tratamiento activo	1	4	4	4	1	4	4	4	1	4	4	4
Mayores de 60 años	Sin patología				Patología controlada				Patología descompensada			
	1	1	2	2	1	3	3	3	1	4	4	4
Embarazo	Sin complicaciones ni comorbilidades				Con complicaciones o comorbilidades							
	1	3	3	3	1	4	4	4				

NR1 (Nivel de riesgo 1): Similar a riesgo comunitario. Tareas en áreas no COVID, tanto asistenciales como de soporte estratégico.

NR2 (Nivel de riesgo 2): Entrada en zonas COVID tareas con pacientes posibles, probables o confirmados, manteniendo la distancia de seguridad y sin actuación directa sobre paciente, por ejemplo, reparto de comida, limpieza, traslado de pacientes, etc.

NR3 (Nivel de riesgo 3): Entrada en zonas COVID con asistencia directa a pacientes o intervención directa con casos posibles probables o confirmados, con EPI adecuado y sin mantener la distancia de seguridad, incluida la movilización de pacientes y aseo.

NR4 (Nivel de riesgo 4): Profesionales, sanitarios o no sanitarios, que deben realizar maniobras generadoras de aerosoles (RCP, intubación, extubación, etc.).

1	No precisa ni adaptación ni cambio de puesto, permanece en su actividad laboral habitual.
2	Continuar actividad laboral. Puede realizar tareas con exposición a pacientes posibles, probables o confirmados por COVID 19, con EPIs adecuados. No puede realizar maniobras generadoras de aerosoles.
3	Continuar actividad laboral en zona NO COVID.
4	Precisa Cambio de Puesto de Trabajo y, de no ser posible, tramitar IT como Trabajador Especialmente Sensible o PREL.

IT: Incapacidad temporal. PREL: prestación riesgo embarazo lactancia.

Atención diferenciada a los pacientes Covid 19 (+)

- Test preoperatorios. Ver anexo 4
- Protocolo de quirófanos para pacientes Covid 19 +
 - https://www.sedar.es/images/site/Intraoperatorio_y_coronavirus.docx_003_1.pdf
 - <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-and-preparedness-covid-19-healthcare-settings>

Uso de fármacos analgésicos pautados y en técnicas analgésicas

Pacientes sin inmunidad adquirida con o sin enfermedad activa

Aunque se están realizando estudios sobre la influencia de los fármacos analgésicos sobre la predisposición a contraer la enfermedad y un hipotético pronóstico diferencial en los que los toman o han sido sometidos a técnicas analgésicas farmacológicas, por el momento desconocemos con seguridad su influencia. Lamentablemente, las recomendaciones siguientes están solo fundamentadas en la interacción de los analgésicos con otras enfermedades víricas como la gripe por Influenza, de la que tenemos más y mejor evidencia. Los más conflictivos son:

- **Corticoides.** Tanto la ESRA como ASRA, desaconsejan el uso de corticoides basándose en estudios previos en gripe por Influenza (<https://www.asra.com/page/2903/recommendations-on-chronic-pain-practice-during-the-covid-19-pandemic>). Los mecanismos por los que podrían modificar el curso de la enfermedad

más probables son tanto el bloqueo de la respuesta hipertérmica, una defensa natural ampliamente comprobada,^{2,3} así como su potencial inmunosupresor. La SED, por el momento aconseja valorar al paciente individualmente y optar por otras opciones siempre que sea posible.

- **Antiinflamatorios no esteroideos, paracetamol y metamizol.** Tras la alerta del ministerio francés de salud sobre el ibuprofeno (<https://www.anism.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Anti-inflammatoires-non-steroidiens-AINS-et-complications-infectieuses-graves-Point-d-Information>), tanto la SED como la EFIC y la agencia europea EMA, ya se posicionaron en contra de esa afirmación (<https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-gives-advice-use-non-steroidal-anti-inflammatories-covid-19>), pero acaban recomendando el uso de Paracetamol. Los autores de estas recomendaciones no han encontrado ningún estudio con evidencia suficiente que pueda ayudar a dar una recomendación específica pero muestran su preocupación sobre el uso de cualquier fármaco que bloquee la respuesta antitérmica como mecanismo de defensa.
- **Antidepresivos.** En el caso que el paciente esté en tratamiento con fármacos para el Covid19 que alarguen el QTc, habitualmente bajo ensayo clínico, debemos comprobar que no interaccionen con los antidepresivos, en especial modificando el QTc (<https://www.crediblemeds.org>). Ej: Amitriptilina y Venlafaxina pueden causar la prolongación del intervalo QT, pero actualmente se carece de evidencia de un riesgo de Torsade de Pointes cuando se toman según lo recomendado. Monitorizar ECG en caso de asociación o valorar otra alternativa como Duloxetina.
- **Opioides.**
 - Metadona. En el caso que el paciente esté en tratamiento con fármacos para el Covid19 que alarguen el QTc, habitualmente bajo ensayo clínico, debemos optar por otro opioide que no alargue QTc (<https://www.crediblemeds.org>)
 - La Buprenofina y el Tramadol pueden causar la prolongación del intervalo QT, pero actualmente se carece de evidencia de un riesgo de Torsade de Pointes cuando se toman según lo recomendado. Monitorizar ECG en caso de asociación a tratamiento ant-Covid19 que alargue el QTc o valorar otra alternativa.
 - En cuanto a la potencial Inmunosupresión que pueden causar los opioides, una reciente revisión sistemática sólo encontró una débil asociación, concluyendo: “Esta revisión sistemática encontró indicios de que el tratamiento con opioides a largo plazo altera el sistema inmunitario en pacientes con dolor crónico no oncológico. Estas alteraciones involucraron las células NK y la producción de IL-1β. Sin embargo, el nivel de evidencia es débil”. Los autores de las presentes recomendaciones aconsejan no suspender el tratamiento opioide.⁵
- **Antiepilépticos.** Seguir práctica habitual
- **Anestésicos locales.** Monitorizar ECG (intervalo PR y QTc además de arritmias). Hay que recordar que aún no está caracterizada con precisión la cardiopatía post-covid19.
- **Tratamientos tópicos aplicados en hospital de día.** Desinfección previa de la zona de aplicación con lavado seguido de solución hidroxialcólica de clorhexidina

- **Terapia intratecal, técnicas neuromoduladoras y neurolesionales.** Mismas precauciones que para cualquier intervención quirúrgica si es absolutamente necesaria la intervención. Hasta no tener más evidencia sobre el efecto de los corticoides, no administrar.
- **Terapia con plasma rico en plaquetas.** En estos momentos, ante la falta de mayores estudios, se recomienda no utilizar.
- **Ozono.** No disponemos de datos de seguridad. Mismas precauciones que el resto de las técnicas quirúrgicas.

Pacientes con inmunidad adquirida

Los pacientes con inmunidad adquirida **y sin tratamiento activo antivírico**, en principio, no tienen un riesgo sobreañadido y deberían tratarse sin limitaciones siempre que la enfermedad no le haya dejado insuficiencias residuales (respiratorias, hepáticas, renales, neurológicas y cardiológicas) por lo que se recomienda una evaluación completa antes de indicar cualquier nuevo tratamiento o modificar uno previo.

Tras recientes comunicaciones de un número bajo de reinfecciones, resta clarificar si se trata de falsos positivos en pruebas PCR (o falsos negativos previamente), así como si se trata de nuevas mutaciones del virus que tampoco conocemos, si fuera el caso, tendrían inmunidad parcial o total ante la nueva cepa.

Según comunica SEMES en su página web (www.semes.org), un paciente con remisión de síntomas y un test negativo de ARN vírico, no quiere decir que este libre al completo de carga viral. La OMS sugiere por tanto antes de confirmar la eliminación de la infección por SARS-COV-2, realizar test de detección del ARN vírico en muestras obtenidas tanto del tracto respiratorio superior como del inferior (esputo).

Obtención del consentimiento informado

- Se seguirán las recomendaciones del colegio de médicos al que pertenezca el profesional
- Es recomendable consultar con el seguro de RC en el caso que se opte por consentimientos no presenciales (existen plataformas disponibles para ello)
- La información sobre el tratamiento debe ser dada con anterioridad al procedimiento y con el suficiente tiempo de reflexión

Lavado de Manos

¿Cómo lavarse las manos?

 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



0 Mójese las manos con agua;



1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



8 Enjuáguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;



10 Sírvese de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.



Organización
Mundial de la Salud




Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES

Clean Your Hands

Tipos de Equipos de protección individual, su colocación y retirada

PPE (PERSONAL PROTECTION EQUIPMENT)		
BASIC KIT 45GSM	MEDIUM KIT 70GSM	ADVANCED KIT FOR ICU 180GSM
		
WHO SHOULD USE		
All Housekeeping Staff Canteen Workers Administrative Staff Pharmacy Staff All Visitors	All OPD Staff Pathology Staff Radiology Staff Ambulance Staff Mortuary Staff OT Staff Patient's Attendants	Doctors in ICU Intensivists ICU Nursing Staff Housekeeping Staff Inside ICU All who are in Direct Contact with Positive Cases.
Toll Free No. : 1800-270-5530		

- Vídeos demostrativos de colocación y retirada de EPis
 - <https://www.sedar.es/index.php/recomendaciones-coronavirus>
 - <https://enfermeriatv.es/es/coronavirus-protocolo-epis/>

Tipos de mascarillas

Antes de ponerse una mascarilla, lávese las manos con un desinfectante a base de alcohol o con agua y jabón.

- Cúbrase la boca y la nariz con la mascarilla y asegúrese de que no haya espacios entre su cara y la máscara.
- Evite tocar la mascarilla mientras la usa. Si lo hace, lávese las manos con un desinfectante con capacidad viricida o con agua y jabón.

- Cámbiese de mascarilla tan pronto como esté húmeda y no reutilice las mascarillas de un solo uso.
- Para quitarse la mascarilla: hágalo por detrás (no toque la parte delantera de la mascarilla), deséchela inmediatamente en un recipiente cerrado y lávese las manos con un desinfectante con capacidad viricida o con agua y jabón
- <https://navarra.elespanol.com/video/navarra1/universidad-navarra-explica-video-como-colocarse-retirar-reutilizar-mascarilla/20200416194940319604.html>

Equipo	Tipo	Foto	Protección del personal que la lleva contra organismos infecciosos	Barrera para no contagiar / evita la emisión de organismos infecciosos al ambiente	Observaciones
Mascarillas auto filtrantes desechables (Reutilizables solo las marcadas con "R" (solo algunos modelos de FFP2 y FFP3). Modelos "NR" (no reutilizable) de uso para un solo turno.  Diseñadas para trabajar de fuera hacia dentro Norma EN 149	FFP1 sin válvula de exhalación				Es un equipo de protección pero su eficacia de filtración mínima (78%) no garantiza protección suficiente frente a organismos infecciosos. Limita la propagación del contagio.
	FFP2 sin válvula de exhalación				Protege y limita la propagación del contagio.
	FFP3 con válvula de exhalación				Todas las mascarillas auto filtrantes FFP3 disponen de válvula de exhalación. Protege pero no limita la propagación del contagio.
	FFP2 con válvula de exhalación				Protege pero no limita la propagación del contagio.
Mascarilla quirúrgica NO EPI desechable Norma EN 14683. Trabaja de dentro a fuera.	I, II, y IIR				No es un equipo de protección. No protege pero limita la propagación del contagio. El tipo I sólo debe ser utilizado por pacientes, no por personal médico.
Mascarillas higiénicas NO EPI desechable (mascarilla sin marcado CE, no conforme a norma). Trabaja de dentro a fuera.	N.A.				No es un equipo de protección. No protege pero podría limitar la propagación del contagio. No sujeto a norma, eficacia no testada.
Semimáscara buconasal con filtros (diseñadas para trabajar de fuera hacia dentro) EN 140	Diferentes modelos				Todas disponen de válvula de exhalación. Protege pero no limita la propagación del contagio. Reutilizable

Nota: la válvula de exhalación permite que el aire sea exhalado directamente al ambiente sin ningún tipo de retención y se favorecería, en su caso, la difusión del agente.

Pantallas / gafas de protección

Cualquiera de las dos opciones (gafas estancas) o pantallas de amplia superficie, han mostrado su utilidad para prevenir el contagio. La protección ocular (vía conjuntiva) que ofrecen las gafas estancas parece superior a las pantallas, y la cutánea facial mayor en las pantallas de 180 ° de circunferencia mínima.

La mascarilla facial sigue siendo obligatoria en ambas opciones, que son recomendables a distancias < 2m y obligatorias en casos de manejo de la vía aérea y aerosoles.



El procedimiento para la desinfección de las pantallas protectoras se puede encontrar en

<https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/recomendaciones-profesionales.ficheros/1571032-Infograf%C3%ADa%20Recomendaciones%20para%20limpieza%20y%20desinfecci%C3%B3n%20de%20pantallas%20faciales.pdf>

Desinfección de espacios y gestión de residuos

Todos los centros deberán tener protocolos de limpieza, desinfección y gestión de residuos, de acuerdo con los departamentos de salud laboral (o empresas contratadas) y seguir las recomendaciones oficiales y utilización de virucidas adecuados.

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Listado_virucidas.pdf

Los residuos generados en la atención del paciente covid + se consideran residuos de Clase III y por lo tanto deberán ser eliminados como residuos biosanitarios especiales. El contenedor de residuos una vez lleno se cerrará y antes de su retirada se desinfectará en su superficie con un paño desechable impregnado en desinfectante.

Por su simplicidad e infografía, recomendamos el protocolo del Servicio de salud del Principado de Asturias.

<https://www.astursalud.es/documents/31867/946211/Coronavirus++Eliminaci%C3%B3n+de+residuos+limpieza+y+desinfecci%C3%B3n.pdf/a2d7bfe2-9bff-3957-d4a7-d47f4db96b01>

Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Eliminación de residuos, limpieza y desinfección



□ Eliminación de residuos, limpieza y desinfección

- Seguir protocolos de **descontaminación, mantenimiento y eliminación de residuos** para microorganismos con riesgo de propagación y mecanismos de transmisión similar. Los residuos se consideran de **Clase III** o como *Residuos Biosanitarios Especiales del Grupo 3*, similar a la tuberculosis.

Más información en *la Guía para la Gestión de Residuos Sanitarios del Principado de Asturias*. Editada por la Consejería de Sanidad, 2014. Accesible en Astursalud.

- **Material desechable** que haya contactado con paciente: eliminación como cualquier otro material potencialmente infeccioso.
- **Material no desechable**: mantener en bolsa de plástico identificada, y enviar a esterilización.
- **Limpieza y desinfección** con solución de hipoclorito sódico con 1000 ppm de cloro activo (dilución 1:50 de lejía con concentración 40-50 gr/l). **El virus se inactiva a los 5 minutos con lejía doméstica. El personal de limpieza usará el Equipo de Protección Individual adecuado.**

Para residuos del GRUPO IIIA (biológicos), se utilizarán bolsas o contenedores, de color AMARILLO, que cuenten con las siguientes características: de un solo uso, estanqueidad, opacidad, cierre hermético, (salvo en bolsas y recipientes semirrígidos, los cuales se cerrarán de manera que se impida la apertura accidental), resistencia a la carga, asépticos en el exterior, composición tal que garantice que en su destrucción se eviten o minimicen emisiones tóxicas.

Los **residuos cortantes y/o punzantes** se depositarán en envases rígidos, imperforables e impermeables, serán también de color AMARILLO, y la tapa estará dotada de un mecanismo adecuado de desactivación de los dispositivos dotados con elementos cortantes o punzantes insertados en forma de lanza o roscadas.

Los envases se identificarán con la señal de peligro biológico.



El personal que realice limpieza y desinfección debe ir protegido con **Equipo de Protección Individual para prevención de microorganismos transmitidos por gotas y por contacto**: bata resistente a líquidos, protección ocular antisalpicaduras, guantes, mascarilla FFP2 (aunque por el momento no existe evidencia de transmisión aérea). Seguir las recomendaciones de colocación.



Anexos

Anexo 1: Recomendaciones de protección en sala de espera y espacios no asistenciales comunes

	PERSONAL SANITARIO	PERSONAL ADMINISTRATIVO	PACIENTE EX-COVID *	PACIENTE COVID (-) **	PACIENTE COVID (+) ***
DISTANCIA DE SEGURIDAD	2 metros				N/A
MASCARILLA	FFP2	FFP2	QUIRÚRGICA	QUIRÚRGICA	N/A
GUANTES	SI	SI	SI	SI	N/A
GORROS	NO	NO	NO	NO	N/A
PANTALLAS	NO	NO	NO	NO	N/A
BATAS IMPERMEABLES	NO	NO	NO	NO	N/A
POLAINAS	SI	SI	SI	SI	N/A

(*) PACIENTE EX-COVID: Paciente más de 21 días asintomático y/o con dos PCR negativas separadas 3 días en los 10 días previos a la visita. El paciente puede ser portador cutáneo por reciente contacto.

(**) PACIENTE COVID (-): Paciente sin síntomas de enfermedad por Covid19 (score) en los últimos 30 días y sin haber tenido contacto con paciente Covid (+) en los últimos 30 días. No se puede excluir con total certeza (ni con PCR reciente) que sea portador asintomático.

(***) PACIENTE COVID (+): N/A dado que estos pacientes deben ser tratados en un entorno fuera de consultas

Además de PCR, realizar test de anticuerpos IgM + IgG siempre que se pueda para catalogar con mayor precisión al paciente y personal.

Los acompañantes deben seguir las mismas normas que los pacientes

El lavado de manos y/o el uso de gel desinfectante debe ser obligatorio antes de la colocación de guantes a la entrada de la sala de espera

El uso de los lavabos comunes se hará con las mismas normas de higiene de lavado de manos meticulosa antes y después de su uso, solicitando al finalizar que se higienice el baño por personal de limpieza

La limpieza y desinfección con viricidas de los muebles (ej: asientos, mesas, ..), y material informático se hará con una frecuencia que dependerá de su uso pero un mínimo de dos veces por turno.

Anexo 2: Recomendaciones de protección en consulta médica con/sin contacto físico con el paciente y/o revisión manual de pruebas que aporte. Planta de hospitalización en paciente Covid (+)

	PERSONAL SANITARIO	PERSONAL ADMINISTRATIVO	PACIENTE EX-COVID *	PACIENTE COVID (-) **	PACIENTE COVID (+) *** PLANTA HOSPITALIZACIÓN
DISTANCIA DE SEGURIDAD	MINIMIZAR LA DISTANCIA y TIEMPO DE EXPOSICIÓN LIMITAR EL NÚMERO DE PERSONAS EN LA CONSULTA				
MASCARILLA	FFP2	FFP2	QUIRÚRGICA	QUIRÚRGICA	FFP1 SIEMPRE QUE SEA POSIBLE (AUSENCIA DE CLÍNICA RESPIRATORIA SIG)
GUANTES	SI	SI	SI	SI	SI
GORROS	SI	SI	NO	NO	NO
PANTALLAS	SI	SI	NO	NO	NO
BATAS IMPERMEABLES	SI	SI	NO	NO	NO
POLAINAS	SI	SI	SI	SI	NO

(*) PACIENTE EX-COVID: Paciente más de 21 días asintomático y/o con dos PCR negativas separadas 3 días en los 10 días previos a la visita. El paciente puede ser portador cutáneo por reciente contacto.

(**) PACIENTE COVID (-): Paciente sin síntomas de enfermedad por Covid19 (score) en los últimos 30 días y sin haber tenido contacto con paciente Covid (+) en los últimos 30 días. No se puede excluir con total certeza (ni con PCR reciente) que sea portador asintomático.

(***) PACIENTE COVID (+): Se refiere solo a urgencias que no se puedan solucionar sin asistencia presencial. El uso de equipo EPI completo sin superficies de exposición cutánea para el personal en contacto con el paciente, es obligatorio.

Además de PCR, realizar test de anticuerpos IgM + IgG siempre que se pueda para catalogar con mayor precisión al paciente y personal.

Los acompañantes deben seguir las mismas normas que los pacientes

Si el paciente aporta pruebas que se deban revisar, hacerlo con guantes y limpiar las zonas en contacto con el material al finalizar la consulta

La limpieza y desinfección con viricidas de los muebles (ej: asientos, mesas, ..), y material informático se hará con una frecuencia que dependerá de su uso pero un mínimo de dos veces por turno.

Anexo 3: Recomendaciones de protección para técnicas analgésicas en hospital de día (#), salas de técnicas, radiología intervencionista, quirófano y salas de recuperación

	PERSONAL SANITARIO	PACIENTE EX-COVID *	PACIENTE COVID (-) **	PACIENTE COVID (+) ***
DISTANCIA DE SEGURIDAD	MINIMIZAR LA DISTANCIA y TIEMPO DE EXPOSICIÓN LIMITAR EL NÚMERO DE PERSONAS EN LA SALA PROTECCIÓN DESECHABLE EN LOS EQUIPOS DE RADIOLOGÍA, TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO			
MASCARILLA	FFP2 (FFP3 si se va a manipular la vía aérea o se van a precisar aerosoles)	QUIRÚRGICA	QUIRÚRGICA	FFP2 SIN VÁLVULA
GUANTES	SI (DOBLE)	SI	SI	SI
GORROS	SI	NO	NO	SI
PANTALLAS	SI	NO	NO	SI
BATAS IMPERMEABLES	SI	NO	NO	SI
POLAINAS	SI	SI	SI	SI

(*) PACIENTE EX-COVID: Paciente más de 21 días asintomático y/o con dos PCR negativas separadas 3 días en los 10 días previos a la visita. El paciente puede ser portador cutáneo por reciente contacto.

(**) PACIENTE COVID (-): Paciente sin síntomas de enfermedad por Covid 19 (score) en los últimos 30 días y sin haber tenido contacto con paciente Covid (+) en los últimos 30 días. No se puede excluir con total certeza (ni con PCR reciente) que sea portador asintomático.

(***) PACIENTE COVID (+): Se refiere solo a urgencias en paciente sin clínica respiratoria significativa. El uso de equipo EPI completo sin superficies de exposición cutánea para el personal en contacto con el paciente, es obligatorio. El circuito de entrada, estancia y salida del paciente debe asegurar la ausencia de exposición a otros pacientes y personal no sanitario. El recovery se hará en el quirófano. El paciente debe ser intervenido el último de la mañana e idealmente en un quirófano preparado para COVID.

Además de PCR, realizar test de anticuerpos IgM + IgG siempre que se pueda para catalogar con mayor precisión al paciente y personal.

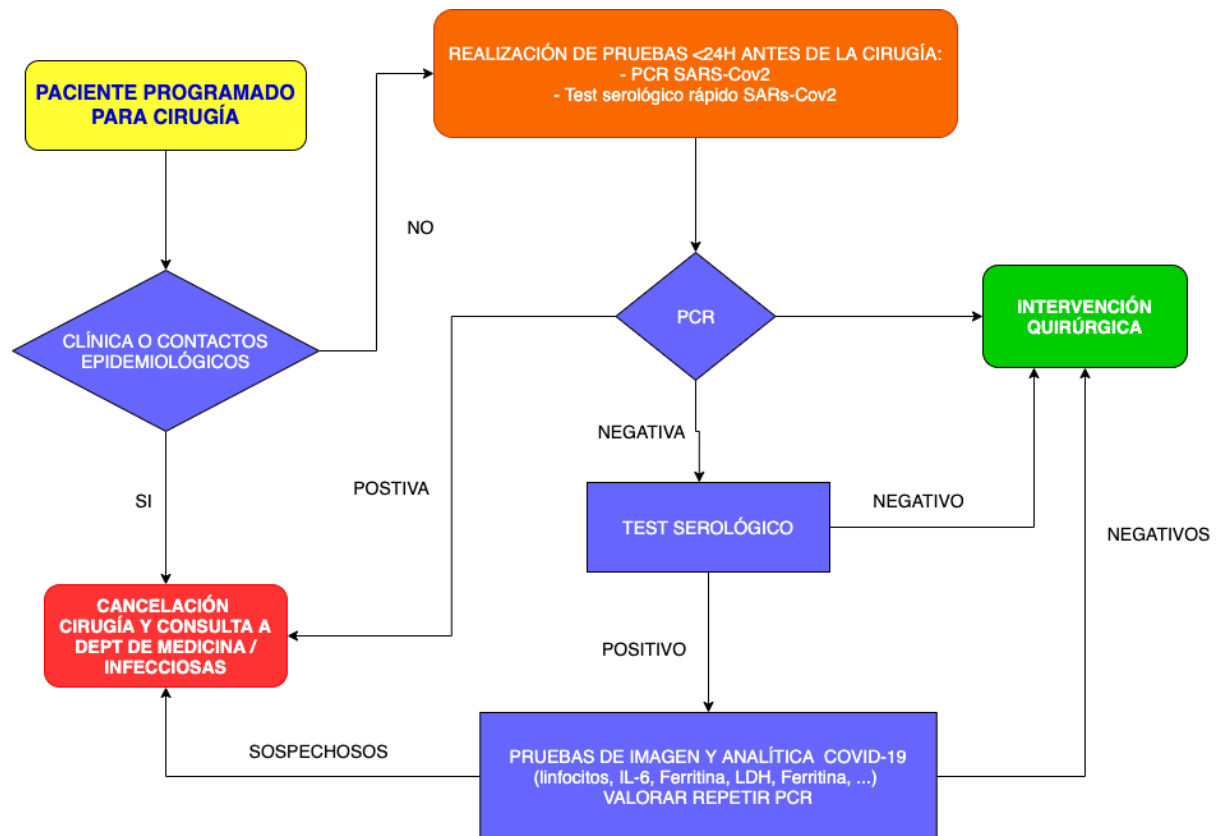
Utilizar siempre que se pueda material de un solo uso. Si el material deberá ser re-esterilizado, tener un circuito preparado para minimizar contaminación (<https://www.msbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos.htm>)

La limpieza y desinfección con viricidas se debe hacer entre pacientes, sin poder recomendar en estos momentos el tiempo mínimo de reposo entre pacientes.

El desecho de materiales, seguirá la normativa del ministerio (https://www.msbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Documento_Control_Infeccion.pdf)

En pacientes de riesgo que acudan a rellenos de Bombas intratecales, se tratarán con el mismo nivel de protección que un paciente Covid + .

Anexo 4: Protocolo de Seguridad para la indicación de una intervención quirúrgica no urgente



Bibliografía

1. Kissler SM, Tedijanto C, Goldstein E, Grad YH, Lipsitch M. Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. *Science*. 2020 Apr 14:eabb5793. doi: 10.1126/science.abb5793. Epub ahead of print. PMID: 32291278.
2. Ti LK, Ang LS, Foong TW, Ng BSW. What we do when a COVID-19 patient needs an operation: operating room preparation and guidance. *Can J Anaesth*. 2020 Mar 6:1–3. doi: 10.1007/s12630-020-01617-4. Epub ahead of print. PMID: 32144591; PMCID: PMC7090746.
3. Schieber AM, Ayres JS. Thermoregulation as a disease tolerance defense strategy. *Pathog Dis*. 2016 Dec;74(9):ftw106. doi: 10.1093/femspd/ftw106. Epub 2016 Nov 3. PMID: 27815313; PMCID: PMC5975229.
4. Evans SS, Repasky EA, Fisher DT. Fever and the thermal regulation of immunity: the immune system feels the heat. *Nat Rev Immunol*. 2015 Jun;15(6):335-49. doi: 10.1038/nri3843. Epub 2015 May 15. PMID: 25976513; PMCID: PMC4786079.
5. Diasso PDK, Birke H, Nielsen SD, Main KM, Højsted J, Sjøgren P, Kurita GP. The effects of long-term opioid treatment on the immune system in chronic non-cancer pain patients: A systematic review. *Eur J Pain*. 2020 Mar;24(3):481-496. doi: 10.1002/ejp.1506. Epub 2019 Dec 4. PMID: 31705699.