

Documento técnico

Manejo en urgencias de pacientes con sospecha de COVID-19

Versión de 19 de febrero de 2020



Las recomendaciones incluidas en el presente documento están en continua revisión y serán modificadas si la situación epidemiológica así lo requiriese.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

COORDINACIÓN

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

HAN PARTICIPADO EN LA REDACCIÓN:

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Juan González del Castillo. Fernando Ayuso Baptista. Guillermina Bejarano Redondo. Francisco Javier Candel. Miguel Garvi García. Esther Gorjón Peramato. Agustín Julián Jiménez. Ferrán Llopis Roca. Cristina López Paredes. Alejandro Martín Quirós. Mar Ortega Romero. Belén Rodríguez Miranda. Martín Ruiz Grinspan. Raúl Sánchez Bermejo. Rodrigo Sanz Lorente. Beatriz Valle Borrego. Andrés von Wernitz Teleki. Juan González del Castillo.

Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Francisco Epelde Gonzalo.

Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE) / Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería (UESCE). Carlos Torralba Ruiz.

Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo (AET). Ana Guerra Cuesta. Alicia Chanca Diaz

Asociación Española de Enfermería de Prevención y Control de Infecciones (AEEPycI). Inmaculada Fernández Moreno. Luisa Rodríguez Navas.

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). David Peña Otero.

REVISIÓN

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM). Juan Martínez Martínez.

Consejo General de Enfermería (CGE). Guadalupe Fontán Vinagre.

Contenido:

| | |
|---|----|
| 1. Introducción | 5 |
| 2. Herramientas de triaje | 5 |
| 3. Identificar el caso en investigación | 6 |
| 3.1. En el servicio de admisión | 6 |
| 3.2. En el triaje..... | 7 |
| 3.3. En el circuito de aislamiento | 7 |
| 4. Equipo de protección individual..... | 7 |
| 5. Procedimiento diagnóstico | 8 |
| 6. Tratamiento en urgencias | 9 |
| 6. Limpieza, desinfección y gestión de residuos del cuarto de aislamiento | 10 |
| 8. Traslado del paciente en la urgencia extrahospitalaria | 10 |
| 9. Referencias..... | 10 |
| 10. Algoritmo de notificación..... | 12 |
| 11. Resumen de la enfermedad | 13 |

1. Introducción

El 31 de diciembre de 2019 las Autoridades de la República Popular China, comunicaron a la OMS varios casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan, una ciudad situada en la provincia china de Hubei. Una semana más tarde confirmaron que se trataba de un nuevo coronavirus que ha sido denominado SARS-CoV-2. Al igual que otros de la familia de los coronavirus, este virus causa diversas manifestaciones clínicas englobadas bajo el término COVID-19, que incluyen cuadros respiratorios que varían desde el resfriado común hasta cuadros de neumonía grave con síndrome de distrés respiratorio, shock séptico y fallo multi-orgánico. La mayoría de los casos de COVID-19 notificados hasta el momento debutan con cuadros leves.

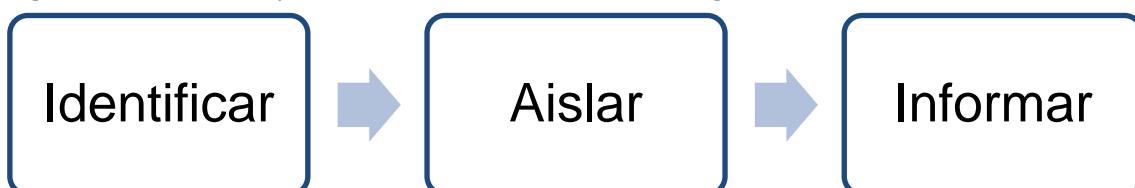
Ante la posibilidad de aparición de un caso en nuestro país, una de las puertas de entrada al sistema sanitario de los casos de COVID-19 sería la urgencia hospitalaria. En el ámbito de alta demanda asistencial en la que se encuentran los Servicios de Urgencias (SU), el triaje tiene como objetivo identificar y priorizar al paciente más grave. Al tratarse de una enfermedad transmisible se deben extremar las medidas de precaución.

2. Herramientas de triaje

Los casos de COVID-19 pueden presentarse con distintos niveles de gravedad y, en muchos casos, no precisarían ser atendidos con prioridad alta. En el triaje, la toma de los 4 signos vitales tradicionales (temperatura, presión arterial, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria) puede suponer un riesgo de transmisión para el personal sanitario y el público en general. La evaluación clásica en el ámbito de Urgencias de “ABCDE” también plantea problemas al emplazarse la “E” de exposición en el último lugar.

En la literatura existen diversas propuestas de abordaje como son “constante vital 0” o “herramienta de detección en triaje: Identificar – Aislar – Informar”. La “constante vital 0” hace referencia a la necesidad de realizar una rápida detección de situaciones de riesgo epidémico antes de pasar a la toma de los signos vitales en el triaje. La “herramienta de detección en triaje: Identificar – Aislar – Informar” aporta un enfoque rápido en cuanto a cómo manejar desde triaje estos casos. **Se propone esta última como la herramienta de detección para infección por virus SARS-CoV-2 en los SU.**

Figura 1. Herramienta para la detección de casos en investigación de COVID-19 en los SU.



3. Identificar el caso en investigación

La definición de caso puede ser modificada por lo que se recomienda siempre revisar la última versión disponible en la web del Ministerio de Sanidad:

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/>



QR al procedimiento

El procedimiento de identificación debería comenzar en el primer contacto con los pacientes que acuden a los SU. En función de las características de los diferentes SU esto puede ocurrir en la zona administrativa del Servicio de Admisión o en el triaje.

Como consideraciones generales se recomienda la publicación de información visual (carteles, folletos, etc.) en lugares estratégicos para proporcionar a los pacientes las instrucciones sobre higiene de manos, higiene respiratoria y tos. Asimismo, se recomienda disponer de dispensadores con solución hidroalcohólica al alcance de los pacientes y el personal y ofrecer mascarillas quirúrgicas a aquellos que acudan al centro sanitario con síntomas de infección respiratoria aguda.

3.1. En el servicio de admisión

Si el primer contacto se produce en el Servicio de Admisión, y considerando que se trata de personal no sanitario, las preguntas se limitarán al criterio epidemiológico con cuestiones del tipo “¿Ha realizado algún viaje en las últimas dos semanas?” o “¿En qué países ha estado?” tras averiguar el motivo de consulta del paciente.

Si el criterio epidemiológico es positivo, se le invitará al paciente a que se coloque una mascarilla tipo quirúrgica. Se derivará al paciente al circuito de aislamiento con el fin de evitar el contacto con las personas que están siendo atendidas en el circuito convencional, evitando su exposición innecesaria. El personal que le traslade hasta al circuito de aislamiento llevará una mascarilla quirúrgica y guantes.

Una vez en el circuito de aislamiento el personal sanitario puede completar el triaje y la anamnesis para verificar que el paciente cumple los criterios epidemiológicos y clínicos.

3.2. En el triaje

A diferencia del caso previo, dado que el triaje está realizado por personal sanitario, la identificación debe ser completa y basada tanto en la definición epidemiológica como clínica indagando sobre la presencia de síntomas de infección viral o síntomas respiratorios y viajes recientes a zonas de riesgo o contacto con casos de COVID-19. Si el caso es detectado en el triaje, se invitará al paciente a que se coloque una mascarilla tipo quirúrgica y pasará en ese momento al circuito de aislamiento del SU.

Una vez el paciente se encuentra en el circuito de aislamiento, se realizará una anamnesis poniendo especial hincapié en la valoración clínica y la historia epidemiológica (fechas concretas, exposiciones de riesgo, etc.). Si el paciente cumple criterios de “caso en investigación”, se comunicará a Salud Pública de la comunidad autónoma correspondiente. Si Salud Pública determina que el caso no pasa a ser investigado, el paciente debe ser regresar al circuito convencional, siempre cumpliendo con las precauciones estándar que incluye medidas como la higiene de manos.

3.3. En el circuito de aislamiento

Cada hospital deberá establecer su propio procedimiento específico de aislamiento. Así mismo es recomendable el establecimiento de un circuito de evacuación del material utilizado que pueda generarse en la dicha zona.

Al circuito de aislamiento no deberán pasar los familiares o acompañantes del paciente, que serán informados del procedimiento a seguir. En los casos de menores o pacientes que requieran acompañamiento, el paciente tendrá derecho a dicho acompañamiento y deberán adoptarse las medidas necesarias para su protección mediante la utilización de equipos de protección individual adecuados, tal y como se recogen en el punto 4 de este documento.

Se debe establecer un registro de las personas que entran en la habitación, así como de las actividades realizadas en cada acceso y de los incidentes o accidentes que concurran en las mismas. Además, se elaborará un listado de las personas que han estado en contacto con el paciente.

4. Equipo de protección individual

De forma general, los casos en investigación deberán mantenerse en aislamiento de contacto y por gotas. Se cumplirá una estricta higiene de manos antes y después del contacto con el paciente y de la retirada del equipo de protección individual.

El personal que acompañe al paciente hasta la zona de aislamiento llevará mascarilla de tipo quirúrgica y guantes.

El personal que tome las muestras clínicas, atienda a casos en investigación, probables o confirmados o las personas que entren en la habitación de aislamiento (ej.: familiares, personal de limpieza...) deberán llevar un equipo de protección individual para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto que incluya **bata resistente a líquidos, mascarilla, guantes y protección ocular anti salpicaduras**. Aunque por el momento no existe evidencia de transmisión aérea se recomienda como medida de precaución la utilización de mascarilla con una eficacia de filtración equivalente a FFP2.

En las situaciones en las que se prevea la generación de aerosoles, que incluyen cualquier procedimiento sobre la vía aérea, como la intubación traqueal, el lavado bronco-alveolar, o la ventilación manual, se recomienda habitación con presión negativa. Se deberá reducir al mínimo el número de personas en la habitación y el personal que esté presente deberá llevar:

- Una mascarilla de alta eficacia FFP2 o preferiblemente FFP3 si hay disponibilidad.
- Protección ocular ajustada de montura integral o protector facial completo.
- Guantes
- Batas impermeables de manga larga (si la bata no es impermeable y se prevé que se produzcan salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales, añadir un delantal de plástico).

5. Procedimiento diagnóstico

En caso de que Salud Pública determine que el caso deba investigarse, es necesaria la toma de las siguientes muestras:

- Tracto respiratorio superior: exudado nasofaríngeo/orofaríngeo.
- Tracto respiratorio inferior: esputo (si es posible) o aspirado endotraqueal, especialmente en pacientes con enfermedad respiratoria grave.

Si un paciente no tiene signos o síntomas de infección del tracto respiratorio inferior o si la toma de muestras del tracto respiratorio inferior está clínicamente indicada, pero no es posible su recolección, se podrá optar por estudiar sólo las muestras respiratorias de tracto superior.

Si las pruebas iniciales son negativas en un paciente con una alta sospecha clínica y epidemiológica (especialmente cuando solo se han recogido muestras de tracto respiratorio superior o la muestra recogida inicialmente no estaba tomada adecuadamente) se repetirá el diagnóstico con nuevas muestras del tracto respiratorio.

Al paciente se le podrá canalizar una vía venosa periférica o tomar las muestras que se consideren necesarias con equipo de protección individual adecuado (ver punto 4).

En el interior del hospital, el manejo tanto de las muestras respiratorias obtenidas como de las muestras para analíticas de rutina en el laboratorio (por ejemplo, hemograma, bioquímica u orina) se realizará de la forma habitual, aplicando las precauciones estándar.

Las muestras clínicas que se envíen fuera del hospital deberán ser tratadas como potencialmente infecciosas y se considerarán de categoría B (deben ser transportadas en triple embalaje según la norma UN3373).

Si al paciente es preciso realizarle una radiografía de tórax se utilizará un aparato portátil para evitar traslados. El aparato deberá estar protegido por plásticos desechables y lavado posteriormente con un desinfectante aprobado para superficies en el centro.

6. Tratamiento en urgencias

Las medidas terapéuticas iniciales a instaurar dependerán en gran medida de la estratificación en cuanto a la gravedad clínica del paciente, por lo que resulta obligado observar si el paciente presenta criterios de gravedad como insuficiencia respiratoria o un qSOFA ≥ 2 .

Se recomienda la administración de broncodilatadores en cartucho presurizado asociado a cámara espaciadora para evitar la generación de aerosoles. En caso de emplear broncodilatadores en aerosol se recomienda una habitación con presión negativa.

No deben administrarse de forma rutinaria corticoides sistémicos para el tratamiento de la neumonía viral a no ser que éstos estén indicados por alguna otra razón.

Siempre que exista disponibilidad en el centro hospitalario, en pacientes con insuficiencia respiratoria o shock deberá iniciarse oxigenoterapia suplementaria con una mascarilla con filtro de exhalado, si es posible, ajustando el flujo hasta alcanzar una saturación de oxígeno capilar adecuada a la edad y estado del paciente. En el caso de shock séptico deberá administrarse antibioterapia de manera precoz. Si el paciente presenta criterios de gravedad se valorará la necesidad de ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Deberá realizarse un manejo conservador de la fluidoterapia en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda grave cuando no existe evidencia de shock, ya que una reanimación agresiva con fluidos podría empeorar la oxigenación.

Resulta muy importante valorar en el diagnóstico diferencial otras posibles etiologías frecuentes que justifiquen el cuadro clínico del paciente. En este sentido, deberá valorarse el inicio del tratamiento para la gripe estacional o para una infección respiratoria de origen bacteriano en función de la sospecha clínica o la gravedad del paciente.

Por último, deberá tenerse en cuenta la comorbilidad del paciente a fin de evaluar si es preciso su tratamiento durante la estancia en Urgencias y conciliar la medicación.

6. Limpieza, desinfección y gestión de residuos del cuarto de aislamiento

Tras el abandono del paciente del circuito de aislamiento se deberá proceder a la limpieza de superficies, mobiliario no metálico y exterior de contenedores de residuos con lejía (1000 ppm de cloro activo. Dilución 1:50 de lejía 40-50 gr/litro preparada en el momento más próximo a realizar la limpieza).

La limpieza de mobiliario metálico, debido al efecto corrosivo de la lejía, se realizará preferentemente con toallitas desinfectantes o en su defecto con el desinfectante de superficies disponible en el hospital. Todo el material desechable que quedó dentro de la habitación (jabón, papel, guantes, etc.) incluso aunque no se haya abierto, debe ser desechado. El personal de limpieza deberá utilizar el mismo EPI recomendado para los trabajadores sanitarios.

Mientras dure el aislamiento, los residuos se consideran residuos de Clase III o como residuos Biosanitarios Especiales (se considerarán como residuo Biosanitario Especial del Grupo 3, similar a la tuberculosis). Si el caso es descartado los residuos se tratarán de la forma habitual.

8. Traslado del paciente en la urgencia extrahospitalaria

El transporte del paciente se realizará en una ambulancia con la cabina del conductor físicamente separada del área de transporte del paciente. El personal que intervenga en el transporte deberá ser informado previamente y deberá utilizar el Equipo de Protección Individual adecuado (bata resistente a líquidos, mascarilla FFP2, guantes y protección ocular anti salpicaduras). Una vez finalizado el transporte se procederá a la desinfección del vehículo y a la gestión de los residuos producidos.

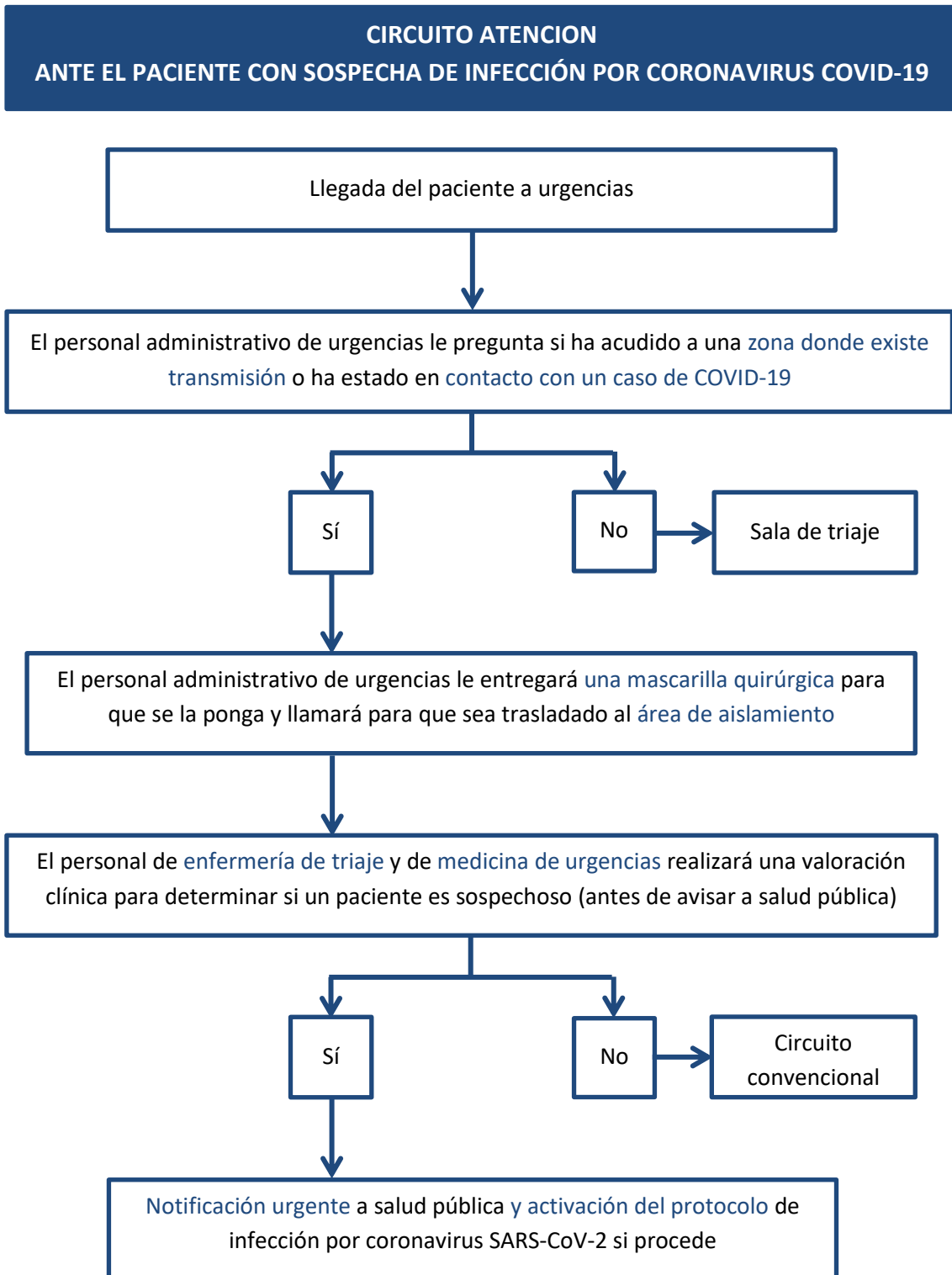
Se deberá seguir los protocolos de descontaminación, mantenimiento y eliminación de residuos utilizados para otro tipo de microorganismos con el riesgo de propagación y mecanismo de transmisión similar. El interior del vehículo será limpiado posteriormente con una solución de hipoclorito al 1% o del desinfectante aprobado para superficies en el centro y se desechará en el contenedor apropiado el material de un solo uso no tributario de descontaminación.

9. Referencias

1. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Recomendaciones de actuación ante la sospecha de infección por virus de alto riesgo DE SEMES-MADRID. Versión 5.2 de Abril de 2018.
2. Ministerio de Sanidad. Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (2019-nCoV). Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Dirección general de Salud Pública. Versión del 30 de Enero de 2020.

3. Ministerio de Sanidad. Informe de la dirección general de cartera básica de servicios del SNS y farmacia sobre el tratamiento de la infección por coronavirus (2019-ncov).
4. World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>
5. World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Disponible en: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
6. Imperial College London. MRC Centre for Global Infectious Disease Analysis. Disponible en: <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/news--wuhan-coronavirus/>
7. Centers for Disease Control and Prevention. Interim Laboratory Biosafety Guidelines for Handling and Processing Specimens Associated with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/lab-biosafety-guidelines.html>
8. Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and its inactivation with biocidal agents. J Hosp Infect. 2020 Feb 6. doi: 10.1016/j.jhin.2020.01.022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32035997>
9. Organización Panamericana de la Salud. Prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud. OPS: Washington D. C.; 2017. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=guias-5603&alias=47902-recomendaciones-basicas-para-la-prevencion-y-control-de-infecciones-asociadas-a-la-atencion-de-la-salud-1&Itemid=270&lang=es

10. Algoritmo de notificación



11. Resumen de la enfermedad

| Identificar | | |
|---------------------------|---|---|
| Exposición | | Signos y síntomas ² |
| Incubación | 2 a 14 días | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infección respiratoria aguda ▪ Fiebre ▪ Disnea ▪ Tos ▪ Malestar general ▪ Neumonía |
| Zona endémica | Provincia de Hubei ¹ | |
| Transmisión | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contacto directo con secreciones ▪ Gotas respiratorias de más de 5 micras ▪ Fómites | |
| Tipo de exposición | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Viaje a zona con transmisión sostenida ▪ Contacto estrecho con un caso | |

¹ La zona endémica se amplía a toda China si el paciente presenta un cuadro respiratorio grave (distrés respiratorio agudo severo...) que requiera hospitalización.

² La mayoría de los casos presentan una enfermedad leve

Aislar

Antecedente epidemiológico en los últimos 14 días + fiebre o enfermedad respiratoria aguda o grave

Paciente con mascarilla quirúrgica en zona de aislamiento en habitación individual

Personal sanitario con equipo de protección individual: bata resistente a líquidos, guantes, protección ocular anti salpicaduras y mascarilla con una eficacia de filtración equivalente a FFP2

En **procedimientos que generen aerosoles**: mascarilla con una eficacia de filtración equivalente a FFP2, preferiblemente FFP3, protección ocular ajustada de montura integral o protector facial completo, guantes, bata impermeable de manga larga. Si la bata no es impermeable y se prevé que se produzcan salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales añadir un delantal de plástico

Informar

Avisar a Salud Pública ante un paciente que cumpla criterio epidemiológico + criterio clínico