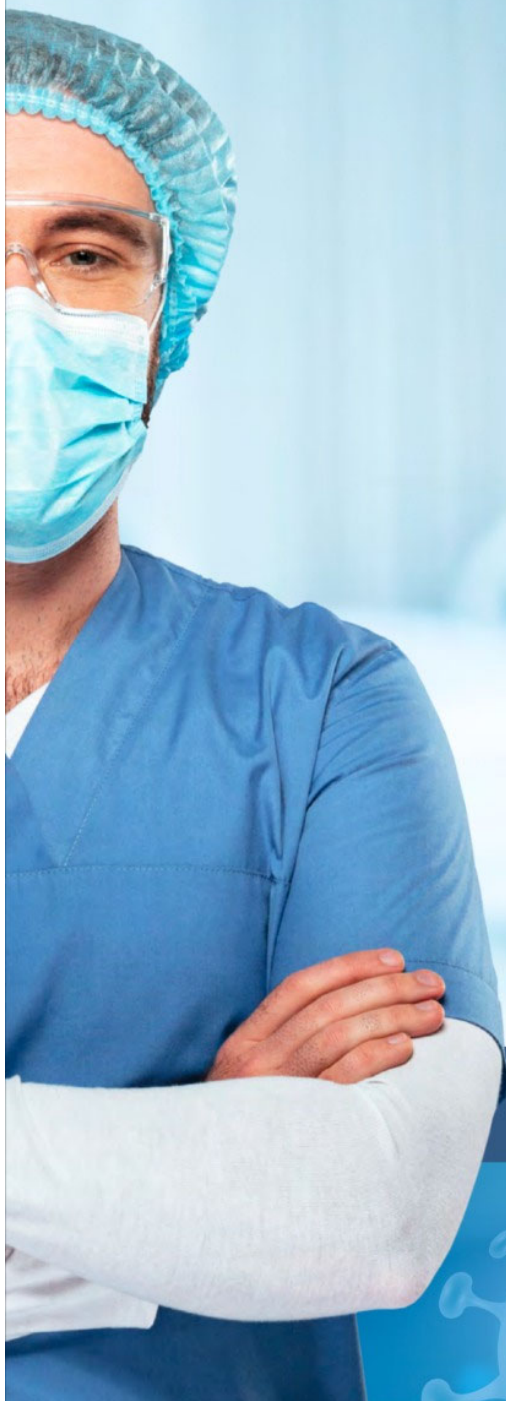




SOCHIQUEM
Sociedad Chilena de Quemaduras



RECOMENDACIONES EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON QUEMADURAS

DURANTE PANDEMIA COVID - 19



**RECOMENDACIONES EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON
QUEMADURAS DURANTE LA PANDEMIA COVID - 19**

SOCIEDAD CHILENA DE QUEMADURAS

SOCHIQUEM

1. José Luis Piñeros Barragán.
2. María Elsa Calderón G.
3. Carolina Soto D.
4. María Dora Espinosa G.
5. Carolina Correa V.
6. Carlos Segovia Donoso.
7. Emilio González R.
8. Axel Pávez Reyes.
9. María Isabel Meneses Díaz.
10. Ximena Diaz Ramírez.
11. Nasly Biryed Flórez Flórez.
12. Nancy Droguett Jorquera.
13. Denisse Teillery B.
14. Carmen Gloria Carbonell.

RESUMEN

Estamos enfrentando una pandemia, que ha tenido una tremenda repercusión en todos los aspectos y a nosotros directamente en la atenciones de salud a nivel mundial y por su puesto en Chile, nuestro primer caso fue diagnosticado el 03 de marzo, y se declaró pandemia a nivel mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo, y a nivel nacional se decretó estado de catástrofe desde el 18 de marzo, por un periodo de 90 días, con lo cual ha permitido al estado tomar medidas sanitarias para hacer frente a la pandemia y por otra parte nos ha enfrentado y obligado como equipos multi e interdisciplinarios tomar medidas y aplicar modificaciones sobre la marcha, en la atención de nuestros pacientes. Y más aún no sabemos cuál será la repercusión definitiva en los diferentes aspectos que nos vemos afectados.

La Sociedad Chilena de Quemaduras (SOCHIQUEM), la cual es Multiprofesional e interdisciplinaria en su funcionamiento ha querido, establecer normas de recomendación para el manejo de pacientes con quemaduras con diagnóstico o sospecha de ser portador del virus SARS- Cov 2 y por tanto padecer la enfermedad de COVID-19.

Es de conocimiento de todos que a diario van apareciendo más evidencia científica por lo que es muy posible, que lo que hoy estemos recomendando por lo mismo variable del comportamiento del virus y de la pandemia, más adelante sea contraindicado o relativamente recomendado, por otra parte, viendo nuestra realidad chilena y Latinoamericana en muchas ocasiones, lamentablemente estaremos en frente de la medicina basada en la Existencias.

ABSTRACT

We are facing a pandemic, which has had a tremendous impact in all aspects and to us directly in health care worldwide and, of course, in Chile, our first case was diagnosed on March 3, and it was declared a global pandemic. by the World Health Organization (WHO) on March 11, and a national state of catastrophe was decreed since March 18, for a period of 90 days, which has allowed the state to take sanitary measures to deal with the pandemic and on the other hand we have been confronted and forced as multi and interdisciplinary teams to take measures and apply modifications on the fly, in the care of our patients. And

even more, we do not know what the final impact will be on the different aspects that we are affected by.

The Chilean Burns Society (SOCHIQUEM), which is multiprofessional and interdisciplinary in its operation, has wanted to establish standards of recommendation for the management of patients with burns diagnosed or suspected of being a carrier of the SARS-Cov 2 virus and therefore suffering from COVID-19 disease.

It is everyone's knowledge that more scientific evidence is appearing daily, making it very possible, that what we are recommending today for the same variable of the behavior of the virus and the pandemic, later on is contraindicated or relatively recommended, on the other hand seeing our Chilean and Latin American reality on many occasions, unfortunately we will be in front of the medicine based on the Stocks.

1. Cirujano Plástico, Departamento de Cirugía Plástica y Quemados, (CPQ – HT), Hospital del Trabajador, Santiago de Chile.
2. Cirujano Plástico, Jefe del Servicio de Quemados del Hospital de la Asistencia Pública (HUAP), Santiago de Chile.
3. Cirujano Plástico, Servicio de Quemados del Hospital de la Asistencia Pública (HUAP), Santiago de Chile.
4. Cirujano Plástico Infantil, Corporación ayuda al niño Quemado (COANIQUEM), Santiago de Chile.
5. Cirujano Plástico, Infantil, Servicio de Quemados Hospital Roberto del Río, Santiago de Chile.
6. Enfermero Universitario, Unidad Cuidados Intensivos de la Unidad de Quemados del Hospital de la Mutual, Santiago de Chile.
7. Kinesiólogo, UCI Unidad de Quemados Hospital de Urgencias Asistencia Pública (HUAP), Santiago de Chile.
8. Fonoaudiólogo, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Santiago de Chile.
9. Terapeuta Ocupacional, Jefe de Sección de Terapia Ocupacional del Servicio de Rehabilitación del Hospital del Trabajador, Santiago de Chile.
10. Terapeuta Ocupacional, Sección de Terapia Ocupacional del Servicio de Rehabilitación del Hospital del Trabajador, Santiago de Chile.
11. Terapeuta Ocupacional, Hospital del Urgencias Asistencia Publica HUAP, Santiago de Chile.
12. Trabajadora Social, Jefa del Departamento de Acción Social del Hospital del Trabajador; Santiago de Chile.
13. Psicóloga de Enlace Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Santiago de Chile.
14. Psicóloga, Coordinadora del Servicio de psiquiatría y psicología del Hospital del Trabajador, Santiago de Chile.

Keywords: COVID-19; sars-cov-2; burns; protocol.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún interés financiero relacionado con el contenido de este artículo.

Financiación: No hubo fuentes externas de financiación para este trabajo.

INTRODUCCIÓN

Un caso de neumonía de origen desconocido fue identificado en Wuhan capital de la provincia de Hubei, en China, en diciembre de 2019. Esta nueva amenaza fue categorizada como emergencia de salud pública de interés internacional por la (OMS) el 30 de marzo de 2020. La OMS estableció un nombre para el virus (SARS-Cov-2) y para la enfermedad ocasionada por este coronavirus (COVID-19) (1). Desde entonces, el patógeno se ha diseminado rápidamente por todo el mundo, llegando a declararse como pandemia global el 11 de marzo de 2020. Desde entonces, hasta el momento de la elaboración de estas recomendaciones ha habido cerca de 4.7 millones de casos diagnosticados por todo el mundo, y más de 315 mil muertes asociadas a esta causa. A nivel nacional 46.059 casos y de ellos 478 muertes con una tasa de letalidad de 1,2%. De hecho, estamos seguros que el número de contagiados y de fallecidos seguirá incrementándose, según la realidad de cada país y región.

Esta nueva enfermedad contagiosa supone un reto para la salud pública y los sistemas sanitarios de todos los países. Por este motivo, en distintas regiones, se han llevado a cabo medidas excepcionales como el confinamiento domiciliario, limitando las reuniones sociales, cerrando espacios públicos considerados no esenciales, llegando a la imposición de cuarentenas. Y en nuestro país se está implementando medidas sanitarias como cuarentena total, selectiva, y cordones sanitarios.

Desde la aparición de esta nueva patología, se ha llevado a cabo una reorganización urgente de los sistemas sanitarios, en un esfuerzo por enfrentarla. Por lo que nuestro objetivo es cumplir con la obligación establecida en nuestros estatutos societarios de la SOCHIQUEM, emitir este conjunto de normas de recomendación en el manejo de pacientes con quemaduras y portadoras del Virus SARS Cov 2 y/o paciente sospechoso de ser portador del COVID-19.

Para ello contamos con la participación de un grupo de profesionales de diferentes centros hospitalarios y unidades de quemaduras a nivel nacional en el ámbito de adultos e infantil. Y esperamos que sea un aporte en nuestro diario trajinar con nuestros pacientes en el ámbito ambulatorio y/o hospitalizado y que sirva como una fuente de información que nos permita el tratamiento de nuestros pacientes y además la protección del equipo de salud.

En nuestra realidad actual en múltiples instituciones, los procedimientos quirúrgicos se han limitado, restringiéndolos a casos urgentes, como traumatismos, infecciones, y enfermedades malignas. Por lo tanto, las cirugías electivas, y las consultas no urgentes han sido diferidas.

SELECCIÓN Y CORRECTO USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PEROSONAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR CIRUS SARS-COV-2

Entregamos en concordancia con las publicaciones y las recomendaciones internacionales de preparación y respuesta ante la emergencia de salud pública de importancia internacional por SARSCoV-2; para dar a conocer las medidas de prevención y control de infecciones para disminuir el riesgo de transmisión de virus respiratorios emergentes durante las distintas atenciones que se deben realizar a los pacientes quemados, sean adultos, pediátricos, en los distintos niveles de atención. Para lograr el criterio de los elementos de protección personal a utilizar, debemos comprender cuál es el mecanismo de transmisión de esta enfermedad.

Debemos saber que el uso constante de equipos de protección personal (EPP) de cuerpo completo puede disminuir el riesgo de infección para los trabajadores de la salud. Las normas EN (europeas) e ISO (internacionales) para los equipos de protección y la permeabilidad de los tejidos a los virus son útiles para determinar qué EPP debería proteger técnicamente lo suficiente contra enfermedades altamente infecciosas. Sin embargo, el riesgo de contaminación depende de algo más que estos factores técnicos.

Para elegir entre los tipos de EPP, existe evidencia de certeza muy baja, basada en estudios de simulación de exposición única. Cubrir más partes del cuerpo conduce a una mejor protección, pero debemos considerar la técnica de ponerse, retirar y la comodidad del personal de salud, los cuales son puntos críticos que puede conducir a una mayor contaminación. Un respirador eléctrico purificador de aire (PAPR) con capucha puede proteger mejor que una máscara N95 con una bata, pero es más difícil de poner. Una bata larga puede brindar mayor protección y es más fácil de retirar. Los overoles pueden ser más difíciles de retirar.

Para diferentes procedimientos de colocar y quitar los EPP, existe evidencia de muy baja certeza sobre la utilización de guantes dobles, como parte del EPP.

Proporcionar al personal de salud instrucciones habladas durante la colocación y la retirada de los EPP pueden reducir el riesgo de contaminación. La desinfección adicional de los

guantes con lejía o amonio cuaternario puede disminuir la contaminación de las manos, pero no el desinfectante a base de alcohol.

En lo que corresponde a la formación del personal de salud en los EPP se sugiere entrenamiento más activo que incluya vídeos, simulaciones e instrucciones directas y habladas.

Mecanismo de transmisión del SARS Cov 2:

En toda enfermedad contagiosa, hemos de conocer su forma de transmisión. En el caso de la transmisión del SARS-CoV-2, el virus se encuentra en las gotículas respiratorias (diámetro $\geq 5\text{-}10\ \mu\text{m}$) que salen de la boca o nariz al toser o estornudar, incluso al hablar, de un paciente infectado (con o sin síntomas). Si esos virus llegan a las mucosas (boca o nariz) o conjuntiva (ojos) de una persona, ésta puede infectarse. La transmisión de la infección puede ser por:

- Transmisión directa: al estar en contacto estrecho (menos de 1 metro) con un paciente infectado y dichas gotículas respiratorias alcancen las mucosas. Por esto es el aislamiento por gotas.
- Transmisión indirecta por fómites: estas gotículas con carga viral pueden estar en superficies u objetos (desde horas hasta días, dependiendo del material), y si los toca una persona y luego se toca la cara, corre riesgo de infectarse. Por esto es el aislamiento de contacto.
- Transmisión aérea: puede haber, en circunstancias y lugares específicos en que se efectúan procedimientos o se administran tratamientos que pueden generar aerosoles (núcleos goticulares con diámetro $< 5\ \mu\text{m}$, que pueden permanecer en el aire durante periodos prolongados y llegar a personas que se encuentren a más de un metro de distancia), por lo tanto, los elementos de protección personal deberán ser diferentes. Las técnicas que pueden generar aerosoles son:
 - Administración de un fármaco por nebulización.
 - Intubación endotraqueal.
 - Aspiración abierta.
 - Broncoscopia.
 - Ventilación manual antes de la intubación.

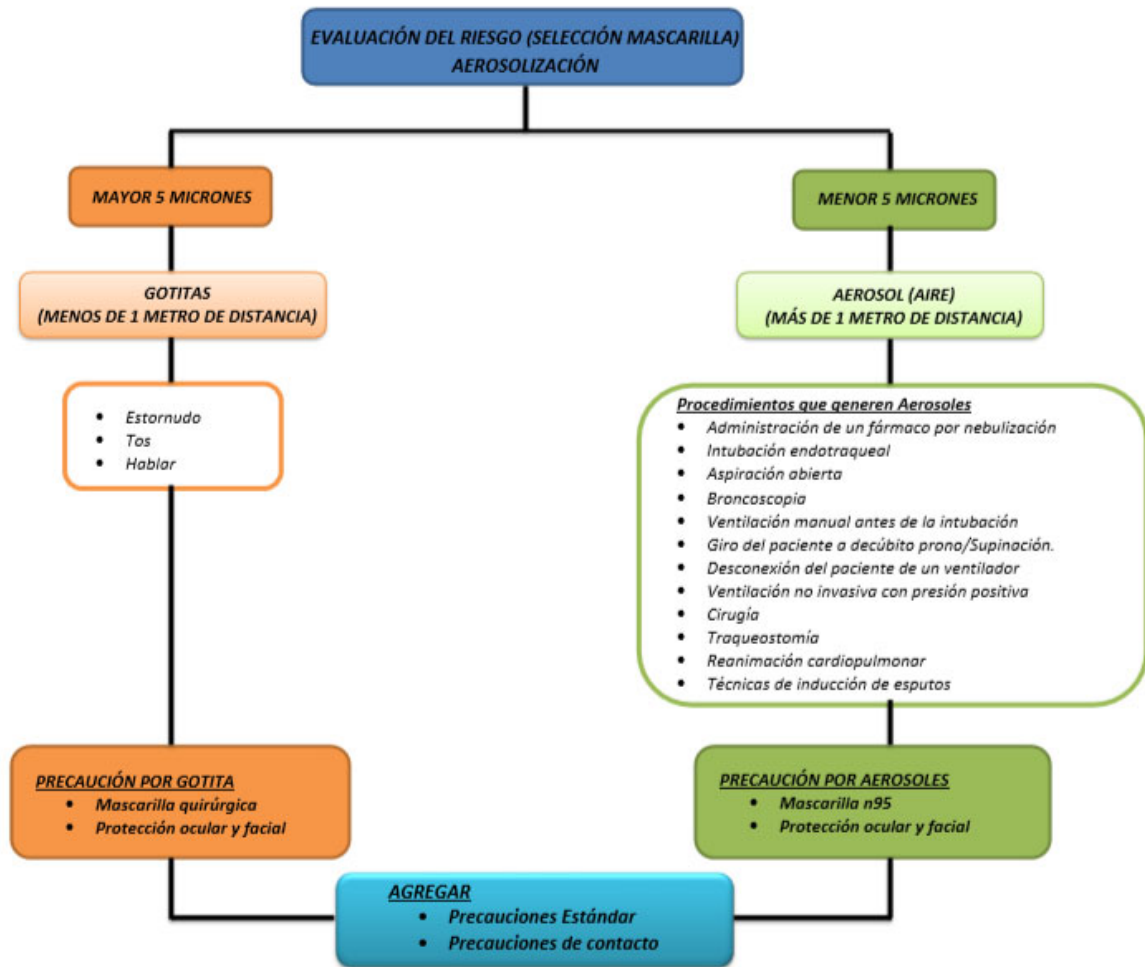
- Giro del paciente a decúbito prono.
- Desconexión del paciente de un ventilador.
- Ventilación no invasiva con presión positiva.
- Cirugía.
- Traqueostomía.
- Reanimación cardiopulmonar.
- Técnicas de inducción de esputos.

Selección de elementos de protección personal (EPP) para utilizar

El tipo del EPP a utilizar dependerá de las actividades o atenciones que se desarrollarán con el paciente sospechoso o confirmado, competencias previamente demostradas en su uso y valoración del riesgo que realice el personal de salud.

En una revisión sistemática de Cochrane nos indica algunos puntos de tener en cuenta al elegir y utilizar los elementos de protección personal:

1. Cubrir más del cuerpo conduce a una mejor protección.
2. Una mayor dificultad para ponerse y especialmente retirarse el EPP, puede llevar a una mayor contaminación.
3. El EPP menos cómodo puede conducir a una mayor contaminación.
4. Los overoles son los EPP más difíciles de quitar, pero pueden ofrecer la mejor protección, seguidos de batas y delantales.
5. Los respiradores usados con overoles pueden proteger mejor que una máscara usada con una bata, pero son más difíciles de retirar por lo que puede llevar a mayor contaminación.
6. Los tipos de EPP más transpirables pueden conducir a niveles mayores de contaminación.



Los elementos de protección personal (EPP) CONSIDERA:

1. **Delantal impermeable:** de manga larga, de apertura posterior, evitar el uso de overol. (se ha demostrado que el retiro de este presenta mayor riesgo de contaminación cruzada al momento de su retiro), Bata/delantal con apertura posterior, de largo al menos hasta las rodillas, impermeable y desechable, pueden tener gancho incorporado en la apertura del puño de la manga para el pulgar.
2. **Guantes:** de látex o nitrilo impermeables que cubran el puño.

3. **Mascarilla quirúrgica:** de preferencia preformadas que no se colapsen sobre la boca. Las mascarillas deben cambiarse cada vez que estén visiblemente sucias o se perciban húmedas, utilizar a más de 1 metro de distancia y en procedimientos que no generen aerosol.

4. **Mascarilla N95, FFP2 o equivalente:** se debe utilizar para procedimientos generadores de aerosoles. Las mascarillas y respiradores se eliminarán (se sugiere mantener reutilización según la contingencia y las sugerencias del fabricante).

5. **Protección ocular, antiparras o escudo facial:** antiparras de material impermeable, que no se empañe, que cubren los ojos y las áreas circundantes alrededor del marco de las antiparras. Deben permitir el uso de lentes ópticos y ser retirados sin remover los lentes ópticos. Los escudos faciales impermeables, que no se empañan, cubiertos en la frente y costados y que alcancen hasta el mentón, pueden reemplazar el uso de antiparras. Los lentes ópticos no reemplazan el uso de antiparras o escudos faciales. Al retirar se sugiere cerrar los ojos. Considerar una vez terminada la utilización de estos, deberán ser lavados y luego desinfectados con alcohol al 70% o según indicación local.

Elementos de protección según tipo de transmisión.

TRANSMISIÓN	PROTECCIÓN RESPIRATORIA	GUANTES	PECHERA	Antiparras/ Protección facial.	ELEMENTO DE USO POR PACIENTE
AEREA (*)	Mascarilla N95	SI	SI	SI	Mascarilla quirúrgica
GOTAS	Mascarilla Quirúrgica	SI	SI	SI	Mascarilla Quirúrgica
CONTACTO	NO	SI	SI	SI	

SECUENCIA DE COLOCACIÓN DE EPP

Paso 1	Retirar joyas relojes y otros ítems personales, incluidos los teléfonos celulares.
Paso 2	Realizar higiene de manos.
Paso 3	Colocar la bata/delantal impermeable: 1. Cubrir ambos brazos por completo e introduzca el dedo pulgar en la cinta ubicada en el extremo distal de las mangas (gancho) especialmente habilitada, si es que el modelo lo tiene, de modo de fijar la manga a la mano. 2. Anudar los lazos firmemente en la región posterior a la altura de la cintura, nunca en la región anterior.
Paso 4	Colocar la mascarilla: ajustando los lazos o elástico en la región occipital, asegurando que cubra nariz y boca, ajustando bien el ajuste al puente nasal, realizar prueba de fuga. <ul style="list-style-type: none"> • <u>Mascarilla quirúrgica</u> en caso de aislamiento por gotitas. • <u>Mascarilla N95 o FFP2</u>: Aislamiento aéreo o en procedimientos que generen aerosoles.
Paso 5	Colocar la protección ocular: antiparras o escudo facial: <u>Antiparras:</u> a. Colocar las antiparras sobre los ojos asegurando que no deje espacios abiertos en los bordes entre la piel de la cara y las antiparras mismas. b. Pasar la fijación de ésta (cinta, elástico, otra) hacia la región occipital. c. Asegurar que se produzca un ajuste cómodo. Si las antiparras se fijan a los lentes ópticos y éstos se salen al momento de sacarse las antiparras, debe preferirse el uso de escudos faciales. <u>Escudo Facial:</u> a. Colocar el escudo facial frente a la cara asegurando que no queden espacios abiertos entre la fijación a nivel de la frente. b. Utilizar el mecanismo de fijación de modo que quede firme y no se desplace, pero sin apretar demasiado para que se produzca un ajuste cómodo.

Paso 6	Colocar los guantes de nitrilo o látex, hasta los antebrazos para obtener el ajuste y que no se desplacen o se salgan. Considerar doble guante en caso de procedimientos que generen aerosoles.
-----------	--

SECUENCIA DE RETIRO DEL EPP

1. Para La retirada del equipo es fundamental hacerlo de una forma calmada, despacio evitando movimientos bruscos y bajo la supervisión de un compañero entrenado.
2. Realice la actividad en un sitio designado de bajo tránsito de personas inmediatamente después de terminar procedimiento. Este procedimiento debe ser alejado del área de circulación de otras personas y alejado por lo menos a más de 1 metro de distancia del paciente.
3. El retiro de mascarilla o respirador con filtro tipo N95, FFP2 o equivalente después de la ejecución de procedimientos generadores de aerosoles, se hará afuera de la unidad del paciente.
4. La zona de retiro del EPP contará con un recipiente de boca ancha para eliminar desechos y recubierto en su interior con una bolsa impermeable de desechos de acuerdo con la normativa del REAS (Residuos de Establecimientos de Atención de Salud).
5. Disponga en el sitio del retiro de un dispensador de solución antiséptica de alcohol para la higiene de manos u otra instalación para el lavado de manos habitual.
6. Si varias personas deben retirarse el EPP, el proceso se realizará de a uno por vez.

SECUENCIA DE RETIRO DE EPP

Paso 1	Retirar la pechera. Retirar la bata/delantal 1. Tomar la pechera a la altura de la cintura desde la cara que mira hacia el exterior y traccionarlo en forma firme y controlada hacia el frente hasta que se rompan los lazos y suéltelos libremente.
-----------	---

	<p>2. Repetir la maniobra anterior desde la parte superior (altura esternoclavicular) hacia adelante, hasta romper los lazos del cuello, tomar el delantal alejado del cuerpo por su cara externa enrollándolo de modo de siempre quedar enfrentando la cara interna (que estaba en contacto con el cuerpo).</p> <p>3. Dejar pechera envuelta con primer par de guantes, evitando contaminación.</p> <p>4. Desechar en contenedor de residuos.</p>
Paso 2	Realizar higiene de manos con solución de alcohol o con agua y jabón
Paso 3	<p>Retirar Antiparras con fijación elástica o amarras o escudo facial.</p> <p>1. Con una mano, tomar la fijación del escudo o antiparras en la región posterior de la cabeza y traccionar, alejándola hacia atrás.</p> <p>2. Mantener la tracción, desplazar la fijación por sobre la cabeza, con tensión suficiente para evitar tocar la cara y la mascarilla hasta sacarla. Durante el retiro de las antiparras mantenga sus ojos cerrados.</p> <p>3. Desechar en contenedor de residuos.</p>
Paso 4	<p>Retirar la mascarilla o el respirador (realizar fuera de la unidad del paciente)</p> <p>1. Con una mano, tomar la fijación de la mascarilla en la región posterior de la cabeza y traccionar, alejándola hacia atrás.</p> <p>2. Mantener esta tracción, desplazarla haciendo un arco por sobre el nivel de la cabeza, asegurando mantener la tensión suficiente para evitar tocar la cara hasta sacarla hacia el frente.</p> <p>3. Sin soltar las tiras de fijación o elástico, desechar en el contenedor de residuos.</p>
Paso 5	Realizar higiene de manos con solución de alcohol o con agua y jabón.

RECOMENDACIONES GENERALES:

Recomendaciones generales para consultas.

1. Mantener un número mínimo de personas en la sala de espera simultáneamente.
2. Disponer previamente en sala de espera, la distancia entre los pacientes para garantizar el distanciamiento físico (1 metro de distancia).
3. Entre consultas permitir la limpieza completa de la consulta mientras se ventila.

4. Previo a la consulta se debe preguntar presencia de síntomas de COVID-19, comorbilidades que aumentan el riesgo de enfermedad grave en caso de infección por COVID-19 y contacto con personas con diagnóstico confirmado o sospechado.
5. En presencia de síntomas o contacto sospechoso, la consulta debe posponerse.
6. Todos los profesionales deben usar una máscara quirúrgica, antiparras y protección facial.
7. Los pacientes podrán quitarse la máscara quirúrgica durante la consulta si esta necesidad está clínicamente justificada.
8. El paciente debe ingresar a la consulta con mascarilla e higienizar sus manos.
9. Debe existir una distancia mínima de 1 metro entre el escritorio del profesional y la silla del paciente.
10. Se recomienda desinfección y aireación entre paciente según protocolos locales.

Recomendaciones generales para curaciones:

1. Previo a la consulta se debe preguntar presencia de síntomas de COVID-19, comorbilidades que aumentan el riesgo de enfermedad grave en caso de infección por COVID-19 y contacto con personas con diagnóstico confirmado o sospechado. Considerar que la población pediátrica se ha comportado asintomática.
2. Procedimientos como curación de lesiones por quemaduras u otras lesiones, se puede realizar cumpliendo todas las medidas recomendadas de elementos de protección personal.
3. La sala de curación o unidad del paciente deberá mantener los elementos e insumos estrictamente necesarios para dichos procedimientos.
4. Los pacientes deben usar una máscara quirúrgica en todo momento, quitándose solo cuando sea esencial y reemplazándola después, si el paciente se encuentra sin mascarilla, solicítele su instalación.
5. El profesional ingresará a la sala de curación con los elementos de protección ya instalados.
6. Los profesionales de la salud deben usar una bata o bata desechable, dos pares de guantes, mascarilla (según evaluación de riesgo) durante el procedimiento. En casos con un mayor riesgo de aerosolización o proximidad a la vía aérea del paciente, deben usar mascarilla N95 y protección facial.

7. El material desechado depositarse en contenedores de acuerdo con las normas locales de manejo de REAS.

Recomendaciones generales para procedimientos quirúrgicos:

1. Los pacientes propuestos para cualquier intervención quirúrgica deben realizar la prueba de detección de infección por SARS-CoV-2, recolectando una muestra de exudado nasofaríngeo con un hisopo y analizándola por PCR. La prueba debe realizarse 48 horas antes de la cirugía.
2. La anestesia regional debe priorizarse siempre que sea posible.
3. Se debe evitar el uso de electrocauterización monopolar (riesgo de aerosolización).
4. El tiempo entre cirugías debe ser más largo de lo habitual, permitiendo tiempos de desinfección y descontaminación correctos para todas las superficies de contacto.
5. En caso de duda sobre cualquier procedimiento no urgente, se debe posponer hasta que haya información total que permita su desempeño consciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Prevención y control de infecciones (PCI) durante la atención médica cuando se sospecha una nueva infección por coronavirus (nCoV). Guía Provisional. 25 enero 2020.
2. WHO/2019-nCoV/IPC/v2020.2. 2. WHO. Asesoramiento sobre el uso de mascarillas en la comunidad durante la atención domiciliaria y en los centros de salud en el contexto del nuevo brote de coronavirus (2019nCoV). Guía Provisional. 29 enero 2020. WHO/2019-nCoV/IPC/v2020.2.
3. WHO. Cuidados en casa para pacientes con sospecha de infección por el nuevo coronavirus (2019-nCoV) con síntomas leves y manejo de contactos sin síntomas. Guía provisional. 20 enero 2020. WHO/nCov/IPC_HomeCare/2020.1.
4. <https://www.nhs.uk/conditions/wuhan-novel-coronavirus/> Consultado el 31 de enero 2020.
5. <https://apic.org/resources/topic-specific-infection-prevention/environmental-services/>. Consultado el 31 de enero 2020.
6. <https://apic.org/resources/topic-specific-infection-prevention/environmental-services/>
7. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. 2009 disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf;jsessionid=B5E85CDAC7AB12D2BB90BD570EB806C3?sequence=1
8. Lu C, Liu X, Jia Z. 2019-nCoV transmission through the ocular surface must not be ignored. *Lancet* [Internet]. 2020 [cited 2020 Feb 13]; 6736(20):30313. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30313-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30313-5)
9. Mahase E. Novel coronavirus: Australian GPs raise concerns about shortage of face masks. *BMJ* [Internet]. 2020 Feb 5 [cited 2020 Feb 13]; 368:m477. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32024636>.
10. Zhang Z, Li X, Zhang W, Shi Z-L, Zheng Z, Wang T. Clinical Features and Treatment of 2019nCoV Pneumonia Patients in Wuhan: Report of A Couple Cases. *Virol Sin* [Internet]. 2020 Feb 7 [cited 2020 Feb 13];1–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32034637>
11. Zhang N, Wang L, Deng X, Liang R, Su M, He C, et al. Recent advances in the detection of respiratory virus infection in humans [Internet]. Vol. 92, *Journal of Medical Virology*. John Wiley and Sons Inc.; 2020 [cited 2020 Mar 3]. p. 408–17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31944312>
12. Wu F, Zhao S, Yu B, Chen Y-M, Wang W, Song Z-G, et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature*. 2020 Feb 3; 579(7798):265–9.
13. Tran K, Cimon K, Severn M, Pessoa-Silva CL, Conly J. Aerosol Generating Procedures and Risk of Transmission of Acute Respiratory
14. Infections to Healthcare Workers: A Systematic Review. *PLoS One* [Internet]. 2012; 7(4):e35797. Disponible en: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0035797>.
15. World Health Organization. Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections in health care [Internet].
16. Organización Panamericana de la Salud. Prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud. Recomendaciones Básicas. 1st ed. Organización Panamericana de la Salud, editor. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2017. 1–153

RECOMENDACIONES PARA MANEJO PACIENTE QUEMADO ADULTO EN PANDEMIA CON COVID-19

En la población adulta podemos reconocer los siguientes escenarios posibles y sus recomendaciones:

1. Paciente con quemadura de manejo ambulatorio.
2. Paciente con quemadura no GES (Garantías Explicitas de Salud) que requiere manejo quirúrgico.
3. Paciente GES Gran Quemado.
 - 3.1 Manejo en hospital base hasta traslado.
 - 3.2 Manejo en Unidad de Quemados, centros de referencia.

1. Paciente adulto con quemadura de manejo ambulatorio

Recomendaciones generales para pacientes que consultan en urgencia o atención primaria

1. Triage basado en síntomas marcadores, temperatura, antecedentes de contacto estrecho con paciente COVID-19 positivo o cuarentena.
2. Ingreso a unidad de atención libre de COVID-19 o sospecha COVID-19 según disposición local.
3. Atención de paciente con EPP correspondiente a cada unidad: diagnóstico de localización, extensión y profundidad de la lesión.
4. Curación bajo técnica estéril, preferir apósitos primarios de larga duración que permitan realizarlas cada 4-5 días (membranas semiporosas, transparentes y/o semipermeables), apósitos secundarios, vendaje e inmovilización si corresponde.
5. Manejo del dolor con analgesia oral.
6. Control ambulatorio cada 4-5 días, evaluar evolución de la quemadura. Una quemadura de espesor parcial (dérmica, AB) sin complicación debería epidermizar en 14 a 21 días. Quemaduras que epidermizan sobre los 14 días desarrollan cicatrices hipertróficas en un 90%. Considerar la situación epidemiológica local, disponibilidad de realizar cirugías semi electivas para decidir injertar a las dos semanas o mantener curaciones ambulatorias.
7. En cada control ambulatorio, mantener la conducta de triage para pesquisa de COVID-19 y uso de EPP correspondiente al riesgo del paciente.

8. Pacientes con buena evolución, una vez lograda la cobertura cutánea, indicar lubricación de zona quemada y uso de filtro solar 50+ como cuidados básicos de la cicatriz.
9. Indicar traje compresivo en aquellos casos de epidermización prolongada (más de 2 semanas), cuando esté disponible.
10. Paciente con mala evolución, profundización de quemaduras y necesidad de escarectomía e injerto. Programar cirugía semi- electiva según protocolo local (hospital o clínica).
11. Tomar RT-PCR SARS- CoV2 48 horas antes del ingreso.
12. Con PCR negativo, ingresar el día de la cirugía por zonas libres de COVID-19.
13. Cirugía con protocolo habitual de precaución de contacto y EPP correspondiente.
14. Cuando sea posible, preferir cirugías ambulatorias o un día de hospitalización. Evaluar red de cuidadores del paciente y adherencia a las indicaciones para completar periodo de reposo hasta revisión de injertos de manera ambulatoria. De lo contrario hospitalización de 4-5 días hasta primera revisión de injertos y zona dadora.
15. Continuar controles ambulatorios según el caso y protocolo local, con curaciones que utilicen apósitos de larga duración.
16. En cada control ambulatorio, mantener la conducta de triage para pesquisa de COVID-19 y uso de EPP correspondiente al riesgo del paciente.
17. Manejo de cicatrices según lo mencionado en puntos 8 y 9.

2. Paciente con quemadura no GES que requiere hospitalización y manejo quirúrgico

1. Triage basado en síntomas marcadores, temperatura, antecedentes de contacto estrecho con paciente COVID-19 positivo o cuarentena.
2. Ingreso a unidad de atención libre de COVID-19 o sospecha COVID-19 según disposición local.
3. Atención de paciente con EPP correspondiente a la unidad asignada.
4. Evaluación por especialista, para diagnóstico de localización, extensión, profundidad, compromiso sistémico. DESCARTAR GES GRAN QUEMADO.
5. Definir hospitalización y necesidad de aseo quirúrgico diagnóstico.

6. Se sugiere tomar RT-PCR SARS- CoV2, mientras se espera resultado, manejar paciente como **sospechoso COVID-19**. Hospitalizar en aislamiento o unidad definida por cada establecimiento para esta situación.
7. Si el aseo quirúrgico en pabellón no es una urgencia, se sugiere esperar resultado de PCR y realizar curación bajo técnica estéril en sala.
8. Si el aseo quirúrgico es una urgencia relativa por extensión o poca tolerancia al dolor, se sugiere manejo en quirófano como paciente sospechoso COVID-19.
9. Una vez definido ESTATUS COVID-19 del paciente, trasladar a sala o aislamiento según corresponda y continuar con plan quirúrgico (aseo, escarectomías e injertos).
10. No recomendamos diferir el manejo de una quemadura extensa o profunda (no GES) hasta negativización del PCR, ya que sería deletéreo en el pronóstico del paciente. Por el contrario, sugerimos mantener aseos cada 5-7 días con todas las precauciones necesarias para la protección del personal de salud a cargo.
11. En un paciente hospitalizado, se sugiere evaluar diariamente síntomas sugerentes de COVID-19 y repetir RT-PCR SARS- CoV2 y/o TAC de tórax frente a sospecha.
12. En paciente negativo, de ser posible, tomar RT-PCR SARS- CoV2, 48 horas antes de siguiente cirugía programada. (evaluar disponibilidad de examen en cada centro y situación epidemiológica nacional).
13. Alta con cobertura cutánea completa y estable. Controles ambulatorios con las indicaciones mencionadas anteriormente.

3. Paciente GES Gran Quemado

A la fecha de la elaboración de esta guía de recomendaciones para manejo de quemados en pandemia, en la unidad de Quemados, Centro de Referencia Nacional Adulto, HUAP en Santiago, se ha recibido y manejado 9 grandes quemados COVID-19 positivos. Las recomendaciones que se enumeran han sido parte de un plan estratégico elaborado de manera colaborativa entre los distintos estamentos que trabajamos en la unidad, como los distintos servicios de apoyo, el comité de infecciones asociadas a la atención en salud y la dirección de nuestro hospital.

3.1 Manejo en hospital base hasta traslado

1. Desde la primera atención en el sitio del accidente por Servicio de Atención Médica de Urgencias (SAMU), consulta espontánea a los servicios de urgencia o consultas ambulatorias. Triage basado en síntomas marcadores, temperatura, antecedentes de contacto estrecho con paciente COVID-19 positivo o cuarentena, siempre y cuando paciente o familia pueda aportar datos, de lo contrario todo paciente será manejado como **sospecha COVID-19**.
2. Manejo en box de reanimación de Urgencia según protocolo paciente sospechoso COVID-19 (+) y normas DE ATLS, ACLS, ABLIS. El diagnóstico de la quemadura será más bien aproximado hasta el diagnóstico definitivo, pero permitirá el inicio la reanimación de fluidos.
3. Determinar diagnóstico de GES gran quemado y subir a la plataforma de Registro Nacional de Quemados (RNQ).
4. Determinar nivel de complejidad para unidad de hospitalización; INTERMEDIO-UPC y aislamiento según disposición local. Atendiendo paciente con EPP correspondiente a SOSPECHA COVID-19 positivo.
5. Evaluación multidisciplinaria; intensivo, cirugía, enfermería.
6. Se sugiere tomar RT-PCR SARS- CoV2 / TAC de tórax de ingreso (si está disponible en el hospital de origen).
7. Primer aseo quirúrgico diagnóstico, debe ser realizado por equipo quirúrgico de hospital base para determinar localización, extensión, profundidad y descartar urgencias quirúrgicas (síndrome de compartimento). Este aseo es para remover detritus, flictenas realizar escarotomías o fasciotomías como procedimientos de urgencia. No se recomienda escarectomías, si no cuentan con coberturas transitorias o experiencia en el uso de estas.
8. Mantener conducta activa en reanimación de volumen guiado por diuresis, ventilación mecánica protectora en casos de injuria inhalatoria y aseos quirúrgicos cada 4-5 días, en el caso que el traslado no se concrete antes de 72 horas.
9. Una vez definido STATUS COVID-19 del paciente, manejo según normas locales de IAAS hasta su traslado.
10. No recomendamos diferir el manejo de un gran quemado hasta conocer resultado del PCR o negativización del mismo, ya que es será deletéreo en el pronóstico del paciente. Por el contrario, sugerimos mantener aseos cada 5-7 días con todas las

precauciones necesarias para la protección del personal de salud a cargo, manejándose como COVID-19 positivo hasta resultado.

11. La plataforma RNQ funcionará como una plataforma de telemedicina para ayudar en la supervisión y manejo de los pacientes en los hospitales bases hasta el traslado, entregando comunicación directa con el equipo Centro de Referencia Nacional; residentes de intensivo, cirujanos y enfermería.

3.2 Manejo en Unidad de Quemados, centros de referencia.

1. Flujo de Trabajo en la unidad de UPC Quemados

Los requerimientos de un paciente gran quemado hospitalizado en una unidad de Paciente Crítico, son múltiples y complejos. Para otorgar una atención adecuada a los estándares descritos por las sociedades internacionales de Quemados, es necesario un equipo multidisciplinario, con experiencia y que trabaje de manera coordinada y colaborativa, idealmente se debe contar con unidades de aislamiento individual o salas comunes en las que se pueda mantener una distancia de 2 metros entre la cama de un paciente y otro.

Es indudable que, en todo nuevo proceso, existe una curva de aprendizaje, para lo cual se solicita la máxima colaboración para trabajar de forma coordinada y disminuir el tiempo de contacto con pacientes contagiados, sin dejar de hacer nuestro trabajo con la dedicación de siempre.

Se sugieren las siguientes medidas de organización:

1. Priorizar la atención por el mismo personal para Box de pacientes COVID-19 (+) y otro distinto para los Box COVID-19 (-) en medida de lo posible.
2. Turnos de 24 horas en el personal de salud residente en la UPC. Al inicio del mismo, cada equipo de trabajo, debe hacer un plan de trabajo para el día. Análisis de necesidades de insumos, control de signos vitales, administración de medicamentos, toma de exámenes, curaciones, aseo, cambio de posición.
3. Distribuir tareas para entrar al box cada 2 horas Agrupar procedimientos para realizarse en cada entrada de manera de optimizar las acciones y disminuir el tiempo de contacto en pacientes de riesgo (ideal a 30 min de permanencia al box).

4. En el contexto de una unidad de paciente crítico se entiende que esta planificación puede sufrir modificaciones en pacientes inestables o que se agraven y sea necesario mayor frecuencia de atención. Se solicita en la medida de lo posible apearse al plan de trabajo diario, respetando horarios de entrada al box y disminuir tiempo de exposición innecesaria.

2. Recambio de Aire y Climatización de UPC Quemados

Por normas de seguridad y para evitar la potencial propagación de aerosoles con el virus SARS-CoV-2 desde las unidades con pacientes COVID-19 (+), estas unidades deberán funcionar bajo las siguientes recomendaciones:

1. Presión Negativa al interior de los Box de aislamiento, con un recambio de aire de 10 veces por hora.
2. Todos los Box de UCI con las puertas de acceso cerradas en forma permanente.
3. Si la Presión Negativa se encuentra activada, es posible encender los Sistemas de Aire Acondicionado de pasillos de circulación, de lo contrario, estos sistemas deben mantenerse apagados.

3. Rehabilitación.

Una Unidad de Quemados acorde con los estándares internacionales, integra la rehabilitación dentro de su equipo de trabajo y acciones diarias de manera permanente. La rehabilitación de un paciente quemado se inicia desde el momento del accidente. Si consideramos que nuestros pacientes además de sus quemaduras, las secuelas funcionales derivadas de su cuadro agudo, presentan secuelas asociadas a estadías prolongadas en unidad de paciente crítico; se hace necesario reconocer como fundamental la labor del equipo de Rehabilitación; ayuda en manejo de la ventilación, posicionamiento adecuado, rehabilitación de la deglución y el habla, rehabilitación motora, etc.

Para integrar de mejor manera a nuestros profesionales del equipo de rehabilitación se sugiere:

1. Integrar de manera diaria al equipo de Rehabilitación, dentro de las actividades del día e información relevante del servicio. Incorporar dentro de la entrega de turno de enfermería/Técnicos en enfermería las acciones diarias en lo que respecta a posición del paciente, uso de férulas y órtesis.
2. Protocolizar el manejo de férulas y órtesis en paciente COVID-19 positivo o sospecha.

4. Situaciones de Urgencia o Paro Cardio Respiratorio (PCR)

Manejo con EPP obligatorio (mascarilla N95, antiparras, escudo facial, pechera, guantes y gorro), priorizar elementos de protección facial.

En el caso de la atención a un PCR el total de 4 funcionarios en box es: Médico residente, kinesiólogo, enfermero/a, TENS. La distribución de los roles en este contexto será:

- Médico→ Lidera la reanimación, manejo de Vía Aérea.
- Enfermero/a→ Administración de fármacos, desfibrilación en caso de necesidad.
- Kinesiólogo→ Colaboración en ventilación, aspiración de VA, conexiones a Ventilador mecánico, compresiones torácicas.
- TENS → Compresiones torácicas.

La preparación y administración de los fármacos a ser administrados durante el PCR será realizada por la enfermera al interior de la unidad. Se sugiere elaborar una “caja crítica de PCR” que tenga los medicamentos e insumos esenciales para la atención y entrará al Box con el equipo de reanimación previamente descrito. Al terminar el procedimiento, se elimina contenido de la caja y se desinfecta para eventual nuevo uso.

La puerta de la unidad deberá permanecer cerrada, por lo que el resto del personal en turno deberá colaborar desde afuera, vestido con las correspondientes EPP, ya sea para el control/registro de los tiempos, facilitando insumos o cualquier equipo necesario a los funcionarios que estén con el paciente.

5. Ingreso de Pacientes a la unidad de Quemado Adulto

Todos los ingresos que lleguen al Servicio de Quemados se manejarán como sospecha de COVID-19 independientemente del lugar de origen (centro hospitalario, domicilio o trasladados de otro piso dentro de la institución), por lo que se solicitará PCR para SARS-CoV-2 e idealmente un TAC de Tórax y quedarán como sospechosos y en aislamiento en espera del resultado. No se deberá condicionar el ingreso a resultado de PCR en centro de origen ya que se tomará nuevamente la muestra, a menos que la institución haya establecido con anterioridad ser Centro Libre de COVID-19.

La definición de COVID-19 (+) y su flujo para ingreso deberá estar previamente establecida por la Unidad de IAAS de cada institución, pero se sugiere el siguiente manejo: Pacientes de menor complejidad, que correspondan a Cuidados Medios o UTI, deberían ingresar a una unidad de aislamiento en espera de resultado de PCR local + TAC de Tórax + Evaluación por Infectólogo, para posterior traslado a su unidad correspondiente. Paciente de UCI ingresa directamente a unidad de aislamiento individual, pero debe permanecer como “sospecha” hasta descartar lo contrario.

Pacientes que ingresen con diagnóstico de 20% superficie corporal total quemada SCTQ, o menos podrían ser revisados y curados en box solo en caso de necesidad, en su defecto, se sugiere revisar de manera programada en quirófano. Pacientes de mayor extensión, deberán ser revisados en pabellón. Pacientes que ingresan con urgencia quirúrgica (Síndrome Compartimental) deberán ser llevados a cirugía de urgencia con medidas de protección y EPP para todo el personal de salud previniendo el contagio COVID- 19 (+) hasta demostrar la negatividad del paciente.

Recomendaciones para quirófanos en contingencias por CORONAVIRUS

División del Equipo de cirujanos	<ul style="list-style-type: none">-División del Equipo Quirúrgico en 2 grupos de trabajo.-Cada grupo trabaja 2 semanas de manera alternada.-Jornadas de trabajo de 8- 9 horas diarias, de lunes a viernes.-Cirujanos por día: 3 cirujanos Staff + 1 Residente de Cirugía.
----------------------------------	--

<p>Programación de la Tabla Quirúrgica</p>	<p>-Se sugiere programar 2 a 3 cirugías por día, en caso de paciente COVID-19 (+) éste deberá realizarse al final de la tabla.</p> <p>-Cada cirugía debe durar un máximo de 2hrs.</p> <p>-Cirugías prolongadas como MEEK o Microcirugía deberán ser analizadas caso a caso según condiciones del paciente y situación epidemiológica del Servicio en el momento.</p>
<p>Medidas de seguridad para operar</p>	<p>-Desconectar la Presión Positiva del pabellón.</p> <p>-Pabellón Quirúrgico debe encontrarse plastificado y con el equipamiento imprescindible para la cirugía al momento de recibir al paciente (Foto 1).</p> <p>-Minimizar la entrada y salida de la sala de operaciones durante la cirugía.</p> <p>-Celulares, fichas clínicas u otros artículos personales, quedan fuera del pabellón quirúrgico. No utilizar accesorios (aros, cadenas, anillos).</p> <p>-Uso de electrobisturí monopolar con sistema de aspiración de humo incorporado al lápiz, intensidad de coagulación en 20 o el voltaje más bajo posible y en pulsos cortos de 2 a 3 segundos.</p> <p>-Capacitación diaria de uso, retiro y re-uso de EPP por enfermera de Pabellón al Equipo Quirúrgico.</p> <p>-Pasillo completamente despejado para traslado de ida o vuelta de cama y paciente.</p> <p>-Aseo Terminal del pabellón entre cada paciente.</p> <p>-Aseo de la cama y la unidad del paciente mientras éste es operado, el cual debería ser idealmente revisado con máquina de bioluminiscencia.</p>
<p>Elementos de Protección personal (EPP)</p>	<p>-Mascarilla N95 + Antiparras + Escudo facial o Máscara “fullface” adaptada a EPP + Mascarilla quirúrgica (Foto 2 y Foto 3).</p> <p>-Doble gorro desechable (el segundo para proteger elásticos de la N95 o de la Máscara Fullface).</p> <p>-Ropa de pabellón idealmente desechable o de un solo uso para cada cirugía (Foto 4).</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -Cubiertas de zapatos desechables (botas). -Pechera plástica con mangas largas.
Flujo de entrada y salida del pabellón	<ul style="list-style-type: none"> -El cirujano deberá colocarse todos los EPP en la puerta de entrada al Quirófano, supervisados por enfermera de pabellón. -Lavado de manos quirúrgico antes de entrar a pabellón, en su interior la arsenalera “viste” al cirujano con ropa estéril. -Procedimiento Quirúrgico según programación (evitar prolongar cirugía por más de 2 a 3 horas). -Cirujano/funcionario se retira delantal quirúrgico, pechera y botas en la puerta de salida, dentro del quirófano. -Higiene de manos con alcohol gel. -Higiene de piel expuesta en contorno de cara y cuello, con compresa + alcohol gel. -Retiro de antiparras/escudo facial o Máscara, se dejarán en caja plástica dispuesta para eso en la puerta de salida del quirófano, supervisado por enfermera. -Salida del quirófano directo al sector de vestidores para cambio de ropa, sin tener contacto con otras personas o procedimientos. -Recuperación anestésica dentro de pabellón. -Funcionarios que entregan al paciente en Box: Anestésista + Enfermera de Pabellón (con EPP todavía puestas) + Auxiliar limpio, al entregar paciente, ambas personas deben retornar a pabellón para el retiro y desecho adecuado de EPP.

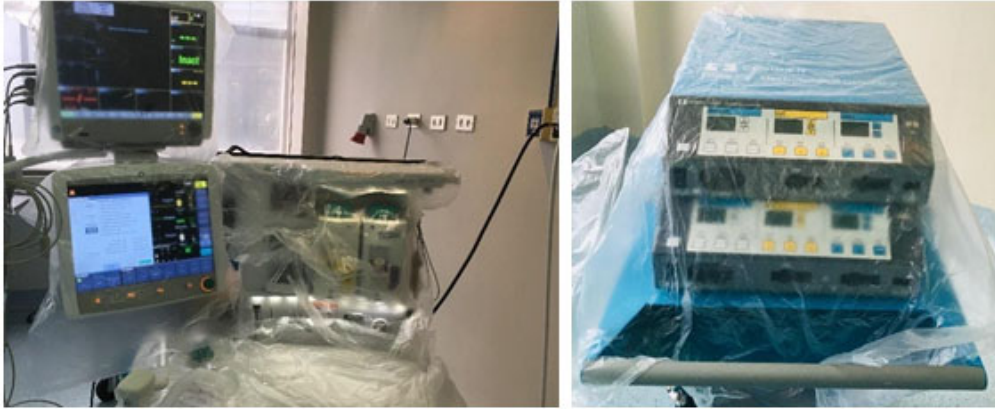


Foto 1.- Máquina de anestesia y electrobisturí cubiertos con plástico, protegido para cirugía.

Elementos de Protección Personal (EPP)



Foto 2.- Protección Facial clásica: Mascarilla N95 + Mascarilla quirúrgica (para proteger N95 y permitir su uso continuo 24horas) + Antiparras + Escudo facial.



Fig. Orden de protección facial, mucosas y vía aérea para procedimientos quirúrgicos, si la mascarilla N95 presenta filtro exalatorio, se debe adjuntar sobre esta, una mascarilla quirúrgica para protección del paciente).

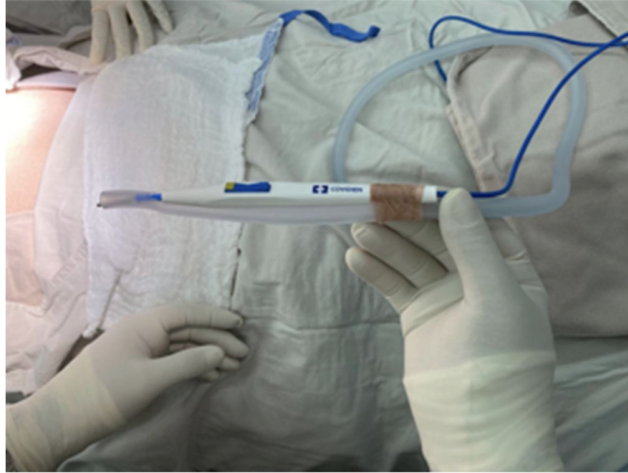


Foto 3.- Protección facial con Máscara Fullface: Máscara de Snorkel modificada con filtro HME.



Foto 4.- Equipo Quirúrgico: Con las respectivas EPP e indumentaria quirúrgica estéril.

Si no se dispone de un evacuador de humo quirúrgico comercial, se puede recurrir a alternativas artesanales como atravesar la punta del electro bisturí por el extremo de una manguera de aspiración, como se detalla a continuación.



Es especialmente importante enfatizar y mantener las 2 horas como máximo de tiempo quirúrgico, debido a que fundamentalmente a la capacidad de resistencia física del personal a las condiciones ambientales generadas al operar un paciente COVID-19 (+); debido que al operar con todos los Elementos de Protección Personal (máscaras con triple sello que restringen la ventilación normal + ropa desechable de plástico + la ropa quirúrgica) y tener que operar en un pabellón a 25°C de temperatura ambiente para evitar la hipotermia del paciente gran quemado; genera en los operadores, un alto grado de deshidratación, sensación de ahogo, desvanecimiento y mayor riesgo de quiebre en las medidas de seguridad a la hora de retirarse los EPP y abandonar el quirófano COVID, momentos críticos en los que se ha presentado reportes de “contagio en el personal sanitario”.

En relación a las Medidas de Seguridad para operar, la bibliografía publicada hasta el momento describe que son denominados “Procedimientos de alto riesgo” en Cirugía de un paciente con Coronavirus: la intubación, el uso de electro bisturí y de herramientas a alta velocidad (sierras con motor, dermatomo, electro bisturí de agua) debido a la capacidad de aerosolización de partículas. Se ha demostrado que el humo del electrocauterio alberga partículas intactas de bacterias y virus.

Los EPP re-utilizables dejadas en la caja plástica antes de salir de pabellón, son posteriormente limpiadas por personal técnico del servicio (quien estará vestido con: mascarilla quirúrgica + pechera + guante + antiparras o escudo) y después guardadas en la una caja limpia para su uso en próxima cirugía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guías Clínicas AUGE Gran Quemado - Marzo 2016. Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento AUGE y de Coordinación Evidencial y Metodológica.
2. Pneumask Stanford Project. <https://docs.google.com/document/d/1J22le3dBZBnNDXGIJLRb38z7v7LaOjKfDeN9f0tFeKY/edit>
3. Takhar A, Walker A, Tricklebank S, Wyncoll D, Hart N, Jacob T, Arora A, Skilbeck C, Simo R, Surda P. Recommendation of a practical guideline for safe tracheostomy during the COVID-19 pandemic. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. <https://doi.org/10.1007/s00405-020-05993-x>
4. Herron JBT, et al. Personal protective equipment and Covid 19- a risk to healthcare staff? *Br J Oral Maxillofac Surg* (2020). <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2020.04.015>
5. Siyuan M, Zhiqiang Y, Yizhi P, Jing C, Haisheng L, Qizhi L, Huapei S, Fei X, Jianglin T, Junyi Z, Li N, Gaozhong H, Gaoxing L. Experience and suggestion of medical practices for burns during the outbreak of COVID-19. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2020.03.014>
6. Brat G, Hersey S, Chhabra K, Gupta A, Scott J. Protecting Surgical Teams During the COVID-19 Outbreak: A Narrative Review and Clinical Considerations. https://journals.lww.com/annalsofsurgery/Documents/COVID%20Surgery_VF.pdf
7. https://journals.lww.com/annalsofsurgery/Documents/COVID%20Surgery_VF.pdf
8. Pérez Del C. Ma Dolores, y Cols. Organización de Unidades de Quemados durante la Pandemia por COVID – 19 – Experiencia de 5 Unidades de Quemados- *Rev. FILACP Vol 46, Suplm- 1 2020 Pags. S63-S74*. Disponible en <https://ciplatin.com/descargas/item/n%C3%BAmero-especial-monografico-2020-actualizaci%C3%B3n-en-el-tratamiento-del-paciente-quemado>
9. Barret JP, Chong SJ, Depetris Nadia y col. Burn center function during the 2 COVID-19 pandemic: An international 3 multi-center report of strategy and experience. *Burns*. 2020 Apr 10. [Epub ahead of print]

RECOMENDACIONES PARA MANEJO PACIENTE PEDIÁTRICO QUEMADO EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID-19

En el contexto de la pandemia actual causada por el SARS-CoV-2, que ha tenido una rápida expansión, es muy probable que pacientes pediátricos con confirmación o sospecha de COVID-19 resulten con quemaduras y requerirán atención ya sea ambulatoria u hospitalizada y quirúrgica.

Es importante considerar, de acuerdo a los últimos estudios publicados, que hasta un 80% de los casos son asintomáticos y este porcentaje sube en la población pediátrica, y éstos pueden ser transmisores de la enfermedad siendo asintomáticos.

El tratamiento de niños que se presentan en los servicios de urgencia con lesiones como fracturas, heridas y quemaduras no es postergable. Considerando que en la edad pediátrica 9 de cada 10 quemaduras ocurre en el hogar, el confinamiento sumado a la baja en las temperaturas en época de invierno, nos debe poner en alerta para el manejo adecuado de los casos.

Recomendaciones de Atención en Servicio de Urgencia

1. El binomio niño-cuidador deben ser considerados siempre como un potencial portador asintomático, por lo tanto, el personal clínico que participe en la atención directa o se encuentre a menos de un metro, debe utilizar EPP de contacto y por gotitas.
2. Dadas las características de la población pediátrica y considerando la dificultad de contención de los niños (se mueven constantemente), se debería asegurar una clasificación rápida y el aislamiento de pacientes con sospecha de COVID-19, aplicando el cuestionario propuesto en la tabla 1.
3. Establecer un sistema de pre-triage en instalaciones situadas fuera del acceso a urgencia, para establecer dos flujos de pacientes:
 - Paciente quemado sospechoso COVID-19.
 - Paciente quemado no sospechoso COVID-19.

Tabla N°1

Cuestionario de clasificación rápida

En las últimas dos semanas	Si	No
¿Ha tenido contacto con alguna persona que tenga infección por coronavirus?		
¿Ha tenido contacto con una persona que haya estado en cuarentena preventiva por coronavirus?		
¿Ha regresado desde el extranjero en los últimos 14 días?		
Ha presentado alguno de los siguientes síntomas:		
1. Tos.		
2. Dolor torácico.		
3. Dificultad respiratoria.		
4. Cefalea.		
5. Temperatura mayor a 37°C.		
6. Dolor muscular.		
7. Náuseas.		
8. Vómitos.		
9. Diarrea.		
10. Pérdida del olfato y/o gusto.		

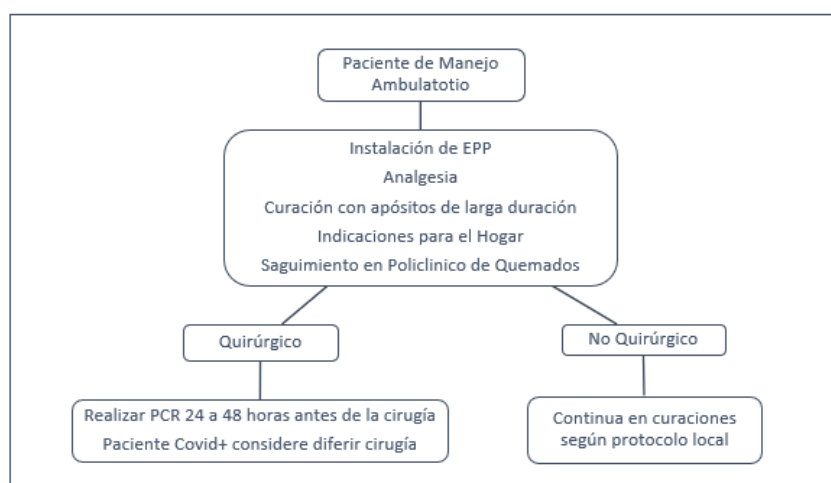
4. Distribuir los pacientes en dos áreas distintas para la evaluación y tratamiento.
5. Se recomienda un solo acompañante por niño.
6. En ambas áreas el paciente y su acompañante deben portar mascarilla quirúrgica.
7. En el caso del paciente sospechoso, tomar PCR con las EPP recomendadas (gotitas, contacto y aerosol).
8. Deben privilegiarse sistemas de curación avanzada de larga duración.
9. Luego de la evaluación del paciente y establecido el diagnóstico, decidir manejo ambulatorio u hospitalizado.

Recomendaciones de Manejo Paciente Quemado Pediátrico Ambulatorio

En el paciente pediátrico se consideran a quemaduras de hasta un 5% superficie corporal y **sin** criterio GES (Garantías Explícitas en Salud).

1. Realizar curación con EPP para gotitas, contacto y aerosol, para todo el personal que se encuentre en la habitación.
2. Uso de sistema de curación avanzada de larga duración.
3. Control ambulatorio en policlínico de quemados, según protocolo local.
4. Considerar aplazamiento de la indicación quirúrgica más allá de los 14 días, en el caso de que persistan zonas cruentas.
5. En caso de requerir injerto se debe tomar PCR 24 a 48 horas antes, manteniendo aislamiento domiciliario estricto hasta la fecha de la cirugía. y durante la cirugía todo el personal dentro de quirófano debe usar todas las EPP para gotitas, contacto y aerosol.
6. Privilegiar cirugía ambulatoria u hospitalización transitoria.
7. La presencia de COVID-19 (+) debe ser considerada una contraindicación quirúrgica, se debe contemplar diferir cirugía hasta la negativización, valorando cada caso en forma individual.

Algoritmo de Manejo Ambulatorio



Recomendaciones Manejo Paciente Quemado Pediátrico Hospitalizado

Se incluyen dentro de los criterios de hospitalización para pacientes quemados pediátricos, quemaduras iguales o mayores al 5% de superficie corporal y/o criterio GES.

1. Tomar PCR al ingreso, para definir si va a planta COVID-19 o Unidad de Quemados limpia.
2. Mientras espera el resultado, se mantiene en aislamiento.
3. Primer aseo quirúrgico en quirófano bajo anestesia general, con todas las EPP. Este primer aseo se considera cirugía de urgencia, es no postergable, debe realizarse en las primeras 24 horas.
4. Se recomienda realizar un consentimiento informado adicional PANDEMIA COVID-19, que exponga el riesgo de operarse en período de pandemia y los riesgos de contagiarse con contactos intrahospitalarios. Esto debe ser ajustado según el Hospital base.
5. Privilegiar el uso de coberturas cutáneas temporales de larga duración.
6. Si el paciente es COVID-19 (-), va a Unidad de Quemados o pieza individual, con un cuidador.
 - Idealmente el binomio niño-cuidador, no se debe separar. El cuidador no podrá salir de la habitación mientras dure la hospitalización.
 - Si esto no es posible, por la realidad local, el cuidador que debe ser encuestado diariamente de acuerdo al cuestionario de la tabla N°1.
 - Si el cuidador es sospechoso COVID-19 debe informarse, y asumir que el paciente es COVID-19 +, enviar a ambos a planta COVID-19.
7. Las próximas cirugías o aseos quirúrgicos, se consideran cirugías de “urgencia - electiva” y se programan según la evolución, tratando de reducir su número y solicitando una nueva PCR 24 a 48 horas antes de cada cirugía.
8. Si el paciente es COVID-19 (+), el paciente y su cuidador, se hospitalizan en planta COVID-19 y las cirugías se programan según el plan quirúrgico y protocolo local.

Recomendaciones Generales para la Cirugía

Las recomendaciones para la cirugía en el paciente quemado pediátrico son las mismas que en el adulto, remitirse al capítulo de manejo del adulto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Day M. Covid-19: four fifths of cases are asymptomatic, China figures indicate.
2. BMJ 2020; 369:m1375. Disponible en <https://doi.org/10.1136/bmj.m1375> (Published 02 April 2020)
3. Manejo del paciente pediátrico ante sospecha de infección por el nuevo coronavirus SARS-cov-2 en atención primaria (COVID-19). Aepap-SEIP/AEP-SEPEAP .7 de abril de 2020. Disponible en
4. https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/2020_04_07_covid_ap.pdf.
5. Zhou Y., Xu H., Li L., Ren X. Management for patients with pediatric surgical disease during the COVID-19 epidemic. 7 April 2020. Pediatric Surgery International. <https://doi.org/10.1007/s00383-020-04656-6>
6. COVID-19 - guidance for paediatric services. Royal College of Paediatrics and Child Health. 22 March 2020. <https://www.rcpch.ac.uk/resources/covid-19-guidance-paediatric-services>
7. Rojas M.A., Saavedra R., Vicencio P., Solís F. Cambios epidemiológicos en niños quemados a 10 años de seguimiento. Rev Chil Pediatr. 2016;87(3):186-192.
8. Recomendaciones uso de elementos de protección personal (EPP) para trabajadores de la salud. Marzo 2020. Colegio Médico de Chile, Sociedad Chilena de Infectología. <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/03/recomendaciones-EPP-2.pdf>
9. Recomendaciones de la sociedad española de cirugía pediátrica para el manejo de pacientes pediátricos quirúrgicos en el contexto de la pandemia por covid-19. 18-3-2020. Sociedad Española de Cirugía Pediátrica. Disponible en: <https://cecipe.org/wordpress03/wp-content/uploads/2020/03/covidSECP3-1.pdf>
10. Guías Clínicas Auge, Gran Quemado. Marzo 2016. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. Disponible en:
11. http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GPC-GRAN-QUEMADO-FINAL-18-MARZO-2016_DIAGRAMADA.pdf
12. Balibrea JM, et al. Manejo quirúrgico de pacientes con infección por COVID-19. Recomendaciones de la Asociación Española de Cirujanos. Cir Esp. 2020. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.03.001>
13. Recomendaciones para reinicio de Cirugías Electivas en Pandemia Covid19. Sociedad de Anestesiología de Chile -Sociedad de Cirujanos de Chile. Santiago 28 abril 2020. Disponible en <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/04/Recomendaciones-def-Para-Reinicio-Cirurgi-a-s-Electivas-en-Pandemia-CoVid19-v3-R-6.pdf>
14. [Recomendaciones para manejo paciente quirúrgico con Covid-19+](https://www.schcp.cl/2020/04/04/recomendaciones-para-manejo-paciente-quirurgico-covid-19/) . 1 abril 2020. Sociedad Chilena de Cirugía Pediátrica. Disponible en <https://www.schcp.cl/2020/04/04/recomendaciones-para-manejo-paciente-quirurgico-covid-19/>
15. Barret J.P et al. Burn center function during the COVID-19 pandemic: An international multi-center report of strategy and experience. Burns (2020). <https://doi.org/10.1016/j.burns.2020.04.003>
16. Stahel P.F. How to risk-stratify elective surgery during the Covid-19 pandemic? .Patient Safety in Surgery. <https://doi.org/10.1186/s13037-020-00235-9>
17. Liu Z. et al. Recommendations for Surgery During the Novel Coronavirus (COVID-19) Epidemic. Indian J Surg. 2020 Apr 11:1-5. doi: 10.1007/s12262-020-02173-3. [Epub ahead of print]
18. COVID-19: Pandemic surgery guidance . B.L.D.M. Brücher et al., Published by EDP Sciences, 2020 <https://doi.org/10.1051/fopen/2020002>

CUIDADOS KINÉSIOLOGICOS RESPIRATORIOS EN PACIENTES COVID19+

Las siguientes recomendaciones han sido formuladas para apoyar el manejo de pacientes quemados que desarrollan la enfermedad del coronavirus, aportando según la evidencia y la experiencia al mejor manejo disponible, considerando en todo momento la seguridad del personal sanitario involucrado.

La neumonía viral intersticial severa y el consecuente fallo respiratorio agudo que produce la manifestación más grave de la infección causada por el COVID-19 pueden requerir cuidados respiratorios permanentes por personal especializado en kinesiología respiratoria al interior de una unidad de cuidados intensivos.

En pacientes que desarrollan un fallo respiratorio agudo se debe evaluar y valorar la necesidad de administrar oxigenoterapia con una meta de saturación distal de oxígeno (SpO₂) entre 92-94%.

El reconocimiento de cambios tempranos y/o bruscos en los requerimientos ventilatorios será de gran importancia en el manejo posterior y en las opciones de sobrevida del paciente. La necesidad de incrementar las medidas de soporte dependerá caso a caso del análisis de ciertos parámetros clínicos y gasométricos de relevancia en el examen kinésico respiratorio.

Criterios clínicos de dificultad respiratoria

- Aumento de la demanda ventilatoria (trabajo respiratorio).
- Presencia de dificultad respiratoria en estado de reposo.
- Uso de musculatura accesorio.
- Alteración del patrón respiratorio.
- Polipnea \geq 25 ciclos respiratorios por minutos.

Criterios gasométricos de insuficiencia respiratoria

- Hipoxemia: imposibilidad de alcanzar una meta $SpO_2 \geq 92\%$ o una $PaCO_2 \geq 60$ mm Hg con oxigenoterapia suplementaria vía máscara reservorio y flujo de oxígeno entre 12-15 litros por minuto.
- Acidosis respiratoria: valores de $pH < 7.35$ con $PaO_2 > 45$ mm Hg en sangre arterial.

La primera medida para corregir la hipoxemia y el aumento de la demanda ventilatoria será la instalación de un sistema de oxigenoterapia de bajo flujo vía naricera simple, otorgando un aporte entre 4 y 5 litros por minuto. En la mayoría de los pacientes este aporte de oxígeno será suficiente para mejorar los criterios clínicos y corregir las alteraciones gasométricas.

Si la hipoxemia no logra corrección se deben evaluar el aumento de las medidas de soporte ventilatorio de manera temprana.

Soporte ventilatorio no invasivo en pacientes COVID19+

Ventilación Mecánica no Invasiva (VMNI)

La evidencia actual no recomienda el uso de la VMNI en el fallo respiratorio agudo por COVID-19 debido al aumento de la mortalidad en comparación a la ventilación mecánica invasiva (VMI).

En el caso que se utilice VMNI se recomienda su implementación en habitaciones individuales (idealmente con presión negativa), mediante ventiladores micro procesados con dos ramas y uso de filtro intercambiador de calor y humedad (HMEF).

La selección del interfaz debe considerar el ajuste a la anatomía del paciente asegurando un adecuado sello y evitando la presencia de fugas.

Se debe considerar que el uso de este dispositivo no controla ni evita las fugas entre usuario y la interfaz, situación que debe ser valorada ante la seguridad del equipo de salud y el uso correcto de los elementos de protección personal (EPP).

Cánula Nasal de Alto Flujo (CNAF)

El uso de la CNAF no está recomendado debido al alto riesgo de aerosolización de partículas.

Su implementación será justificada considerando aquellos casos en los que el uso de la máscara con reservorio con un flujo de hasta 15 litros por minuto no permita alcanzar la meta de SpO₂ deseada y/o no se posean criterios de intubación orotraqueal.

En caso de utilizar la CNAF se debe resguardar su uso seguro mediante:

- La utilización correcta y completa de los EPP.
- La adecuada selección de la CNAF (anatomía, tamaño y tolerancia del paciente).
- Disponibilidad de una habitación individual con presión negativa.
- Monitorización continua y estricta de los signos vitales.
- Uso permanente de una mascarilla quirúrgica por sobre la CNAF.

Procedimientos generadores de aerosoles

Los procedimientos generadores de aerosoles que producen mayor riesgo de contagio son:

- Intubación orotraqueal (IOT).
- Realización de traqueostomía (TQT).
- Generación de vía aérea por parte anterior de cuello (FONA).
- Uso de ventilación mecánica invasiva (VMI).
- Uso de ventilación mecánica no invasiva (VMNI).
- Generación de procedimientos en cavidad oral, nasal, cara o cuello.
- Estrategia de pronación y despronación.

Otros procedimientos que potencialmente generan aerosoles son:

- Desconexión del circuito del ventilador mecánico (VM) en uso.
- Extubación traqueal.
- Maniobra de reanimación cardiopulmonar previa intubación orotraqueal (IOT).
- Broncoscopía.
- Succión endotraqueal abierta.

Se debe considerar la no realización de kinesiterapia respiratoria de manera rutinaria, sino que en base a las reales necesidades del paciente. Del mismo modo se deben evitar las

nebulizaciones y preferir la administración de fármacos mediante inhaladores de dosis medida (IDM) con uso de aerocámara espaciadora.

Se recomienda que todo procedimiento generador de aerosoles en pacientes con sospecha y/o confirmados con COVID-19+ deba ser realizado en habitaciones que cuenten con sistema de presión negativa (con una tasa de recambio mayor a 12 veces/hora).

Manejo de la vía aérea en el paciente COVID-19+

Intubación orotraqueal (IOT)

- La IOT, siendo una indicación médica, es un procedimiento que conlleva un alto riesgo de aerosolización.
- Genera riesgo sobre el equipo de atención debido al aumento de la carga viral.

Criterios de IOT

- Fatiga respiratoria.
- Retracción: intercostal; supraclavicular y supraesternal.
- Aleteo nasal.
- Patrón paradójico toracoabdominal.
- Taquipnea > 30-35 ciclos respiratorios por minuto.
- Saturación distal <90% con medidas de oxigenoterapia vía máscara reservorio.

Recomendaciones generales para el equipo de salud

- Uso de mascarilla N95.
- Uso de antiparras (considerar la necesidad de antiempañante).
- Uso de escudo facial (adicional a mascarilla N95 y antiparras mencionadas).
- Uso de pechera descartable (hidrorepelente) con mangas largas y ojal de pulgar.
- Uso de doble guante durante la realización de este procedimiento.
- Entrenamiento y supervisión previa en la instalación/retiro de los EPP.

Recomendaciones específicas del procedimiento IOT

- Debe ser llevado a cabo por el personal más capacitado disponible en la unidad.
- Debe ser realizado con la menor cantidad de personal necesario para su ejecución segura: intubador, kinesiólogo asistente (vía aérea) y enfermero (vía venosa).
- Debe haber un operador experto afuera de la habitación en caso de necesidad.
- Debe preferirse la secuencia de intubación rápida v/s la intubación vigil.

Recomendaciones previas y elementos requeridos

El kinesiólogo asistente debe revisar el funcionamiento de todos los elementos a utilizar:

- Bolsa-válvula-máscara con filtro HMEF.
- Máscara de oxígeno con reservorio y flujo de oxígeno a 15 litros por minuto.
- Tubo orotraqueal (TOT) con balón de neumotaponamiento y piloto.
- Sistema de aspiración cerrado.
- Filtros HMEF para uso según normativa del centro.
- Cuffometro.
- Sistema de fijación de TOT o cinta de fijación.
- Ventilador mecánico en *stand-by*.
- Cinta métrica para la medición del paciente.
- Fonendoscopio de uso exclusivo.

Recomendaciones durante el procedimiento IOT

1. Medir al usuario con una huincha métrica y establecer su peso ideal.
2. Utilizar la fórmula para el cálculo del peso ideal:
 - a. Hombres = $50 + 0.91$ (altura en cm - 152.4).
 - b. Mujeres = $45.5 + 0.91$ (altura en cm - 152.4).
3. Programar el ventilador mecánico con parámetros ajustados de talla y peso ideal.
4. Utilizar una estrategia ventilatoria protectora en torno a los 6 ml/Kg de peso.
5. Evitar uso de CNAF para pre oxigenar.
6. Evitar la ventilación con la bolsa-válvula-máscara (bolseo).
7. Interponer un filtro HMEF entre la bolsa y la máscara en caso de uso de bolseo manual.
8. Pre oxigenar con máscara reservorio mediante la administración de 15 lpm por 5 minutos.

9. Preferir uso del video laringoscopio por sobre el laringoscopio de observación directa.
10. Desarrollar una buena comunicación entre el médico a cargo de la intubación y el kinesiólogo asistente, quien presentará el TOT y posteriormente recibirá el laringoscopio en una bolsa plástica.
11. Utilizar un “box” acrílico transparente de intubación para la realización de la intubación.
12. Colocar gasas en la cavidad oral hasta comprobar la ausencia de fugas y la indemnidad del neumotaponamiento tras la conexión del TOT al ventilador.
13. Comenzar la ventilación con un aporte de fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) de 1.0.
14. Titular la FiO₂ según necesidad del paciente y meta SpO₂ establecida.

Soporte ventilatorio invasivo en el paciente COVID-19+

Se propone respetar los lineamientos de:

- Monitorizar el adecuado intercambio gaseoso mediante gases en sangre arterial.
- Disminuir el trabajo respiratorio y/o atender el aumento de su requerimiento.
- Reducir el riesgo de una injuria por VM.

Recomendaciones durante el procedimiento

3. Preferir una estrategia ventilatoria con un aporte de volúmenes corrientes bajos.
4. Utilizar un volumen corriente (V_t) en torno a 6ml/Kg y una presión positiva al final de la espiración (PEEP) ajustado según talla/peso.
5. Mantener una presión meseta (“*presión plateau*”: P_{plat}) < 30cmH₂O.
6. Optimizar la presión diferencial (“*driving pressure*”: DP) entre 10-15cmH₂O.
7. Disminuir el V_t de 1ml/Kg (hasta 4-5ml/kg), de no conseguir un DP <15.
8. Programar una frecuencia respiratoria (FR) para meta pH > 7,25 y PaO₂ ≈ 60mmHg.
9. Programar la relación tiempo inspiratorio/tiempo espiratorio 1:2.
10. Disminuir la FiO₂ necesaria para alcanzar objetivo de oxigenación SpO₂ 92-94%.
11. Utilizar la estrategia PEEP/FiO₂ (Meade M.O. et al; JAMA 2008).
12. Fijar sedación por escala agitación y sedación “Richmond RASS” -4/-5 (etapa aguda).
13. Evaluar la presencia de esfuerzos inspiratorios y asincronías.
14. Preferir el uso de un filtro HMEF por sobre el uso de humidificación activa.
15. Preferir filtros HMEF que no generen un espacio muerto mayor a los 50ml.

16. Utilizar filtro HMEF entre la conexión “Y” y el TOT del usuario.
17. Utilizar un sistema de aspiración cerrada de secreciones.
18. Emplear relajó neuromuscular en pacientes con $PaO_2/FiO_2 < 150$ y $PEEP \geq 6$ cmH₂O.

De ser necesaria la desconexión del circuito se recomienda siempre:

- Dejar el VM en “*stand-by*” antes de iniciar el procedimiento de desconexión.
- Pinzar TOT con una pinza Kocher recta sin diente o Kelly durante la desconexión.
- Utilizar todas las EPP recomendadas según las normas del centro.

Tras la estabilización médica aguda y con una buena respuesta PaO_2/FiO_2 se debe:

- Evaluar el retiro de las medidas de relajó neuromuscular (RNM).
- Evaluar la respuesta ventilatoria espontánea.
- Reducir, retirar o sustituir la sedo-analgésia.
- Transitar a modalidades ventilatorias asistidas o espontáneas.

Ante la posibilidad de destete del VM (“*weaning*”) se debe evaluar:

- Nivel de conciencia, cooperación y activación.
- Posibilidad de dar autoprotección a la vía aérea.
- Volumen de secreciones y capacidad de manejo.

Proceso de extubación (“*weaning*”)

Siendo la Extubación una indicación médica, se recomienda:

3. Realizar prueba de ventilación espontánea (PVE) con el paciente conectado al VM.
4. Completar destete de VM (“*weaning*”) utilizando los protocolos locales de cada centro.
5. Evaluar necesidad de suplementación de oxígeno vía oxigenoterapia posterior al destete.
6. Evitar uso de CNAF, máscara simple o sistema de alto flujo dual posterior la extubación.
7. Considerar su uso en casos seleccionados (insuficiencia cardíaca, obesidad mórbida, etc).

8. Utilizar mascarilla quirúrgica sobre nariz-boca o sobre el dispositivo de oxigenoterapia.
9. Restringir el uso nebulizadores solo a casos necesarios.
10. Preferir uso de inhaladores de dosis medida con aerocámara.

Traslado de pacientes COVID-19+

Los traslados de pacientes a nivel intrahospitalario deben realizarse siguiendo los protocolos internos de cada centro, resguardando:

Recomendaciones durante el procedimiento

1. Comprobar existencia de “*check-list*” internos para traslados intrahospitalarios.
2. Utilizar EPP completo durante los traslados y/o según la norma de cada institución.
3. Trazar un flujo de desplazamiento de pacientes COVID-19+ al interior del hospital.
4. Minimizar los riesgos de exposición a pacientes COVID-19- y funcionarios.
5. Optimizar el manejo de la limpieza y desinfección de áreas comunes de tránsito.
6. Trasladar al paciente con VM de transporte según requerimientos ventilatorios.
7. Utilizar filtro HMEF entre el puerto exhalatorio y la vía aérea si el VM es mono rama.
8. Evitar configurar flujo continuo con orificio de fuga (puerto exhalatorio).
9. Revisar la insuflación del neumotaponador y su correcto funcionamiento.
10. Evitar ventilación mediante bolsa-válvula-máscara en pacientes con vía aérea artificial.
11. Utilizar filtro HMEF entre conector de vía aérea y bolsa-válvula-máscara en caso de uso.
12. Usar mascarilla quirúrgica sobre nariz-boca o dispositivo de oxigenoterapia en pacientes sin vía aérea artificial.

Estrategia de posicionamiento prono en pacientes COVID-19+

Se recomienda, según indicación médica, el uso de la estrategia de posicionamiento en prono cuando la relación del intercambio PaO_2/FiO_2 sea < 150 , definiendo así grupos de mayor o menor riesgo de necesidad de establecer una terapia combinada de posicionamiento prono y uso de RNM.


BAJO RIESGO	ALTO RIESGO
PaO ₂ /FiO ₂ > 150	PaO ₂ /FiO ₂ < 150
PEEP ≤ 12 cmH ₂ O	PEEP > 12
Presión meseta ≤ 28	Presión meseta > 28
Presión diferencial < 14	Presión diferencial > 14
pH > 7.3	pH ≤ 7.3

Los beneficios de la estrategia de posicionamiento en prono han resultado ser altamente costo-efectivos en el tratamiento del fallo respiratorio agudo por COVID-19. Considerar que el equipo debe poseer entrenamiento previo para su implementación, así como para evaluar las posibles consecuencias de su uso en pacientes (úlceras por presión, presencia de edema, desconexión accidental del circuito, acodamiento u obstrucción del TOT, etc.).

Su puesta en marcha debe congregarse al personal suficiente (se recomienda la asistencia de 6 personas), debe realizarse de manera colaborativa previa planificación de los roles y las necesidades de cada unidad.

Se recomienda mantener la posición por 48-72 horas hasta conseguir una mejora en el intercambio gaseoso y solo despronar de emergencia en casos altamente justificados (arritmias; reintubación de emergencia, etc.).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thomas P, Baldwin C, Bissett B, Boden I, Gosselink R, Granger CL, Hodgson CL, Jones AYM, Kho ME, Moses R, Ntoumenopoulos G, Parry SM, Patman S, van der Lee L (2020): Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting. Recommendations to guide clinical practice. Version 1.0, published 23 March 2020. *Journal of Physiotherapy*.
2. Bruhn A,. (2020). Enfrentamiento inicial del paciente con falla respiratoria. Segunda jornada de capacitación COVID-19. Manejo de pacientes con COVID-19 en el ámbito hospitalario e intensivo. Pontificia Universidad Católica de Chile. Ed. Red Mosaico. [online] available at: <<https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/04/002-capacitaci%c3%b3n-covid-19-puc-30-mar.pdf>> [accessed 28 april 2020].
3. Editor-in-Chief, Prof & Yu, Ligen. (2020). Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment.
4. Marini JJ, Gattinoni L. Management of COVID-19 Respiratory Distress. *JAMA*. Published online April 24, 2020. Doi:10.1001/jama.2020.6825
5. Cook, T.M., El-Boghdady, K., mcguire, B., mcnamry, A.F., Patel, A. And Higgs, A. (2020), Consensus guidelines for managing the airway in patients with COVID-19. *Anaesthesia*. Doi:10.1111/anae.15054
6. Liew, M.F., Siow, W.T., Yau, Y.W. *et al.* Safe patient transport for COVID-19. *Crit Care* 24, 94 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2828-4>
7. Givi B, Schiff BA, Chinn SB, et al. Safety Recommendations for Evaluation and Surgery of the Head and Neck During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. Published online March 31, 2020. Doi:10.1001/jamaoto.2020.0780
8. Alves, P; Moura, A.; Vaz, A.; Ferreira, A.; Malcato, E.; Mota, F.; Afonso, G.; Ramos, P.; Dias, V.; Homem-Silva, P. PREPI | COVID19. Prevenção de lesões cutâneas causadas pelos Equipamentos de Proteção Individual (Máscaras faciais, respiradores, Viseiras e óculos de proteção). *Journal of Tissue Healing and Regeneration* 2020. Suplemento da edição Outubro/Março XV.
9. Coccolini, F., Perrone, G., Chiarugi, M., Di Marzo, F., Ansaloni, L., Scandroglio, I., Marini, P., Zago, M., De Paolis, P., Forfori, F., Agresta, F., Puzziello, A., D'Ugo, D., Bignami, E., Bellini, V., Vitali, P., Petrini, F., Pifferi, B., Corradi, F., Tarasconi, A., ... Catena, F. (2020). Surgery in COVID-19 patients: operational directives. *World journal of emergency surgery : WJES*, 15(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00307-2>
10. Meade, Maureen & Cook, DJ & Guyatt, GH & Slutsky, Arthur & Arabi, Yaseen & Ronco, Juan & Stewart, TE & Lung,. (2008). Ventilation Strategy Using Low Tidal Volumes, Recruitment Maneuvers, and High Positive End-Expiratory Pressure for Acute Lung Injury and Acute Respiratory Distress Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *Journal of American Medical Association*. 299. 637-65.
11. Tobar, E. Et al. Recomendaciones sochimi en analgesia, sedación, delírium y bloqueoneuromuscular en pacientes críticos. Año 2019 - Volumen 34 - Número 3
12. Guerin C, Gaillard S, Lemasson S, Ayzac L, Girard R, Beuret P et al. Effects of systematic prone positioning in hypoxemic acute respiratory failure.  A randomized controlled trial. *JAMA*. 2004; 292:2379-87.

RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA DE PERSONAS CON QUEMADURAS EN CONTEXTO COVID-19

Declaración de Intención:

El presente documento tiene como objetivo orientar al profesional clínico sobre el proceso de intervención fonoaudiológica en personas con quemaduras que cursen con COVID-19, tomando como base la evidencia disponible y la experiencia clínica. Las recomendaciones aquí declaradas podrían variar en el corto plazo. Se sugiere que cada profesional pueda tomar estas recomendaciones como una guía adaptable a su contexto y realidad local.

Aspectos transversales a la intervención en personas hospitalizadas:

Debido a la transmisión del virus y a las precauciones estándar que se consideran en el abordaje del paciente quemado en etapa aguda, el uso de elementos de protección personal (EPP) es necesario para TODO procedimiento que implique contacto directo con la persona.

Además de contar con los EPP suficientes, la evidencia muestra que uno de los aspectos relevantes es la correcta instalación y retiro de estos elementos.

El profesional debe mantener una adecuada comunicación con el equipo de salud y la Unidad de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) para estar en conocimiento de los protocolos institucionales y sus eventuales modificaciones. Se considera fundamental la actualización permanente de los equipos ante las medidas de prevención y control establecidas por la autoridad de salud. Además, es importante considerar la realidad local, favoreciendo el uso racional de recursos para asegurar un abastecimiento sustentable de insumos.

Intervenciones fonoaudiológicas en contexto de atención cerrada:

En el contexto de la pandemia, la atención directa dentro de los centros hospitalarios debe reducirse a los casos en que el equipo determine beneficios por sobre riesgos. Se sugiere mantener un contacto fluido con el equipo, para determinar la necesidad y las opciones de intervención, así como para favorecer el trabajo mancomunado con objetivos terapéuticos comunes.

Pese a ello y considerando el impacto de las hospitalizaciones prolongadas en aquellos sujetos con quemaduras que requieren intervención Fonoaudiológica, es fundamental realizar un manejo eficiente y eficaz. Se sugiere en el contexto hospitalario limitar las atenciones a la intervención de la deglución y en lo posible diferir aquellas de carácter no urgente, como los procedimientos vinculados con voz y motricidad orofacial.

A. Intervenciones de Deglución:

Al igual que en cualquier paciente hospitalizado en contexto crítico por COVID-19, las intervenciones de deglución se consideran prioritarias por su impacto en la funcionalidad de la alimentación por boca, el riesgo de infecciones respiratorias y consecuente, aumento en la estadía hospitalaria.

Cualquier procedimiento vinculado con la intervención fonoaudiológica de la deglución es considerado generador de aerosol, por lo que se deben extremar las medidas de seguridad y contar con EPP suficientes para proteger al profesional de un eventual contagio.

En aquellos pacientes con traqueostomía, antes de la decanulación, se sugiere una decisión consensuada en equipo en relación a los riesgos y beneficios atingentes a la condición del paciente, así como procedimientos futuros (ejemplo, necesidad de VAA en pabellones futuros).

En este punto, se sugiere considerar y adscribirse en detalle a las recomendaciones propuestas por la División de Fonoaudiología y Terapia Ocupacional de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva (DIFOTOI-SOCHIMI), así como las del Colegio de Fonoaudiólogos (COLFONO).

B. Intervenciones de Voz:

Debido a su carácter no urgente, se sugiere postergar las intervenciones de voz en usuarios hospitalizados, salvo que a criterio del clínico impacten de manera significativa en su recuperación y limiten el alta hospitalaria.

En aquellos casos que la intervención sea estrictamente necesaria, se sugiere condensar los procedimientos de intervención, independiente del área a trabajar, en una sola sesión; esto con el objetivo de disminuir la frecuencia de exposición.

Asimismo, en aquellas personas con buen nivel de colaboración, se sugiere favorecer la implementación de programa de ejercicios que permitan la práctica autónoma del usuario.

En el caso de necesidad de procedimientos de evaluación objetiva de carácter no urgente y que sean de riesgo en la generación de aerosoles (ejemplo: Nasofibroscopía), se sugiere diferirlos y adscribirse a protocolos de cada institución.

En este punto, se sugiere considerar y adscribirse en detalle a las recomendaciones propuestas por el Colegio de Fonoaudiólogos (COLFONO).

C. Intervenciones de Motricidad Orofacial:

Debido a su carácter no urgente, se sugiere postergar o en su defecto limitar, las intervenciones de motricidad orofacial en usuarios hospitalizados; salvo que a criterio del clínico impacten de manera significativa en su recuperación y limiten el alta hospitalaria.

En aquellos casos que la intervención sea estrictamente necesaria, se sugiere condensar los procedimientos de intervención, independiente del área a trabajar, en una sola sesión; esto con el objetivo de disminuir la frecuencia de exposición.

Asimismo, en aquellas personas con buen nivel de colaboración, se sugiere favorecer la implementación de programa de ejercicios que permitan la práctica autónoma del usuario.

En este punto, se sugiere considerar y adscribirse en detalle a las recomendaciones propuestas por el Colegio de Fonoaudiólogos (COLFONO).

Continuidad de la atención e Intervenciones fonoaudiológicas en contexto de atención abierta:

Con el objetivo de dar continuidad a la rehabilitación fonoaudiológica, es recomendable antes del alta hospitalaria, educar a los usuarios y sus redes, en relación a programas de

ejercicios que podrían ser implementados en el hogar. Así como recopilar antecedentes necesarios para mantener un contacto con el usuario y realizar el adecuado seguimiento.

Se sugiere evaluar la pertinencia del tratamiento ambulatorio o de ser posible, el uso de teleconsulta en cada caso. Se recomienda mantener el seguimiento de la evolución para asegurar el monitoreo de necesidades y la continuidad de la rehabilitación, enfatizando las indicaciones con material educativo. Ante la imposibilidad de contacto virtual, valorar la posibilidad de mantener seguimiento telefónico.

En aquellos casos que requieran atención directa, considere el uso de EPP necesarios según el procedimiento a desarrollar.

Recomendaciones finales

- La experiencia y juicio clínico deben primar en la valoración de riesgos vs beneficios.
- Se debe adaptar las sugerencias al contexto particular de cada profesional.
- Se sugiere adscribirse a los protocolos institucionales y mantenerse informado en relación a eventuales modificaciones de los mismos.
- Se sugiere, además, considerar las sugerencias referidas a cada ámbito clínico según las diferentes Sociedades Científicas y Colegios Profesionales (COLFONO).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. (2020). Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance, 19 March 2020. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331498>.
2. Verbeek JH, Rajamaki B, Ijaz S, Sauni R, Toomey E, Blackwood B, Tikka C, Ruotsalainen JH, Kilinc Balci FS. Personal protective equipment for preventing highly infectious diseases due to exposure to contaminated body fluids in healthcare staff. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 4. Art. No.: CD011621.
3. Ku PK, Holsinger FC, Chan JY, Yeung ZC, Chan BY, Tong MC and Starmer HM. Management of Dysphagia in The Head and Neck Cancer Patient during COVID-19 Pandemic: A Practical Strategy. Head & Neck. 2020. Accepted Author Manuscript.
4. Royal College of Speech Language Therapists (RCSLT): Report on aerosol generating procedures, dysphagia assessment and COVID-19. Disponible en: [https://www.rcslt.org/-/media/docs/Covid/RCSLT-Dysphagia-and-AGP220420FINAL-1-\(1\).PDF?la=en&hash=816B77BE5A88976CD97F32B84754F223FA761C54](https://www.rcslt.org/-/media/docs/Covid/RCSLT-Dysphagia-and-AGP220420FINAL-1-(1).PDF?la=en&hash=816B77BE5A88976CD97F32B84754F223FA761C54)
5. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Guidance to SLPs regarding aerosol generating procedures. Disponible en: <https://www.asha.org/SLP/healthcare/ASHA-Guidance-to-SLPs-Regarding-Aerosol-Generating-Procedures/>
6. New Zealand Speech-Language Therapists' Association (NZSTA). Information regarding COVID-19. Disponible en: <https://speechtherapy.org.nz/info-for-sits/information-regarding-covid-19/>
7. Speech Pathology Australia (SPA) Speech Pathology Australia guidance for service delivery, clinical procedures and infection control during COVID-19 pandemic. Disponible en: https://www.speechpathologyaustralia.org.au/SPAweb/About_us/COVID-19_News_and_Information/COVID-19_-_Guidance_for_Service_Delivery/SPAweb/About_Us/COVID-19/Guidance_for_Service_Delivery.aspx?hkey=fc19a880-e7a8-4246-8631-a474fc43d4ae.

RECOMENDACIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID-19

Una quemadura es un evento que, sin importar la etapa de la vida de la persona, causa un gran impacto tanto físico, como psicológico y social, siendo aún mayor si requiere hospitalización. En el escenario actual de pandemia COVID-19, el enfoque de tratamiento debe ser agresivo y muchas veces invasivo para intentar disminuir a lo mínimo posible los tiempos de hospitalización y de exposición al virus, tanto del paciente como del personal de salud. En todo el proceso se debe considerar optimizar la funcionalidad del paciente para favorecer su pronta salida de la unidad de cuidado intensivos y hospitalaria, sin embargo, no se puede perder de vista que, al estar tratando a una persona, el equipo médico y de rehabilitación deberá trabajar en forma coordinada y alineada, asegurando que el paciente tenga las condiciones mínimas para que al final de su proceso de rehabilitación, sea partícipe independiente de su vida y no un espectador. Desde el día 0 la terapia ocupacional tiene un papel fundamental para enfocar esta independencia.

Es importante considerar que, por motivos de seguridad, todo paciente debe ser tratado como si fuera COVID-19 positivo, a fin de proteger al paciente y al personal de salud. En estas condiciones, el profesional de la salud ingresará a la pieza del paciente y estará en contacto con él bajo un estricto control del tiempo y de las tareas realizadas en todos los casos. Es importante revisar el uso de elementos de protección personal (EPP) siempre, aunque la actividad se haya realizado en múltiples ocasiones.

Condiciones de seguridad el profesional de Terapia Ocupacional

Sumado a las condiciones del uso de los EPP, es importante incluir en el manejo de pacientes con aislamiento las siguientes medidas complementarias de cuidado:

- No usar de joyas/ relojes en manos y muñecas.
- Uñas cortas sin esmalte.
- Pelo largo tomado.
- Barba rasurada para lograr sello con máscaras n95.
- En paciente COVID-19 negativo, uso de medidas de precaución standard.

- Diariamente se reforzar la capacitación de uso, retiro y re-uso de EPP por enfermera de Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).
- Se sugiere trabajar en parejas y al momento de retirar EPP, realizar supervisión cruzada para detectar contaminación inadvertida por el compañero de trabajo y realizar cuidado mutuo.

Equipo de Trabajo

Casi tan importante como los EPP, es implementar adecuados canales de comunicación, con el fin de optimizar los tiempos de intervención y el seguimiento e implementación de medidas terapéuticas, como por ejemplo el uso de las ayudas técnicas (AATT) de posicionamiento o de accesibilidad, lo cual debe ser incorporado dentro de la entrega de turno de enfermería/tens, y registrando las acciones diarias en relación a posicionamiento del paciente, uso de férulas y de órtesis, con el fin de facilitar y garantizar el uso adecuado de los mismos.

La Terapia Ocupacional como parte del equipo de rehabilitación temprana en la unidad de cuidado intensivo, ha demostrado contribuir con los indicadores de: menor duración en la ventilación mecánica, disminución de la presentación del delirium, aumento en el número de pacientes que regresan al estado funcional previo a su ingreso a la UCI. Para tales fines, este protocolo toma doctrinas del Modelo de progresión de las intervenciones de rehabilitación, unido a las experiencias de unidades de pacientes críticos UPC en ACHS, red SSMC 2018 y España 2020.

Conforme a los criterios de Terapia Ocupacional, se expone la necesidad de un plan de intervención precoz que permita reducir los tiempos de ventilación mecánica y, por consecuencia, los tiempos de estadía tanto en cuidados intensivos como en la hospitalización, disminuyendo también las complicaciones funcionales producto de esto. Dicho lo anterior, las intervenciones de rehabilitación se definen en un proceso interdisciplinario, donde es importante tener siempre comunicación continua y planificación de objetivos con los equipos médicos, de enfermería, tens, kinesiólogos y fonoaudiólogos, con el fin de facilitar la ejecución de tareas específicas desde cada área, alimentando el programa de tratamiento de los paciente, teniendo en cuenta las condiciones de riesgo y

facilitando la distribución de tareas, como a su vez disminuyendo la sobre exposición del personal, pero proporcionando las atenciones pertinente según las necesidades de los paciente.

Para tales fines se sugiere contar con la guía del médico Fisiatra, quien a su vez puede facilitar la delimitación de los criterios de inclusión y exclusión según los parámetros respiratorios del paciente, requerimientos de órtesis, activaciones motoras y cognitivas que faciliten al paciente una corta estadía en la unidad de cuidado crítico, así como la optimización de los tiempos de recuperación, versus la liberación de las camas de ventilación.

A continuación, se presentan algunas consideraciones para el tratamiento del paciente quemado contagiado o con riesgo de contagio.

Intervención de Terapia Ocupacional en pacientes quemados con COVID-19:

Posicionamiento: en el tratamiento de un paciente quemado, uno de los principales factores es prevenir secuelas por posicionamiento, por lo que en forma temprana se deben tomar las medidas necesarias realizando estimulación funcional, el diseño de órtesis y de adaptaciones para evitar contracturas y controlar el edema. En el caso de pacientes quemados con COVID-19 positivo que requieran mantenerse en posición prona, el desafío es mucho mayor ya que no solo se debe favorecer mantener esta posición, sino que además evitar compresión en zonas quemadas para evitar profundización o mayor daño a los tejidos.

Características del posicionamiento en pacientes COVID-19 con ventilación mecánica en posición prona:

- Camilla en 10° de elevación.
- Cara: soporte facial para apoyo lateral y frontal. Debe permitir libre paso del tubo, sin generar presión sobre él.
- Extremidades superiores:
 - Mano con apoyo palmar y muñeca en posición neutra.

- Codo en flexión o semi extensión de 90° a 120° de rango de movimiento (ROM).
- Hombro en flexión entre 45° y 90° de ROM.
- Tronco: elevación hemicuerpo incluyendo hombro y mitad del tórax.
- Extremidades inferiores y pelvis.
 - Cadera en rotación externa de 45°, rodilla en flexión de 90° de ROM. Considerar en rodilla contraria rodillera de soporte.
 - Pies sobre cojín con contacto zona anterior en posición de descanso, cuidando de no llevar a equino.

En la necesidad de confección de órtesis y adaptaciones, mientras el paciente mantenga el aislamiento, todo lo que entre en contacto con su ambiente no puede ser sacado de la habitación, por lo que se debe asegurar que todo el aparataje sea de las dimensiones precisas, ya que no habrá forma de corregir puntos de presión. Se privilegiarán ortesis pre hechas o adaptaciones para evitar el ingreso de elementos para el moldeo en termoplástico. De ser necesario, se deberá contar con un terapeuta ocupacional de apoyo para facilitar el moldeo y ayudar en la mantención de las medidas de aislamiento.

Integración temprana de actividades básicas de la vida diaria (ABVD): en cuanto el paciente este consciente, se debe iniciar inmediatamente las terapias de estimulación orientadas en recuperar la independencia en las ABVD. Se debe elegir el mejor posicionamiento para realizar estas actividades y, si el tipo de lesión lo permite, se debe privilegiar la posición en sedente largo en cama, en el borde de esta o en el sillón. De ser necesario se realizarán adaptaciones de objetos y actividades para lograr el objetivo planteado (engrasadores de servicios, borde de lato, abotonador, etc.).

Estimulación funcional temprana: por lo general los pacientes con COVID-19 positivo tienden a fatigarse rápidamente, por lo que se deben planificar sesiones cortas que favorezcan la conservación de energía. Otro factor relevante en pacientes de unidades críticas es la posibilidad de aparición de Síndrome Post UCI, por lo que se debe evitar que el deterioro y tendencia a la deformidad. Las atenciones se deben orientar a estimulación funcional global, con énfasis en mantener o recuperar rangos de movimiento, potencia

muscular, prehensiones, destreza de extremidades superiores y extremidades en forma integral para tener las condiciones óptimas para ejecutar las AVDB, integrando implementos y órtesis que puedan favorecer resultados funcionales, teniendo los cuidando que la lesión amerite. Se debe recordar privilegiar elementos descartables ya que no podrán salir de la habitación.

Prevención de delirium: todo paciente inmerso en un ambiente hospitalario, especialmente si es adulto mayor, puede desarrollar un estado de alteración de conciencia, confusión y desorientación, que puede causar daño cognitivo permanente e incluso la muerte. Tienen más posibilidad de desarrollar esta condición aquellos pacientes que ha requerido sedación o pasado por procesos de intubación, lo que es común en pacientes quemados. En la contingencia actual, el proceso de hospitalización se desarrolla en ambientes con altos estándares de confinamiento y aislamiento, por lo que es importante tener presente las condiciones de deprivación tanto sensorial como ambiental y social, donde los pacientes se enfrenta a situaciones donde pierden conocimiento de la fecha o la hora del día, la asistencia de personal de salud es mínimo y sobrecargado, que usa elementos de protección personal que les ocultan todo el rostro, lo que limita drásticamente la comunicación, por lo que terapia ocupacional en conjunto al equipo de salud debe incorporar estrategias de comunicación, acercamiento y de identificación del personal que le permitan al paciente la comprensión progresiva de su condición apenas inicia el despertar, asimismo como la capacidad de reconocer a quienes le prestan sus servicios de salud sin que se sienta invadido o agredido. Se sugiere la implementación de elementos de identificación visibles y de fácil interpretación tales como fotos, nombres grandes y claros en protector facial o la identificación a través de figuras. Es importante que este proceso de reconexión sea implementado considerando los cambios de posición del paciente para que faciliten los estados de alerta, sedente largo, sedente borde de cama y /o bípodo. Además, como factor relevante a considerar, durante esta contingencia no están autorizadas las visitas de sus familias quienes de por sí son una gente de estimulación. Todos estos factores aumentan la agitación y profundizan las alteraciones físicas y cognitivas del delirium. Se debe realizar un plan de estimulación física y cognitiva, esta última con énfasis en estimulación temporoespacial, memoria y comunicación, favoreciendo con el equipo médico mantener el contacto con familia y amigos usando diversas tecnologías. También es indispensable el manejo ambiental con medidas simples como tener un calendario con

fecha clara y a la vista del paciente, fotografías de familia o elementos significativos, saludar y hablarle al paciente.

Es importante tener presente en estas estrategias lo grupos etarios, ya que si bien es cierto el delirium es característico de adultos mayores, los adultos maduros, jóvenes y en casos especiales los niños pueden presentar síntomas de desorientación similar al delirium post sedación inducida. Estas diferencias etarias nos exigen visualizar estrategias para implementar tratamientos conforme a la capacidad cognitiva, gustos o intereses acordes a la edad, como la implementación de protectores faciales con motivos infantiles o personajes heroicos en el caso de los niños, con el fin de facilitar la recepción y adaptación del paciente al proceso de recuperación y reconexión con la realidad.

Apoyo Emocional: ansiedad, incertidumbre, miedo y soledad están presentes en la mayoría de las personas hospitalizadas, especialmente en estas circunstancias. Junto al equipo de salud mental, se debe trabajar en la contención emocional, terapia de apoyo, trabajo en autoestima y motivación desde el comienzo. Esto marca gran parte del proceso de rehabilitación y el compromiso del paciente con el proceso.

Estas medidas se deben mantener durante toda la etapa de hospitalización mientras el paciente se encuentre con COVID-19 positivo.

Conclusión

Si bien la contingencia ante la pandemia del COVID-19 nos obliga a tomar resguardos con altos estándares de aislamiento y protección, no podemos olvidar que una persona con quemadura, incluso estando infectada, requiere de un trabajo coordinado entre el equipo médico y rehabilitador, tomando las máximas consideraciones de cuidado y aunando esfuerzos para entregar en todas las esferas de su tratamiento las bases mínimas de intervención para evitar que la magnitud de la lesión comprometa su capacidad funcional e impacte considerablemente en su calidad de vida futura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Faculty of Intensive Care & Medicine Intensive Care Society - GUIDELINES FOR THE PROVISION OF INTENSIVE CARE SERVICES, Edition 2 June 2019
- 2 Problemas e intervenciones de rehabilitación en pacientes de unidades críticas, 2019 IPLAxe
- 3 Uti Hospital Vall d'Hebron de Barcelona APATO
- 4 <https://www.facebook.com/pg/terapeutasandaluces/posts/>
- 5 Royal College of Occupational Therapists - A quick guide for occupational therapists: Rehabilitation for people recovering from COVID-19. April 2020
- 6 Comité de Guías de Práctica Clínica de la ISBI- Guía de Práctica Clínica de la ISBI para el Cuidado de las Quemaduras, © 2016 Publicado por Elsevier Ltd.
- 7 Guía de Posicionamiento Prono, Unidad de Cuidado Intensivo - Hospital de Urgencia Asistencia Publica Roberto del Rio.
- 8 Dijkstra-Kersten SMA, Kok L, Kerchoffs MC, Cremer OL, de Lange DW, van Dijk D...Slooter AJC (2020) Neuropsychiatric outcome in subgroups of Intensive Care Unit survivors: Implications for after-care. *Journal of Critical Care*, 55, 171–176. doi: 10.1016/j.jcrc.2019.11.006.
- 9 M D. Claver Martín, Update on the evaluation and treatment of delirium. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998; 33(4):227-235
- 10 Eduardo Tobar et al - Recomendaciones de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva para la Analgesia, Sedación, Delirium y Bloqueo Neuromuscular en Pacientes Críticos Médico-Quirúrgicos Adultos - Año 2019 - Volumen 34 - Número 3
- 11 British Psychological Society (2020) Meeting the psychological needs of people recovering from severe corononavirus (COVID-19). Leicester: BPS.

INTERVENCION PSICOSOCIAL A PACIENTES, FAMILIARES Y EQUIPO DE SALUD EN CONTEXTO DE COVID – 19

I. Orientaciones para el manejo intrahospitalario

En contexto de la actual pandemia por COVID-19, el desafío orientado a la rehabilitación de pacientes quemados incorpora nuevas variables que complejizan la forma de afrontar el intenso proceso de hospitalización, tanto para el paciente, su familia y el equipo que los asiste.

A partir de lo mencionado, es que se elaboran las siguientes recomendaciones que van orientadas al apoyo de los equipos tanto en su autocuidado, como para la atención de pacientes y sus familiares en esta pandemia.

1. Recomendaciones para pacientes quemados en contexto de hospitalización

Para los pacientes quemados, La percepción subjetiva de amenaza de muerte producto de las numerosas complicaciones asociadas a sus quemaduras, incorpora además encontrarse en uno de los grupos de riesgo en el marco de contagio y gravedad por COVID-19.

A partir de ello, la sensación de vulnerabilidad y escaso control se intensifica, impactando negativamente en la capacidad de afrontamiento de nuestros pacientes, lo que involucra un aumento en el riesgo de aparición de trastornos por salud mental (Wisely JA., 2010).

En esta misma dimensión, se debe entender que la presencia de redes apoyo de forma activa durante el proceso de hospitalización, otorga seguridad y confianza, apoyando en la disminución de ansiedad entre otros síntomas reactivos a la condición en que se encuentra el paciente.

En este sentido, la adopción de medidas preventivas asociadas a la restricción de visitas para evitar eventuales contagios, resulta ser un agravante para el apoyo en la salud mental,

siendo imprescindible establecer medidas alternativas para potenciar el contacto de sus acompañantes.

Medidas a adoptar para la atención:

1. Facilitar la entrega de información veraz y actualizada a los pacientes:

La larga estadía de pacientes quemados en los que por su gravedad han debido someterse a terapias invasivas y uso de sedantes, involucra una posible desconexión hacia el medio y los eventos actuales producidos en pandemia.

En vista de ello, la necesidad de informar a los pacientes responde a la evidente angustia que supone no poder recibir sus visitas y el riesgo de que puedan surgir interpretaciones sobre la ausencia de sus seres queridos, que sean aún más estresantes como lo es la creencia sobre abandono o posible fallecimiento de sus acompañantes en los accidentes donde el paciente sufrió sus quemaduras.

Por otra parte, se debe entender que un paciente hospitalizado se encuentra hiperalerta frente a los estímulos y conversaciones que ocurren en su alrededor (Wesley JA., 2010), por lo que es posible que este pueda incorporar información errónea al escuchar rumores e información desactualizada. Por lo tanto, el equipo debe informar de manera responsable a fin de evitar que se ponga en riesgo la relación de confianza que se debe establecer para potenciar la recuperación.

2. Establecer medidas alternativas para propiciar el acompañamiento de pacientes:

En el caso de existir restricción de visitas para los pacientes hospitalizados, se debe facilitar en la medida de lo posible el acceso a vías alternativas por medio de herramientas tecnológicas como celulares o Tablet para video llamadas.

No obstante, esto no debe proveerse sin antes realizar una valoración sobre su estado emocional e intervención en Imagen corporal, además de orientar a la familia en lo que respecta la situación del paciente. Esto debe uno de los principales requisitos para iniciarlas, a fin de prevenir que esto sea un evento potencialmente traumático que imposibilite luego futuras conexiones con sus acompañantes.

Recomendaciones para el apoyo de acompañantes de pacientes quemados:

La situación actual pone a prueba los sistemas de apoyo tanto sanitarios como personales, siendo en el caso de los pacientes internados en los Centros de Salud necesaria la articulación permanente de la red para mantener a quienes resultan como personas significativas, informados sobre el estado del paciente, sus progresos y sistemas de entrega de información.

Desde el punto de vista psicosocial el paciente y su entorno han sido impactados, de modo directo o indirecto siendo necesario la intervención del punto de vista profesional para el manejo del estrés vivenciado por el incidente crítico.

Es importante asumir que Las reacciones de las personas significativas ante un acontecimiento de accidente o enfermedad deben ser manejadas en el caso de que ocurran las siguientes situaciones:

- Dificultades en la comunicación y recepción de información.
- Incertidumbre y aumento de ansiedad ante el desconocimiento sobre procesos médicos, legales, normas, etc.
- Sentimiento de amenaza ante la pérdida de equilibrio sistémico, debido a presiones internas y externas: sociales, laborales etc.

Asimismo, se debe asumir que la entrega de información de manera oportuna es una de Las principales necesidades de los acompañantes, por lo que intentar mantener la continuidad de este proceso por medio de la coordinación de las entrevistas telefónicas o por video llamadas del equipo tratante ayudará a bajar los niveles de ansiedad durante el proceso de hospitalización del paciente.

Profundizar sobre la situación familiar permite organizar la entrega de información y evaluar aspectos que podrían facilitar la relación del equipo con estos. A partir de ello se deberá consignar los siguientes aspectos durante la entrevista inicial:

- La designación de familiar responsable o persona significativa quién será el contacto que registramos en la ficha médica.

- Detectar Fortalezas y debilidades del entorno personal, lo que entregará orientaciones de cómo guiar los procesos de hospitalización y posterior rehabilitación.
- Detectar estilos de afrontamiento y dinámicas del sistema que rodea al paciente por medio de genograma o sociograma.

La familia o persona significativa debe sentir que el equipo comprometido y preocupado del tratamiento de su paciente entregando la tranquilidad de que serán informados continuamente sobre la evolución.

En nuestra experiencia en las intervenciones telefónicas (sin contacto visual); ha facilitado revelar la información íntima, sin haber creado un vínculo previo, hay un mayor tiempo de reflexión y esto ha favorecido en la elaboración de lo que está viviendo la familia. Esta intervención *on line* tiene un sustento empírico, y la consideran una alternativa fiable. (Andersson, Rosenzental, Ruck y Caribring, 2015; Grist y Cavanagh, 2013).

C. Proceso de duelo sin despedida por la Crisis por COVID- 19

El fallecimiento de un paciente hospitalizado por quemaduras es un elemento con el que cotidianamente el personal se encuentra, siendo el equipo psicosocial uno de los principales agentes para otorgar contención a la familia y acompañantes.

La necesidad de otorgar dignidad y propiciar los elementos de confort para “el buen morir” deben ser abordados de manera multidisciplinaria, otorgando los recursos necesarios para aliviar el dolor, así como facilitar las condiciones que permitan la intimidad para quienes se encuentran acompañando este momento.

No obstante, tras el inicio de la pandemia, el escenario nos ha cambiado volviendo este proceso más doloroso para todos quienes tengan un familiar que fallece hospitalizado, sobre todo en los casos donde han sido contagiados por el virus.

En este escenario de pandemia, los protocolos para el acompañamiento en el “buen morir” ante el son muy estrictos por el riesgo de contagio, imposibilitando que los cercanos al

difunto puedan tener los rituales de despedida tradicionales; que facilitan la expresión emocional inicial en el proceso duelo.

Para dichos efectos el equipo multidisciplinario debe tomar en cuenta que El proceso para dar malas noticias en COVID-19 se diferencia de los protocolos normales sobre todo en la búsqueda de un lugar adecuado, ya que por motivos de seguridad la noticia debe de comunicarse en el mismo lugar donde se encuentra el paciente y en algunas situaciones por vía telefónica.

Dentro de lo posible se debe utilizar video llamadas si los acompañantes lo requieren con el fin de sentirse presentes en la despedida de su paciente.

En los casos de ser pacientes COVID-19 negativos, se puede autorizar a los acompañantes para estar con su paciente hasta su deceso. Cuidando que sigan todos los protocolos, resguardo por medio de elementos de protección personal y número de personas autorizadas por la unidad.

Como medidas para apoyar en el trabajo de duelo se pueden realizar las siguientes acciones:

- Comunicar que el respeto de cuarentena, es un gesto de amor y responsabilidad hacia sí mismo y los demás.
- Que los acompañantes se otorguen el tiempo y espacio para expresar sus emociones.
- Reforzar la posibilidad de que acepte apoyo social; hoy puede ser esto a través de las redes sociales, donde puede compartir y expresar el dolor.
- Establecer medidas alternativas para el ritual de despedida como redactar una carta, dirigida hacia la persona fallecida para expresar lo que siente, o al sistema de creencias de los deudos.
- Generar rituales en el hogar como establecer un espacio para recordar momentos que vivieron juntos.
- Se debe realizar seguimiento a los acompañantes durante los días siguientes del deceso del paciente con el fin de evaluar si se requiere algún apoyo especializado para el proceso de duelo.

D. Recomendaciones para los equipos en contexto de pandemia:

Los efectos producidos por el daño moral [1] entre otros aspectos secundarios a la pandemia por COVID-19, han generado un alto compromiso a nivel de salud mental de los funcionarios que se orientan a la población afectada por el Coronavirus.

Estudios recientes realizados en China (Lai J., 2020) en donde se evaluó la presencia de síntomas por salud mental del personal de salud en relación con la población general, dieron cuenta de que existe una mayor prevalencia de trastornos del sueño, síntomas ansioso-depresivos y somatomorfos en aquellos que realizan labores asistenciales en los hospitales donde se encontraban pacientes afectados por el virus.

Este hecho no resulta ser menor, al evidenciar que la labor del personal sanitario incorpora otras variables generadoras de estrés como lo es el impacto por el fallecimiento de pacientes por Neumonía COVID, discriminación en espacios públicos, riesgo de contagio, autoexclusión familiar entre otros.

A partir de ello, es que la necesidad de realizar intervenciones tempranas y preventivas en el personal de salud para el manejo de la salud mental es un elemento crítico que debe ser una de las prioridades actuales en los recintos de atención.

1. Ejerce un liderazgo basado en la resiliencia:

El líder basado en la resiliencia es aquel que tiene la capacidad de recuperarse, sobreponerse y adaptarse con éxito frente a la adversidad y que esto pueda ser transferido a su equipo.

Este es capaz de formar equipos de trabajo integrando el propósito y valor que tiene cada persona en su labor durante la pandemia.

Debe demostrar una genuina preocupación y compasión con los demás, reconociendo las necesidades de todos los miembros, pidiendo apoyo en caso de verse sobrepasado para atender a los requerimientos de aquellos.

Asimismo, debe establecer canales de comunicación fluidos con el personal a fin de evitar errores técnicos y establecer un equipo cohesionado por medio de la confianza. (Grupo de

Referencia del IASC para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia, 2020).

2. Psicoeducar al personal sobre pautas de autocuidado y formas de pedir ayuda

El equipo de salud debe entender que existen reacciones emocionales y conductuales normales que deben ser auto gestionadas.

Llevar una alimentación saludable, permanecer contactado con seres queridos, entender que cada uno reacciona de manera distinta y evitar sobreexponerse a rumores es una de las recomendaciones para prevenir el desgaste del personal, el cual puede ser abordado de manera personal y responsable.

Por otra parte, se deben facilitar espacios de reflexión en los equipos a fin de normalizar las reacciones y evaluar la presencia de personal que se encuentre en riesgo de padecer trastornos por salud mental los cuales deben ser apoyados por medio de atención especializada. (OPS, 2020).

3. Otorgar capacitación periódica y actualizada

La incertidumbre producida por el desconocimiento de los efectos de la pandemia genera un estrés continuado en el personal, al percibirse escasamente preparados para afrontar los futuros desafíos que impone esta crisis mundial.

Es evidente la importancia que se le otorga contar con los Elementos de Protección Personal (EPP) para el resguardo del equipo, sin embargo, esto resulta fútil sino se orienta al personal sobre su utilización.

Por otra parte, incorporar en los planes de capacitación temas atinentes a la salud mental como lo son los primeros auxilios psicológicos, entrega de malas noticias, técnicas de respiración y relajación, refuerzan la conciencia del personal sobre la importancia de evaluarse como sujetos integrales y no sólo puramente técnicos.

II. **Medidas de apoyo durante confinamiento:**

A continuación, se entregan una serie de orientaciones para los pacientes y sus acompañantes que se encuentran en confinamiento producto de la pandemia, las cuales pueden ser entregadas una vez el egreso del paciente:

a. **Cuarentena: Efectos en la salud mental**

- Primero puntualizar que la pandemia COVID-19 ha desatado una crisis a nivel global sin precedentes ni registro alguno por nuestras generaciones, aparece como una amenaza a la salud y la integridad física de las personas y sus cercanos.
- Si a esto sumamos las medidas de protección, como el aislamiento social, que se recrudece con la cuarentena, y muchos otros estresores agregados (deterioro económico, temor a perder el trabajo, sobrecarga por el teletrabajo y labores domésticas, por ejemplo), es esperable una afectación en la salud mental de las personas, la cual se entiende de acuerdo a la OMS como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.»
- En este escenario se configura para todos nosotros como una crisis que pone a prueba nuestras capacidades de afrontamiento, las cuales se pueden ver sobrepasadas.
- Es importante entender que toda crisis produce una respuesta de estrés que se entiende como una respuesta psicofisiológica de las personas y su sistema familiar, ante esta amenaza, incertidumbre y confinamiento.
- Nos podemos tornar más hiperalerta, irritables, con alteraciones del sueño y del apetito. También aparecer más ansiedad, emociones intensas como miedo, rabia o pena. Sentirse confuso, no poder focalizar la atención, con dificultades para tomar decisiones.
- Es importante destacar que la mayoría de estas reacciones van a ser esperables al confinamiento, susto y la incertidumbre, y por lo tanto son adaptativas al momento que se está viviendo no significa enfermedad.

b. ¿Cómo manejar la incertidumbre y la angustia asociada?

- Como primer punto entender que estamos viviendo una situación anormal, sin precedentes ante la cual nadie estaba preparado, y que por lo tanto es esperable que nos afectemos.
- Respecto a las emociones que surjan, es necesario tomar consciencia de que aparecen y aceptarlas, En ningún caso tratar de negarlas o evitarlas.
- En ese sentido es necesario permitirse experimentar emociones y también reconocer cuando tiene que regularlas para poder seguir funcionando.
- Utilizar ejercicios de relajación, yoga y/o meditación, puede ayudarse con algunas aplicaciones disponibles gratuitamente para celulares: Cuerpo relajado y en calma, ayuda a mantener la mente sana.
- No use alcohol ni drogas para calmarse ni se auto medique sin supervisión.
- Enfocarse en las experiencias pasadas y en sus fuentes de fortaleza personal del pasado, puede ayudar a identificar las estrategias para regularse y estar mejor.
- Hablar de lo que nos pasa con nuestra familia y cercanos, si estamos solos o no podemos visitar a familiares o personas significativos podemos mantener contacto por teléfono o video llamada.
- Ampliar los temas de conversación no solo hablar de la pandemia, enfocarse en actividades que puedo llevar a cabo en el hogar que generen emociones y sensaciones agradables.
- Entender que aislamiento no es sinónimo de desconexión social y que el distanciamiento físico no es sinónimo de distanciamiento afectivo.
- No luches tanto con lo que no puedes hacer y, sino que más bien focaliza tu atención en lo que sí puedes hacer.
- Pregúntate y reflexiona qué estás aprendiendo de esta experiencia que te toca vivir.

c. ¿Cómo enfrentar la Cuarentena?

- Como es una situación de incertidumbre, es necesario ir paso a paso. No sabemos cuánto durará esta situación, no anticiparse demasiado, sino que ir al ritmo que se necesite en el momento presente.
- Evitar ver esta situación como un obstáculo insuperable, esto es mantener las cosas en perspectiva es decir alejarse del problema para verlo desde otro ángulo de manera más objetiva.

- En esto es esencial evitar la sobreinformación, dosificarla en el día elegir el momento del día para informarse, el exceso de información inhibe el pensamiento lo que puede angustiar más. Preferir canales de información confiables, más que las redes sociales.

d. **¿Cómo contener a los más vulnerables?**

- Fomentando el diálogo periódico con el objeto de identificar y compartir nuestras emociones y hablar de lo que nos pasa con nuestra familia y cercanos.
- Podemos mantener contacto por video llamada con familiares o amigos significativos que no puedo visitar.
- Ampliar los temas de conversación no solo la pandemia.
- Realizar acuerdos en temáticas importantes para la familia, establecer normativas de la casa, si hay conflictos generar “consensos”. Esperar que puede haber conflictos o roces.
- Mantener horarios y rutinas cotidianas con el objetivo de: no alterar el ritmo y estructura del grupo familiar y promover el autocuidado.
- Respetar momentos a solas.
- Diferenciar días de semana y fin de semana en cuanto actividades a desarrollar, mantener calendario del mes en lugar visible y común de la casa. No sobre exigir.
- Darle sentido positivo al afrontamiento del aislamiento: nos estamos cuidando.
- el caso de los niños/as y adolescentes, ofrecer una información clara, sincera y adecuada a su edad/comprensión. Es importante saber con qué información cuentan y también cuáles son sus aprensiones.
- en el caso de adultos mayores, escucharlos y darles espacio para saber cómo están y ayudarlos a ordenar sus rutinas.

e. **¿Cuándo pedir ayuda?**

- Es importante destacar que la mayoría de estas reacciones van a ser esperables al susto la incertidumbre y adaptativas al momento que se está viviendo no significa enfermedad.
- siempre es importante pedir ayuda a nuestros seres queridos, como familia y amigos si nos sentimos más sobrepasados, con el objeto de ventilar las emociones o vías de solución.

- Si aparecen síntomas que interfieren con nuestro rol diario o bien hay ideas de hetero o auto agresión consultar a un especialista de la salud mental, psicólogo o psiquiatra.
- Las personas que tienen cuadros psiquiátricos previos pudiesen requerir consulta con el especialista antes de esperar que se agraven los síntomas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 De Vicente, A "Enséñame a decir adiós". Ed. Gesfomedia (2008)
- 2 Hospital Universitario de la Paz. Unidad de Cuidados Paliativos y Salud Mental. "Protocolo de atención en situación de gravedad o últimos días y éxitus en la crisis del Covid.19"(2020)
- 3 Payás Puigarnau, A. El Mensaje de las lágrimas. Una Guía para superar la pérdida de un ser querido. Ed. Paidós. (2014)
- 4 Taboada P. Proporcionalidad terapéutica en unidades de cuidados intensivos; en Medicina Intensiva. Buggedo G, Castillo L. 2005. Ed Mediterráneo, Santiago, Chile.
- 5 "El paciente como persona". Entrevista a Dr. Juan Pablo Beca en Revista In Vitro (Septiembre de 2015)
- 6 Bermejo J. Metodología y contenidos para una formación en relación de ayuda. Educación Médica U.C. *Anales de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile* 1997; 15: 27-30.
- 7 Sitio web: www.uchile.cl : "El duelo en tiempos de Covid-19"
- 8 Grupo de Referencia del IASC para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia. (2020). Nota informativa sobre la atención de la salud mental y los aspectos psicosociales del brote de Covid-19 Version 1.2. Ginebra: Comité permanente de organismos (IASC).
- 9 Lai J., M. s. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to corona virus disease 2019. *Jama Psychiatry*.
- 10 OPS. (16 de 05 de 2020). www.paho.org. Obtenido de https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19?gclid=Cj0KCQjwnv71BRCOARIsAlkxW9HSLRJDUGg_IN1OJXD42VBz4sDxu7PkH-CUsKZucg_dGTL-WcAw4zUaAIRCEALw_wcB
- 11 Wisely JA., W. D. (2010). Preexisting psychiatric disorders, psychological reactions to stress and the recovery of burn survivors. *Burns*, 183-191.

DISCUSION

Se reconoce que las quemaduras son el mayor desastre fisiopatológico y el mayor desafío quirúrgico, por lo que desde ese punto de vista el paciente quemado extenso y/o profundo puede llegar a ser muy complejo requiriendo de un manejo multi e interdisciplinario.

En relación con el abordaje clínico de una persona con quemaduras puede generar incertidumbre en los profesionales; por la compleja realidad mundial que estamos cursando con la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2, que causa la enfermedad de covid-19, responsable de una mortalidad elevada a nivel mundial y por otra parte el reconocer que el paciente con quemaduras, en especial el paciente gran quemado cursa con una inmunosupresión correspondiente a la fisiopatología de su trauma.

Como profesionales, debemos entregar atención a nuestros pacientes que han sufrido quemadura, ahora con una doble dificultad, la primera causada por la propia fisiopatología del trauma y la otra por el riesgo a contagiarse al realizar la atención de estos.

Entregamos en concordancia con las publicaciones y las recomendaciones internacionales de preparación y respuesta ante la emergencia de salud pública de importancia internacional por SARSCoV-2; para dar a conocer las medidas de prevención y control de infecciones para disminuir el riesgo de transmisión de virus respiratorios emergentes durante las distintas atenciones que se deben realizar a los pacientes quemados, sean adultos, pediátricos, en los distintos niveles de atención. Para lograr el criterio de los elementos de protección personal a utilizar, debemos comprender cuál es el mecanismo de transmisión de esta enfermedad.

Queremos destacar aspectos a considerar del paciente pediátrico con quemaduras y portador del SARS-CoV-2, en donde el binomio paciente y cuidador, nos establece un dilema y nos establece dificultades en el manejo, para poder seguir la normativa en el manejo de la lesión y la prevención en el contagio con otros pacientes y los funcionarios del área de salud encargados de su atención.

Destacamos las consideraciones en la participación del equipo multidisciplinar, en el apoyo ventilatorio cuando las condiciones dadas por el paciente lo requieran, y todas las recomendaciones para todo paciente en general, pero en este caso en particular ante los procedimientos productores de aerosoles y que aumentan el riesgo de contagio entre

pacientes y el personal de salud. Aunado al equipo de rehabilitación el trabajo en conjunto de nuestras terapistas ocupacionales.

El abordaje Psicosocial aspecto muy relevante en estas recomendaciones de nuestra Sociedad, toda vez que nos permite tratar en el ambiente ambulatorio y hospitalizado, para el paciente y su familia y aspectos muy importantes de cómo sobrellevar la cuarenta y sus posibles repercusiones y algo no menor es el cómo vivir el proceso de duelo sin despedida ante la pandemia por COVID-19.

Desafortunadamente, al encontrarnos todavía en pleno desarrollo de esta pandemia, por lo que esperamos que estas guías de recomendaciones para nuestras Unidades y servicios de Quemados adultos e infantiles a nivel país y de ser posible extrapolable a algunas de nuestras realidades latinoamericanas, esperamos que sea de utilidad en su práctica diaria y nos permita enfrentar de mejor manera esta terrible pandemia.

CONCLUSIONES

Al enfrentarnos a esta pandemia, una vez más nos damos cuenta y nos afianzamos al hecho de que nos resulta completamente imposible el tratamiento de un paciente tan complejo como lo es un paciente con quemaduras más aún si es sospechoso o portador de virus SARS-Cov-2, sin la participación de un equipo multi e interdisciplinar.

La adaptación a nuestros protocolos de manejo local de cada unidad y servicio de quemados adultos e infantil deben estar dispuestas según las condiciones e instalaciones de infraestructuras sanitarias de cada unidad o Servicio, pero más allá de las debilidades o fortalezas en la que nos podamos ver enfrentados, debemos implementar el desarrollo y la implementación de estas recomendaciones de actuación las cuales deben ser en consonancia con las recomendaciones de la OMS y los consensos de las diferentes Sociedades científicas nacionales e internacionales que nos permitan tener como prioridad mantener altos estándares de atención de nuestros pacientes, garantizar la seguridad de nuestros equipos de salud o sanitarios, con especial énfasis en optimizar la contención de la pandemia.

AGRADECIMIENTOS

Hacer un reconocimiento y agradecimiento a todos y cada uno de las personas que trabajamos en la elaboración de estas Recomendaciones en el Tratamiento de Pacientes con Quemaduras en Pandemia con COVID – 19, en tiempos difíciles, de una manera desinteresada y muy profesional.