

VERSIÓN 3.0

COVID-19: CONSULTAS Y PRÁCTICAS EN ORL

Servicio de Otorrinolaringología



HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Introducción

Objetivos de la guía



Realizar una revisión sobre las indicaciones para la práctica de nuestra especialidad.



Revisar de manera continua las actualizaciones en base a la nueva evidencia disponible.



Generar un recurso práctico como resumen para su aplicación en contexto de la actual pandemia por SARS-CoV-2 (Covid-19).



Preservar la salud de los pacientes y del personal (médico y no médico).

COVID-19

El **COVID-19** es una **enfermedad respiratoria aguda** causada por el coronavirus **SARS-CoV-2** y sus signos más frecuentes incluyen **tos, fiebre y dificultad respiratoria**.

Las **partículas del virus** se encuentran en concentraciones extremadamente altas en la **cavidad nasal y la nasofaringe**.

En la transmisión **intranosocomial** hay reportes de **hasta un 70%** de afectación del **personal de salud**.



Exposición de riesgo en ORL



- Secreciones de vía aérea
- Sangre
- Partículas aerosolizadas en procedimientos

Fuentes consultadas

- Ministerio de Salud de Argentina
- Sociedades internacionales de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, infectología y Cirugía Maxilofacial
- Publicaciones indexadas
- Indicaciones del Hospital Italiano de Buenos Aires
- CDC y WHO



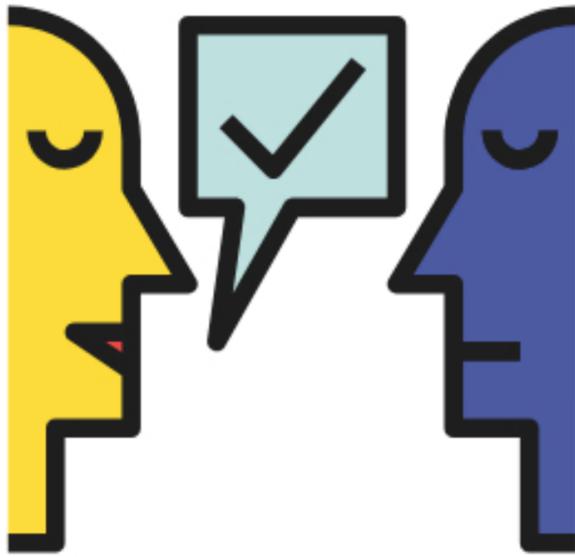
VERSIÓN COMPLETA DISPONIBLE EN WWW.FASO.ORG.AR

CASO SOSPECHOSO

La definición de "Caso sospechoso" es dinámica, en función del estado evolutivo de la pandemia en nuestro medio y del conocimiento constantemente evolutivo sobre la enfermedad COVID19. Por lo tanto, sugerimos consultar los criterios para la definición de Caso sospechoso de la página oficial del Ministerio de Salud de la Nación:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/definicion-de-caso>

Sugerencias en ORL



- **Contactar telefónicamente** a los pacientes agendados **antes de la consulta** para establecer la necesidad de atención presencial y **priorizar atención por teleconsulta.**
- **Evitar estudios** diagnósticos **no esenciales.**
- Realizar un **triage telefónico 24 hs. antes** de la consulta (preferiblemente por médico).
- En caso de internación elegir **drogas** con posología de **una aplicación diaria** de ser posible.
- Todo el personal de salud debería **usar máscara facial en la institución** y escalar el nivel de PPE según el riesgo de exposición.
- Se sugiere el uso de **"cloth face covering" (tapa boca)** por parte de los **pacientes no sospechosos y visitas.**
- **Marcar** distancias de **asientos** en sala de espera.
- **Educar** al paciente respecto de los cuidados previos, durante y posterior a consulta presencial.

EQUIPO DE PROTECCIÓN COVID19

MANIOBRA CON AEROSOLIS O UNIDADES CRÍTICAS:

- 1 Máscara facial
- 2 Antiparras
- 3 Barbijo N95
- 4 Camisolín hidrorrepelente
- 5 Guantes



CONTACTO CON PACIENTES O RIESGO DE EXPOSICIÓN A FLUIDOS CORPORALES:

- 1 Antiparras
- 2 Barbijo quirúrgico común
- 3 Camisolín hidrorrepelente
- 4 Guantes



SIN CONTACTO CON PACIENTES Y SIN RIESGO DE EXPOSICIÓN A FLUIDOS CORPORALES:

- 1 Antiparras a menos de 1 metro
- 2 Barbijo quirúrgico común
- 3 Camisolín contacto
- 4 Guantes



Equipo de protección personal nivel 3	Equipo de protección personal nivel 2	Equipo de protección personal nivel 1
EPP3	EPP2	EPP1

Fuente: Curso COVID-19 - Comité de Infecciones - Hospital Italiano de Buenos Aires

Los procedimientos médicos que tienen el potencial de generar aerosoles, adicionalmente a los que se generan al respirar, toser, hablar o estornudar, son denominados **AGMPs (Aerosol-generating medical procedures)**. Los aerosoles son partículas suspendidas en el aire. Normalmente se dividen en aerosoles pequeños ($\leq 20 \mu\text{m}$) y aerosoles grandes (gotas, $\geq 20 \mu\text{m}$).

Los que generan y dispersan aerosoles por sí mismos de manera mecánica

- Ventilación no invasiva (BiPAP, CPAP, HFOV)
- Ventilación manual
- Cirugía (Corte e irrigación con aerosolización de sangre)
- Nebulizaciones
- Aspiración de secreciones
- Procedimientos quirúrgicos de la vía aerodigestiva superior
- Cauterizaciones nasales



Aquellos que inducen la generación de aerosoles por parte del paciente

- Broncoscopias
- Resucitación cardiopulmonar
- Intubación, extubación, ventilación manual y succión abierta del tracto respiratorio (incluido el tracto respiratorio superior)
- Aerosolización de tejidos por el uso de láser
- Examen instrumentado de la vía aerodigestiva superior
- Endoscopias, remoción de cuerpos extraños, biopsias, toma de muestras para microbiología, faringoscopias, esofagoscopias superiores
- Cualquier intervención en pacientes con modificaciones de la vía aérea: Cambio de cánulas de traqueostomía y atención de pacientes laringectomizados.
- Procedimientos otológicos que puedan provocar inducción de generación de aerosoles durante el examen que se realiza con proximidad al paciente mediante el reflejo de tos (por ejemplo microaspiración de oído)
- La palpación en busca de adenopatías cervicales



CONSIDERACIONES COMUNES EN ORL Y CIRUGÍA DE CYC

IMPORTANTE

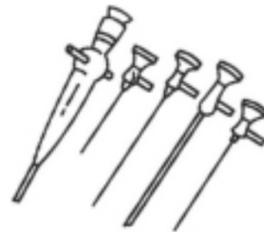


En todos los AGMPs, si se desconoce el estado de COVID19, se debe procurar cuando sea necesario que sea realizado por el profesional con mayor experiencia y que sólo permanezca con el paciente el personal esencial para realizarlo y utilice EPP3.

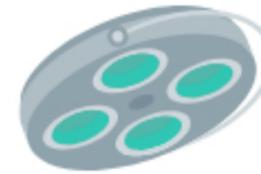
Examen general

Debe realizarse preferiblemente en una habitación separada de otros pacientes, y sólo debe estar presente el personal necesario. Podría ser una evaluación más centrada en la dolencia, basada en el juicio del médico examinador.

EXÁMENES ENDOSCÓPICOS



- Se consideran AGMPs
- Deben limitarse a pacientes que tengan una indicación clara y la necesiten.
- Realizarlos en habitaciones privadas con presión negativa, si están disponibles, y el uso de EPP3 es mandatorio.
- Evitar el uso de aerosoles. Usar cotonoides en las fosas nasales para proporcionar descongestión y anestesia.
- Si hay una pantalla de video disponible debe usarse para mantener las caras del paciente y del trabajador de la salud separadas.
- Se puede considerar el uso de endoscopios desechables.
- El endoscopio no debe retirarse de la sala de examen sin una cubierta protectora.



En quirófano

- Realizar pausa con equipo quirúrgico para establecer manejo anestésico, instrumental necesario y EPP a utilizar.
- El ruido ambiente debe permanecer al mínimo para optimizar el intercambio.
- Calcular tiempo extra necesario.
- Durante la intubación el personal no esencial debe abandonar la habitación y solo regresar después de que la vía aérea esté asegurada.
- Se recomienda la inducción anestésica mediante drogas endovenosas.
- Elegir el tubo endotraqueal cuyo balón ocluya completamente la luz traqueal.
- Para el traslado del paciente se deben establecer protocolos claros con el personal de enfermería, el personal de la unidad de recuperación, el departamento de anestesia y control de infecciones (Realizar simulación por equipos previamente mejora la implementación del protocolo)

Nuestra recomendación es tratar a los pacientes con estado desconocido de COVID-19 como positivo



Consideraciones a tener en cuenta...



Hay evidencia que respalda la presencia del virus **COVID-19 en la mucosa del oído medio** durante las infecciones del tracto respiratorio superior



Durante el **drilado** de la mastoides se produce una **aerosolización** significativa del hueso y otros tejidos



Se debe **evitar la cirugía mastoidea** a menos que exista una urgencia con riesgo vital

En quirófano...

- El **cirujano más experimentado** debe realizar el procedimiento, evitando la presencia en quirófano de personal innecesario
- **Controlar que todo el material esté disponible** antes de comenzar.
- **Limitar la apertura de las puertas** durante el procedimiento.
- Preferir la cirugía endoscópica de oído
- Utilizar aspiración no fenestrada
- Mantener nivel de hipotensión aceptable para disminuir el sangrado

Actividad quirúrgica según niveles de prioridad

Nivel

Ejemplos

1A: Urgente: Resolución menor a 24 hs.

Condiciones de oído medio con riesgo de vida.

1B: Urgente: Necesidad de cirugía hasta 72 hs.

Mastoiditis aguda y otras afecciones del oído medio sin respuesta a tto. conservador (p. Ej., Colesteatoma complicado). Parálisis del nervio facial relacionado con trauma/colesteatoma, lesión traumática del pabellón.

2: No urgente puede ser diferida 4 semanas.

Implante coclear post meningitis. Fístula perilinfática. Cuerpos extraños orgánicos en el oído.

3: Pueden ser postergadas hasta 3 meses.

Implante coclear en infantes prelinguales donde la demora puede impactar en los resultados a largo plazo. Mastoidectomía para tratamientos oncológicos de oído.

4: Pueden ser postergadas + de 3 meses.

Colesteatoma no complicado. Otitis media supurativa crónica. Osiculoplastia. Timpanoplastia. Meatoplastia. Tubos de ventilación. Cirugía otoneurológica. Implantes cocleares y otros implantes de oído.

Casos especiales: Si bien la **limpieza de cerumen** en ausencia de inflamación tiene riesgo bajo de transmisión, **se recomienda usar aspiración no fenestrada.**



Mastoiditis

Paciente estable clínicamente, internar e instaurar tratamiento farmacológico en las primeras 24 a 48 horas, y reevaluar si existe otorrea que ayude a evacuar el contenido del oído medio

SIN OTORREA ESPONTÁNEA:



Adultos: paracentesis bajo anestesia local

Niños: el riesgo de diseminación en la anestesia general no justifica la colocación de tubo de ventilación, considerar la resolución quirúrgica

Uso de esteroides en afecciones otoneurológicas

La opinión actual es que el uso de altas dosis de esteroides, ya sea para controlar la infección por Covid 19 o para tratar una afección no relacionada, puede estar asociado con un peor resultado. Por lo tanto, **no se recomienda el uso de dosis altas de esteroides orales.**



HIPOACUSIA SÚBITA ENF. DE MENIERE

Es preferible usar esteroides intratimpánicos para tratar estas afecciones

Evitar que el paciente salive o aspire su saliva, ya que pueden generarse aerosoles.

PARÁLISIS FACIAL IDIOPÁTICA

La evidencia sugiere que el uso de esteroides orales mejora la recuperación del 85% al 96%

Los riesgos y beneficios potenciales del uso de esteroides orales durante la pandemia actual deben aclararse y tomar una decisión equilibrada en conjunto con el paciente



Carga viral nasal COVID-19

Es ya conocido que la cavidad nasal, guarda una importante concentración de partículas virales, tal vez más que en otros sitios de la economía de la cabeza y el cuello, las cuales al ser manipuladas, se desprenden al ambiente con un importante riesgo de contagio.

Corticoide intranasal

- Hay información limitada sobre el uso de corticoides asociado al aumento del síndrome de distres respiratorio agudo en pacientes con SARS y MERS.
- No hay información comprobada que indique que el uso de corticoides locales aumente la susceptibilidad al Covid-19.
- La ERS recomienda continuar tto para evitar el aumento de síntomas nasales que podría enmascarar los síntomas de COVID-19.

Cirugía endoscópica rinosinusal y cirugía nasal

En caso de ser **pacientes positivos** se recomienda la **postergación de la cirugía**. En caso de ser **impostergable**, se deberá **utilizar el equipo EPP3** y de estar disponibles sistemas potenciados con purificadores de aire, cerrados con alimentación de aire y filtros HEPA.



Epistaxis



En la Guardia: Indicar compresión nasal durante 15 minutos, ácido tranexámico (cuando no esté contraindicado) y en caso de persistir el sangrado colocar material reabsorbible para el control del mismo

No controlada ó recurrente

Consulta con ORL: Realizar tratamiento evitando la colocación de taponaje no reabsorbible (Por ejemplo cauterización en caso de epistaxis anteriores, con la protección adecuada)

No controlada

Controlada

Control por teleconsulta cuando sea posible

Colocación de un taponaje nasal no reabsorbible (Tipo Rapid Rhino, anterior o anteroposterior según el caso)

Internación sólo en casos de taponaje nasal anteroposterior, en pacientes que presenten comorbilidades significativas o en caso de indicación quirúrgica por persistencia del sangrado.

En estado de infección desconocido. Todos los involucrados en atención con EPP3

ANOSMIA

- La anosmia post-viral es una de las principales causas de pérdida del sentido del olfato en adultos, y representa hasta el 40% de los casos de anosmia.
- Los síntomas anosmia/disgeusia, en ausencia de otras condiciones respiratorias que los justifiquen, se han añadido como criterios para definir pacientes como sospechosos de COVID-19 en Argentina.

Se recomienda **no usar esteroides orales** en el tratamiento de **nueva anosmia** de inicio durante la pandemia, particularmente **si no está relacionado con TEC o patología nasal crónica**.



La AAO-HNS24 desarrolló una herramienta de reporte online para anosmia en COVID-19

<https://www.entnet.org/content/reporting-tool-patients-anosmia-related-covid-19>

Ante la presencia de estos síntomas, en ausencia de otras condiciones respiratorias que los justifiquen, acorde a lo indicado por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, se indicará aislamiento durante 72 horas, indicando toma de muestra para diagnóstico por PCR, al tercer día de iniciado síntomas.

Actividad quirúrgica según niveles de prioridad

Nivel	Ejemplos
1A: Urgente: Resolución menor a 24 hs.	Remoción de pila botón de nariz.
1B: Urgente: Necesidad de cirugía hasta 72 hs.	Epistaxis no controlada. Fracturas faciales que requieran reducción.
2: No urgente puede ser diferida 4 semanas.	Biopsia por sospecha de malignidad. Tratamiento de cánceres sinusales con compromiso orbitario. Fracturas faciales que causan diplopía/problemas oclusales.
3: Pueden ser postergadas hasta 3 meses.	Reparación de fístula de LCR. Mucocele sintomático (p ej. con diplopía o infecciones recurrentes).
4: Pueden ser postergadas + de 3 meses.	El resto de las cirugías de rinología. Fractura nasal no complicada. Cirugías de ATM.

Importante en el tratamiento del SAHOS durante la pandemia de COVID-19



Los sistemas de presión positiva tales como CPAP, BiPAP y APAP, tienen la capacidad de generar AGMPs por sí mismos.



Los pacientes con SAHOS no son un grupo de riesgo para COVID-19.



El control y manejo de estos pacientes se podría realizar por telemedicina y manejo remoto de sus equipos.

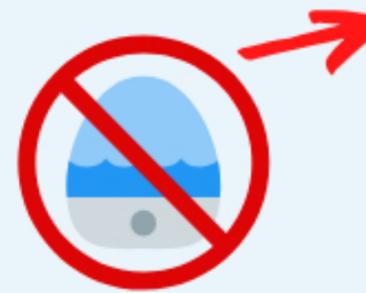
Diferir el tratamiento quirúrgico para manejo del SAHOS en pacientes no testeados.

Manejo de equipos de presión positiva



El médico debería evitar la manipulación de equipos de CPAP mientras sea posible.

Se aconseja la NO utilización de humidificador.



En caso de la utilización del humidificador:

- Higienizarlos diariamente.
- Vaciar el agua todas las mañanas.
- Dejarlo vacío y cargarlo solo antes de utilizar.

Limpieza del CPAP



La limpieza de los equipos se debe realizar con productos desinfectantes sobre paño suave que no tenga pelusas.



El paño debe estar empapado pero no goteando.

Productos desinfectantes:

- Cloro líquido blanqueador, Hipoclorito de sodio al 5%, 20 cc, en un litro de agua fría
- Alcohol al 70% (Dejar actuar por 2 minutos)



Paciente COVID - 19 Positivo

Evitar el uso de equipos de CPAP.



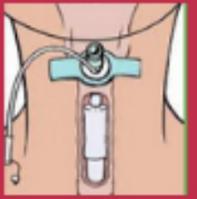
En caso de no poder suspender la terapia:

- Uso de máscaras y filtros recomendados.
- NO utilizar humidificadores.
- Dormir aislado en habitación.
- Airear la habitación forma frecuente.

VERSIÓN COMPLETA DISPONIBLE EN WWW.FASO.ORG.AR

Cirugía de CyC

Traqueostomía en paciente con COVID-19



Evitar realizarla hasta pasadas las 2 a 3 semanas de la intubación y de preferencia con un test de COVID-19 negativo.

No se recomienda realizarla en pacientes con inestabilidad respiratoria o dependencia de alto flujo y presión.

En caso de ser un paciente ventilable pero no intubable se podría optar por dispositivos supraglóticos o una cricotiroidotomía (y luego realizar la traqueostomía). Realizar relajación muscular para evitar movimientos y tos.

Técnica Quirúrgica

- La técnica convencional genera menos aerosoles que la percutánea
- Se recomienda quirófano vs. Bedside
- Disminuir al máximo el tiempo quirúrgico eligiendo la técnica con la que se encuentre más familiarizado
- En el caso de técnica percutánea, se desaconseja el uso de fibroscopio



Cánula

Debe ser no fenestrada y su balón debe ocluir completamente la luz traqueal.



Al retirar el tubo

- Se debe interrumpir la ventilación, la misma debe reanudarse una vez que la cánula esté correctamente colocada.
- Para evitar la tos y por ende la aerosolización, se pueden utilizar antimuscarínicos para reducir las secreciones.

Es importante siempre el Manejo Interdisciplinario para tomar este tipo de conducta.



Uso de relajantes musculares durante toda la cirugía



Al retirar EPP

Al menos 20 minutos después de retirar el tubo ET.

Debe haber un área asignada en los quirófanos para retirarse el equipo de protección.



Cuidados posoperatorios de Traqueostomía



Utilizar estrictamente los EPP, el balón debe permanecer inflado y sin fuga, aspirar solamente con circuitos cerrados y controlar adecuadamente la fijación de la cánula para evitar una decanulación accidental que genere aerosolización.

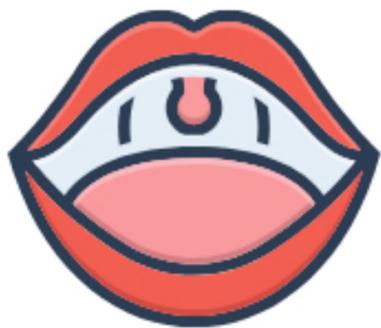
La oxigenación se deberá realizar con humidificación, para disminuir la generación de costras mucosas y así la necesidad de manipulación de la cánula.

Recambio de Cánula

El recambio de cánula en el posoperatorio debería diferirse hasta que el paciente sea confirmado negativo para coronavirus. De lo contrario, se deberá realizar con el EPP3, correspondiente para manejo de la vía aérea.

Amigdalitis y Abscesos periamigdalinos

Ante sospecha establecer si el paciente cumple algún criterio de sospecha de compromiso respiratorio o sepsis.



No →

Sospecha de complicación abscedada o síntomas severos

Si ↓

No ↓

En caso de absceso drenar y observar durante 3-4 hs. Considere evitar el drenaje en abscesos pequeños mediante el uso de tratamiento antibiótico o punción con aguja en lugar de drenaje abierto

Evitar la instrumentación de la vía aérea (Bajalenguas, endoscopia, etc)

Para el examen instrumentado y procedimientos usar EPP3 si estado de COVID desconocido

Los controles de los pacientes sin comorbilidades que no se hayan punzado pueden realizarse mediante teleconsulta.



En pacientes pediátricos proceder de la misma manera, e instrumentar la vía aérea sólo si es completamente necesario.

Oncología

En el caso de pacientes con enfermedad oncológica que requieran tratamiento quirúrgico, está indicado, con la realización previa de pruebas para determinar si el paciente presenta COVID-19.



En todos los casos, si existe una terapia no quirúrgica cuyos resultados son equivalentes a la realización de cirugía, el tratamiento no quirúrgico podría ser de elección.



Cuando el **tratamiento de elección incluya la cirugía**, especialmente cuando se manipule la vía aérea, la misma se realizará a aquellos en la que se prevea una **evolución peor** en caso de **posponerla más de 6 semanas**:

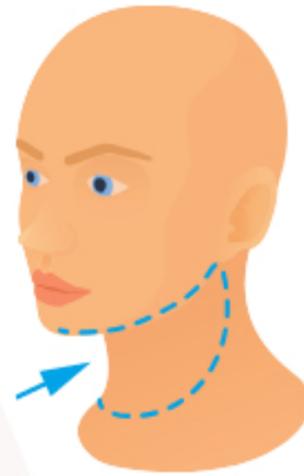
- Carcinoma escamoso de cavidad oral, orofaringe, laringe e hipofaringe.
- Tumores que generen compromiso de la vía aérea.
- Tumores de glándulas salivales de alto grado o con crecimiento rápidamente progresivo.
- Cirugía de rescate en patología tumoral recurrente o persistente.
- Patología nasosinusal maligna de alto grado sin tratamiento equivalente no quirúrgico.

Actividad quirúrgica según niveles de prioridad

Nivel	Ejemplos
1A: Urgente: Resolución menor a 24 hs.	Obstrucción de la vía aérea.
1B: Urgente: Necesidad de Cirugía hasta 72 hs.	Biopsia diagnóstica en linfomas. Sepsis por infección sin respuesta al tto conservador.
2: No urgente puede ser diferida 4 semanas.	Biopsia por sospecha de malignidad: hipofaringe/laringe/nasofaringe/orofaringe.
3: Pueden ser postergadas hasta 3 meses.	Resección de cáncer de piel en CyC, moderados a bien diferenciados sin MTS.
4: Pueden ser postergadas + de 3 meses	Tumores de glándulas salivales benignos.

Tiroidectomía y cervicotomías

Los procedimientos que no exponen las superficies mucosas son de menor riesgo, con la advertencia de que el uso de dispositivos de energía puede provocar la aerosolización del virus del torrente sanguíneo u otras secreciones gastrointestinales.



Trauma Facial

Evaluar y tratar a los pacientes con estado desconocido de COVID-19 como positivos.

- Laceraciones que involucran superficies mucosas: alto riesgo.
- Lesiones que requieren intervención quirúrgica (por ejemplo, reducción de fracturas): Confirmar primero el estado de infección del paciente y luego iniciar el tratamiento definitivo si es posible.

En áreas con escasez de capacidad médica y personal, los enfoques no quirúrgicos deben considerarse como médicamente aceptables.

Protocolo para evaluación funcional endoscópica de la deglución (FEES) en pacientes internados

Procedimiento

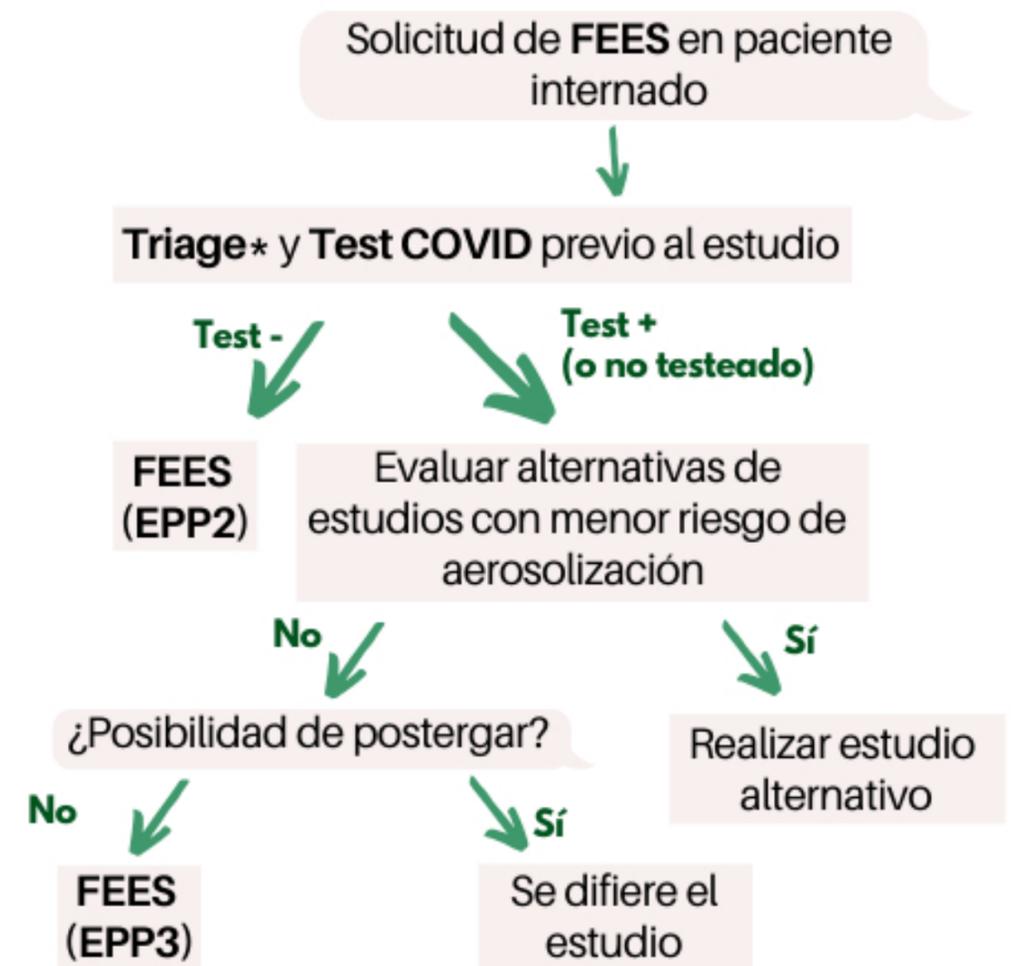
- Se realizará bedside.
- Usar el fibrolaringoscopio de menor diámetro disponible.
- Usar equipo con monitor (mayor distancia con el paciente).
- Sólo permanecerá en la habitación quien realice el estudio (el más experimentado).
- Se podrá utilizar anestesia en gel nasal.

Transporte y desinfección del RFL

Desinfección de alto nivel (DAN), por personal especializado.

Transporte del fibrolaringoscopio dentro de bolsa en contenedor cerrado (el cual debe quedar fuera de la habitación).

Peróxido de hidrógeno al 3% (Oxivir) para limpieza y desinfección del equipo



VERSIÓN COMPLETA DISPONIBLE EN WWW.FASO.ORG.AR

Estroboscopías

Selección de pacientes

Síntomas de 1 mes de evolución:

- disfonía
- sensación de cuerpo extraño
- obstrucción de vía aérea
- disfagia
- globus
- odinofagia

ó

- controles oncológicos
- pacientes en seguimiento por sospecha de malignidad
- controles posoperatorios

Consultorio destinado a estudios endoscópicos

Turnos cada 30 minutos

Franja horaria exclusiva para pacientes de riesgo

Para realizar el estudio

- EPP 3
- Sólo un médico en el consultorio
- Anestesia local en lengua (lidocaína en jalea 2% o gotas 4%)
- Antes de salir del consultorio retirar camisolín hidrorrepelente y primer par de guantes del médico.
- Salir del consultorio y retirar e higienizar máscara y antiparras. Retirar barbijo hasta próximo procedimiento.
- Al finalizar el estudio, el médico limpiará la óptica con alcohol 70°
- Entre pacientes: limpieza del consultorio con paño con Oxivir

24hs antes del turno

según criterios vigentes de "caso sospechoso"

Triaje telefónico

NEGATIVO

se cita a turno

POSITIVO

- instruir al paciente
- comunicarse con 107 (CABA) o 148 (Prov BA)

Triaje presencial

NEGATIVO

se realiza el estudio

POSITIVO

- aislar paciente y trasladarlo a la guardia
- activar código blanco (HIBA)

Descontaminación del material

- Un asistente traslada el material en contenedor con tapa
- En sala de lavado:
 - Primera limpieza con detergente enzimático
 - Segundo lavado en Cidex OPA
 - Enjuague con solución de irrigación
- Traslado a consultorio en contenedor limpio con tapa



ORL Infantil

COVID-19 en Pediatría

- La población pediátrica presenta una tasa de infección baja, entre el 1,2% al 5%.
- La mayoría de los pacientes cursan la infección en forma asintomática (un 15% de los casos) o con cuadros leves, caracterizados por tos, eritema faríngeo y fiebre.
- Por lo anterior, los pacientes pediátricos constituyen una fuente de transmisión inadvertida del virus a la población y al equipo médico.



Reemplazar consultas presenciales por teleconsultas. Según el motivo de consulta, los turnos presenciales podrían diferirse hasta 3 meses.

Faringoamigdalitis aguda

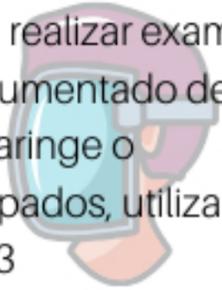


- no hay afectación generalizada de la vía aérea superior
- paciente mayor de 3 años



realizar observación por 48 hs y eventualmente indicar antibióticos

Para realizar examen instrumentado de orofaringe o hisopados, utilizar EPP3



EN LO POSIBLE,
EVITAR LA
INDICACIÓN DE
NEBULIZACIONES

EN QUIRÓFANO

Cuidar que el padre que ingresa con el paciente no contacte y contamine superficies.

Considerar una posible extensión en tiempo quirúrgico (EPP, anestesia) al informar a los padres el tiempo estimado.

Microlaringoscopia y Broncoscopia

Se recomienda la **broncoscopia flexible**, que permite ser realizada a través del tubo endotraqueal o mascarilla laríngea y con circuito de ventilación cerrado.

Se deben utilizar **endocámaras** para proyectar la imagen en una pantalla para estar lo más alejado posible del paciente.

Amigdalectomía

- Evitar instrumental eléctrico
- Utilizar la técnica con la que el profesional se sienta más cómodo, para disminuir el riesgo de sangrado.

Cuerpos extraños en vía aérea

En pacientes con disfagia, obstrucción de vía aérea o si el cuerpo extraño se trata de una pila botón o elementos cortopunzantes, se debe realizar la intervención sin demora.

En casos sin riesgo de vida o sin diagnóstico claro, mantener al paciente bajo observación y controlar su evolución.

AUTORES

Dr. Acosta Lautaro

Dra. Legris Ana

Dr. López Sebastián

Dr. Molachino Rodrigo

Dr. Figueroa Eduardo

Dra. Cajelli Ana Laura

Dra. Fernández Florencia

Dr. Garcia Pita Elián

Dra. Pérez Cinthia

Dra. Di Iorio Romina

Dr. Sala Federico

Dra. Sartori Veronica

Dra. Demarchi Maria Victoria

Dra. Latourrette Dora

Dra. Rodriguez Iris

Dra. Rosende Marina

Prof. Dra. Pérez Raffo Gabriela

Prof. Dr. Boccio Carlos Mario

CONTACTO

Servicio de Otorrinolaringología

Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires,

Argentina. Dirección: Juan Domingo Perón 4190, CP: 1199,

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Teléfono: +54

011 4959-0200. Int: 8368.

Mail: ana.cajelli@hospitalitaliano.org.ar



HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

ANEXO

Recomendaciones para el cuidado de la piel del personal sanitario

Protección de la Piel

Realizar una rutina de higiene diaria seguida de crema hidratante y / o protector solar .

La crema hidratante se debe aplicar a las regiones de mayor contacto superficial (orejas, frente, nariz y mala reacción) con EPP.

Utilize el EPP apropiado para el nivel de cuidado, colocándolo de forma correcta. La irritación de la piel puede estar relacionada con la aplicación incorrecta



Cuidado de Manos

Humedecer manos regularmente y asegúrese de que estén limpias y secas antes de ponerse los guantes



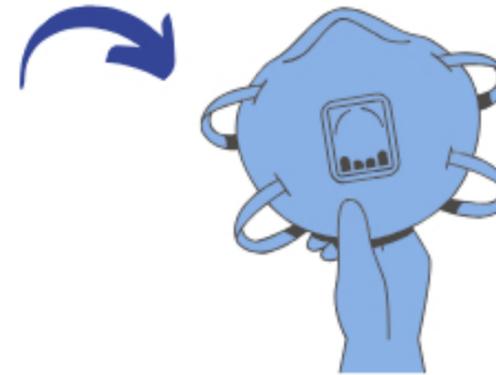
No utilizar esmalte en uñas
Evitar joyas, pulseras y reloj

Si hay lesiones sobre la zonas de contacto, puede utilizar apósitos . Los materiales propuestos incluyen adhesivos de silicona.

Estas alternativas deben usarse con precaución, ya que son oclusivas y es posible que no controlen la humedad en el tiempo.

La interfaz material - EPP debe reevaluarse periódicamente para garantizar un mejor ajuste, protección y un manejo adecuado de la piel.

Para disminuir dermatitis se recomiendan cremas con un contenido de grasa mayor al 70 %.



Se recomienda quitar los EPP y aliviar las áreas de presión cada 4 horas

