

Gestión de salas de procedimientos invasivos cardiológicos durante el brote de coronavirus COVID-19. Documento de consenso de la Asociación de Cardiología Intervencionista y la Asociación del Ritmo Cardíaco de la Sociedad Española de Cardiología

Rafael Romaguera^{a,*}, Ignacio Cruz-Gonzalez^b, Soledad Ojeda^c, Javier Jiménez-Candil^b, David Calvo^d, Javier García Seara^e, Victoria Cañadas-Godoy^f, Elena Calvo^a, Salvatore Brugaletta^g, María Sánchez Ledesma^h y Raúl Morenoⁱ ◇

^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Bellvitge, IDIBELL, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^b Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Salamanca, IBSAL, Salamanca, España

^c Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^d Servicio de Cardiología, Hospital Central de Asturias, Oviedo, España

^e Servicio de Cardiología, Complejo Asistencial Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

^f Servicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos de Madrid, Madrid, España

^g Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, IDIBASP, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^h Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

ⁱ Servicio de Cardiología, Hospital Universitario la Paz, Madrid, España

RESUMEN

Durante marzo de 2020, el virus SARS-CoV-2 se ha extendido por toda Europa, con especial intensidad en Italia y España. Ante la emergencia creada por el brote de Covid-19, la inmensa mayoría de las salas de hemodinámica y electrofisiología han visto alterada su actividad habitual. Además se enfrentan a la realización de procedimientos en pacientes con diagnóstico confirmado de COVID-19 o con la incertidumbre en casos no confirmados. El presente texto es un documento de consenso de la Asociación de Cardiología Intervencionista y la Asociación del Ritmo Cardíaco de la Sociedad Española de Cardiología que pretende dar información al personal sanitario de estas instalaciones de cardiología invasiva (hemodinámica y electrofisiología y marcapasos) para garantizar una atención de calidad a los pacientes así como unos niveles los niveles adecuados de prevención de la infección.

Palabras clave: Cardiología intervencionista. Electrofisiología. Infección. Prevención. COVID-19. Coronavirus. Pandemia.

◇ Los autores firmantes pertenecen a las siguientes entidades científicas: Asociación de Cardiología Intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología: R. Romaguera (vocal), I. Cruz-González (presidente electo), S. Ojeda (vocal) y R. Moreno (presidente). Asociación del Ritmo Cardíaco de la Sociedad Española de Cardiología: J. Jiménez-Candil (presidente), D. Calvo (presidente electo), J. García Seara (vocal), V. Cañada (vocal). Grupo de Trabajo de Hemodinámica Cardíaca de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología: E. Calvo.

* **Autor para correspondencia:** Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Bellvitge, Feixa Llarga s/n, 08907 L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.

Correo electrónico: rafaromaguera@gmail.com (R. Romaguera).

NOTA DEL EDITOR: El presente manuscrito se ha sometido a un proceso de revisión interno de excepcional prioridad por parte del equipo editorial debido al especial interés de difundir esta información entre la comunidad científica. El artículo se encuentra pendiente de asignación de doi.

Consensus document of the Interventional Cardiology and Heart Rhythm Associations of the Spanish Society of Cardiology on the management of invasive cardiac procedure rooms during the COVID-19 coronavirus outbreak

ABSTRACT

During March 2020, the SARS-CoV-2 virus has spread throughout Europe, with special intensity in Italy and Spain. In the face of the emergency created by the Covid-19 outbreak, the vast majority of hemodynamics and electrophysiology rooms have altered their usual activities. They are also faced with performing procedures in patients with a confirmed diagnosis of Covid-19 or with the uncertainty in unconfirmed cases. This manuscript is a consensus of the document Spanish Society of Cardiology Interventional Cardiology Association and the Heart Rhythm Association that aims at providing information to the healthcare professionals of these invasive cardiology facilities (hemodynamics and electrophysiology, pacemakers) to guarantee quality care for patients as well as adequate levels of infection prevention levels.

Keywords: Interventional Cardiology. Electrophysiology. Infection. Prevention. COVID-19. Coronavirus. Pandemic.

INTRODUCCIÓN

El 31 de diciembre de 2019 las autoridades de la República Popular China, comunicaron a la Organización Mundial de la Salud varios casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan, una ciudad situada en la provincia china de Hubei. Una semana más tarde confirmaron que se trataba de un nuevo coronavirus que ha sido denominado SARS-CoV-2. Durante el mes de febrero el virus se extendió por el norte de Italia, y posteriormente por el resto de Europa, incluyendo España, donde se ha decretado el inicio del plan de contención con fecha de 10 marzo 2020. El 13 de marzo de 2020 el Estado Español ha declarado de forma efectiva el estado de alarma recogido en el ordenamiento constitucional (art. 116.2 de la Constitución Española), lo que implica cambios en la organización de las instalaciones, personal y servicios sanitarios. Las respectivas consejerías de sanidad de las comunidades autónomas, siguiendo la situación legal vigente, han transmitido la normativa de actuación que de forma general afecta a la disponibilidad del personal sanitario (horario laboral, permisos, exenciones,

etc.) y a la práctica clínica y de procedimientos, restringiendo su actividad frecuentemente a lo urgente. Desde la Asociación de Cardiología Intervencionista y la Asociación del Ritmo Cardíaco de la Sociedad Española de Cardiología entendemos que el compromiso debe de ser manifiesto y adecuarse a las mejores prácticas en el contexto regulatorio vigente.

Al igual que otros de la familia de los coronavirus, este virus causa diversas manifestaciones clínicas englobadas bajo el término COVID-19, que incluyen cuadros respiratorios que cambian desde el resfriado común hasta cuadros de neumonía grave con síndrome de distrés respiratorio, *shock* séptico y fallo multiorgánico¹. Además, los pacientes con enfermedad cardiovascular previa e infección por COVID-19 tienen un mal pronóstico². Sin embargo, la mayoría de los casos de la COVID-19 notificados hasta el momento son cuadros leves, aunque su tasa de contagio es alta, lo que obliga a tomar medidas en todos los ámbitos, sanitarios y no sanitarios.

Ante la emergencia creada por el brote de coronavirus COVID-19, la inmensa

mayoría de las salas de hemodinámica y electrofisiología han visto alterada su actividad habitual. Además se enfrentan a la realización de procedimientos en pacientes con diagnóstico confirmado de COVID-19 o con la incertidumbre en casos no confirmados. Por otro lado, las unidades de cardiología intervencionista son, por lo general, unidades cerradas en cuanto al agrupamiento del personal sanitario implicado. Esto supone una situación de riesgo para la prestación asistencial en caso de cuarentenas decretadas en unidades particulares. Por ello, recomendamos que en cada unidad se tomen las medidas oportunas para sectorizar la agrupación del personal sanitario implicado, de forma que las posibles cuarentenas puedan ser aplicadas por grupos dentro de cada unidad.

El presente texto es un documento de consenso que pretende dar información al personal sanitario de estas instalaciones de cardiología invasiva (hemodinámica y electrofisiología y marcapasos) para garantizar una atención de calidad a los pacientes, así como unos niveles adecuados de prevención de la infección para la protección de los familiares y personas que conviven con la persona afectada, y a los trabajadores de los centros asistenciales, aquellos profesionales del sistema sanitario que le atiendan y al resto de población en su conjunto.

ABORDAJE DEL PACIENTE ANTES DE SU ENTRADA A LA SALA

En relación con el abordaje de los pacientes previamente a su entrada a la sala de hemodinámica y electrofisiología, se recomienda:

- La máxima coordinación para minimizar tiempos de espera preprocedimiento o tras el procedimiento en la zona de espera.

- Todos los pacientes deben usar mascarilla quirúrgica mientras esperen.
- Se debe interrogar a todos los pacientes por síntomas respiratorios o fiebre o contactos cercanos antes de entrar a la sala; también se recomienda tomar la temperatura a todos los enfermos.

ABORDAJE DEL PACIENTE SIN CONFIRMACIÓN DE INFECCIÓN POR COVID-19

Ante la coyuntura actual y la posibilidad de tener que tratar pacientes asintomáticos o no diagnosticados, recomendamos extremar las medidas de protección³. Considerar los procedimientos que impliquen la manipulación de la vía aérea y/o esofágica de muy alto riesgo. Se recomienda:

- Paciente: mascarilla quirúrgica antes de entrar a la sala.
- Médico y enfermera: lavado de manos, bata estéril e impermeable, guantes estériles, gafas de protección radiológica, gorro que cubra el pelo y mascarilla quirúrgica.
- Cardiólogo o enfermera circulante: guantes, gorro y mascarilla quirúrgica.

En pacientes con síntomas respiratorios en zonas de transmisión comunitaria, los pacientes con contactos confirmados o los pacientes que se prevea que pueden requerir ecocardiografía transesofágica, ventilación manual, intubación u otra manipulación de la vía aérea se recomienda idéntico abordaje que en los casos en investigación o confirmados de COVID-19 en lo que respecta a la prevención de contagios (ver siguiente apartado).

REC: INTERVENTIONALCARDIOLOGY

ABORDAJE DEL PACIENTE CON SOSPECHA O CONFIRMACIÓN DE COVID-19

En pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19, se recomiendan las siguientes medidas:

- Considerar los procedimientos que impliquen la manipulación de la vía aérea y/o esofágica de muy alto riesgo.
- Solo el personal imprescindible debe entrar a la sala.
- Las puertas permanecerán cerradas en todo momento.
- Preparar los fármacos antes de la entrada del paciente a la sala.
- Se debe evitar salir de la sala con equipamiento contaminado (ej. bata, guantes, mascarilla, etc.) para coger material (ej. *stents*, catéteres, etc.) por lo que se debería de prever en la medida de lo posible el material necesario.

MATERIAL

El material recomendado se muestra en la [figura 1](#) y se describe a continuación:

- Paciente: mascarilla quirúrgica. Es importante destacar que las mascarillas FFP2 son mascarillas de protección personal, no de barrera. El aire que se expulsa por estas mascarillas está contaminado, por lo no se debe poner estas mascarillas al paciente infectado. El paciente portará mascarilla quirúrgica que actúa como barrera de las secreciones.
- Médico y enfermera: lavado de manos, bata reforzada impermeable con puño (si la bata no es impermeable, se deberá añadir un delantal de plástico), doble par de guantes (cuyo uso se recomienda en algunas comunidades autónomas), gafas antisalpicadura o gafas convencionales y pantalla, gorro y mascarilla filtrante de alta eficacia FFP2 en caso de disponibilidad⁴.
- Cardiólogo o enfermera circulante: guantes, gorro, bata impermeable y mascarilla FFP2 (en caso de disponibilidad).

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN PACIENTES COVID19+ EN LAS SALAS DE HEMODINÁMICA Y ELECTROFISIOLOGÍA		
 PACIENTE	 PERSONAL CIRCULANTE	 PERSONAL LAVADO
MASCARILLA QUIRÚRGICA 	MASCARILLA FFP2 	MASCARILLA FFP2 
	GUANTES NITRILO 	2X GUANTES ESTÉRILES 
	GORRO 	GORRO 
	BATA IMPERMEABLE 	BATA ESTÉRIL IMPERMEABLE 
	GAFAS ANTISALPICADURA 	GAFAS ANTISALPICADURA 

Figura 1. Elementos de protección de los profesionales sanitarios en pacientes con infección confirmada o alta sospecha de COVID-19 en las salas de hemodinámica y electrofisiología.

NOTA DEL EDITOR: El presente manuscrito se ha sometido a un proceso de revisión interno de excepcional prioridad por parte del equipo editorial debido al especial interés de difundir esta información entre la comunidad científica. El artículo se encuentra pendiente de asignación de doi.

NORMAS DE MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE DE LA CAMILLA A LA MESA DEL QUIRÓFANO

El personal encargado de pasar a un paciente con COVID-19 de la camilla a la mesa del quirófano debe llevar puesto previamente el equipo de protección individual, incluyendo bata impermeable a los fluidos, guantes que cubran el puño, gafas y mascarilla FFP2 (si está disponible). Al acabar la transferencia, se debe desvestirse como se indica a continuación, recordando no quitarse nunca la mascarilla mientras se encuentre dentro de la sala.

Cómo vestirse

Fuera de la sala

- Asegurarse de no llevar joyas.
- Recogerse el pelo recogido (si es necesario).
- Ponerse el delantal de plomo.
- Realizar una higiene correcta de manos según el método habitual.
- Colocarse mascarilla FFP2. Las gomas deben ir de la siguiente forma: la inferior en la parte superior de la nuca y la superior en la parte alta de la cabeza. Después debe ajustarse a nivel del puente nasal y de las mejillas para que aísle y no haya fugas⁵.
- Colocarse las gafas antisalpicadura
- Colocarse el gorro.
- Segundo lavado las manos, uso de gel hidroalcohólico y frotado.
- Colocarse el primer par de guantes
- Colocarse la bata.

Dentro de la sala

- Colocarse el segundo par de guantes por encima del puño.

Cómo desvestirse

Dentro de la sala

- Retirarse la bata y simultáneamente el par de guante externo⁶ y arrojarlos al contenedor del grupo III (no empujar la bata al contenedor para no desprender aerosol, ya que potencialmente podría estar infectada).

Fuera de la sala

- Retirada del gorro.
- Retirarse el segundo par de guantes.
- Lavado de manos.
- Retirada de las gafas antisalpicadura, con los ojos cerrados.
- Retirada de la mascarilla cogiéndola por las gomas y nunca tocando el frontal (que se supone contaminado).
- Lavado de manos.

En caso de utilizarse un único par de guantes, se deben retirar estos en primer lugar extremando las precauciones para no tener contacto con la superficie contaminada. Después quitar la bata por la superficie interna extremando el cuidado para no tener contacto cutáneo con la superficie externa⁷.

Importante: La bata contaminada y los guantes contaminados (los externos) nunca deben salir de la sala. Nunca se debe estar dentro de la sala sin mascarilla FFP2 como mínimo. La mascarilla siempre se pone antes de entrar en la sala y no se retira hasta después de salir.

Tras finalizar el procedimiento

Una vez finalizado el procedimiento:

- Se recomienda desinfectar las gafas con toallitas para la desinfección de superficies con espectro biocida. Dejar mojadas y realizar un secado al aire. Para la desinfección se recomienda usar guantes, debido a la toxicidad de las toallitas y a que la superficie puede estar potencialmente contaminada.
- Se debe desechar todo el material utilizado en el procedimiento en contenedor de residuo sanitario grupo III y precintarlo al finalizar el procedimiento.
- Se puede considerar cambio de pijama.
- El traslado del paciente a la habitación o centro de referencia se realizará con el paciente con mascarilla quirúrgica y el celador y facultativo (si precisa) portará mascarilla FFP2 (si está disponible).

Limpieza de la sala

En lo referente a las medidas de limpieza, se recomienda:

- Limpieza de la sala de acuerdo a los procedimientos específicos para aislamiento de contacto y por gotas de cada centro. Por ejemplo, con hipoclorito sódico con concentración 1.000 partes por millón, dejándolo 5 minutos en contacto con la superficie.
- Las bayetas de limpieza se deben tirar (desechables).
- Las limpiadoras deberán ir equipadas con equipos de protección individual.
- Tras la limpieza de la sala se suele considerar la limpieza de todos los espacios por los que ha estado el paciente infectado con robot de luz ultravioleta.
- Se recomienda que la limpieza se realice al menos 1 h tras el procedimiento, no inmediatamente, para que el aerosol se haya depositado.

SITUACIONES ESPECIALES: PACIENTES GRAVES

En caso de precisar oxígeno, se recomienda colocar mascarilla por encima.

Se desaconseja el uso de nebulizadores en pacientes con COVID-19 y se desaconseja también la ventilación no invasiva con presión positiva (tipo *continuous positive airway pressure* [CPAP] o *bilevel positive airway pressure* [BiPAP]).

Si llegado el caso, el paciente requiere intubación y ventilación mecánica o reanimación cardiopulmonar, se deben extremar las medidas de prevención por el elevado riesgo de liberación de gotas.

FÁRMACOS DE USO HABITUAL EN CARDIOLOGÍA EN PACIENTES CON COVID-19

Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina/antagonistas del receptor de la angiotensina II

No existe evidencia que sustente la hipótesis de que estos fármacos pueden ser deletéreos durante la infección por COVID-19, mientras que por el contrario existe una gran evidencia de sus beneficios cardiovasculares en determinada población. Por tanto, salvo que cambie la evidencia actual, no recomienda retirarlos salvo inestabilidad hemodinámica⁸.

Antitrombóticos

Cualquier proceso inflamatorio provoca un aumento de la reactividad plaquetar. Sin embargo, no existe evidencia actual que respalde un uso diferente al habitual durante la infección por COVID-19. Por tanto, el uso de fármacos antitrombóticos y antiplaquetarios debe de considerarse, como es habitual, de acuerdo al escenario clínico y al riesgo hemorrágico del paciente.

CONFLICTO DE INTERESES

No se declara ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jin YH, Cai L, Cheng ZS, et al. A rapid advice guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia (strandard versión). *Military Med Res*. 2020. <https://doi.org/10.1186/s40779-020-0233-6>.
2. Zeng YY, Ma YT, Zhang JY, et al. COVID-19 and the cardiovascular system. *Nat Rev Cardiol*. 2020. <https://doi.org/10.1038/s41569-020-0360-5>.
3. Società Italiana di Cardiologia Interventistica. Gestione sale di emodinamica e cardiologia interventistica per emergenza covid-19. Disponible en: <https://gise.it/Uploads/EasyCms/GM%20CF%20per%20PD%20gestione%20covid-19%20-14892.pdf>. Consultado 14 Mar 2020.
4. Guía de actuación con los profesionales sanitarios en el caso de exposiciones de riesgo a COVID-19 en el ámbito sanitario. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Contactos_personal_sanitario_COVID-19.pdf. Consultado 14 Mar 2020.
5. Generalitat de Catalunya. Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2. Disponible en: [http://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/c/coronavirus-2019-ncov/material-professionals/index.html#googtrans\(ca|es\)](http://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/c/coronavirus-2019-ncov/material-professionals/index.html#googtrans(ca|es)). Consultado 14 Mar 2020.
6. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. World Health Organization 2020. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0. Consultado 14 Mar 2020.
7. World Health Organization. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19). Interim guidance 27 February 2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPE_use-2020.1-eng.pdf. Consultado 14 Mar 2020.
8. Sociedad Española de Cardiología. No hay evidencia clínica ni científica para suspender tratamientos de IECA y ARA debido a la infección por COVID-19. Disponible en: <https://secardiologia.es/institucional/socios/comunicados/comunicados-oficiales/11446-no-hay-evidencia-clinica-ni-cientifica-para-suspender-tratamientos-de-ieca-y-ara-debido-a-la-infeccion-por-covid-19>. Consultado 14 Mar 2020.