

SOCIEDAD CUBANA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

GRUPO NACIONAL DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA



Protocolo de actuación nacional MINSAP vs COVID-19

Particularidades en la atención del paciente quirúrgico pediátrico

Esta propuesta se realiza como complemento del Protocolo de actuación nacional del MINSAP para la COVID-19 (versión 1.4 de mayo de 2020), sobre la base de las mismas Justificación, Generalidades en cuanto a la etiología, epidemiología (incluyendo las definiciones para Contacto cercano, Caso sospechoso y Caso confirmado), manifestaciones clínicas, complicaciones y manejo según grupos, niveles de atención y traslado.

Consideraciones generales

- La epidemia de COVID-19 hasta el momento no ha tenido una repercusión significativa en la población pediátrica en cuanto a morbilidad y mortalidad, tanto en Cuba como en el resto del mundo. Sin embargo, su atención tanto médica como quirúrgica debe ser de la máxima calidad y cumpliendo con todos los requisitos de protección para el paciente y el personal sanitario.
- La Cirugía Pediátrica brinda su asistencia en la mayor parte de las provincias del país, así como en la mayoría de los hospitales pediátricos de La Habana. Los hospitales donde la especialidad brinda servicio de urgencias, actualmente son Hospitales No-Covid.
- Se mantienen las recomendaciones en cuanto al acompañante del paciente recogidas en el epígrafe 2.6 del Protocolo nacional *Particularidades en el manejo del paciente pediátrico*.
- Estas recomendaciones son válidas para la cirugía pediátrica incluyendo la cirugía neonatal.

Definiciones previas

1) Definiciones en cuanto a la inmediatez entre el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico.

- **Cirugía emergente:** con amenaza inminente para la vida, a operarse en menos de una hora, por ejemplo lesiones exanguinantes.
- **Cirugía urgente:** a operarse dentro de las 24 horas, por ejemplo apendicitis aguda, algunas malformaciones congénitas, hernias complicadas, infecciones quirúrgicas.
- **Cirugía electiva-urgente o urgencia relativa** (en la población pediátrica esto incluye aquella cirugía no urgente cuyos resultados dejan de ser óptimos pasada una determinada edad en el paciente, con repercusión para la vida): A operarse en menos de 2 semanas, por ejemplo cirugía oncológica, atresia de vías biliares.
- **Cirugía electiva esencial** (en la población pediátrica esto incluye aquella cirugía cuyos resultados dejan de ser óptimos pasada determinada edad en el paciente, sin amenaza para la vida, o aquella que de no realizarse puede resultar en complicaciones): A tratarse en condiciones normales dentro de 1-3 meses, por ejemplo las hernias de la pared abdominal, el testículo no descendido, litiasis vesicular sintomática.
- **Cirugía electiva no esencial** (a discreción): El tratamiento puede diferirse por más de 3 meses.
 - La diferenciación entre cirugía electiva esencial y no esencial tiene importantes implicaciones prácticas, ya que cuando comience el proceso de retorno a la actividad quirúrgica electiva, se priorizarán los casos considerados esenciales, valorando diagnóstico, edad, riesgo de complicaciones, etc, que en la población pediátrica tienen sus particularidades.

2) Definiciones en cuanto a la asignación de los hospitales con respecto a la epidemia.

- Hospital destinado a la atención de pacientes con COVID-19 (en lo adelante, **Hospital Covid**)
- Hospital no destinado a la atención de pacientes con COVID-19 (en lo adelante, **Hospital No-Covid**)

Atención de los pacientes quirúrgicos pediátricos según inmediatez del tratamiento quirúrgico y asignación del hospital

1. Cirugía electiva no esencial:

1.1 Se encuentra diferida.

2. Cirugía electiva esencial:

2.1 Actualmente diferida, de cara a la vuelta a la normalidad o desescalada se reanudará prioritariamente desde que la situación epidemiológica y la reorganización de los recursos humanos y materiales lo permitan y de acuerdo con las orientaciones del ministerio de salud pública.

2.2 Se realizará en hospitales No-Covid.

2.3 Previo diagnóstico virológico negativo para SARS-CoV-2 para el paciente y el acompañante.

2.4 Cumpliendo estas condiciones, no estará proscrita la cirugía mínimamente invasiva.

3. Cirugía electiva-urgente:

3.1 No está suspendida, se realiza en hospitales No-Covid.

3.2 Deberá evaluarse específicamente en el contexto hospitalario previa discusión multidisciplinaria con anestesiología, uci, etc, y siempre con la aprobación de la dirección del centro ya que en ocasiones se requiere de tomar decisiones o asignar recursos.

3.3 Previo diagnóstico virológico negativo para SARS-CoV-2 (PCR) del paciente y del acompañante.

3.4 Si el paciente proviene de otra institución, la prueba virológica debe realizarse antes de referir al hospital No-Covid donde recibirá el tratamiento definitivo.

3.5 Si el paciente es Contacto, Sospechoso o Confirmado para COVID-19, deberá permanecer en un centro Covid hasta descartar la enfermedad o el alta por la misma, difiriéndose hasta entonces su tratamiento quirúrgico. Para esto último será referido al centro No-Covid que corresponda.

3.6 Cumpliendo estas condiciones, no está proscrita la cirugía mínimamente invasiva. Ya en este contexto de la urgencia relativa siempre previa prueba de

COVID-19 negativa, la laparoscopia deberá hacerse con el mínimo de trócares y con bajas presiones de neumoperitoneo, utilizando filtros de salida de gases y también derivando la aspiración del neumoperitoneo a la aspiración central del salón, sin permitir que se evacúe libremente al ambiente.

4. Cirugía urgente:

4.1 Si el paciente se presenta en un hospital No-Covid con guardia de Cirugía Pediátrica, y es posible descartarlo mediante el *triage* en el servicio de Urgencias como Contacto, Sospechoso o Confirmado, se acometerá la intervención quirúrgica urgente cumpliendo con las medidas epidemiológicas y de protección del personal reforzadas (Ver acápite a de las recomendaciones para el tratamiento quirúrgico listadas más adelante). Se recomienda realizar test diagnóstico rápido antes de la intervención.

4.2 Si el paciente se presenta en un hospital No-Covid con guardia de Cirugía Pediátrica, y se clasificara como Contacto, Sospechoso o Confirmado, se cumplirá lo estipulado en el epígrafe 2.6.2 del Protocolo nacional acerca de la atención en el Servicio de Urgencia de los hospitales; pasará inmediatamente a condiciones de aislamiento estricto, cumpliendo con la conducta terapéutica estipulada para cada caso, exceptuando el traslado al centro de aislamiento Covid, y con vía oral suspendida e hidratación polielectrolítica desde el ingreso. Se realizará el diagnóstico virológico (test rápido y PCR, aunque los resultados de esta última generalmente no están disponibles dentro del rango de tiempo que es posible diferir la cirugía urgente). En estos pacientes deberán evitarse intervenciones quirúrgicas con diagnósticos no bien precisos y para ello sugerimos la posibilidad del empleo de alternativas no quirúrgicas que permitan ganar tiempo para reevaluar la indicación quirúrgica siempre y cuando esto no represente un peligro o riesgo adicional para el enfermo. La intervención se realizará según lo estipulado en el **Anexo**. Después de la intervención pasará a condiciones de aislamiento estricto. Si el paciente presenta la COVID-19 en sus formas graves, se preferirán los tratamientos menos invasivos (tratamiento no quirúrgico con antibioticoterapia en las apendicitis, drenaje percutáneo de las colecciones purulentas, etc).

- 4.3 Si el paciente se presenta en un hospital No-Covid, sin guardia de Cirugía Pediátrica, y se puede descartar como Contacto, Sospechoso o Confirmado, se referirá a un hospital No-Covid con guardia de Cirugía Pediátrica donde se acometerán las acciones señaladas en el epígrafe 4.1.
- 4.4 Si el paciente se presenta en un hospital No-Covid sin guardia de Cirugía Pediátrica, y se clasificara como Contacto, Sospechoso o Confirmado, se hará lo estipulado para los casos no quirúrgicos y se enviará a un hospital Covid.
- 4.5 Si el paciente se presenta en un hospital Covid, se realizará el protocolo establecido para estos casos en el mismo.
- 4.6 Aunque no hay suficientes evidencias científicas para contraindicar o prescribir la CMA (cirugía de mínimo acceso) en la urgencia, la alta posibilidad de diseminación y contagio por los aerosoles procedentes del neumoperitoneo, la incidencia elevada de pacientes infectados con el virus asintomáticos, junto a la propia condición de urgente donde se desconoce el estatus viral del enfermo es recomendable evitarla.
- 4.7 Si es imposible descartar la infección por SARS-CoV-2, los procedimientos en el quirófano (o la uci donde excepcionalmente pudiera acometerse en condiciones de aislamiento estricto), se regirán por lo estipulado en el **Anexo**. Después de la intervención quirúrgica el paciente quedará en condiciones de aislamiento.

5. Cirugía emergente:

- 5.1 Será acometida en el hospital donde se presente el caso, sea hospital Covid o No-Covid, a no ser que no exista personal quirúrgico y deba ser referido.

Recomendaciones para el tratamiento quirúrgico de pacientes pediátricos con COVID-19, independientemente de la inmediatez de la cirugía

- a. **Recomendaciones generales:** Mantener el instrumental limpio y libre de fluidos, principalmente los elementos de electrocoagulación para evitar el humo, programación de los mínimos parámetros en intensidad, realizar aspiración del humo quirúrgico por métodos convencionales o alternativos

como atravesar la punta del electrobisturí con una manguera de aspiración. Mínimo necesario de personas en el salón de operaciones, procurando que el equipo quirúrgico esté bien coordinado en sus funciones, que el cirujano principal sea la persona más experimentada para garantizar los resultados, evitar iatrogenias y pérdida de tiempo, además de evitar contagios por mala manipulación. Técnica quirúrgica depurada, evitar en todo momento pérdidas excesivas de fluidos corporales, en caso de producirse garantizar un adecuado tratamiento intraoperatorio de los mismos en cuanto a cambiar oportunamente los reservorios y dar correcta ubicación a las compresas utilizadas. Evitar el contacto de los mismos con la ropa de los cirujanos.

- b. **Cirugía de mínimo acceso:** Debe evitarse en la etapa epidémica, ya que existe la posibilidad de la presencia del virus en suspensión en el neumoperitoneo y es posible la contaminación por aerosoles durante la aspiración y salida por los trócares, lo que le confiere a la intervención un alto riesgo de contaminación para el equipo quirúrgico. Aunque no hay suficientes evidencias para recomendar o proscribir las técnicas de cirugía laparoscópica ante una urgencia en el contexto de la epidemia por COVID-19, el solo hecho de sospecharse la presencia del virus en el neumoperitoneo sería la mayor limitante del empleo de estas técnicas, además el quirófano debe tener condiciones de ventilación adecuadas para esto; las mismas limitaciones tendría la cirugía toracoscópica.
- c. **Cirugía de la vía aérea:** La apertura de la vía aérea puede ser una de las acciones más contaminantes en pacientes confirmados con COVID-19, considerados de alto riesgo para el personal del quirófano, por lo que en estos casos este tipo de cirugía debe diferirse siempre lo más posible.
- d. **Endoscopia de la vía aérea.** Igualmente que en el caso anterior es un procedimiento altamente contaminante por lo cual debe ser diferido totalmente.

- e. **Traqueostomía.** Este procedimiento es altamente contaminante. De ser necesario realizarlo se deben tener en cuenta algunos detalles técnicos para disminuir el riesgo de contaminación:
 - 5.1.1 Evitar el empleo de instrumentos de corte y coagulación eléctricos que aumente el riesgo de dispersión de partículas.
 - 5.1.2 Utilizar sistemas de aspiración de circuito cerrado.
 - 5.1.3 Realizarla de preferencia con un paciente intubado con un tubo endotraqueal con *cuff* que permita en los momentos claves de la cirugía el cierre de la vía aérea distal a la incisión traqueal.
 - 5.1.4 Utilizar cánulas de preferencia con *cuff* que también permitan el cierre distal de la vía aérea que pudiesen facilitar la ventilación en un momento dado y evitar manipulaciones posteriores.
 - 5.1.5 Es necesario tener en cuenta que la insuflación de los *cuffs* de los tubos endotraqueales y de las cánulas de traqueostomía pueden causar isquemia de la pared traqueal, por lo cual deben insuflarse de forma intermitente y con la menor presión posible.
 - 5.1.6 La cricotiroidotomía puede ser una opción transitoria para garantizar la ventilación de un paciente hasta tanto no estén creadas las condiciones para realizar una traqueostomía.
 - 5.1.7 En caso de tener experiencia y equipamiento se debe considerar la traqueostomía percutánea, procedimiento menos contaminante que el realizado convencionalmente.
- f. **Cirugía con apertura de vísceras huecas:** implican alto riesgo de contaminación por lo que es importante la toma de las medidas de precaución establecidas.
- g. **Las endoscopías digestivas y la cirugía endoluminal** conllevan también un riesgo adicional ya que los equipos emiten gas a presión necesario para el procedimiento el cual puede dispersar el virus en el ambiente del quirófano.

- h. **La cirugía torácica** es otro acceso quirúrgico que puede ser altamente contaminante sobre todo si conlleva algún tipo de resección o reparación del tejido pulmonar.

ANEXO

Organización y procedimientos en la unidad quirúrgica para pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19

Tabla1: Personal sanitario

Cargo	Perfil y funciones	Cantidad
1. Camillero	Preferiblemente con experiencia en el trabajo de la Unidad Quirúrgica (UQ). Traslada al paciente (desde el servicio de urgencia o desde la sala de hospitalización) hasta la UQ y lo introduce en el quirófano. Realizará la limpieza y desinfección de la camilla de traslado del paciente.	1
2. Anestesiólogo (a) principal	Especialista en anestesiología. Será el profesional más experimentado del equipo de anestesiología actuante. Responsable principal de la ejecución de los procedimientos anestésicos, de la intubación endotraqueal y del acceso venoso profundo del paciente. Supervisa el cambio del paciente de la camilla de traslado a la mesa de operaciones y viceversa. Decide qué otro personal debe auxiliar al camillero en esa tarea. Supervisa el correcto llenado del modelo de anestesia. Responsable de la preparación preanestésica, que se realizará en el propio quirófano. Responsable de la recuperación anestésica, la cual se realizará en el propio quirófano.	1
3. Ayudante de anestesia	Especialista o residente de anestesiología. Realiza el interrogatorio a los familiares del paciente y confecciona la hoja de anestesia. Realizará otras tareas administrativas fuera del quirófano: llenado de modelos, solicitudes, facilitar material o medicación adicional que se precise dentro del quirófano, contactará con otras especialidades si se necesitara.	1

		<p>Relevará o auxiliará al anestesiólogo principal si fuese necesario, supliendo sus funciones parcial o totalmente.</p> <p>Ejecuta la limpieza y desinfección del respirador, monitores, bombas de infusión y demás equipos empleados para la anestesia.</p>	
4. Cirujano principal	(a)	<p>Especialista.</p> <p>Emite el anuncio operatorio, coordina con la UQ la operación y entrega el anuncio operatorio a la enfermera auxiliar de la UQ.</p> <p>Ejecutor principal de la intervención.</p> <p>Una vez en el quirófano, supervisará la preparación del instrumental y el llenado correcto de la documentación.</p>	1
5. Cirujano ayudante	(a)	<p>Especialista o residente de la especialidad quirúrgica.</p> <p>Solicita a los familiares el consentimiento para la operación (verbal, para evitar intercambio de bolígrafos y documentos con el familiar), en presencia de algún testigo. Registra en la historia clínica los datos del que da la autorización.</p> <p>Confecciona la historia clínica del paciente.</p> <p>Preparará el instrumental junto a la enfermera instrumentista.</p> <p>Auxilia al cirujano principal en la intervención quirúrgica.</p> <p>Realiza el llenado de la documentación al concluir la operación.</p>	1
6. Enfermero instrumentista	(a)	<p>Enfermera (o) con entrenamiento en UQ.</p> <p>Excepcionalmente sus funciones pueden ser asumidas por un residente o un interno(a) vertical de la especialidad quirúrgica.</p> <p>Encargada de la preparación del instrumental y de su suministro durante la intervención quirúrgica.</p> <p>Auxilia a los cirujanos en la operación si es necesario.</p> <p>Responsable del conteo final de instrumentos quirúrgicos.</p> <p>Ejecuta el lavado y desinfección del instrumental al concluir la operación.</p>	1
7. Enfermera circulante		<p>Enfermera (o) con entrenamiento en UQ.</p> <p>Responsable de la correcta instalación y funcionamiento de equipos auxiliares: electrocauterios, aspiradoras, etc.</p> <p>Responsable del conteo final de gases y compresas.</p> <p>Ejecuta la limpieza y desinfección de la mesa de operaciones, mesas de instrumental, superficies de electrocauterios y de otros equipos utilizados (excepto los de anestesiología).</p>	1

	Supervisaré el trabajo y las rutinas del camillero y de la auxiliar de limpieza dentro de la UQ. Preferiblemente con experiencia en el trabajo de la UQ. Realizaré la limpieza y desinfección del quirófano, así como el tratamiento y vertido final de los desechos líquidos.	
8. Enfermera auxiliar	Enfermera (o) con entrenamiento en UQ. Recibe el anuncio operatorio y da el aviso para que se inicie la preparación del quirófano. Suministra al personal el EPI. Suministra a la enfermera instrumentista los materiales necesarios para la intervención. Durante la operación, permanece en el área no contaminada. Se dedicará a tareas administrativas fuera del quirófano: llenado de modelos o solicitudes, facilitar material o medicación adicional que se precise dentro del quirófano, contactar con otras especialidades si se le solicita. Relevaré o auxiliaré a las enfermeras instrumentista o circulante si fuese necesario. Supervisaré el trabajo y las rutinas del camillero y de la auxiliar de limpieza fuera de la UQ (cambio de ropa y EPI, limpieza y desinfección, etc.)	1

En caso de intervenciones quirúrgicas complejas, se considerará incluir un tercer cirujano o residente como miembro del equipo quirúrgico.

No se permitirá la presencia de estudiantes en el quirófano (alumnos de medicina o enfermería, alumnos ayudantes de cualquier especialidad).

En el caso de los internos verticales de las especialidades involucradas en el caso, el especialista a cargo decidirá la conveniencia o no de su participación, que estará debidamente justificada en todos los casos.

El personal sanitario involucrado en la intervención luego de esta se acogerá al régimen de aislamiento establecido.

Tabla 2: Procedimiento de conducción del paciente al quirófano

Responsable	Procedimientos
Camillero	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recibe la notificación escrita (anuncio operatorio) de la enfermera auxiliar de la UQ para trasladar el paciente a la unidad. 2. Verifica los datos de identificación del paciente. 3. Cubre la camilla con una sábana limpia, facilitada por la enfermera auxiliar. 4. Se coloca el EPI, el cual le es proporcionado en la UQ por la enfermera auxiliar.

	<p>5. Busca al paciente y luego lo conduce a la UQ en la camilla, en compañía de un familiar del mismo.</p> <p>6. Indica al familiar del paciente esperar en el pasillo de la UQ para ser interrogado por el anesthesiologo ayudante.</p> <p>7. Entra con el paciente al salón (sin cambiarlo a otra camilla) y lo traslada a la mesa de operaciones.</p> <p>8. Retira la camilla fuera del quirófano y la coloca en el “filtro” del salón, hasta que termine la operación.</p> <p>9. Permanece en la unidad quirúrgica hasta que culmina la operación, para realizar el traslado del paciente fuera de la UQ. Al concluir el traslado, realiza la limpieza y desinfección de la camilla.</p> <p>10. Participar en el traslado del paciente fuera de la UQ. Al concluir el traslado, realiza la limpieza y desinfección de la camilla.</p> <p>11. El paciente pasa directo para su preparación preanestésica al quirófano, donde también se realizará la recuperación anestésica al terminar la cirugía. No pasará por los locales de preoperatorio ni postoperatorio.</p>
--	--

Tabla 3: Procedimientos para la limpieza y desinfección de la camilla de traslado del paciente

Responsable	Procedimientos
Camillero	<p>1. Retira la sábana de la camilla y la deposita en el recipiente habilitado para lencería en el “filtro” del salón.</p> <p>2. Realiza la limpieza y desinfección de la camilla con paño o gasa embebido en solución de hipoclorito de sodio 0,1 %. Dejar la solución 30 minutos y luego seca.</p> <p>3. Se retira el EPI en el “filtro” del salón bajo supervisión y si es preciso ayuda de la enfermera auxiliar, lo coloca en el recipiente habilitado para ello y procede al lavado de manos y antebrazos con agua, jabón y desinfección con solución de alcohol 76 %.</p>

Tabla 4: Procedimientos para la limpieza y desinfección del instrumental quirúrgico.

Responsable	Procedimientos
Enfermera instrumentista	<p>1. Retira el instrumental y dentro del mismo quirófano lo coloca en recipientes con solución de hipoclorito de sodio 0,5 % durante 30 minutos, separando el limpio del usado, asegurando que queden bien cubiertos por la solución.</p> <p>2. Extrae el instrumental de los recipientes y lo coloca en una bolsa de nylon impermeable en la trampilla que da acceso al área de lavado y empaquetado (en Cuba se les llama <i>transfer</i>, en otros</p>

	<p>lugares trampilla y guillotina), para su posterior lavado y empaquetado para esterilización.</p> <p>3. Lleva los cubos donde se desinfectó el instrumental al “filtro” del salón.</p> <p>4. Se retira el EPI en el filtro del salón bajo supervisión y si es preciso ayuda de la enfermera auxiliar, lo coloca en el recipiente habilitado para ello y procede al lavado de manos y antebrazos con agua, jabón y desinfección con solución de alcohol 76 %.</p>
--	--

Tabla 5: Procedimiento para la limpieza y desinfección del quirófano.

Responsable	Procedimientos
Anestesiólogo (a) ayudante	<p>1. Desconecta los equipos de la fuente eléctrica antes de la limpieza.</p> <p>2. Realiza la limpieza y desinfección la limpieza y desinfección del respirador, monitores, bombas de infusión y demás equipos empleados para la anestesia, con paño o gasa embebido en solución de alcohol 76 %. Luego seca.</p> <p>3. Realiza la limpieza del laringoscopio con paño o gasa embebido en solución de hipoclorito 0,1 %. Luego lo seca.</p> <p>4. Introduce las espátulas y otros aditamentos naso o bucofaríngeos reutilizables en recipientes con solución de hipoclorito de sodio 0,5 % durante 30 minutos, asegurando que queden bien cubiertos por la solución.</p> <p>5. Extrae el instrumental de los recipientes y lo coloca en una bolsa de nylon impermeable en la trampilla que da acceso al área de lavado y empaquetado, para su posterior lavado y empaquetado para esterilización.</p> <p>6. Se retira el EPI en el “filtro” bajo supervisión y si es preciso ayuda de la enfermera auxiliar, lo coloca en el cesto habilitado para ello y procede al lavado de manos y antebrazos con agua jabón y enjuague con solución de alcohol 76 %.</p>
Enfermera circulante	<p>1. Desconecta los equipos de la fuente eléctrica antes de la limpieza.</p> <p>2. Realiza la limpieza y desinfección de la mesa de operaciones, mesas de instrumental, superficies de electrocauterios y de otros equipos utilizados (excepto los de anestesiología) con paño o gasa embebido en solución de hipoclorito de sodio 0,1 %. Deja la solución 30 minutos y luego seca.</p> <p>3. Retira las bolsas con desechos sólidos del salón y los coloca en el “filtro”, en cestos o contenedores con tapa.</p> <p>4. Si hay derrames de sangre u otros fluidos corporales del paciente en el suelo, los cubre con una frazada y abundante</p>

	<p>solución de hipoclorito de sodio 1 %, durante 30 minutos antes de limpiar.</p> <p>5. Realiza la limpieza y desinfección del suelo con una frazada embebida en solución de hipoclorito de sodio 0,1 %. Luego retirar con agua limpia.</p> <p>6. Al agua de la limpieza y a los desechos líquidos de la operación le añadirá la misma cantidad de hipoclorito de sodio 1 %. Se mantendrán durante 30 minutos en cubos tapados o contenedores con tapa, en el “filtro” del salón.</p> <p>8. Pasados los 30 minutos, lleva los cubos y contenedores de líquidos (limpieza de instrumental, limpieza de superficies y limpieza de suelos) hasta el vertedero, vuelca el contenido en el mismo, lava los recipientes reutilizables con agua corriente y detergente. Finalmente los enjuaga con solución de hipoclorito 1 % y los escurre, llevándolos de nuevo al “filtro” del salón, donde quedan disponibles para otra operación.</p> <p>9. Se retira el EPI en el “filtro” bajo supervisión y si es preciso ayuda de la enfermera auxiliar, lo coloca en el cesto habilitado para ello y procede al lavado de manos y antebrazos con agua jabón y enjuague con solución de alcohol 76 %.</p>
--	--

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Ministerio de Salud Pública de Cuba. Protocolo de Actuación Nacional para la COVID-19 [Internet]. 2020 [citado 12 de mayo de 2020]. Disponible en: http://files.sld.cu/editorhome/files/2020/05/MINSAP_Protocolo-de-Actuación-Nacional-para-la-COVID-19_versión-1.4_mayo-2020.pdf
- Zhou Y, Xu H, Li L, Ren X. Management for patients with pediatric surgical disease during the COVID-19 epidemic. *Pediatr Surg Int.* 1 de junio de 2020;36(6):751-2.
- Stahel PF. How to risk-stratify elective surgery during the COVID-19 pandemic? *Patient Safety in Surgery.* 31 de marzo de 2020;14(1):8.
- Sociedad Española de Cirugía Pediátrica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica para el manejo de pacientes pediátricos quirúrgicos en el contexto de la pandemia por COVID-19 (V2) [Internet]. 2020 [citado 20 de abril de 2020]. Disponible en: <https://secipe.org/wordpress03/index.php/recomendaciones-de->

[la-sociedad-espanola-de-cirugia-pediatrica-para-el-manejo-de-pacientes-pediatricos-quirurgicos-en-el-contexto-de-la-pandemia-por-covid-19/](#)

- Sociedad Chilena de Cirugía Pediátrica. Recomendaciones para manejo paciente quirúrgico COVID-19+ [Internet]. 2020 [citado 20 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.schcp.cl/2020/04/04/recomendaciones-para-manejo-paciente-quirurgico-covid-19/>
- Leva E, Morandi A, Sartori A, Macchini F, Berrettini A, Manzoni G. Correspondence from Northern Italy about our experience with COVID-19. Journal of Pediatric Surgery. 1 de mayo de 2020;55(5):985-6.
- Díaz de Cerio Canduela P, Ferrandis Perepérez E, Parente Arias P, López Álvarez F, Sistiaga Suarez JA. Recomendaciones de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello para la realización de traqueotomías en relación con pacientes infectados por coronavirus COVID-19. Acta Otorrinolaringológica Española [Internet]. 8 de abril de 2020 [citado 20 de abril de 2020]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000165192030042X>
- González López SL, Casanova González MP, Morejón Fernández JM, Martínez Álvarez C. Recomendaciones para la organización y procedimientos de la unidad quirúrgica para la atención a pacientes sospechosos o confirmados de Covid -19. Rev Cub Pediatr. (De próxima aparición) 2020;92(3):xxxx.



CIRUGÍA
PEDIÁTRICA

SOCIEDAD CUBANA