

Protocolo de actuación ante cirugía en un paciente con covid-19 ó caso en investigación. OSI- Donostialdea

Aplicar a:

- I. Paciente positivo confirmado y cirugía urgente
- II. Si es un caso en investigación o sospechoso y cirugía urgente relativamente demorable esperar resultado PCR. Si positivo aplicar.
- III. Si es un caso en investigación o sospechoso y cirugía urgente no demorable actuar como si fuese positivo confirmado.
- IV. Si no sospechoso sería prudente mantener medidas generales en la manipulación vía aérea fundamentalmente IOT y extubación.

Proceso quirúrgico:

1. Cirujano avisa a anestesiólogo y personal de quirófano de urgencias para explicar el tipo de cirugía previsto y alternativas.
2. Precisar las necesidades de material para intentar disminuir los movimientos de material durante el procedimiento quirúrgico.
3. Anestesiólogo informará a personal de quirófano para explicar la técnica anestésica y posibles variaciones.
4. Utilizar siempre un quirófano pre-establecido para intervenir pacientes con COVID-19. En nuestro caso será el Q.4 de urgencias y si estuviera ocupado el Q.3.
5. Habilitar contenedores necesarios para recogida de material contaminado de riesgo biológico. Mínimo 4. Valorar alguno más según el caso. El anestesista tendrá uno de los cubos para desechar el material utilizado en la técnica anestésica.
6. El quirófano tendrá el material estrictamente necesario dejando fuera el material alternativo que se pudiera necesitar (Ej: bomba de infusión, material quirúrgico estimado...)
7. Colocar 2 filtros en el respirador de anestesia. Uno en rama espiratoria y otro en pieza en Y, en boca de paciente.
8. Dentro del quirófano estará exclusivamente el personal imprescindible.
9. **Todo el personal de quirófano esperará dentro del mismo con el EPI colocado a la llegada del enfermo.**
10. El celador que introduce al paciente en quirófano se quedará en el mismo hasta que se le indique.
11. Habrá casos (obesidad, fracturas etc..) en los que se precisen 2 celadores.
12. La cama del paciente se sacará sin ropa (quedará dentro de quirófano y se dejará en la puerta) . Se avisará al personal de limpieza que se colocará la EPI y procederá a la desinfección de la misma. Protocolo de desinfección Pendiente
13. Tanto el celador como la limpiadora se quitarán el EPI de uno en uno y con vigilancia de una persona realizando el check-list. Dejarán el EPI en el cubo negro preparado para tal fin.
14. Todas las preguntas sobre la hª clínica del paciente se realizarán dentro de quirófano. Consentimiento realizado verbalmente y así quedará reflejado en la historia.

15. Sería deseable 2 anestesiólogos (o uno con MIR anestesiología) para el manejo anestésico. Uno encargado de vía aérea, inducción y mantenimiento (**Anestesiólogo 1**) y el otro encargado de ayuda vía aérea, vigilancia y otras necesidades (**Anestesiólogo 2**).
16. Fuera de quirófano precisaríamos otro anestesiólogo dedicado a la supervisión de colocación de EPI del personal, petición de analíticas, llamadas telefónicas...
17. Fuera de quirófano debe de haber personal no médico para aportar todo lo que se necesite, trámites de tfo, llevar muestras...
18. Todos los volantes, documentos de papel, bolígrafos, material personal... estarán fuera de quirófano para evitar contaminación. La gráfica de anestesiología se realizará como pueda por el anestesiólogo que está fuera de quirófano.
19. La enfermera circulante procederá a la monitorización del paciente.
20. El anestesiólogo encargado de la intubación retirará la mascarilla quirúrgica y realizará preoxigenación durante 5 minutos con mascarilla facial bien ajustada a la cara del paciente.
21. **EVITAR VENTILACIÓN MANUAL** con intubación de secuencia rápida. Se aconseja anestesia EV vs inhalatoria.
22. Se especula como técnica de mayor riesgo y preberible evitar IOT con FBC óptico, nebulizaciones, aspiración secreciones por TET durante la VM.
23. Extubación en paciente en espontánea y sin desconexiones de las tubuladuras. Conviene colocar compresa sobre boca del paciente tras extubar para evitar salpicaduras hasta aplicar mascarilla facial. Cuando la respiración sea correcta se colocará GN y mascarilla quirúrgica por encima.
24. **La cirugía laparoscópica** puede producir un aumento de aerosoles al abrir los puertos de entrada y sería mejor evitarla.
25. La recogida de muestras en quirófano (hemograma , cultivos, AP...) se realizará en los contenedores diseñados para ello. Los volantes y las muestras irán en bolsas separadas y se llevarán EN MANO. **ANEXO como se recogen y procesan las muestras- preguntar-**
26. Una vez finalizada la intervención se avisará a celador para traslado del enfermo. Avisar con tiempo para colocación de EPI.
27. Se comunicará el traslado del paciente a la unidad de destino (UVI, planta con aislamiento).
28. Si el paciente no precisa UVI se quedará en quirófano para postoperatorio inmediato 1-2 horas a cargo de anestesiólogo y enfermera circulante.
29. Decidido el traslado el celador, anestesiólogo 2 y enfermera circulante acompañarán al enfermo hasta destino vestidos con el EPI.
30. Allí se retirarán la EPI en la zona habilitada para ello con supervisión de otra persona (tercer anestesiólogo o tercera enfermera) y de uno en uno. Una vez retirado el EPI acudirán a vestuario para retirarse el pijama sin realizar paradas en ningún sitio (ver punto 31).
31. El material desplazado (bombas, ambú, etc...) se quedará con el paciente. Si es posible reponer con material limpio de la zona de entrega del paciente para quirófano.
32. Los cirujanos, cuando el paciente haya salido del quirófano podrán salir de uno en uno para la retirada del EPI bajo supervisión de una persona.
33. En el caso de que el paciente realice “despertar” en quirófano (1-2 horas) saldrán cuando se compruebe riesgo minimizado del paciente(redones sin débito, extubación realizada...).

34. Tras la cirugía se recogerá el quirófano desechando todo el material posiblemente contaminado (tubuladuras, jeringas, compresas, gasas abiertas o no) no guardándose nada. La desinfección de pala de laringoscopio y mango se procesará **según protocolo habitual. Incluir ANEXO.**
35. Se intentará que el material para IOT sea desechable y a ser posible con videolaringoscopio. El material que no es posible desechar se esterilizará según las indicaciones del fabricante. En el caso de Airtraq la cámara puede protegerse con bolsa de plástico y dejarlo preparado antes de que paciente entre en quirófano. Una vez retirada la bolsa de plástico se limpiara con toallita destinada a la limpieza de este material.
36. Los contenedores de instrumental introducidos en el quirófano pero no abiertos se considerarán como contaminados.
37. **La recogida y limpieza de quirófano se realizará según protocolo establecido para estos casos por personal de enfermería, auxiliares y limpiadoras. Se establecerá el protocolo para enviar el material utilizado a esterilización (pendiente).**
38. Una vez retirado el EPI el personal debe acceder al vestuario para cambio de uniforme. El pijama retirado se colocará en doble bolsa **(especificar)** anudada con guantes no estériles sin mezclar con el resto de pijamas y depositarla en un cubo rotulado de ropa contaminada. En los vestuarios , próximo al cubo, debiera haber solución hidroalcohólica.
39. Anexo 3: Material mínimo que habrá en el quirófano dedicado COVID-19: Repirador, monitor hemodinámico, cable de arteria, fonendoscopio?, 2 aspiradores, 2 palos de suero, una mesa para intubación, un videolaringoscopio o airtraq con cámara protegida en su defecto, carro medicación, altillos y mesas **quirúrgicas a definir según procedimiento.**