

# MANEJO PERIOPERATORIO DE PACIENTE COVID-19 EN QUIRÓFANO

*Este documento está sujeto a modificaciones.*

## A) PREOPERATORIO

- Recibimos el aviso de una urgencia demorable (aproximadamente 30 min) de un **paciente probable o COVID confirmado**.



- Retirar de los antequirófanos de los quirófanos COVID, los carros e instrumental al pasillo.
- El traslado al quirófano se realizará con las medidas de precaución descritas para el personal sanitario. El paciente debe de portar mascarilla quirúrgica durante el traslado.
- Retirar todos los accesorios, joyas, buscas.
- Consentimiento firmado por el paciente o familiar previamente.
- Primero, se debe recoger el mayor número de datos en la historia clínica del paciente, así como en plan quirúrgico más rápido y eficaz, para evitar una exposición prolongada en quirófano.
  - Se anotará en el curso clínico una nota a modo de informe preoperatorio. Donde se hará constar antecedentes, alergias, y demás información rutinaria.
  - Asegurar que en planta se ha realizado la “*CAMPAÑA TRES NO UN SP*”

1. ¿Estuvo el paciente en contacto con alguna persona diagnosticada o en zona de riesgo epidemiológico?

2. ¿Tiene sintomatología respiratoria?

3. ¿Tiene fiebre? Aquí hay que contextualizar el proceso quirúrgico urgente, dónde la gran mayoría se asocian a fiebre.

- El cirujano informará al personal de enfermería del posible material que necesitará.
- Así como al equipo de anestesia, el plan quirúrgico.
- El fin es de tener todo preparado y minimizar las salidas de quirófano.
- Reunir al equipo quirúrgico dentro de quirófano: el equipo debe ser **el menor número de personas necesarias**.
  - **Dos anestesistas (si se prevé manejo vía aérea)**
    1. **Anestesista 1:** con mayor experiencia en el manejo de la vía aérea. Encargado de inducción y mantenimiento de la anestesia.
    2. **Anestesista 2:** ayudar en la vía aérea, vigilancia y otras necesidades.
  - **Cirujanos:** los que consideren necesario, en principio dos.
  - **Dos enfermeras:** una instrumentista y otra circulante.
  - **FUERA DE QUIRÓFANO**
    - Anestesista 3 (Residente si posible): facilitando el trabajo de los de dentro, hará el registro anestésico, si es necesario coger buscas, tramitar pruebas...
    - Auxiliar y/o personal cualificado, asignado por el equipo quirúrgico por necesidades quirúrgicas.
- **QUIRÓFANOS DESIGNADOS**
  - **Bloque 1: 102 y 109**
  - **Bloque 2: 120**
  - Señalar con un **cartel de riesgo biológico** los accesos a esos quirófanos y mantenerlos cerrados en todo en momento, asignando solo una puerta de entrada y salida en caso de necesidad.
  - Es recomendable que el quirófano tenga filtración absoluta o HEPA.
- Retirar de quirófano todo lo dispensable, ya que TODO se tiene que tirar después, incluido capnógrafo y rampa de agua.
- Dentro de quirófano (intentar siempre que sea posible **MATERIAL DESECHABLE**):
  - **Cubos:**

1. 2 cubos normales con doble bolsa blanca para desechar ropa
  2. 4 cubos negros grandes para tirar todo el deshecho que provenga de la Iqx. 3 alrededor del campo quirúrgico, y uno cerca de anestesia.
  3. 3 Cubos clase IIIA (AMARILLO) para restos biológicos: material de intubación o manejo de la vía aérea y los EPIs.
  4. Cubo poner gafas/pantalla integral de los EPIs.
- Material anestesia:
    1. Respirador con la cal revisada. Dos filtros: uno para la rama espiratoria y otro conectado al TET del paciente como siempre. Vaporizador lleno. CHECKEAR AHORA EL RESPIRADOR.
    2. Monitor comprobado con parámetros normales de monitorización invasiva y no invasiva.
    3. 1 Fonendoscopio de quirófano (no el nuestro)
    4. 2 aspiradores: uno para anestesia y otro para cirugía.
    5. 2 palos de sueros.
    6. Mesas: las imprescindibles para la Iqx y una para anestesia.
    7. Material de anestesia: dependiendo de la cirugía y criterio del equipo de anestesia.
      - Base: siempre material para la vía aérea (TET, preferiblemente se usará videolaringoscopio, gafas nasales).
      - Material para vía venosa periférica.
  - No se recomienda explorar la vía aérea.
  - **Antequirófano**
    - Cubo clase IIIA para los guantes internos y mascarilla FFP2/FFP3.
    - Carro de anestesia (antequirófano o en el pasillo)
      1. Con toda la medicación que consideremos necesaria.
      2. Material de vía aérea de rescate si es preciso (FROVA, MLA, lubricante, Guedel).
  - Asegurar la disponibilidad de suficiente solución hidroalcohólica tanto dentro como fuera de quirófano, así como de guantes.
  - Uso de EPI según protocolo.
    - Rotular en la bata el nombre y función para facilitar el reconocimiento y comunicación.
  - **CIRCUITO DE BAJAR EL PACIENTE A QUIRÓFANO**

- El paciente acude a quirófano acompañado de dos celadores, cumpliendo su protocolo de traslado de paciente.
  - Asignar un único celador, vestido con su EPI, que será el que reciba el paciente y entre con él a quirófano. Si posible solo un celador por paciente, lo ayudará todo el personal que está dentro de quirófano ya preparados.
    1. Si se usa transfer, el transfer se mantendrá dentro de quirófano.
    2. Si paciente obeso o extrema urgencia, se asignarían dos celadores, con sus respectivos EPIs.
  - El resto de personal esperará vestido con su EPI dentro de quirófano.
  - El celador permanecerá dentro de quirófano hasta que la intervención haya empezado y asegurar que no es necesaria su presencia. Si la intervención es corta, valorar que el celador se quede dentro por ahorro de un EPI.
  - El mismo celador, sacará la cama del paciente ya sin sábanas.
    1. Mientras monitorizamos el paciente y la cama está en el antequirófano, sin nadie allí, se procederá a su desinfección.
    2. Una vez desinfectada la cama, el personal que queda en el antequirófano podrá entrar.
  - El celador entra a quirófano y se retira el EPI supervisado por el Anestesista 2. La mascarilla y el gorro, supervisado por el que está fuera de quirófano.
- Siempre que se abra un equipo de EPI, hay que avisar inmediatamente a **Coordinación de Enfermería (75431/79481)** para repuesto, se estiman 9 EPIs por intervención.

## B) INTRAOPERATORIO

- Lo primero es realizar las técnicas anestésicas necesarias: dos anestesistas y enfermera circulante.
  1. **Consideraciones anestésicas:**
    - Monitorización estándar (ECG; PANI; Pulsioximetría): evitar al máximo los procedimientos invasivos.
    - Priorizar la ALR sobre la AG.

- Si necesita oxigenoterapia: GN a 2-3 L/min (siempre <6L/min) frente a ventiMask para evitar aerosoles, dejándolas cubiertas con las mascarilla quirúrgica del paciente.
- EVITAR: ventimask, CPAP, BIPAP y OAF.
- Valorar necesidad de medidas de calentamiento activo: manta si cirugía larga, con riesgo hemorrágico, sino no tener dentro de quirófano. Sino, calentamiento del enfermo con empapadores desechables.

## 2. Si necesario anestesia general:

- Extremar medidas aislamiento: **DOBLE GUANTE + FFP3**.
- Revisar entre los dos anestesiistas encargados, todo el material necesario, su correcto funcionamiento, y los fármacos.
- EVITAR IOT con fibrobroncoscopio, si imprescindible, EVITAR atomización de la VA.
- Siempre realizar IOT el anesthesiólogo más experimentado.
- Preoxigenación durante 5 minutos con MF bien sellada.
- Inducción de secuencia rápida. El Anestesiista dos: presión cricoidea.
- Relajación muscular profunda (no monitorizar la relajación).
- Evitar la ventilación manual, si imprescindible, volúmenes pequeños, con poca presión.
- Considerar IOT con material preferiblemente desechable (solo usar cámara de Airtraq cuando no haya dentro de quirófano torre de laparoscopia). Aquí es criterio de cada uno. Si se usa Laringoscopio convencional, embolsar en doble bolsa y mandar a esterilización. Embolsar el videolaringoscopio y al contenedor clase IIIA.
- Hinchar inmediatamente el *cuff* post intubación.
- Se recomienda minimizar las desconexiones del respirador y utilizar sondas de aspiración cerrada (solicitado; mientras no nos llega el stock, si problemas ventilatorios, llamar al busca de la UCI (75820) para que nos dejen uno: SOLO SI PROBLEMAS VENTILATORIOS). Si necesidad de desconexión del tubo endotraqueal del circuito del respirador, siempre con el filtro, pero NO CLAMPAR el tubo.
- Salvo necesidad absoluta, no aspirar secreciones gástricas.

- Una vez intubado, poner gasas en la boca del paciente para aislar, así como doble protección ocular (esparadrapo y sobre él gasas).
- Siempre que se manipula la vía aérea o secreciones del enfermo: **CAMBIO GUANTE EXTERNO PREVIA HIGIENIZACIÓN DEL GUANTE INTERNO.**
- Todo material en contacto con vía aérea: al contenedor clase III.
- Parámetros del respirador previamente ajustados por el Anestesiista 2.

### 3. EDUCCIÓN

- Valorar necesidad de extubación ya que es el momento de **mayor producción de aerosoles.**
  - Comprobar que las manos del paciente están bien sujetas.
  - Medidas preventivas antitosígenas: uso de remifentanilo, lidocaína intravenosa.
  - Reversión del BNM a todos los pacientes.
  - Inicio si necesario de oxigenoterapia, por debajo de la mascarilla del enfermo y si posible con GN.
- Una vez realizada la técnica anestésica: la enfermera instrumentista acaba de preparar el campo, ayudada por la enfermera circulante.
- Se empieza la intervención.
- Si necesario muestras, tendrían que ir debidamente embolsadas y se llevarán en mano (no tubo neumático).

### C). POSTOPERATORIO

- Ubicación / Destino
  - Ningún paciente con síntomas respiratorios con o sin fiebre irá a la URPAS.
  - **CASO CONFIRMADO:** Circuito hospitalario preestablecido.
    - Postoperatorio < de 2 horas → se realizará en quirófano.
    - Postoperatorio > de 24 horas → avisar al busca 72782/75593 para ubicarlo en el circuito preestablecido, a la salida de la intervención.
  - **CASO PROBABLE:**