

MANEJO GENERAL DE PACIENTE COVID 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**.

Si el caso es dudoso (“CAMPAÑA TRES NO UN SP”)

- Hacer en la planta tres preguntas al enfermo:
 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 que la gran mayoría se asocian a fiebre.
- Si está indicado realizar PCR y si se puede esperar hasta resultado se espera, si no hay tiempo, actuar como caso probable.
- Circuito preferencial para PCR en pacientes con criterio de pedir test en menor tiempo:
 - Mañanas 38720 o busca residente 75873.
 - Tardes Busca residente 75873.

Al solicitar la muestra llamar para avisar de envío de muestra. Tarda 2-3 h. Asegurarse que la muestra llega a Micro.
- ❖ Si dudas a qué paciente solicitar o no la prueba, consultar en Astursalud el “Procedimiento COVID-19 Asturias” o <https://anrhuca.github.io>, dónde se colgarán los protocolos actualizados.

- 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 quirófono.
 - El cirujano informará al personal de enfermería del posible material que necesitará.
 - Así como al equipo de anestesia, el plan quirúrgico.
 - Con el fin de tener todo preparado y minimizar las salidas de quirófono.

- Reunir al equipo quirúrgico dentro de quirófano: el equipo debe ser **el menor número de personas necesarias**.
 - **Dos anestesistas**
 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.
 3. 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...
 - **Cirujanos:** los que consideren necesario, en principio dos.
 - **Dos enfermeras:** una instrumentista y otra circulante.
- En el antequirófano, quedará también la auxiliar y/o personal cualificado, asignado por el equipo quirúrgico por necesidades quirúrgicas.
- Se preparará el quirófano designado
 - 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.
- Dentro de quirófano habrá (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. Cubo clase III (AMARILLO) para restos biológicos: material de intubación o manejo de la vía aérea y los EPIs.
 4. Cubo con solución desinfectante para poner gafas/pantalla integral de los EPIs.
 - Material anestesia:
 1. Respirador con la cal revisada. Dos filtros: uno para la rama inspiratoria y otro en la espiratoria. 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 con su pantalla respectiva, gafas nasales).
 - Material para vía venosa periférica.
- No se recomienda explorar la vía aérea.
 - Retirar de quirófano todo lo dispensable, ya que TODO se tiene que tirar después.
 - Antequirófano
 - Cubo clase III para los guantes internos y mascarilla FFP2/FFP3.
 - Carro de anestesia
 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.
- Sacará la cama del paciente ya sin ropa del paciente.
 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.

B) INTRAOPERATORIO

- Lo primero es realizar las técnicas anestésicas necesarias: dos anestesistas y enfermera circulante.

1. Consideraciones anestésicas:

- Monitorización estándar (ECG; PANI; Pulsioximetria): evitar al máximo los procedimientos invasivos.
- Priorizar la ALR sobre la AG.
- En caso de paciente espontánea, debería venir con su mascarilla.
- 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.

2. Si necesario anestesia general:

- Extremar medidas aislamiento: **DOBLE GUANTE + FFP3**
- Revisar entre los dos anestesistas 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 anestesiólogo más experimentado.
- Preoxigenación durante 5 minutos con MF bien sellada.
- Inducción de secuencia rápida. El anestesista dos: presión cricoidea.
- Relajación muscular profunda (no monitorizar la relajación, en estos momentos no es indispensable).
- Evitar la ventilación manual, si imprescindible, volúmenes pequeños, con poca presión.
- Considerar IOT con material desechable (videolaringoscopio con su pantalla). Aquí es criterio de cada uno.
- EMBOLSAR inmediatamente el laringoscopio o videolaringoscopio y al contenedor clase III.
- Salvo necesidad absoluta, no aspirar secreciones gástricas.
- Una vez intubado, poner gasas en la boca del paciente para aislar todavía más, 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 Anestesista 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:**
 - Postoperatorio < de 2 horas → se realizará en quirófano.
 - En postoperatorios complejos que precisen cuidados críticos → **Avisar al busca 72782/ 75593 para ubicar al paciente en una unidad de cuidados críticos y recibir instrucciones de actuación.**
 - **CASO POSIBLE:**
 - Postoperatorio < de 2 horas → se realizará en quirófano.
 - Paciente con mascarilla colocada, AISLAMIENTO DE GOTAS.
 - Si requiere cama de postoperatorio por estancia prevista mayor o igual a 24 horas → Irá a las Reanimaciones 1 (preferiblemente box 10 y 18) y 2 (preferiblemente Box 29). **Busca de camas 75727 (Lunes a Viernes en horario de mañanas) o Busca de Rea 1 75613 en guardias, fines de semana y festivos.**
- Retirada de EPI conforme protocolo (recordar que siempre supervisado). NADIE SALE DEL ANTEQUIRÓFANO CON EL EPI PUESTO!
- La enfermera circulante debe avisar a celador, planta, UCI o Rea con 30 min de antelación que el paciente abandonará el quirófano. Así el médico responsable del postoperatorio vendrá con un celador a recoger al paciente a quirófano.
- Una vez que el paciente abandona el quirófano, todos los miembros del equipo, de uno en uno, de forma separada y lenta, se quitarían su EPI.

- Ducha obligatoria.
- Como se han usado calzas, en principio los zuecos no estarían contaminados, así que no es necesario abandonarlos en quirófano, pero recomendamos tener dos pares de zuecos, para desinfección de los usados y colocación de otros.