**MANEJO GENERAL DE PACIENTE COVID EN QUIRÓFANO**

1. **PREOPERATORIO**

* Recibimos el aviso de una urgencia demorable (aproximadamente 30 min) de un paciente sospechoso o COVID confirmado .
* 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.
  + El cirujano informará al personal de enfermería del posible material que necesitará.
  + Así como al equipo de anestesia.
  + Con el fin de tener todo preparar y minimizar las salidas de quirófano.
* Reunir al equipo qxo dentro de qfno: el equipo debe ser el menor número de personas necesarias.
  + **Dos anestesistas**
    - Anestesista 1: con mayor experiencia en el manejo de la vía aérea. Encargado de inducción y mantenimiento de la anestesia.
    - Anestesista 2: ayudar en la vía aérea, vigilancia y otras necesidades.
    - 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.
  + **Una auxiliar ?¿**
* Se preparará el qfno designado
  + BLOQUE 1 CV:
  + BLOQUE 1 Cabeza y Cuello:
  + BLOQUE 2 Plástica + Trauma:
  + BLOQUE 2 Urología + Cx General:
  + Maternidad: 031 patología obstétrica – ginecológica ?
  + Maternidad: 028 para niños ??
  + 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**: hablar con Preventiva. En otros hospitales
    - 2 cubos normales con doble bolsa blanca para desechar ropa
    - 4 cubos negros grandes para tirar todo el desdecho que provenga de la Iqx. 3 alrededor del campo qxo, y uno cerca de anestesia.
    - Cubo clase III (AMARILLO) para restos biológicos: material de intubación o manejo de la vía aérea y los EPIs.
    - Cubo con solución desinfectante para poner gafas/pantalla integral de los EPIs.
  + Material anestesia:
    - Respirador con la cal revisada. Dos filtros: uno para la rama inspiratoria y otro espiratoria. Vaporizador lleno.
    - Monitor comprobado con parámetros normales de monitorización invasiva y no invasiva.
    - 1 Fonendoscopio de quirófano (no el nuestro)
    - 2 aspiradores: uno para anestesia y otro para cirugía.
    - 2 palos de sueros.
    - Mesas: las imprescindibles para la Iqx y una para anestesia.
    - Material de anestesia: dependiendo de la cirugía y criterio de los anestesistas.
      * Base: siempre material para la vía aérea (Laringoscopio, TET, fiador, videolaringoscopio, material lubricante, MLA (no se aconsejan, solo de rescate), guedel, FROVA, gafas nasales).
      * Material para vía venosa periférica.
* No se recomienda explorar la vía aérea.
* Consentimiento firmado por el paciente o familiar previamente.
* Retirar de quirófano todo lo dispensable, el carro de anestesia quedará en el antequirófano.
* Antequirófano: cubo clase III para los guantes internos y mascarilla FFP2/FFP3.
* Cubrir la máquina de anestesia, así como monitor con fundas plásticas (preguntar en preventiva), que permitan su ajuste y funcionamiento.
* 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** (no creo que deberíamos hacerlo nosotros, pero por si acaso nadie lo hizo; si está hecho perfecto, se borra)
  + Asignar un único celador, vestido con su EPI, que será el que entre con el paciente a quirófano. Si posible solo un celador por paciente, si necesario ayuda, lo ayudará el personal asignado para estar dentro de quirófano. Si se usa transfer, el transfer se mantendrá dentro de quirófano.
  + El resto de personal esperará vestido con su EPI dentro de quirófano.
  + El celador permanecerá dentro de quirófano hasta que la Iqx haya empezado y asegurar que no es necesaria su presencia.
  + Sacará la cama del paciente ya sin ropa del paciente.
  + Duda: dónde permanece la cama … antequirófano para ser desinfectada?? preguntar a preventiva
  + El celador entra a quirófano y se retira el EPI supervisado por el Anestesista 2, la mascarilla, y gorro supervisado por que está fuera de quirófano.

1. **INTRAOPERATORIO**
   * Lo primero es realizar las técnicas anestésicas necesarias: dos anestesistas y enfermera circulante.
   1. **Consideraciones anestésicas:**
      * Monitorización estandar (ECG; PANI; Pulsioximetria; no sé si incluir el Bis, creo que **no**...): 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.
      * Medidas antieméticas: doble profilaxis a todos??? no he leído nada en ningún sitio de esto… aparte que la Dexametasona estaría contraindicado…
   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 imprescendible, volúmenes pequeños, con poca presión.
      * Considerar IOT con material desechable (videolaringoscopio… si fuera posible conseguir la conexión con pantalla, asi no nos acercaríamos tanto). Aquí es criterio de cada uno, porque ya sabéis hay que intubar con lo que mejor manejas, más cuando No HAS EXPLORADO LA VÍA AEREA.
      * EMBOLSAR inmediatamente el laringoscopio o videolaringoscopio 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 (en Valdecilla lo hacen), así como doble protección ocular.
      * 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**
      * Si necesario extubación: momento de mayor producción de aerosoles.
      * Medidas preventivas antitosígenas: uso de remifentanilo, lidocaína intravenosa (yo no se la pondría intratraqueal, aunque algunos protocolos si que lo dicen).
      * Reversión del BNM a todos los pacientes.
      * Inicio si necesario de oxigenoterapia por debajo de la mascarilla del enfermo si posible con GN.
   * Una vez realizada la técnica anestésica: la enfermera instrumentista acaba de preparar el campo, ayudada por la enferemera circulante.
   * Se empieza la Iqx.
   * Si necesario muestras, tendrían que ir debidamente embolsadas y se llevarán en mano (no tubo neumático).

**C). POSTOPERATORIO**

**(PROTOCOLO DE CRISTINA)**

* + - Si URPA: recuperación en quirófano.
    - Si ingreso en UCI o Rea: según preventiva de este hospital hay que acompañar el enfermo, cambiándose de EPI previamente… hay que confirmar si hay protocolo de traslado.
    - Retirada de EPI conforme protocolo (recordar que siempre supervisado).
    - La enfermera circulante debe avisar a celador, planta, UCI o Rea con 30 min de antelación que el paciente abandonará el quirófano.

**Queda por definir… quien acompaña el enfermo. Yo diría que el anestesista dos y enfermera circulante.**

* + - Una vez que el paciente abandona el quirófano, los cirujanos de uno en uno, de forma separada y lenta, se quitarían su EPI.
    - Pediría que junto con el cubo de gafas o protección integral, nos preparasen en antequirófano un cubo para nuestros zuecos.
    - Ducha obligatoria.