

# **PROCOLO ANTE EL COVID-19 EN EL ÁREA QUIRÚRGICA DEL H.U.M.VALDECILLA**

## **(versión 2.0)**

El quirófano elegido para la realizar el procedimiento será el que precise el paciente según su patología.

- 1) El paciente será trasladado al Bloque Quirúrgico, siguiendo las instrucciones que a tal efecto ha establecido el hospital para traslados intrahospitalarios de pacientes infectados por Covid-19. (Circuito traslado de la planta TD7, TC7 a pabellón 20 , planta -1)
- 2) La llegada al bloque será de forma ordinaria a través de la entrada común y por el Transfer.
- 3) El paciente será portador en todo momento de mascarilla quirúrgica Instándole a que no toque o manipule con las manos ningún objeto hasta su llegada a quirófano, ni se retire la mascarilla. Antes de su paso se le suministrara al paciente solución hidroalcohólica para las manos. Tras su paso por el transfer, la limpieza se realizará según normativa vigente del servicio de medicina preventiva. Cualquier objeto en contacto con el paciente, pañuelos, paños, gasas, compresas, etc, serán tratadas como “residuos biológicos tipo 3”.(cubo negro)
- 4) Antes de la llegada a quirófano es obligado que se prepare previamente todos los dispositivos necesarios (mascarillas, videolaringoscopio, tubos traqueales, cánulas de guedel, etc), así como sueros con y sin sistemas para evitar en lo posible la apertura y manipulación de los carros. Todo el material de vía aérea se depositará en una batea hasta el final de la intervención y salida del paciente. En el lavabo se dispondrá de un taburete para la colocación y retirada de las calzas.
- 5) Igualmente se preparará toda la medicación potencial de uso, colocada sobre una batea grande. Evitando en lo posible la manipulación de los carros de medicación. De la misma forma, todo lo potencialmente necesario para la cirugía debe de estar disponible y presente en el interior del quirófano, con el fin de evitar la abertura de puertas tras la entrada del paciente.

El respirador deberá ir provisto de un filtro hidrófobo bidireccional de alta eficacia filtradora (Virus y Bacterias > 99,99999 %). Se colocará de

forma obligada uno en la conexión en Y tras en tubo corrugado de conexión al tubo orotraqueal, pudiéndose colocar otro al final de la rama espiratoria en su unión al respirador.

- 6) La asistencia correrá a cargo del mínimo personal asistencial. En el ámbito de la anestesia, ésta estará a cargo de un adjunto y una enfermera (distinta de la circulante si fuera posible) o dos adjuntos. No concurrirá ningún especialista en formación. Las puertas del quirófano deberán permanecer cerradas en todo momento, así como las guillotinas del apoyo.
- 7) Previamente a la entrada del paciente, todo el personal deberá ir provisto del equipo de protección.(EPI).(SECUENCIA COLOCACIÓN EPI:ANEXO 1)

- Elementos que componen el EPI del personal:

- Caperuza de papel
- Bata quirúrgica
- Guantes
- Gafas de seguridad y/o pantalla facial
- Calzas altas
- Mascarillas:**FFP3**, personal que intervenga en la vía respiratoria (FACULTATIVO DE ANESTESIA, ENFERMERA CIRCULANTE)  
Mascarillas:**FFP2** (PARA EL RESTO DEL EQUIPO QUIRÚRGICO)  
Se colocarán el EPI todos los componentes del equipo quirúrgico así como la empleada de la limpieza.

- 8) El paciente irá directamente desde el transfer al quirófano, no pasando bajo ningún caso por Pre-anestesia
- 9) En caso de no ir provisto de acceso venoso, este se obtendrá con las mismas precauciones que son habituales.
- 10) Previamente a la intubación se colocará en la cabecera del paciente una entremetida, para la absorción de posibles secreciones.
- 11) Tras la intubación, todo aquello que ha estado en contacto con el paciente, y puede ser de uso tras o durante la cirugía (mascarilla facial, guedel, etc) se colocará en una batea. Todos los desechos de la cirugía incluidos los EPI, irán a cubo negro sin bolsa (residuos biológicos tipo 3).
- 12) El cirujano entrará en el quirófano una vez este ya intubado el paciente y saldrá del mismo, tras terminar la cirugía sin que se haya extubado a dicho paciente.

- 13) Evitar tocarse uno mismo u a otro profesional en zonas no protegidas. Así mismo evitar tocar fómites que no sean estrictamente necesarios.
- 14) Tras la finalización de la cirugía se procederá a la extubación. Dicho periodo es el de mayor riesgo dado la frecuencia con que el paciente presentará tos y expectoración. Las manos del paciente deberán permanecer sujetas durante la maniobra. Esta maniobra será de dos personas, ambas con sistemas de protección estándar que incluirá pantalla de protección. El intubador y ayudante, serán encargados de que todo el material desechable (tubo traqueal, guedel, circuito respirador y filtros, sondas de aspiración, conexiones, tubo colector secreciones, etc) sea desechado y arrojado en el cubo correspondientes.
- 15) La recuperación del paciente se realizará en quirófano, en aquellos casos que sea posible (intentando evitar su estancia en otra unidad). Esta será del tiempo que delimite el anestesista, suficiente para la mayoría de los pacientes sometidos a cirugía de riesgo menor-intermedio y permitiendo un tratamiento de las complicaciones precoces (depresión respiratoria, vómitos, dolor). En caso de necesitar mayores cuidados su destino será la Unidad de Cuidados Intensivos (SALA C) dispuesta para este tipo de pacientes (**Sala C de intensivos, antiguos intensivos de materno infantil**)
- 16) Finalizada la intervención y la recuperación del paciente, en el lavabo correspondiente al quirófano utilizado, (previamente se habrá vaciado de todo lo que no sea necesario) se procederá a la retirada del EPI y al correspondiente lavado de manos quirúrgico. SECUENCIA RETIRADA DE EPI: ANEXO 2. Una vez retirado, se pasará a la colocación del EPI de traslado (mascarilla quirúrgica, bata y guantes), para el anestesista, enfermera y celador, que llevaran al paciente desde el quirófano hasta el transfer. El paciente, siempre saldrá del quirófano portando mascarilla quirúrgica. Se le pasará a su cama y será acompañado directamente a su habitación, por anestesista, enfermera y celador de la Reanimación, portando todo el equipo el EPI de traslado. (mascarilla quirúrgica, bata y guantes)
- 17) El material desechable de los EPI (caperuza, mascarilla, bata y calzas) se tirará en cubo negro sin bolsa "residuos biológicos tipo 3".  
El material reutilizable (pantalla o gafas) se desechará en cubo con bolsa, que se cubrirá con una dilución de agua y lejía (1 litro de agua por 100ml de Lejía) dejándolo 5 min. Pasado este tiempo, se saca, se aclara y se deja secar.

- 18) El personal de limpieza realizara una limpieza TERMINAL, del quirófano y lavabo según protocolo habitual. Se dejara vacio durante 30 minutos, tras la salida del paciente y antes de la entrada del personal de limpieza.
- 19) La lencería se gestionará de manera habitual.
- 20) El material reutilizable (laringoscopio) se limpiará de la forma habitual, amonio cuaternario o lejía y posteriormente se introducirá la pala en líquido de alta desinfección.
- 21) El instrumental seguirá el procedimiento habitual.
- 22) NO SE ENVIARÁN MUESTRAS DEL PACIENTE POR EL TUBO NEUMÁTICO, SE LLEVARÁN EN MANO.
- 23) Las urgencias quirúrgicas que precisen realizarse fuera del Bloque Quirúrgico, seguirán estas mismas instrucciones. El personal se colocará el EPI para realizar la intervención correspondiente en el mismo área quirúrgica y cumplira las indicaciones existentes en el servicio donde tengan que intervenir, retirándose allí su EPI.
- 24) Se dejará un kit con el material complementario a nuestra vestimenta quirúrgica en la zona VIDEOVIGILADA de recepción de material (mesa de auxiliar de recursos materiales).
- El kit contendrá:
    - 10 CAPERUZAS
    - 10 CALZAS ALTAS
    - 10 GAFAS
    - 3 PANTALLAS
    - 7 MASCARILLAS FFP2
    - 3 MASCARILLAS FFP3
  
  - El Kit se repondrá al día siguiente por la supervisora de la unidad. En caso de fin de semana, o de necesitar más, se avisará a la supervisora de tarde/noche para su reposición. ( EXT. 64579)

**SUPERVISIÓN QUIV  
SANTANDER 15 DE MARZO 2020**

## **ANEXO 1: SECUENCIA COLOCACIÓN EPI**

<b>PASOS PREVIOS A LA COLOCACION DEL EPI</b>		
<b>ORDEN</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>REALIZADO</b>
<b>1</b>	RETIRAR JOYAS	
<b>2</b>	RECOGER EL PELO	
<b>3</b>	VACIAR BOLSILLOS	
<b>4</b>	AJUSTAR CALZADO	
<b>5</b>	SUJETAR GAFAS PERSONALES	

<b>COLOCACIÓN DEL EPI SEGÚN PROTOCOLO</b>		
<b>ORDEN</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>REALIZADO</b>
<b>1</b>	HIGIENE DE MANOS	
<b>2</b>	COLOCACION DE CALZAS	
<b>3</b>	MASCARILLA FFP2/FFP3 ACOMODANDO A CARA MENTON Y NARIZ	
<b>4</b>	COLOCAR CAPERUZA	
<b>5</b>	COLOCACION DE GAFAS DE SEGURIDAD, CUBRIENDO MASCARILLA EN PUENTE NASAL O PANTALLA FACIAL (SI PRECISA)	
<b>6</b>	LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO (Solo personal necesario )	
<b>7</b>	PONER BATA IMPERMEABLE	
<b>8</b>	GUANTES POR ENCIMA DE LA BATA	
<b>9</b>	VERIFICACION DE LA CORRECTA COLOCACION DE LOS EPIs.	

## **ANEXO 2: SECUENCIA RETIRADA EPI**

<b>RETIRADA EPI SEGÚN PROTOCOLO</b>		
<b>ORDEN</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>REALIZADO</b>
<b>1</b>	RETIRAR GUANTES	
<b>2</b>	HIGIENE DE MANOS	
<b>3</b>	RETIRAR GAFAS Y/O PANTALLA FACIAL, DE ATRÁS HACIA DELANTE	
<b>4</b>	HIGIENE DE MANOS	
<b>5</b>	RETIRADA DE CAPERUZA	
<b>6</b>	HIGIENE DE MANOS	
<b>7</b>	RETIRAR BATA IMPERMEABLE	
<b>8</b>	HIGIENE DE MANOS	
<b>9</b>	RETIRADA DE CALZAS	
<b>10</b>	HIGIENE DE MANOS	
<b>11</b>	RETIRAR MASCARILLA	
<b>12</b>	HIGIENE DE MANOS	

**Después de cada higiene de manos se pueden poner guantes desechables para la realización del paso siguiente.**

**Tras la finalización de paso 12, desinfectar con una gasa y solución hidroalcohólica el dosificador de dicha solución.**

## Bibliografia

1. Disclaimer: The Anesthesia Patient Safety Foundation (APSF) is publishing this communication to help perioperative professionals in their management of patients with known or suspected 2019 novel coronavirus (COVID-19, also known as 2019-nCoV) infection. The 2019-nCoV outbreak is a rapidly evolving situation, so we strongly recommend following the Centers for Disease Control and Prevention updates on this topic. LianaZucco<sup>1, 2</sup>, Nadav Levy<sup>1, 2</sup>, Desire Ketchandji<sup>3</sup>, Mike Aziz<sup>3</sup>, Satya Krishna Ramachandran<sup>1</sup> 1. Beth Israel Deaconess Medical Center, Department of Anesthesia, Critical Care & Pain Medicine, Boston, USA 2. Healthcare Quality and Safety (MHQS) Program, Harvard Medical School, Boston, USA 3. Oregon Health & Science University, Department of Anesthesiology & Perioperative Medicine, Portland, Oregon, US
2. Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *Journal of the American Medical Association* 2020. Published online ahead of print. doi:10.1001/jama.2020.1585
3. Fuk-Woo Chan J, Yuan S, Kok K-H, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet*. 2020;6736(20):1-10. doi:10.1016/S0140-6736(20)30154-9
- 4 Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan , China. *Lancet*. 2020;6736(20):1-10. doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-
- 5 Phan LT, Nguyen T V, Luong QC, et al. Importation and Human-to-Human Transmission of a Novel Coronavirus in Vietnam. *N Engl J Med*. 2020;(Panel D). doi:10.1056/NEJMc2001272
- 6 CDC: Centers for Disease Control and Prevention. 2019 Novel coronavirus, Wuhan, China: 2019-nCoV situation summary. January 28 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html> (Accessed February, 1 2019)
- 7 Centers for Disease Control and Prevention. Interim guidance for healthcare professionals: criteria to guide evaluation of patients under investigation (PUI) for 2019-nCoV. 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-criteria.html> (Accessed February 2, 2020)

- 8 Medical A. British journal o f anaesthesia. Anesth Analg. 2004;92(1):1-3. doi:10.1093/bja/aeh17
- 9 Booth CM, Matukas LM, Tomlinson GA, et al. Clinical Features and Short-term Outcomes of 144 Patients with SARS in the Greater Toronto Area. J Am Med Assoc. 2003;289(21):2801-2809. doi:10.1001/jama.289.21.JOC30885
- 10 Kamming D, Gardam M, Chung F. Editorial I. Anaesthesia and SARS. Br J Anaesth. 2003;90(6):715-718. doi:10.1093/bja/aeg173
- 11 Caputo KM, Byrick R, Chapman MG, Orser BA, Orser BJ. Intubation of SARS patients: Infection and perspectives of healthcare workers. Can J Anesth. 2006;53(2):122-129. doi:10.1007/BF03021815
- 12 Rowlands J, Yeager MP, Beach M, Patel HM, Huysman BC, Loftus RW. Video observation to map hand contact and bacterial transmission in operating rooms. Am J Infect Control. 2014;42(7):698-701. doi:10.1016/j.ajic.2014.02.021
- 13 Loftus RW, Koff MD, Birnbach DJ. The Dynamics and Implications of Bacterial Transmission Events Arising from the Anesthesia Work Area. Anesth Analg. 2015;120(4):853-860. doi:10.1213/ANE.0000000000000505
- 14 Munoz-Price LS, Bowdle A, Johnston BL, et al. Infection prevention in the operating room anesthesia work area. Infect Control Hosp Epidemiol. 2019;40(1):1-17. doi:10.1017/ice.2018.303
- 15 Birnbach DJ, Rosen LF, Fitzpatrick M, Carling P, Arheart KL, Munoz-Price LS. A new approach to pathogen containment in the operating room: Sheathing the laryngoscope after intubation. Anesth Analg. 2015;121(5):1209-1214. doi:10.1213/ANE.0000000000000854.