

PROCOLO ANTE EL COVID-19 EN EL ÁREA QUIRÚRGICA DEL H.U.M.VALDECILLA TORRE C

El quirófano elegido para la realizar el procedimiento será el que precise el paciente según su patología. En nuestro caso hablamos de una **cesárea que se hará en el quirófano de cesáreas de la Torre C.**

- La paciente será trasladada al QUIROFANO de la Torre C, siguiendo las instrucciones que a tal efecto ha establecido el hospital para traslados intrahospitalarios de pacientes infectado por Covid-19. Vendrá desde la planta TD7 por el pasillo de pacientes y se entrará por la puerta de control de tarjeta (o timbre). Permanecerán cerradas las puertas de cristal con código del área quirúrgica, la de entrada del personal y la del despertar. Se pondrá un cartel de no pasar en la puerta de cristal con código.
- La paciente será portadora 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 suministrará al paciente solución hidroalcohólica para las manos. Cualquier objeto en contacto con el paciente, pañuelos, paños, gasas, compresas, etc, serán tratadas como "residuos biológicos tipo 3"(cubo negro).
- Antes de la llegada a quirófano es obligado que se prepare previamente **todos los dispositivos (mascarillas, videolaringoscopio, tubos orotraqueales, 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 de las calzas.
- 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. Todo lo **NO NECESARIO** se sacará de quirófano y lo colocaremos en la sala de Despertar.
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.

- La asistencia correrá a cargo del **mínimo personal asistencial**: Dos enfermeras, un anestesiólogo, dos ginecólogos, un neonatólogo y una matrona.
Permanecerán preparados fuera del quirófano: la tercera enfermera, un anestesiólogo, un neonatólogo, una auxiliar matrona, una auxiliar enfermería, un celador y una limpiadora. No concurrirá ningún especialista en formación. Las puertas del quirófano deberán permanecer cerradas en todo momento.
- 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** (RESTO DEL EQUIPO QUIRÚRGICO)

Se colocarán el EPI todos los componentes del equipo quirúrgico así como la empleada de la limpieza.

- La **monitorización inicial** será la estándar (ECG continua, PANI, SatO₂). No se recomienda, salvo estrictamente necesario, el uso de otros dispositivos de monitorización (SrtO₂, BIS), así mismo no se procederá a la canulación de línea arterial o venosa central, salvo que las condiciones del paciente lo precisen.
En caso de no ir provisto de **acceso venoso**, este se obtendrá con las mismas precauciones que son habituales.
- **La anestesia neuroaxial** (espinal, epidural o combinada) es la técnica de elección en la cesárea, permaneciendo la paciente durante todo el proceso con mascarilla quirúrgica. Si precisa oxigenoterapia, se administrará mediante gafas nasales a 2-3 l /min, colocadas bajo la mascarilla.
- **La anestesia general** es un procedimiento de alto riesgo y por lo tanto no se recomienda para la cesárea.
En caso de anestesia general, estarán presentes dos anestesiólogos y se deben seguir las recomendaciones generales, en términos de

manipulación de la vía aérea en estos casos y referidos en el Protocolo de Asistencia Anestésico-Quirúrgica de Paciente Infectado por Coronavirus, Servicio de Anestesiología y Reanimación, HUMV.

- Previamente a la **intubación** se colocará en la cabecera del paciente una entremetida, para la absorción de posibles secreciones. La intubación se realizará siempre con **videolaringoscopia**. 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). A continuación, el personal que ha participado en la intubación, se retirará los guantes, se lavará con solución hidroalcohólica, y se colocará nuevos guantes.
- Evitar tocarse uno mismo u a otro profesional en zonas no protegidas. Así mismo evitar tocar fómites que no sean estrictamente necesarios.
- 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. 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 correspondiente.
- La **reanimación** de la paciente se realizará en quirófano, trasladándosele precozmente a la planta para continuar allí con dicha recuperación. La cama de la paciente permanecerá en el antequirófano.
- Finalizada la intervención y la reanimación de la 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. (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 anestesiólogo, enfermera y celador, que llevaran al paciente directamente desde el quirófano hasta su lugar de origen en la planta: TD7 o si precisa UCI, irá a la UCI C. La paciente, siempre saldrá del quirófano portando mascarilla quirúrgica. El neonato si está sano en estudio, irá a la TD3 con cuidador sano. El neonato que precise cuidados intensivos, irá a la UCI que corresponda.

- El **material desechable de los EPI** (caperuza, mascarilla, bata y calzas) se tirará en cubo negro sin bolsa. El material reutilizable (pantalla o gafas) se desechará en cubo con bolsa que se cubrirá con una dilución de agua con lejía (1 litro de agua por 100 ml de Lejía) dejándolo 5 min, pasado este tiempo se saca, se aclara y se deja secar.
- El personal de limpieza realizará una **limpieza TERMINAL**, del quirófano y lavabo según protocolo habitual. Se dejará vacío durante 30 minutos, tras la salida del paciente y antes de la entrada del personal de limpieza.
- La lencería se gestionará de manera habitual.
- 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. El instrumental seguirá el procedimiento habitual.
- **No se enviarán Muestras de la Paciente por el Tubo Neumático. Se llevarán en mano.**
- **URGENCIAS QUIRÚRGICAS SIMULTÁNEAS:**

Siempre que sea posible se coordinará con el equipo de guardia y se evitarán las urgencias quirúrgicas simultáneas.

En caso de cesárea emergente simultánea, ésta se realizará en la UTPR 6.

Si es una cirugía urgente pediátrica:

- Si es diferible, se esperará hasta que el quirófano 1 del Área quirúrgica obstétrica esté disponible.
- Si es cirugía emergente, se realizará en el quirófano pediátrico correspondiente, quirófano 13 o 14, del bloque quirúrgico general.

En estas circunstancias, si se necesitan más recursos, se contactará con:

- El Jefe de Sección de Anestesia, Coordinador quirúrgico o Jefe de Servicio y Supervisora de Unidad Materno- Infantil, los días laborables en jornada de mañana.
- La supervisora de guardia y el Jefe de Anestesia de Guardia, en jornadas de tarde y noche, los días laborables y festivos.
- Se dejará un kit con el material complementario a nuestra vestimenta quirúrgica, bajo llave en el almacén del quirófano de la Torre C
 - El kit contendrá:
 - 14 CAPERUZAS

- 14 CALZAS ALTAS
- 14 GAFAS
- 4 PANTALLAS
- 11 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 equipos, se avisará a la supervisora de tarde/noche para su reposición.

ANEXO 1: SECUENCIA COLOCACIÓN EPI

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

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

ANEXO 2: SECUENCIA RETIRADA EPI

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

ANEXO 3: MANEJO ANESTÉSICO GESTANTE

1. Analgesia en el Trabajo de Parto

No se recomienda el uso de técnicas de analgesia inhalatoria por el elevado riesgo de diseminación aérea del virus. Tampoco se recomienda la analgesia endovenosa con remifentanilo, por mayor riesgo de hipoxia.

La analgesia neuroaxial (epidural o combinada) se aconseja, especialmente si existe el mínimo riesgo de cesárea. Sería recomendable su instauración precoz.

Se realizará en la misma habitación de aislamiento de la planta 7D donde permanece la gestante. La parturienta tendrá colocada una mascarilla quirúrgica durante todo el proceso del parto, permanecerá sin acompañante.

El facultativo que lleva a cabo la técnica de analgesia neuroaxial será un anestesiólogo con experiencia, no un especialista en formación. Será asistido por la matrona.

Es conveniente la fijación del catéter epidural con un punto de sutura para evitar su salida accidental.

El Facultativo permanecerá en la habitación después de realizar la técnica, hasta comprobar que la analgesia ha sido efectiva (15 minutos) y no hay evidencia de complicaciones. Si los bolos pautados de PCEA no son efectivos, las dosis de rescate serán administradas por la matrona (dispone de un busca: 64858) y seguirá las instrucciones dadas en la PEA.

Todo el personal deberá ir provisto del **equipo de protección** (EPI). Secuencia de colocación y retirada en Anexo I y II.

La asistencia a la parturienta correrá a cargo del **mínimo personal asistencial**: La matrona que la asiste durante todo el proceso.

En el periodo expulsivo entrará el obstetra, una auxiliar y una matrona, permaneciendo fuera con el EPI puesto por si fuera necesaria su intervención: un anestesiólogo y un neonatólogo.

En caso de **parto instrumental, sutura de desgarros perineales o extracción manual de placenta**:

- Elección: Reforzar la analgesia o anestesia neuroaxial a través del catéter epidural
- Si el catéter epidural no funciona adecuadamente, valorar si es factible una técnica espinal de dosis única
- Última opción será la anestesia general

2. Anestesia general en el parto y cesárea.

Se necesitan dos anesthesiólogos. Seguir las recomendaciones generales, en términos de manipulación de la vía aérea en estos casos y referidos en el Protocolo de Asistencia Anestésico-Quirúrgica de Paciente Infechado por Coronavirus, Servicio de Anestesiología y Reanimación, HUMV.

Santander, 13 de marzo de 2020

Unidad Materno-Infantil

ANEXO 4: PACIENTE PEDIÁTRICO COVID

El circuito será el mismo que para la cesárea, únicamente el paciente vendrá de la planta TD3 y se hará en el quirófano habitual de la Torre con las medidas de protección ya definidas.

El manejo del paciente será idéntico al de la cesárea: mínimo personal asistencial: dos enfermeras, un anestesiólogo y dos cirujanos. Fuera permanecerá el resto del equipo por si fuese necesario su intervención (un anestesiólogo, un auxiliar, celador y limpiadora).

La reanimación se realizará también en el quirófano y al alta, se irá a la TD3 o UCI C, a criterio del personal facultativo.