

**RUTA DEL PACIENTE PARA CIRUGÍA PROGRAMADA EN EL INSTITUTO ROOSEVELT DURANTE LA EMERGENCIA
SANITARIA DEBIDA A LA PANDEMIA POR SARS CoV-2 /COVID 19
INSTITUTO ROOSEVELT
ABRIL 2020**

1. DESCRIPCIÓN

Se presenta la ruta diseñada por el Instituto Roosevelt, en respuesta a la emergencia sanitaria secundaria a la pandemia por **SARS CoV-2 /COVID 19**, para el paciente que asiste para ser sometido a cirugía programada de acuerdo con los criterios de priorización de cada uno de los grupos asistenciales. Los lineamientos acá contenidos se adhieren a la *circular 036 del 12 de mayo de la SDS de Bogotá* y al documento de *Orientación para la restauración gradual de servicios de salud del MSPS (mayo 2020)*. Se programarán procedimientos quirúrgicos para aquellos pacientes que sean considerados prioritarios de acuerdo con el balance entre beneficios y riesgos de la cirugía en el momento de la programación de acuerdo con el tipo de patología o condición de base, tipo de procedimiento (y la utilización de recursos en el hospital) y riesgo del paciente por morbilidad o comorbilidad asociada. En dichos casos se seguirá la ruta descrita en el presente documento.

2. OBJETIVO

El objetivo de esta ruta es adaptar los procedimientos de la Institución a la fase de mitigación de la emergencia sanitaria secundaria a la pandemia por SARS CoV-2 /COVID 19 para garantizar la continuidad en la atención de los pacientes que así lo requieran minimizando el riesgo de transmisión de COVID-19 para los pacientes, sus acompañantes (o cuidadores), y sus familias, el personal de salud y la comunidad en general.

3. ESCENARIOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Call center programación de cirugía
- Control de ingreso
- Admisión y triage de salas de cirugía
- Consulta externa

4. DESCRIPCIÓN DE LA RUTA

4.1 Programación de cirugía

La cirugía necesaria no urgente (normalmente denominada cirugía electiva) durante la emergencia sanitaria debida a la pandemia por SARS CoV-2 /COVID 19, se programará de acuerdo con criterios de priorización claros; dichos criterios buscan identificar procedimientos que se consideren prioritarios de acuerdo con las condiciones particulares de salud de cada paciente teniendo en cuenta las potenciales repercusiones de dicha condición clínicas en la persona, su pronóstico, desenlace y el riesgo que le confiere su condición de base para presentar una enfermedad grave secundaria a infección por SARS CoV-2. Estos criterios están descritos en la tabla 1. Una vez se toma la decisión de programar el procedimiento, el paciente ingresa a la ruta ilustrada en el flujograma mas adelante.

Siempre que sea posible, y si existe una alternativa no quirúrgica que reemplace el procedimiento planeado con efectividad y riesgo comparables, el paciente recibirá dicha opción de manejo con seguimiento presencial o a través de telemedicina (véase Ruta para actividades ambulatorias). Al paciente / cuidador se le explicará claramente el riesgo que implica la realización del procedimiento, así como la asistencia a la institución (a pesar de la implementación de protocolos completos y adecuados de protección de pacientes, acompañantes y personal de salud) y se le brindará la

información necesaria para mitigar el mismo. A continuación, se describen los criterios de priorización para programación de cirugía en el Instituto Roosevelt durante la emergencia sanitaria en concordancia con la *circular 036 del 12 de mayo de la SDS de Bogotá* y el documento de *Orientación para la restauración gradual de servicios de salud del MSPS (mayo 2020)*.

Responsable de la priorización: Médico especialista Verificación de dicha priorización: Jefe de Especialidades Quirúrgicas. El especialista define la necesidad de la intervención, realiza la solicitud de la sala y la entrega al jefe de enfermería de cirugía o al área de programación de cirugía. Todos los casos serán revisados individualmente por el Jefe de Especialidades Quirúrgicas y el Especialista a cargo.

Tabla 1. Criterios de priorización para procedimientos quirúrgicos

Prioridad ¹	Temporalidad*	Procedimientos tipo
1. Emergencia	Para realizar en menos de 1 hora	Urgencias vitales, shock hemorrágico, síndrome compartimental, fascitis necrotizante, peritonitis, obstrucción o perforación intestinal, isquemia aguda extremidades.
2. Urgencia	Para realizar en menos de 24 horas	Apendicitis, colecistitis, artritis séptica, fracturas abiertas, fracturas de pelvis inestables, fracturas de fémur, lesiones de médula espinal, infecciones de sitio operatorio, drenaje de abscesos e infecciones en general, hipertensión endocraneana.
3. Urgencias electivas	Para realizar en menos de 2 semanas	Colocación de accesos vasculares, injertos de piel, cierre de heridas, reducción cerrada/abierto fracturas, fracturas pelvis estables, retinopatía por prematuridad, dilataciones esofágicas, rellenos bombas de Baclofén, aplicación de Nusinersen.
4. Electivas esenciales	Se pueden realizar en 1 a 3 meses	Cirugía oncológica, biopsias, herniorrafias, epifisiodesis, retiros de material asociados a condición particular, reducciones cerradas de cadera por luxación congénita, reducción abierta de cadera, pie equinovaro método Ponseti, reflujo vesico ureteral, urolitiasis, estrechez uretral.
Electiva a discreción	Se pueden realizar después de 3 meses	Cirugía estética, reemplazos articulares, cirugía artroscópica programada en general, hallux valgus, cirugías reconstructivas múltiples, corrección de malformaciones congénitas con fijación externa, corrección dedo en gatillo, cirugía columna, cirugía epilepsia, cirugía para movimientos anormales, circuncisiones, orquidopexia, correcciones hidrocele, hipospadias, potenciales visuales y auditivos, aplicación toxina botulínica.

*Esta descripción y estimación del tiempo que podría diferirse un procedimiento pretende aportar un lineamiento general y un marco para la toma de decisiones; sin embargo, cada caso será evaluado teniendo en cuenta no únicamente el tipo de procedimiento descrito en la tabla, sino también el riesgo particular de cada paciente, su estado clínico, percepción del dolor, y la limitación o afectación de la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores / familias. El cirujano tratante será el encargado de tomar la decisión con base en los lineamientos de priorización y el criterio clínico.

¹ Existen condiciones adicionales de riesgo para el paciente y su entorno que consideramos relevantes para el cuidado del paciente antes, durante y después de la cirugía:

- Núcleo familiar: Personas en riesgo, mayores de 60 años, comorbilidades.
- Georreferenciación: Para los pacientes que no viven en Bogotá se debe considerar cuidadosamente el balance riesgo/beneficio de su traslado y diferir el procedimiento si se considera que el balance favorece el riesgo (siempre ofreciendo atención a través de telemedicina con las opciones disponibles).
- Riesgo de infección por SARS CoV2- COVID 19: Se realizará una tamización telefónica antes de la consulta y el mismo día en busca de riesgos, signos o síntomas sugestivos de COVID-19.

Tutor o familiar que entienda riesgos adicionales por consulta institucional: Durante la llamada de confirmación se le explica al paciente / cuidador que la posibilidad de contagio es mayor; se realiza un procedimiento de consentimiento informado con los riesgos asociados a la cirugía programada incluyendo riesgos de contagio de la enfermedad y complicaciones asociadas a la atención y a la enfermedad.

Los procedimientos de odontología, otorrinolaringología y cirugía maxilofacial se realizarán de acuerdo con los mismos lineamientos de priorización y teniendo en el juicio clínico, aplicando los procedimientos y protocolos de bioseguridad específicos que apliquen de acuerdo con el riesgo para el personal de salud y para los pacientes.

Los pacientes que sean aprobados para programación e intervención quirúrgica serán notificados acerca del riesgo de infección por SARS CoV2 a pesar de las medidas institucionales de mitigación de la infección (véase ruta del paciente en flujograma).

4.2 Valoración pre anestésica

La valoración preanestésica en el Instituto Roosevelt se realizará preferentemente de manera presencial para cirugía programada para lograr una adecuada evaluación de la vía aérea y la potencial dificultad en el abordaje de esta. El manejo de la vía aérea es uno de los procedimientos de alto riesgo de aerosolización y contagio de infección por SARS CoV-2 para el personal de salud, por lo que el equipo quirúrgico debe estar preparado para un abordaje seguro de acuerdo con la anticipación del riesgo con cada paciente (y la probabilidad de cirugía en pacientes positivos asintomáticos que no son identificados a través del tamizaje). Cuando se programen cirugías en las que se pueda realizar anestesia regional y no se anticipe necesidad de manejo de vía aérea, podrá realizarse valoración preanestésica a través de nuestra plataforma de telemedicina.

4.3 Confirmación de la cirugía

El día anterior a la cirugía se realiza la llamada de confirmación (auxiliar de call center). En dicha llamada, además de las actividades usuales, se realiza:

- a. Consentimiento informado verbal en el que se informará al paciente sobre los riesgos de contagio para el paciente y el cuidador al suspender el aislamiento obligatorio para asistir al procedimiento (véase documento relacionado con consentimiento informado verbal para la confirmación de cirugía programada durante la emergencia sanitaria debida a la pandemia por SARS CoV-2 /COVID 19).
- b. Tamización del paciente y cuidador (que lo acompañará a la cirugía) para identificación de pacientes con sospecha de infección o enfermedad por SARS CoV-2 /COVID 19 (véase herramienta en documento relacionado).
- c. Información al paciente o cuidador. Durante esta llamada se brinda al paciente adulto, o cuidador del paciente menor de edad, información importante:
 - i. La necesidad de asistir al Instituto con un solo acompañante
 - ii. Ni el paciente ni el acompañante deben tener síntomas respiratorios en el momento de la cirugía programada. Si el paciente o su acompañante presentan síntomas respiratorios, debe comunicarse con el call center para reprogramar el procedimiento.
 - iii. Deben traer consigo, tanto el paciente como su acompañante, una mascarilla convencional, y deben tenerla puesta durante todo el tiempo que permanezcan en el Instituto.
 - iv. Se debe evitar la asistencia de acompañantes de grupos de riesgo: Personas mayores de 60 años o con enfermedades cardiovasculares, enfermedades que comprometan el sistema inmunológico, cáncer, VIH, gestantes y enfermedades respiratorias crónicas.
 - v. Se darán recomendaciones para el traslado del usuario: distanciamiento físico, medidas de higiene, uso de tapabocas.
 - vi. Y recomendaciones para permanencia en el Instituto: distanciamiento físico, uso permanente de tapabocas y como usarlo. No interacción con terceros, desinfección de manos a la entrada y salida, técnica de higiene de manos.

De estas actividades que se realizan durante la llamada de confirmación de la cirugía dependerá la conducta que se debe tomar (véase flujograma de ruta de paciente). Los resultados del tamizaje y del consentimiento verbal

deben registrarse en el formato de tamizaje (véase documento relacionado) que se adjuntará en la historia clínica del paciente.

4.4 Prestación de la atención quirúrgica

Para cualquier procedimiento quirúrgico, el paciente debe presentarse en la sede principal en donde se realizará control de ingreso en el punto de seguridad; adicionalmente se realizará

- Verificación de que tanto el paciente como su acompañante tengan mascarilla; en este punto se indicará tanto al paciente como a su acompañante que la mascarilla debe permanecer bien puesta durante toda su permanencia en la Institución (en caso de que no tengan mascarilla se entregará una).
- Aspersión de zapatos con desinfectante.
- Higiene de manos.

Se permitirá el ingreso de UN SOLO acompañante por paciente, privilegiando acompañantes que no pertenezcan a grupos de riesgo.

Todos los pacientes y acompañantes serán evaluados en triage antes de realizar cualquier procedimiento asistencial o administrativo. En el triage se realizará:

- Aplicación de herramienta de tamización para paciente y cuidador para identificación de personas con sospecha de infección o enfermedad por SARS CoV-2 /COVID 19 (véase herramienta en documento relacionado).
- Toma de signos vitales.
- Procedimiento de consentimiento informado y firma de documento (véase documento relacionado formato de consentimiento informado especial para cirugía para durante la emergencia sanitaria debida a la pandemia por SARS CoV-2 /COVID 19).

De estas actividades que se realizan durante el triage dependerá la conducta que se toma a continuación (véase flujograma de ruta de paciente). En caso de identificar un paciente sospechoso, el encargado de triage debe solicitar limpieza del consultorio (o cubículo) una vez el paciente sea trasladado al área indicada de acuerdo con el estado clínico del paciente y debe cambiar su bata y guantes de manejo antes de continuar con la atención de pacientes programados para cirugía.

5. RESPONSABLES DE LAS ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	RESPONSABLE
Programación del procedimiento	Médico tratante
Verificación de la priorización del procedimiento programado	Jefe especialidades quirúrgicas
Evaluación preanestésica	Servicio de anestesiología
Llamada de confirmación de cirugía programada <ul style="list-style-type: none"> - Consentimiento verbal - Tamización - Conducta de acuerdo con resultado de tamización y consentimiento verbal 	Auxiliar de programación de cirugía
Control de ingreso y verificación de condiciones de elementos de protección personal, ingreso de único acompañante, higiene de manos y aspersión de calzado.	Seguridad
Triage Salas de cirugía <ul style="list-style-type: none"> – Tamización – Toma de signos – Consentimiento informado especial para cirugía durante la emergencia sanitaria – Educación general sobre protección durante su permanencia en el Instituto (mascarilla, distanciamiento, higiene de manos) y sobre el regreso a casa. 	Auxiliar de triage salas de cirugía

Realización de procedimiento anestésico y quirúrgico	Profesional en anestesiología encargado, médico tratante
Egreso del paciente ambulatorio o servicio destino	Médico tratante y profesional en anestesiología encargado del caso

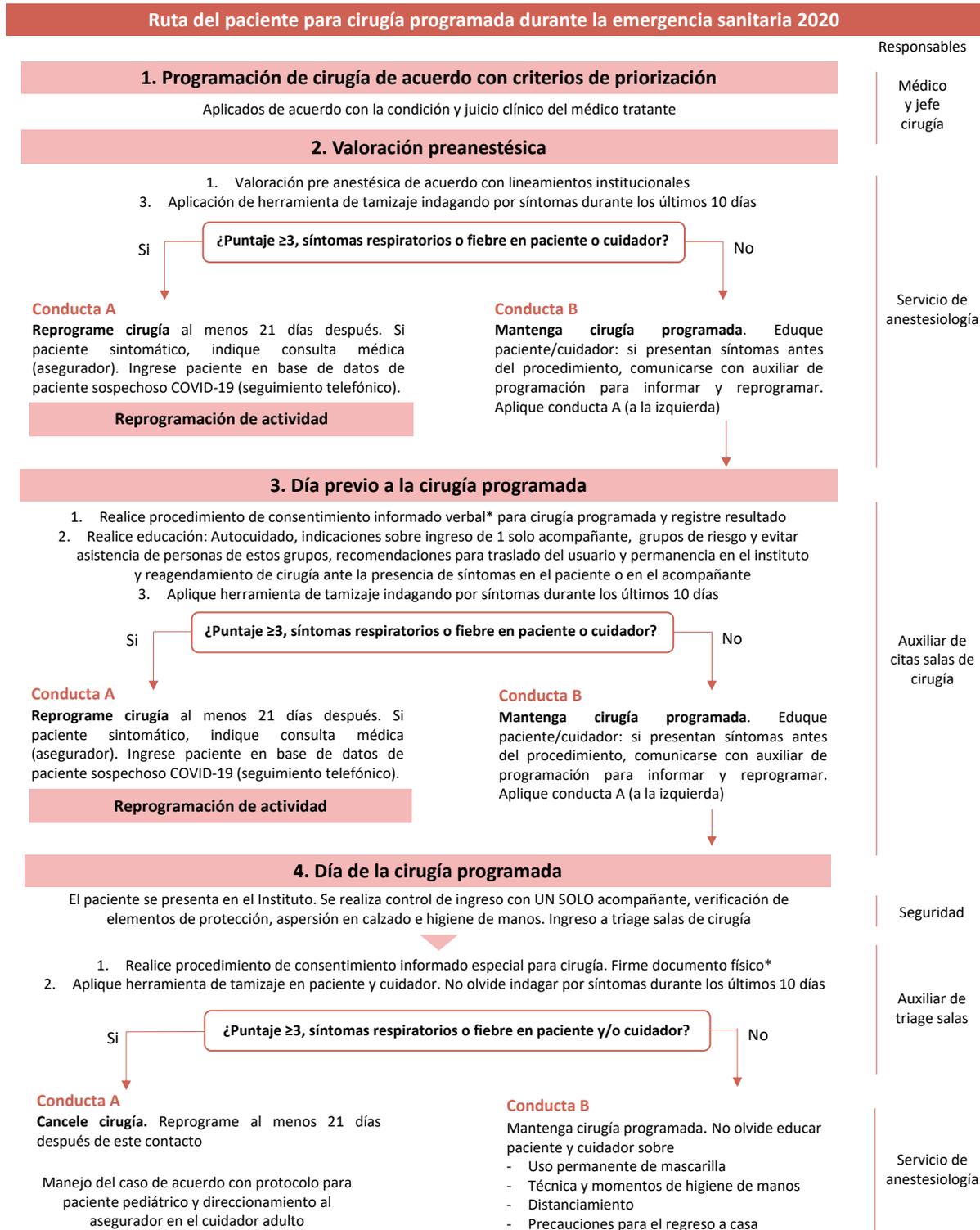
6. ELEMENTOS PARA LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA CIRUGÍA PROGRAMADA

Los elementos recomendados para la protección personal de los profesionales de salud, pacientes, acompañantes y terceros pueden consultarse en los protocolos específicos para cada uno de los grupos mencionados (documentos relacionados).

7. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Herramienta de tamización para identificación de pacientes probables de infección por SARS COV2-COVID 19 cirugía programada
- Consentimiento informado verbal para la atención en cirugía programada call center
- Consentimiento informado especial para cirugía programada
- Protocolo para colocación y retiro equipos de protección personal asistencial
- Protocolo de manejo de cuidador durante la emergencia sanitaria
- Protocolo de manejo del paciente neonatal con infección por SARS COV-2
- Protocolo de manejo del paciente pediátrico con infección por SARS COV-2
- Protocolo de manejo del paciente adulto con infección por SARS COV-2
- Flujogramas de traslado del paciente sospechoso o confirmado SARS-COV2: Consulta prioritaria, Salas de cirugía, Radiología, Hospitalización, Cuidador.

8. RUTA DEL PACIENTE PARA CIRUGÍA PROGRAMA DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA DEBIDA A LA PANDEMIA POR SARS CoV-2 /COVID 19



*En caso de que el paciente / cuidador no otorgue consentimiento para cirugía se debe programar una atención a través de telemedicina para evaluar las alternativas y explicar al paciente las consecuencias de no recibir la atención presencial que fue priorizada