

PROTOCOLO DE ANESTESIA Y SALAS DE CIRUGIA PARA PACIENTES NO COVID-19 INSTITUTO ROOSEVELT

Junio 2020

OBJETIVO:

Este procedimiento busca definir los lineamientos que la literatura actual nos ofrece para el manejo seguro de los pacientes quirúrgicos No Covid-19 en salas de cirugía durante la pandemia por el coronavirus SARS Cov2.

ALCANCE:

Este procedimiento aplica para el personal que realiza procedimientos en las salas de cirugía del Instituto Roosevelt, así como para procedimientos bajo anestesia general en otros escenarios: UCI pediátrico, neonatal y radiología.

RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN:

- Médicos cirujanos, ayudantes quirúrgicos, anesthesiólogos y otros profesionales
- Jefe de Salas de Cirugía
- Jefe de Especialidades Quirúrgicas
- Personal de enfermería
- Coordinadora de Instrumentación quirúrgica
- Personal de Instrumentación quirúrgica

RECOMENDACIONES GENERALES	<p>Los procedimientos que generan mayor riesgo para adquirir la enfermedad son los que generan aerosoles:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manipulación de la vía aérea con oxigenación antes de la intubación orotraqueal. 2. Intubación traqueal o colocación de máscara laríngea. 3. Ventilación mecánica no invasiva. 4. Fibrobroncoscopia, traqueostomía, traqueotomía. 5. Succión de la vía aérea. 6. Extubación. 7. Terapia respiratoria. 8. Ventilación de alta frecuencia. 9. Tratamiento con nebulizaciones. 10. Laparoscopia y toracoscopia. 11. Endoscopia de vías digestivas altas y bajas. 12. Cirugía de vía aérea y cavidad oral. 13. Uso de sierra oscilante, perforadores, fresas de hueso. 14. Uso de sistemas de succión y lavado intermitente con jeringas. <p>De acuerdo con el consenso de la ACIN:</p> <p><i>Dentro del quirófano, se consideran PGA con posible transmisión:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Intubación endotraqueal y extubación. – Ventilación manual antes de la intubación. – Toracostomía a drenaje cerrado. – Traqueostomía abierta o percutánea, cambio de cá- nula de traqueostomía. – Se consideran procedimientos potencialmente generadores de aerosoles: – Succión antes y después de la intubación.
----------------------------------	--

- Ventilación manual después de la intubación.
- Inserción de una sonda nasogástrica.
- Actividades en las que se desconecte el sistema ventilatorio.
- Todas las cirugías tanto laparoscópicas como abiertas, en especial si requieren el uso de electrocirugía (lo cual incluye el uso de electrobisturí)

Herramientas de prevención:

1. Higiene de manos (5 momentos del lavado de manos).
2. Elementos de protección personal: En la etapa actual de mitigación de la enfermedad donde todos los pacientes se consideran sospechosos se clasificarán en dos grupos de riesgo: Los procedimientos generadores de aerosoles y los no generadores de aerosoles.
3. Durante la intubación el anestesiólogo contará con los dispositivos de protección recomendados por manipulación de aerosoles.
4. Cada integrante del equipo debe tener un kit de uso personal que se lo entregará el jefe del servicio y se lo colocará en el vestier al ingreso a salas de cirugía.
5. Se debe limitar el número de personas al máximo que esten en la sala.
6. Se debe minimizar la ruta de entrada y salida del personal de la sala asignada, las mismas personas que inician permanecen hasta el final.

EQUIPO HUMANO PARA LA ATENCIÓN DE UN PACIENTE QUIRURGICO NO COVID

Las personas que participan en el acto quirúrgico deben ser el mínimo posible, para disminuir el riesgo de contagio:

- En lo posible 2 anesthesiólogos (residente)
 - Anesthesiólogo #1: responsable de la anestesia y de la intubación, debe ser el más experimentado en manejo de la vía aérea.
 - Anesthesiólogo #2: es el apoyo del 1, es el encargado de administrar medicación, programar el ventilador y es quién vigila al #1 para evitar el contagio.
- El número de cirujanos debe ser el mínimo necesario
- Una instrumentadora
- Un auxiliar de enfermería o un Jefe de Enfermería: ayudará a ingresar el paciente y estará en la sala de cirugía todo el tiempo apoyando la sala, realizara la limpieza de la sala al final del acto quirúrgico.
- Se deben mantener las puertas siempre cerradas
- No se permitirá el uso de celular en la sala

PROTECCION PERSONAL PARA EL PERSONAL EN PROCEDIMIENTOS GENERADORES DE AEROSOLE

Esto incluye anesthesiólogo, cirujano, ayudante, instrumentadora y personal de enfermería:

1. Un gorro quirúrgico desechable
2. Mascarilla facial o respirador de alta eficiencia (N95)
3. Tapabocas convencional sobre el respirador N95
4. Monogafas o gafas de protección
5. Protector facial tipo visor o careta
6. Bata antifluidos
7. Doble par de guantes
8. Un par de polainas

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA EL PERSONAL EN PROCEDIMIENTOS NO GENERADORES DE AEROSOLE

Esto incluye anesthesiólogo, cirujano, ayudante, instrumentadora y personal de enfermería:

1. Gorro quirúrgico desechable
2. Mascarilla facial de alta eficiencia (N95)
3. Tapabocas convencional sobre el respirador N95
4. Monogafas o gafas de protección
5. Bata de tela (esteril para cirujanos e instrumentadora).
6. Doble par de guantes
7. Un par de polainas.

	<p>Todos los profesionales de la salud deben aplicar de manera correcta las medidas de protección ante cualquier paciente con síntomas respiratorios con el objetivo de minimizar exposiciones de riesgo. Medidas generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos (recordar los 5 momentos del lavado de manos) y adicionalmente antes y después de la retirada de la mascarilla • Evitar la exposición de trabajadores con factores de riesgo para complicaciones secundarias a la infección por COVID-19 (incluye personas >60 años) • Los profesionales de la salud con fiebre o síntomas respiratorios no deben asistir al trabajo (véase protocolo de tamizaje colaboradores institucionales) • Los profesionales deben usar todo el equipo de protección personal aún en los pasillos de cirugía. • El uso de guantes no exime realizar el correcto de lavado de manos • Las uñas deben llevarse cortas y cuidadas, evitar el uso de anillos pulseras y relojes • El cabello debe estar siempre recogido • Evitar uso de lentes de contacto, si se necesitan gafas se deberán fijar a la frente. • Se recomienda el afeitado de la barba para garantizar el funcionamiento de la mascarilla de protección.
<p>SOLICITUD DE SALA</p>	<p>Responsable: Médico especialista, Jefe de Especialidades Quirúrgicas</p> <p>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. Durante la emergencia sanitaria declarada por el MSPS, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19 todos los casos serán revisados individualmente por el Jefe de Especialidades Quirúrgicas y el Especialista a cargo, la estratificación se hace de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Emergencia (Para realizar en menos de una 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 hrs): 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 dos semanas): Colocación de accesos vasculares, injertos de piel, cierre de heridas, reducción cerrada/abierta fracturas, fracturas pelvis estables, retinopatía por prematuridad, dilataciones esofágicas, rellenos bombas de Baclofen, aplicación de Nurinersen. 4. Electivas esenciales (Para realizar en 1-3 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 vesicoureteral, urolitiasis, estrechez uretral. 5. Electiva a discreción (para 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. <p>Los tratamientos de odontología, otorrinolaringología y cirugía maxilofacial por ser de alto riesgo de infección en relación con la pandemia del Coronavirus se realizarán solo en caso de urgencia o emergencia y serán manejados todos como pacientes sospechosos de COVID-19.</p> <p>Los pacientes que sean aprobados para intervención quirúrgica son notificados a él y sus familiares previamente acerca del riesgo de infección por Coronavirus SARS CoV2 en el periodo actual de mitigación de la enfermedad, se advierte que la enfermedad es altamente contagiosa y que a pesar de las medidas institucionales de mitigación de la infección por Coronavirus existe el riesgo de adquirir la infección en el transoperatorio y/o postoperatorio que puede deteriorar su proceso de recuperación."</p>
<p>PROGRAMACIÓN</p>	<p>Responsable: Área de programación de cirugía, Jefe de salas de cirugía, Área de Autorizaciones ambulatorias y hospitalización, Coordinadora de instrumentación quirúrgica.</p> <p>Confirma la autorización de los códigos CUPS del procedimiento, materiales y equipos necesarios para el procedimiento, asigna una cita preanestésica o valoración preanestésica según si esta</p>

	<p>hospitalizado, asigna un horario de programación según la disponibilidad de salas de cirugía y del cirujano a cargo. Desde el momento que se hace contacto con el paciente posible candidato para cirugía se recomienda mantener medidas estrictas de aislamiento para evitar su contagio previo al procedimiento. En tres momentos se aplica el cuestionario institucional para detectar pacientes de riesgo COVID: durante la valoración preanestésica, por vía telefónica el día antes del procedimiento y en cirugía ambulatoria al ingreso del paciente. Adicionalmente al ingreso al Instituto el día del procedimiento se ingresan por triage para evaluar su estado de salud antes del ingreso al hospital tanto al paciente como al acompañante. La edad del acompañante debe ser inferior a los 60 años, deben traer tapabocas y careta, se indica que debe asistir con un solo acompañante al procedimiento quirúrgico.</p>
PREPARACIÓN	<p>Responsable: Anestesiólogo y personal de enfermería.</p> <p>Todo el equipo usará vestido de mayo institucional al ingreso a salas de cirugía. Se colocarán los elementos de protección personal desde el ingreso a salas de cirugía, esta actividad se recomienda que la haga con personal de apoyo que lo supervise de manera continua o frente a un espejo para verificar que la preparación es adecuada.</p> <p>Este personal es el encargado de recibir los pacientes al ingreso a salas de cirugía y confirma los contenidos y diligenciamiento a su cargo de la lista de chequeo de la OMS, consentimiento informado del procedimiento y consentimiento informado de aceptación de procedimiento quirúrgico durante este periodo de emergencia sanitaria, así mismo se asegura que el paciente entienda y se aclaran dudas de los contenidos de los consentimientos informados."</p>
TRASLADO	<p>Responsable: jefe de salas de cirugía.</p> <p>El paciente puede provenir de Cirugía ambulatoria, hospitalización o UCI, las recomendaciones para su traslado son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el caso de venir de hospitalización o UCI's, la entrega del paciente debe ser vía telefónica para no demorar su ingreso a salas y el consentimiento anestésico será firmado en la habitación del paciente (para minimizar la exposición de los trabajadores de la salud) • Se deben desalojar los pasillos de tránsito hacia la sala de cirugía. • El paciente debe portar mascarilla convencional durante el traslado. • El personal asistencial del servicio de referencia debe vestirse con equipo de protección personal completo y lo entregara al personal de salas quienes también deben tener puesto su equipo de protección. • En caso de ingresar por cirugía ambulatoria se debe evitar la aglomeración de pacientes, para ello se ha designado que por la entrada de cirugía ambulatoria los pacientes se presentan de manera individual, se preparan y se asignan separados en los cubículos que se tienen disponibles teniendo un máximo para ingresar de dos pacientes cada uno con su acompañante; para ingresar un tercer paciente, después de diligenciar los documentos se ingresa por el área de recuperación, de esta manera en el área de recuperación al iniciar cirugía diariamente pueden ingresar dos pacientes mas con sus acompañantes; durante el resto del día se ingresa un máximo de dos pacientes con sus acompañantes por cirugía ambulatoria secuencialmente."
REVISAR	<p>Responsable: Anestesiólogo.</p> <p>Revisa la historia clínica del paciente, confirma el procedimiento a realizar y la lateralidad. Confirma los contenidos del consentimiento informado y lista de chequeo de la OMS. Revisa lista de chequeo de anestesia (fármacos, máquina, equipo de vía aérea)"</p> <p>Responsable: Jefe de enfermería.</p> <p>Realiza lista de chequeo de aislamiento en quirófano.</p>
INGRESO A QUIRÓFANO	<p>Responsable: Equipo de traslado y todo el equipo quirúrgico.</p> <p>Ingreso de paciente a quirófanos.</p> <p>Pausa quirúrgica de todo el equipo quirúrgico."</p>
GARANTIZAR	<p>Responsable: Personal de enfermería:</p> <p>Aislamiento del paciente con tapabocas convencional durante el traslado al servicio quirúrgico desde el inicio que proviene. Higienizar y retirar la cama, camilla o silla de ruedas del quirófano con los que viene el paciente.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • La sala debe permanecer cerrada todo el tiempo desde el ingreso hasta la salida del paciente. • Canecas rojas #4: tres al rededor de la sala y una a la cabecera del paciente para desechar el material de intubación, sondas, guantes. • Disponibilidad de alcohol glicerina dentro de la sala de cirugía y afuera • Fonendoscopio de uso único para esa sala • La máquina de anestesia debe tener los cajones vacíos, filtros en las ramas inspiratoria y espiratoria, vaporizador lleno y cal sodada reciente. • Monitorización mínima estándar • Mesa de anestesia con: • Kit de intubación: laringoscopio convencional con hoja0- 1-2-3-4, tubos endotraqueales según edad del paciente, guía de tubo, cánula de Guedel, lidocaína spray, cinta para fijar el tubo y cubrir los ojos, guantes de manejo y estériles, alcohol glicerinado. • Kit de medicación para la inducción: lidocaína, Propofol / , succinilcolina / rocuronio. Remifentanilo en bomba de infusión. Fentanyl, midazolam • Jeringas de 20cc, 10cc, 5cc. 3 cc • Kit de anestesia raquídea (opcional) • Medicación: atropina, diclofenaco, dipirona, hidromorfona, metoclopramida, dexametasona, ondansetron, dexmedetomidina, Cefazolina ,adrenalina, Noradrenalina : En contenedor con tapa sellados • Sistema de succión: 2 sondas y 2 cánulas de Yancauer • Lactato de ringer acordado el número de bolsas antes de entrar a salas de cirugía • 1 contenedor para la ropa sucia."
VALORACIÓN DE LA VÍA AÉREA	<p>Responsable: Médico anesthesiologo</p> <p>Determinar si es fácil o difícil según criterios internacionales de evaluación Aclara con el equipo el nivel de dificultad de la vía aérea. Revisa y prepara los insumos para intubación.</p>
PREPARACIÓN PARA LA INTUBACIÓN	<p>Responsable: Anesthesiologos</p> <p>En este momento el anesthesiologo debe estar con su residente o segundo anesthesiologo y auxiliar de enfermeria con la puerta cerrada; los demás miembros del equipo deben estar fuera de la sala. Solo podrá ingresar el equipo quirurgico después de 9 minutos de tener la vía aérea bajo control. Este tiempo esta justificado en que los recambios de aire de las salas se realizan a una tasa de 20 por hora, con 9 minutos se garantizan 3 recambios de aire. Se recomienda verificar que las rejillas de salida de aire estén libres de obstáculos. El anesthesiologo coloca la caja de acrílico y/o plástico protector para evitar contacto con partículas de aerosol durante los procedimientos generadores de aerosoles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente ingresa a la sala de cirugía asignada previa y completamente preparada con el personal adentro de la sala vestido con medidas de protección, medicamentos e insumos completos como se explicó anteriormente. • Monitorización del paciente • Pausa quirurgica • Siempre que sea posible será mejor la anestesia regional, con el paciente usando todo el tiempo la mascarilla convencional • El Manejo de la vía aérea se considera un procedimiento con alto riesgo de contagio, para minimizar la producción de aerosoles se recomienda: • Manejo de la vía aérea por la persona mas experimentada • Filtro entre la mascarilla facial y el circuito anestésico • Preoxigenación con oxígeno al 100% durante 5 minutos, manteniendo un buen sello de la máscara a la cara del paciente • En lo posible no realizar ventilación manual, si se requiere se recomienda con volúmenes bajos y aumentar la frecuencia • Realizar inducción endovenosa de secuencia rápida • No realizar intubación orotraqueal con fibrobroncoscopio en paciente despierto por el riesgo de tos que aumenta el riesgo de contagio. • No usar máscara laríngea por riesgo de propagación de aerosoles

	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar la intubación idealmente con videolaringoscopio. Una vez realizado el procedimiento, se entregará a la auxiliar de enfermería o la Jefe el laringoscopio y la hoja para su desinfección. El anesthesiólogo retirará el segundo guante y los depositará en la caneca roja, realizará higiene con alcohol glicerinado sobre los primeros guantes. Debe colocarse nuevo par de guantes estériles que le debe circular el segundo anesthesiólogo. • Protección ocular con oclusión con micropore y luego gasas para absorber las posibles lagrimas o secreciones oculares que pudiera producir el paciente. • La aspiración de secreciones debe hacerse siempre con sonda rígida tipo yankauer y desecharse en la caneca roja después de usarse. Y cambiarla por una nueva. • El mantenimiento anestésico será con anestesia balanceada: inhalado más remifentanilo en infusión y relajación muscular con rocuronio. Se debe evitar el uso de ketamina por aumento de secreciones. • No se debe ventilar con presión positiva al paciente intubado hasta tanto no se haya insuflado el neumotaponador. • Ventilación con bajos volúmenes, mantener bajas presiones en la vía aérea y compensar con mayor frecuencia respiratoria. • Verificar permanentemente en busca de desconexiones del circuito para evitar salida de aerosoles provenientes del paciente hacia la atmosfera del quirófano. • Se debe realizar profilaxis antiemética doble o triple para disminuir el riesgo de emesis en el posoperatorio inmediato. Informa que la vía aérea está asegurada y da acceso a los demás miembros del equipo después de 9 minutos de asegurar la vía aérea. Seguir las recomendaciones de cirugía generadas por el servicio quirúrgico."
PREPARAR	<p>Responsables: Cirujano, Ayudante quirúrgico e instrumentador quirúrgico. Ingresa equipo quirúrgico a la sala (Instrumentadora, cirujano y ayudante quirúrgico con lavado quirúrgico de manos realizado) Se abre paquete quirúrgico y prepara instrumental para la cirugía según protocolo institucional. Para minimizar los aerosoles del electro bisturí se requiere usar la succión paralela al uso del electro bisturí. Cuando se define no participación de ayudante quirúrgico, el cirujano principal deberá vestirse con (gorro, gafas, tapabocas N-95 y sobre este tapabocas convencional, guantes y bata anti fluidos) y participa en la movilización del paciente y en el lavado del sitio operatorio según protocolo institucional. El cirujano que realice el lavado quirúrgico (sea el cirujano principal o el ayudante), deben vestirse con los siguientes elementos: gorro, gafas, tapabocas N-95 y sobre ese tapabocas convencional, un par de guantes estériles. Procede a realizar el lavado del sitio operatorio según protocolo institucional, posteriormente se retira el par de guantes y procede a vestirse con una bata estéril y un par de guantes estériles para inmediatamente terminar de colocar campos quirúrgicos, luego se coloca el segundo par de guantes e inicia el procedimiento."</p>
FINALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO	<p>Extubación Responsable: Anesthesiólogo. Durante este momento debe estar en la sala solamente el equipo de anestesia y auxiliar de enfermería, los demás miembros deben abandonar la sala y dejar puertas cerradas para control de aerosoles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Este es el periodo de mayor riesgo de contaminación por la gran probabilidad de tos y expectoración. Debe realizarse entre dos profesionales. • De debe realizar sujeción de las manos del paciente • Se realizará extubación en el quirófano si está indicado, usando medicación para disminuir la tos tras la extubación como la dexmedetomidina > remifentanilo > lidocaína. • Aspiración de secreciones con cánula de yankauer • Para la extubación no debe desconectar el circuito anestésico y se debería clampar el tubo • La extubación la realiza el anesthesiólogo #1 mientras coloca compresas sobre la boca del paciente y el anesthesiólogo #2 desecha el tubo y pasa el circuito con la máscara facial al anesthesiólogo#1, se debe hacer buen sello de la máscara con la cara del paciente. • Una vez el paciente haya recuperado la conciencia y respire apropiadamente debe colocarse cánula nasal y nuevamente la mascarilla de alta eficiencia.

	<p>Responsable: El equipo quirúrgico.</p> <p>Al finalizar la intervención, se realiza traslado de la mesa de cirugía a la cama o camilla del paciente. Si el paciente es de UCI el personal encargado del traslado (anestesiólogo, jefe de enfermería y auxiliar de apoyo externo) traslada el paciente a la UCI.</p> <p>Se retiran solo la bata, los guantes externos, el visor y las polainas.</p> <p>Se colocan una bata limpia y guantes limpios para el traslado manteniendo el tapabocas N-95 y el convencional encima y las gafas convencionales.</p> <p>Cuando no es de UCI, se queda en la sala el equipo involucrado en el manejo de la vía aérea para la extubación. Se realiza procedimiento de extubación según protocolo de manejo de vía aérea.</p> <p>Después de extubado el paciente el personal de la sala debe esperar 9 minutos antes de salir de la sala para hacer mínimo dos recambios de aire antes de abrir la puerta de la sala y sacar el paciente."</p>
RECUPERACIÓN	<p>Responsable: Auxiliar de la sala y Anestesiólogo.</p> <p>Se traslada el paciente a sala de recuperación y se hace entrega al personal de recuperación (auxiliar y jefe de enfermería)."</p>
DISPONER AL TERMINAR LA CIRUGÍA	<p>Responsable: Auxiliar de enfermería de apoyo.</p> <p>Disponer dentro de la sala: Compresero convencional con amarradera. Bolsa roja para desechar elementos desechables contaminados. Cidex opa, alcohol glicerinado, guantes de manejo, persona que supervisa el retiro de los EPP. La desinfección de los EPP se hace con un paño limpio desechable según procedimiento de limpieza y desinfección de elementos de protección personal."</p>
RETIRO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	<p>Responsable: Equipo quirúrgico.</p> <p>Retirarse los elementos de protección personal. Se retira en dos tiempos:</p> <p>Dentro de la sala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Retiro de guantes externos y desecharlos en caneca roja. 2. Higienizar con alcohol los guantes internos. 3. Retirar la bata desde la parte posterior hacia adelante. 4. Higienizar los guantes internos con alcohol glicerinado. 5. Retirar la careta y gafas para proceder a su limpieza. 6. Retirar los guantes internos y realizar lavado de manos. 7. No retirar el tapabocas N-95 en la sala ni en la zona de lavado. Cambiar el tapabocas convencional en caso de contaminación. Mantener gafas durante la permanencia en salas de cirugía. 8. Trasládarse al vestier a retirar el N-95 y guardarlo en primer embalaje según procedimiento de re uso de tapabocas N-95 institucional. 9. Considerar ducharse después del caso. Realizarse cambio de vestido al retirarse de salas de cirugía. <p>IMPORTANTE: Al retirarse los elementos de protección personal, evite tocarse la cara o el cabello antes de realizar el lavado de manos. Ante la sospecha de contacto con fluidos de la piel lave muy bien la zona."</p>
LIMPIEZA, DESINFECCIÓN DEL ÁREA Y MANEJO DE INSTRUMENTAL	<p>Responsables: Personal de servicios generales. Personal de enfermería e instrumentación quirúrgica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La auxiliar de enfermería de la sala debe realizar la limpieza y desinfección del material (cables, palas de laringoscopia, fonendoscopia, etc. con amonio cuaternario), el laringoscopia (sin pilas) y la hoja debe sumergirse durante 15 minutos en solución cidex opa, secarse y llevarlo a esterilización. Y debe desecharse la solución de desinfección. • Todos los equipos de vía aérea en contacto con el paciente deben ser desechados: sondas de aspiración, circuito anestésico y filtros del circuito. • Cambie siempre la cal sodada y circuito anestésico, realice limpieza del canister. • Se debe desechar todo el material posiblemente contaminado como jeringas, agujas, compresas, gasas abiertas o no. • Todo el instrumental se llevará a la central de esterilización para su lavado, desinfección y esterilización de acuerdo al protocolo institucional. • Ingresar el personal de aseo para realizar el aseo de la sala según protocolo institucional. • La descontaminación de la sala de cirugía se realiza de forma estándar. El virus es susceptible a los desinfectantes usuales."
TRASLADO DEL PACIENTE POSTOPERATORIO	<p>Responsable: Personal de Enfermería</p> <p>Traslado a UCI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el escenario de paciente extubado se llevará con cánula nasal y máscara convencional.

	<ul style="list-style-type: none"> • En escenario de paciente intubado, debe trasladarse con ventilador de transporte, con nuevo circuito y filtros en las dos ramas (inspiratoria y espiratoria) más filtro entre el TOT y el circuito, debe evitarse desconexiones de los circuitos durante el traslado. • El transporte se realizará por la auxiliar de enfermería, la jefe de enfermería y el anestesiólogo. Antes de salir de la sala deben realizar adecuada higiene de manos con alcohol glicerinado, deben ponerse bata y guantes nuevos para reducir la contaminación de las superficies ambientales. • La auxiliar de la sala debe estar pendiente de abrir las puertas de salas y UCI • Traslado a hospitalización: • El paciente extubado permanecerá en la sala de cirugía con oxígeno suplementario por cánula nasal y mascarilla convencional, monitorizado y bajo vigilancia de la • Auxiliar de enfermería. La recuperación post anestésica se hará en el quirófano. • El traslado a habitación lo hará el camillero o auxiliar de enfermería con el mismo equipo de protección que se recomendó en el inicio y con las mismas condiciones de seguridad. • Debe haber una persona encargada de abrir puertas y pulsar botones del ascensor, esta persona debe ir a más de 1 metro de distancia del paciente, sin guantes ni bata para permitir la adecuada interacción con el medio ambiente. • Siempre se debe cumplir una estricta higiene de manos antes y después del contacto con el paciente y su entorno, y de la retirada del equipo de protección personal (bata, mascarilla, guantes, visor y gafas) "
TOMA DE RADIOGRAFÍAS	<p>Responsable: Técnico de radiología.</p> <p>Vestirse con: Gorro, tapabocas N-95, Gafas, Careta tipo visor, Bata de tela de único uso, Guantes. Manejo de equipos de radiología según protocolo institucional."</p>

BIBLIOGRAFÍA

1. Recomendaciones para reanudar los servicios médicos asistenciales en Colombia. Atención de las condiciones de salud cotidianas en el marco de la pandemia covid-19. Abril 30 2020. Así Vamos en Salud.
2. Volver a empezar: cirugía electiva durante la pandemia del SARS-CoV2. Recomendaciones desde la Asociación Colombiana de Cirugía. Rev Colomb Cir. 2020;35:302-21.
3. Medically Necessary, Time-Sensitive Procedures: Scoring System of Ethically and Efficiently Manage Resource Scarcity and Provider Risk During the COVID-19 Pandemic. Article in Press. American College of Surgeons. ISSN 1072-7515/20.
4. Stahel P. How to risk stratify elective surgery during the COVID-19 pandemic?. Patient Safety in Surgery. 14:8, 2020. <https://doi.org/10.1186/s13037-020-00235-9>.
5. Lista de Chequeo Nagib Randy para detección de pacientes sospechosos de COVID-19. <https://www.doh.gov.ph/2019-nCov/interim-guidelines>
6. Guidance for triage of non emergent surgical procedures. American College of Surgeons. 2020.
7. Management of patients with urgent orthopaedic conditions and trauma during the coronavirus pandemic. British Orthopaedic Association. 2020.
8. Carbajo H. El humo quirúrgico: riesgos y medidas preventivas. Cirugía Española. 2009;85(5):274-279.
9. Shaoqing L. Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID-19 infection. EclinicalMedicine, 2020, 100331.
10. Prada C. COVID-19 Evidence Based Scoping Review. Best Practices for Surgeons. www.myorthoEvidence.com/covid19 OrthoEvidence. 2020-04-12.
11. Bobin M. Characteristics and Early Prognosis of COVID-19 Infection in fractures patients. Accepted for publication Journal of Bone & Joint Surgery. 2020.
12. Manejo de la vía Aérea en paciente con COVID-19. Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR). Febrero de 2020
13. Protocolo de organización perioperatoria de pacientes con coronavirus (Hospital U. Getafe Madrid). Marzo de 2020
14. Recomendaciones para el manejo perioperatorio de paciente con infección o sospecha de infección por COVID-19. Sociedad Colombiana de Anestesiología. Febrero de 2020