



SOCIEDAD ESPAÑOLA de ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN y TERAPÉUTICA DEL DOLOR

José Abascal, 46, 1º A
28003 Madrid
Tfnos. y Fax: 914 419 099/
914 419 699/914 419 321
E-mail: secretaria@sedar.es

RECOMENDACIÓN PARA EL MANEJO INTRAOPERATORIO DE PACIENTES CON SOSPECHA O CONFIRMACIÓN DE INFECCIÓN CON CORONAVIRUS COVID-19

1. *Previamente a la intervención se anotará en evolutivos una nota a modo de informe preoperatorio. Donde se hará constar antecedentes, alergias, y demás información rutinaria. NO se realizará exploración de vía aérea (explicitándose los motivos de la misma). Deberá firmar CI por el mismo o por familiares en base a su aislamiento.*
2. *El traslado al quirófano se realizará con las medidas de precaución descritas para el personal sanitario (EPI con mascarillas de protección FFP2 y preferiblemente FFP3 si la distancia entre el paciente y el personal es menor de 2 metros). Utilizar circuitos exclusivos o con poco personal. El paciente debe de portar mascarilla quirúrgica durante el traslado.*
3. *Es recomendable que el quirófano tenga filtración absoluta o HEPA.*
4. *Las recomendaciones sobre la limitación del número de personas y las medidas de protección son iguales a la atención del paciente en otras áreas de hospitalización.*
5. *La protección del personal sanitario es prioritaria. Este debe disponer del equipo de protección individual (EPI) adecuado, así como estar entrenado en su correcta colocación y retirada. La higiene de manos debe ser realizada por el personal antes y después de todo contacto con el paciente, particularmente antes de ponerse y después de quitarse el EPI.*
6. *El tipo de anestesia dependerá de las condiciones respiratorias del paciente y el tipo de intervención quirúrgica. Siempre que sea posible la anestesia regional (bloqueo nervioso, anestesia espinal) ésta será de elección, permaneciendo el paciente durante todo el proceso con mascarilla quirúrgica. No existe evidencia de superioridad de ninguna técnica anestésica.*
7. *Antes de la llegada a quirófano es obligado que se preparen previamente todos los dispositivos (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. Utilizar en lo posible material desechable.*



SOCIEDAD ESPAÑOLA de ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN y TERAPÉUTICA DEL DOLOR

José Abascal, 46, 1º A
28003 Madrid
Tfnos. y Fax: 914 419 099/
914 419 699/914 419 321
E-mail: secretaria@sedar.es

8. *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 estar disponible en el interior de quirófano para evitar la apertura de puertas tras la entrada del paciente.*
9. *La monitorización inicial será la estándar según las recomendaciones de la ASA y la SEDAR (EKG 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.*
10. *En caso de anestesia locoregional sin intubación, la administración de oxígeno se realizara debajo de la mascarilla quirúrgica.*
11. *Durante la intervención las puertas de quirófano permanecerán herméticamente cerradas, sólo permanecerá en su interior el mínimo personal requerido el cuál llevará el EPI completo y preferiblemente mascarillas sin válvula espiratoria.*
12. *Se seguirán los procedimientos de manejo de vía aérea tanto en la intubación como en la extubación de seguridad para el personal sanitario. No está recomendado la utilización de mascarillas laríngeas salvo en casos imprescindibles.*
13. *Los parámetros del respirador serán programados por un ayudante que no ha tenido contacto con el enfermo. Se colocaran filtros de alta eficiencia en ambas ramas del respirador.*
14. *Se recomienda minimizar las desconexiones del respirador y utilizar sondas de aspiración cerrada.*
15. *Al finalizar la intervención quirúrgica se desechara el material (tubuladuras, filtros y tubo endotraqueal) como residuo biosanitario tipo III y se realizará la limpieza siguiendo las recomendaciones del Servicio Medicina Preventiva.*
16. *La recuperación del paciente se realizará en quirófano (intentando evitar su estancia en otra unidad), su estancia será la necesaria que garantice su seguridad durante el traslado y estancia en planta, así como permita un tratamiento de las complicaciones precoces (depresión respiratoria, vómitos, dolor). Si es necesario la vigilancia postoperatoria se realizará en unidades de*



SOCIEDAD ESPAÑOLA de ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN y TERAPÉUTICA DEL DOLOR

José Abascal, 46, 1º A
28003 Madrid
Tfnos. y Fax: 914 419 099/
914 419 699/914 419 321
E-mail: secretaria@sedar.es

aislamiento con monitorización adecuada preferiblemente con presión negativa.

- 17. En caso de precisar oxigenoterapia postoperatoria, se debe evitar la utilización de aerosoles, gafas nasales de alto flujo o ventilación no invasiva en la medida de lo posible.*
- 18. El personal sanitario que atienda a estos pacientes durante la vigilancia postoperatoria portara en todo momento el equipo de protección individual adecuado y deberá estar entrenado en su colocación y retirada.*
- 19. En el traslado posoperatorio se seguirán las mismas recomendaciones que en el traslado del paciente al quirófano.*