

DOCUMENTO TÉCNICO DE ASECMa

RECOMENDACIONES PARA LA REAPERTURA DE LAS UNIDADES DE CMA DURANTE EL PERIODO DE TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA POR EL COVID-19 (SARS-CoV-2)

COORDINACIÓN:

Junta Directiva de ASECMa.

ELABORACIÓN:

Ana Archilla. Servicio de Anestesia, Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Matilde Zaballos. Servicio de Anestesia, Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019, la ciudad de Wuhan, capital de la provincia de Hubei en China, se convirtió en el centro de un brote de neumonía de causa desconocida. El 7 de enero de 2020, los científicos chinos habían aislado un nuevo coronavirus, el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo 2 (SARS-CoV-2; conocido anteriormente como 2019-nCoV), de los pacientes con neumonía por el virus, que fue posteriormente designada en febrero de 2020 por la OMS como enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19).

El 11 de marzo de 2020, la OMS ha declarado a COVID-19 como enfermedad pandémica, propagándose a numerosos países y territorios de todo el mundo con más de 4.635.786 casos confirmados y aproximadamente 311.821 muertes. El primer contagio de la enfermedad COVID-19 se determinó en España en enero de 2020. El primer fallecimiento ocurrió el 13 de febrero. El domingo día 15 de marzo, el Estado español decretó el estado de alarma sanitaria.

El impacto en la actividad quirúrgica fue secuencial: se suspendieron las intervenciones quirúrgicas programadas por patología benigna y se programaron cirugías electivas de pacientes oncológicos, seleccionando los casos más prioritarios. Esto se ha traducido en la suspensión de prácticamente toda la actividad de procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en nuestro país.

1. JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta la situación epidemiológica en la que se encuentra nuestro país actualmente, en la fecha 25 de mayo de 2020, donde el porcentaje de pacientes COVID hospitalizados está disminuyendo (5-25 %), muchas comunidades autónomas están procediendo a incrementar su actividad quirúrgica. En este contexto la recomendación de todas las sociedades quirúrgicas es la potenciación, en la medida de lo posible, de procedimientos de CMA de las diferentes especialidades, considerando la disponibilidad de quirófanos y el establecimiento de un circuito para el paciente de forma apropiada. La reintroducción de la actividad de la cirugía sin ingreso debe plantearse con la mayor seguridad posible, tanto para los pacientes y acompañantes como para los profesionales sanitarios. Cada unidad, de acuerdo con sus características, deberá establecer el circuito de sus pacientes y procedimientos, que atenderá en esta primera fase de reintroducción de la CMA.

RECOMENDACIONES PARA LA REAPERTURA DE LAS UNIDADES DE CMA DURANTE EL PERIODO DE TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA POR EL COVID-19 (SARS-CoV-2)

Durante este periodo de transición de la pandemia COVID-19, la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria debe proponer unas recomendaciones para el reinicio de la actividad que deberán estar sujetas a revisión en función de la evolución de la pandemia y adaptadas a cada centro hospitalario.

2. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES Y VALORACIÓN PREOPERATORIA

Para la programación de los pacientes se hace imprescindible que, con tiempo suficiente (15 días), se realice un despistaje de infección activa por SARS-CoV-2 que incluya criterios clínicos y epidemiológicos. Si la encuesta es negativa, se aconsejará un control riguroso de las medidas de distanciamiento físico y protección las dos semanas previas a la cirugía para disminuir las posibilidades de contagio. Se facilitará un sistema de contacto para que informe a la unidad de cualquier cambio en su estado de salud en esos 15 días. Los pacientes que se programen inicialmente pueden disponer de una valoración preoperatoria, en muchos casos antes y durante la pandemia COVID-19, por tanto, si la encuesta ha sido negativa se podrán programar.

Algunos autores aconsejan que en la reintroducción de la actividad en la unidad de forma inicial se incluyan de forma preferente pacientes ASA 1 y 2, menores de 60/65 años. Hay que evitar en la medida de lo posible pacientes en tratamiento con inmunosupresores o corticoides. No se aconseja inicialmente incluir a pacientes que están institucionalizados (residencias, instituciones penitenciarias, centros de mayores y menores...).

Consulta de anestesia y cirugía

En caso de que se precise nueva consulta, se seguirán las mismas recomendaciones en cuanto al despistaje de infección activa por SARS-CoV-2.

En los casos en los que el resultado del sistema de despistaje sugiera sospecha de COVID-19, posponer la consulta presencial y derivar al circuito habilitado para el diagnóstico de COVID-19.

Encuesta de cribado clínico-epidemiológico

Debe incluir al menos las siguientes preguntas:

- Pregunta 1: en las últimas dos semanas, ¿ha tenido fiebre?
- Pregunta 2: en las últimas dos semanas, ¿ha tenido tos seca (que previamente no tenía) o dificultad para respirar?
- Pregunta 3: en los últimos 7 días, ¿ha estado en contacto con alguna persona infectada por COVID-19 o en estudio?

Si alguna respuesta es positiva, posponer la cirugía dos semanas; se remitirá al paciente a su médico responsable (médico de atención primaria), que indicará las medidas de aislamiento y tratamiento oportunas.

En el Anexo I se muestra una encuesta de cribado más amplia que puede ser utilizada a modo de guía.

RECOMENDACIONES PARA LA REAPERTURA DE LAS UNIDADES DE CMA DURANTE EL PERIODO DE TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA POR EL COVID-19 (SARS-CoV-2)

Recomendaciones para la consulta presencial

Si el paciente y el procedimiento requiere de una consulta presencial, se debe intentar citar en acto único las pruebas complementarias y la consulta.

- Habilitar la zona de espera de consultas de modo que permita mantener la distancia de seguridad interpersonal recomendada (2 m).
- Espaciar la secuencia temporal de citas para evitar el exceso de afluencia en las zonas de espera, según la política de cada centro.
- Los pacientes deben llevar mascarilla (tipo higiénico o quirúrgico) que cubra la vía aérea (nariz y boca). En el caso de llevar otro tipo de mascarilla o respirador con válvula de exhalación, se sustituirá o cubrirá por una de tipo quirúrgico.
- Los pacientes deben realizar higiene de manos con preparado de base alcohólica al entrar en la consulta. Si llevase guantes, se deshará de ellos y realizará higiene de manos inmediatamente.
- No deben acudir acompañados salvo circunstancias que lo justifiquen, en cuyo caso, seguirán las mismas medidas.

Determinación de la PCR preoperatoria

A todos los pacientes se les realizará una PCR, siglas por su término en inglés, que significan “reacción en cadena de la polimerasa”, que es una prueba de diagnóstico que permite detectar un fragmento del material genético de un patógeno, en este caso del SARS-CoV-2. Esta se realizará en un intervalo de 72-48 h antes de la fecha prevista de la cirugía. No se permitirá que el paciente acuda a la unidad hasta que se conozca el resultado de la PCR. Cada unidad debe establecer el circuito del paciente para la realización de la PCR y evaluación del resultado antes de la cirugía. Se recomienda, al igual que otras sociedades científicas, que el paciente y su acompañante mantengan de forma rigurosa las medidas de distanciamiento desde el día de la realización de la PCR preoperatoria hasta la fecha de su cirugía para disminuir el riesgo de infección.

En la fase o escenario I de alerta (casi normal), donde el volumen de casos COVID-19 sería prácticamente residual (menor del 5 %) y la situación epidemiológica se considera favorable, se puede desarrollar una actividad prácticamente habitual, manteniendo las medidas de seguridad consensuadas con medicina preventiva. En esta situación, y en el paciente con riesgo y cirugía intermedios (CMA), se omitirá la PCR.

Pacientes con PCR positiva

En estos casos, y al igual que en los casos de sintomatología sospechosa de enfermedad por COVID-19, se suspenderá la cirugía 2-3 semanas y se remitirá al paciente a su médico de atención primaria, que establecerá las medidas de confinamiento y tratamiento oportunas.

Pacientes con PCR negativa

Podrán ser programados para su intervención quirúrgica sin la exigencia de requerimientos de pruebas preoperatorias adicionales.

RECOMENDACIONES PARA LA REAPERTURA DE LAS UNIDADES DE CMA DURANTE EL PERIODO DE TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA POR EL COVID-19 (SARS-CoV-2)

Paciente con antecedentes de enfermedad por COVID-19

Se desconoce el curso posoperatorio de los pacientes que han pasado la enfermedad y han sido sometidos a un procedimiento quirúrgico con posterioridad, siendo incierto el tiempo óptimo de programación y los requisitos adicionales de investigación y pruebas preoperatorias que aporten una mayor seguridad del procedimiento. Ante la incertidumbre, se propone que los pacientes más graves ASA III y IV, asintomáticos de su enfermedad COVID-19, no sean programados en esta fase inicial de reinicio de la actividad de CMA. Si se trata de un procedimiento preferente, se deberá consensuar de forma disciplinar la actuación más segura para el paciente.

Paciente con clínica dudosa por COVID-19 y PCR negativa

En pacientes con PCR negativa y clínica dudosa de enfermedad por COVID-19, se aconseja posponer la cirugía y reevaluación en dos semanas (Figura 1).

Pruebas preoperatorias

En caso de pacientes que hayan tenido enfermedad por COVID-19, tanto la decisión de su cirugía ambulatoria como la petición de pruebas preoperatorias adicionales será consensuada de forma individualizada.

En los casos en los que se haya suspendido la cirugía, al igual que las recomendaciones editadas por el Ministerio de Sanidad para la cirugía con ingreso, para poder reprogramar la misma recomendamos:

- Que pasen 14 días desde el diagnóstico para los casos asintomáticos.
- Que pasen 3 días desde la resolución de los síntomas, y como mínimo 14 días desde el inicio de los síntomas, en casos con cuadros clínicos leves.
- Que pasen 14 días tras el alta hospitalaria en los casos graves que han requerido ingreso, siempre que no tengan una PCR negativa al alta. En caso de que la tengan, no será necesario un periodo de espera, siempre y cuando estén asintomáticos.

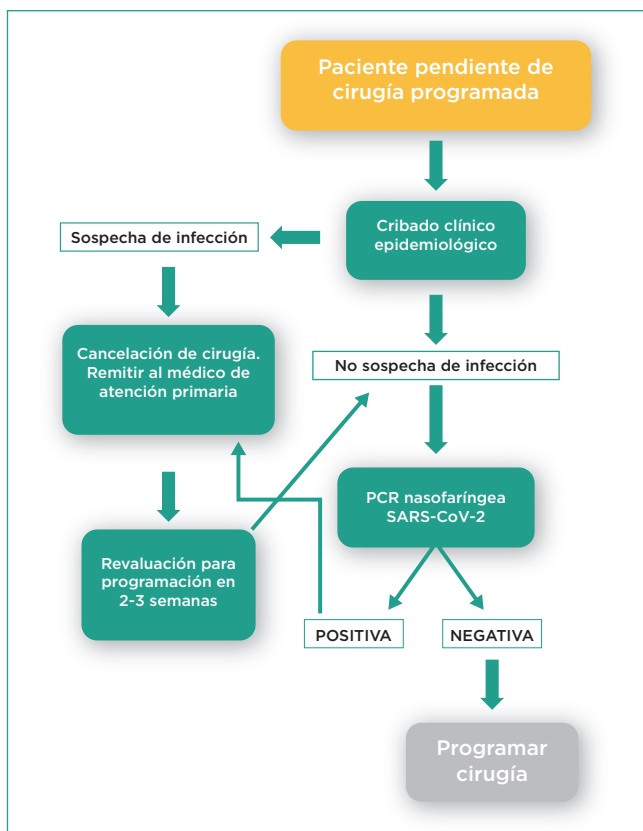


FIGURA 1

Secuencia de actuación para la programación de paciente en cirugía sin ingreso.

RECOMENDACIONES PARA LA REAPERTURA DE LAS UNIDADES DE CMA DURANTE EL PERIODO DE TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA POR EL COVID-19 (SARS-CoV-2)

Profesionales sanitarios y otro personal implicado en la atención del paciente en todo su proceso asistencial en CMA

En relación con el personal sanitario, y siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, recomendamos:

- Insistir en el cumplimiento de las recomendaciones de higiene de manos en la atención sanitaria (5 momentos de la OMS) de cada centro.
- Evitar el uso de anillos, pulseras, relojes de muñeca y uñas pintadas o postizas.
- Evitar o, en lo posible, retrasar al momento inmediatamente anterior a la cirugía la realización de exploraciones o curas de heridas que supongan un riesgo de generación de salpicaduras o aerosoles (por ejemplo, en el caso de la exploración del Mallampati en la valoración de la vía aérea).
- Usar el uniforme de trabajo de tipo pijama con manga corta. Evitar el uso del uniforme del bloque quirúrgico en áreas de consulta. Usar un pijama limpio a diario y seguir el resto de recomendaciones del centro hospitalario respecto a la vestimenta.
- Usar mascarilla de tipo quirúrgico, bien ajustada y cubriendo nariz y boca, para la atención normal en consulta y exploraciones que no generen aerosoles.
- Usar mascarillas tipo FFP2 o superior (en el caso de que la mascarilla tenga válvula de exhalación, se cubrirá con una de tipo quirúrgico) y protección ocular integral para exploraciones o procedimientos que generen aerosoles. Utilizar batas desechables.
- Usar protección tipo pantalla para maniobras que pudiesen generar salpicaduras.
- Realizar una limpieza selectiva de las superficies de contacto del paciente entre cada paciente.
- El personal sanitario y no sanitario implicado en la atención al paciente, según recomendación del Ministerio, deberá haberse realizado un despistaje inicial para COVID-19.

3. SELECCIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

La CMA no solo incluye procedimientos de riesgo bajo o moderado, sino que también atienden a pacientes de mayor riesgo que se someten a cirugías cada vez más complejas. Parece prudente que el reinicio de la CMA en nuestro país sea gradual con procedimientos de bajo riesgo, más cortos, y luego pasar a otros más avanzados a medida que la pandemia esté controlada. Cada hospital debería preparar una lista de procedimientos quirúrgicos que podrían ser objeto de inclusión para el reinicio de la actividad en CMA.

4. PREPARACIÓN DE LA UNIDAD

Cada unidad debe valorar los espacios y circuitos, desde el punto de vista del mantenimiento de las distancias de seguridad, en todas las fases del proceso. Se debe facilitar a todo el personal sanitario y al paciente y acompañante el uso de dispensadores de solución hidroalcohólica a su disposición. Asimismo, se debe disponer de mascarillas para su uso en pacientes y acompañantes. En las salas de espera de las

RECOMENDACIONES PARA LA REAPERTURA DE LAS UNIDADES DE CMA DURANTE EL PERIODO DE TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA POR EL COVID-19 (SARS-CoV-2)

unidades se deberán establecer las separaciones de las sillas, de 1,5 a 2 metros. De igual manera, se debe establecer la distancia de seguridad de los pacientes antes de su entrada a quirófano, dependiendo de la arquitectura de las instalaciones. Las unidades de recuperación posoperatoria y de adaptación al medio de cada centro deberán organizarse considerando las medidas de distanciamiento de seguridad.

La unidad debe disponer de equipos de protección individual (EPI), que se utilizarán de forma racional en función del procedimiento quirúrgico o técnica anestésica que se vaya a realizar.

En relación con la limpieza de las instalaciones, se deberán seguir los protocolos de limpieza y desinfección de rutina y se deben desinfectar con mayor frecuencia las zonas de alto tráfico de pacientes y personal.

5. ANTES DE LA INTERVENCIÓN

Se deberá confirmar, a la llegada del paciente, que se dispone de la encuesta clínico-epidemiológica en la historia clínica y confirmación del resultado negativo de la PCR. Se tomará la temperatura del paciente.

Algunas sociedades científicas aconsejan que se verifique y realice al acompañante la encuesta de cribado clínico-epidemiológico.

6. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Reflejar en la historia clínica el tipo de consulta que se realiza, si es presencial o no presencial. Se debe registrar la entrevista en la historia clínica, indicando que se ha informado al paciente de las características de la intervención, de los riesgos asociados, la aceptación del paciente a participar en la misma y el consentimiento dado por el paciente. El consentimiento podrá ser firmando electrónicamente o, en el caso de que no se disponga de esta utilidad, quedará pendiente de su firma a expensas de realizarse el mismo día de la intervención. En cada unidad se decidirá, según sus características, la forma de organizar la firma del consentimiento informado.

Muchos hospitales están incluyendo un consentimiento específico referente a la situación de pandemia COVID actual como un anexo al consentimiento informado, que el paciente firmará antes de su intervención. Se recomienda la implantación de la firma electrónica. En cuanto la situación clínico-epidemiológica lo permita, se reanudará la firma del consentimiento informado conforme a la práctica habitual, así como en los pacientes nuevos que sean vistos de forma presencial.

7. EN LA UNIDAD, EL DÍA DE LA INTERVENCIÓN

Sala de espera

Tanto el paciente como el acompañante deberán mantener una mascarilla quirúrgica durante su estancia en el centro. Se recomienda limitar a un solo acompañante y se aconseja que la espera sea realizada fuera de las unidades para evitar, en la medida de lo posible, las aglomeraciones. En la misma deberán facilitarse dispensadores de solución hidroalcohólica a disposición del paciente y acompañante. Se aconseja que en el quirófano esté el mínimo personal imprescindible.

RECOMENDACIONES PARA LA REAPERTURA DE LAS UNIDADES DE CMA DURANTE EL PERIODO DE TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA POR EL COVID-19 (SARS-CoV-2)

Preparación del paciente

El paciente debe llevar mascarilla quirúrgica y realizará lavado de manos con solución hidroalcohólica al llegar a la Unidad y al desplazarse al quirófano. Se deberá tomar la temperatura del paciente a su llegada a la unidad. Algunas sociedades aconsejan también tomar la temperatura de su acompañante. Los objetos personales del paciente deben guardarse en el armario o bolsa y sacarse solo cuando van a ser utilizados con el fin de dejar las superficies libres para permitir su limpieza e higienización frecuente. El paciente debe informar al personal sanitario si ha habido algún cambio o síntoma relacionado con infección COVID-19. Deben evitar estornudar o toser en la dirección del personal sanitario.

Antes de pasar al paciente al quirófano se aconseja que enfermería compruebe:

- Que el paciente lleva mascarilla.
- Temperatura del paciente.
- Cribado clínico-epidemiológico negativo.
- Confirmar resultado PCR (-).
- Consentimientos informados firmados (procedimiento y específico COVID-19).
- Cumplimiento de las instrucciones preoperatorias (ayuno, etc.).

Quirófano

En los procedimientos quirúrgicos o anestésicos susceptibles de generar aerosoles (como maniobras de intubación y ventilación, endoscopia, broncoscopia, laparoscopia [en relación a los procedimientos de laparoscopia no hay consenso universal de que generen aerosoles]), cirugía maxilofacial y ORL), es necesario utilizar equipos de protección individual (EPI) y otras medidas como:

- Observar de forma estricta el protocolo y recomendaciones de higiene de manos en la atención sanitaria (5 momentos de la OMS) de cada centro.
- Evitar o, en lo posible, retrasar al momento inmediatamente anterior a la cirugía la realización de exploraciones o curas de heridas que supongan un riesgo de generación de salpicaduras o aerosoles (por ejemplo, en el caso de la exploración del Mallampati en la valoración de la vía aérea).
- En especial, se tendrá cuidado de no usar la ropa del bloque quirúrgico en áreas de consulta y hospitalización, y viceversa.
- Usar mascarillas tipo FFP3, FFP2 o N95 (en el caso de que la mascarilla tenga válvula de exhalación, se cubrirá con una de tipo quirúrgico) y protección ocular integral para exploraciones o procedimientos que generen aerosoles. Uso de batas desechables.
- Añadir la protección tipo pantalla para las maniobras que pudiesen generar salpicaduras y batas desechables.
- Limitar número de personas.

En relación con las máquinas de anestesia, y si el paciente precisa de anestesia general, se aconseja el uso de filtros virales y el orden de colocación sería el siguiente:

RECOMENDACIONES PARA LA REAPERTURA DE LAS UNIDADES DE CMA DURANTE EL PERIODO DE TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA POR EL COVID-19 (SARS-CoV-2)

1. Tubo orotraqueal.
2. Humidificador habitual.
3. Filtro antivirico de alta eficiencia.
4. Capnógrafo.
5. Tubuladuras.

El filtro deberá cambiarse con cada paciente.

En la Tabla I se resumen las medidas de protección aconsejadas en función del procedimiento que se vaya a realizar.

Tabla I. Paciente quirúrgico pcr negativo. Medidas de protección en quirófano

	Mascarilla FFP2/FFP3 sin válvula	Mascarilla quirúrgica	Guantes	Bata	Protección ocular
No generan aerosoles		✓	✓	✓	✓ si salpicaduras
Generan aerosoles	✓		✓	✓	✓

Otras consideraciones que se aconsejan son: cerrar puertas y guillotinas para que se mantenga la presión positiva, y programar los procedimientos dejando tiempo suficiente entre ellos para que los aerosoles, si se generan, puedan depositarse y limpiarse posteriormente. Evitar la administración de oxígeno a altos flujos si se administra siempre debajo de la mascarilla quirúrgica, y si es necesario oxígeno, mejor en gafas nasales.

Unidad de recuperación postoperatoria

El paciente debe continuar con la mascarilla y se debe mantener la distancia de seguridad entre los pacientes. Al igual que en el quirófano, se tratará de evitar la administración de oxígeno a altos flujos. Las mascarillas con efecto-Venturi deben evitarse, ya que difundirán la propagación de las gotas si el paciente tose y favorecen la potencial aerosolización del virus.

Unidad de readaptación al medio

El paciente debe continuar con la mascarilla y se debe mantener la distancia de seguridad entre los pacientes. Se aconseja que el paciente esté preferiblemente solo.

En el domicilio

Se deberá evaluar el soporte familiar del paciente al alta, que idealmente se habrá considerado en la evaluación preoperatoria. Se realizará seguimiento habitual del paciente, o telemedicina. Es esencial la educación sociosanitaria del paciente y acompañantes en las medidas de prevención de contagio de COVID-19. Algunos aspectos sobre los que se debe informar y educar son:

RECOMENDACIONES PARA LA REAPERTURA DE LAS UNIDADES DE CMA DURANTE EL PERIODO DE TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA POR EL COVID-19 (SARS-CoV-2)

- El paciente debe mantener el uso de la mascarilla higiénica o quirúrgica, si no hay contraindicación clínica.
- El paciente debe mantener las normas de distanciamiento físico con visitantes y familiares en su domicilio, y reducir las visitas.
- El paciente debe recibir información sanitaria sobre medidas de higiene.
- Realizar lavado e higienización de manos frecuente.
- Notificar la aparición de síntomas relacionados con COVID-19.
- Informar para detectar complicaciones y posibles mejoras en todos los pasos.

En la Figura 2 se puede ver un esquema del flujo de pacientes en la unidad de CMA.

Consideraciones anestésicas

Aunque la elección de la técnica anestésica depende generalmente del procedimiento y del paciente, la prevención de la transmisión del coronavirus por medio de la aerosolización debe ser una consideración importante. En este sentido, los resultados de falsos negativos en la determinación de la PCR deben ser considerados, ya que existe una gran variabilidad en la precisión de las diferentes técnicas de diagnóstico, y por ello se aconseja la maximización en términos de seguridad, en especial en la práctica de técnicas anestésicas con riesgo importante de aerosolización.

Es preferible evitar la instrumentación de la vía aérea (VA) y la consiguiente generación de aerosoles y potencial aumento del riesgo de transmisión por el aire. Por consiguiente, siempre que sea posible, se prefiere la anestesia local/regional con un mínimo de sedación o sin ella. Como se ha mencionado previamente, el paciente debe llevar una mascarilla quirúrgica durante todo el procedimiento. Debe evitarse la administración de oxígeno suplementario con flujos altos por mayor riesgo de aerosolización. De ser necesario el oxígeno suplementario, se administrará por medio de una cánula nasal utilizando flujos bajos.

En los pacientes subsidiarios de anestesia general, existe controversia en la utilización de dispositivos supraglóticos (DSG) porque teóricamente no garantizan un sellado completo de la vía aérea y existe riesgo potencial de fugas, sobre todo si se utiliza ventilación mecánica, y por tanto de aerosolización. Sin embargo, no hay evidencia de que apoye este supuesto y existen opiniones contradictorias al respecto.

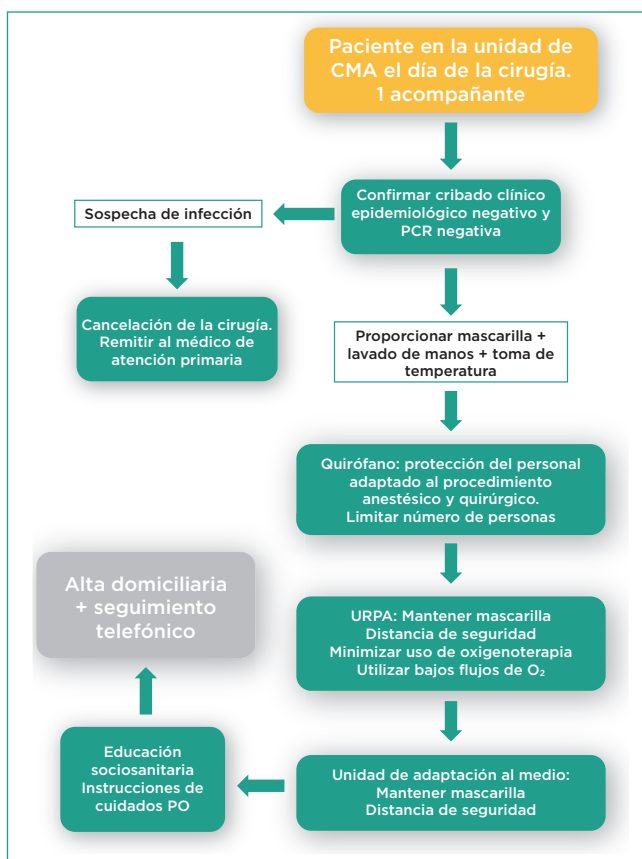


FIGURA 2

Flujo de pacientes en la unidad de CMA hasta el alta domiciliaria.

RECOMENDACIONES PARA LA REAPERTURA DE LAS UNIDADES DE CMA DURANTE EL PERIODO DE TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA POR EL COVID-19 (SARS-CoV-2)

Expertos en el uso de DSG refieren que un buen uso de los mismos, en especial de los DSG de segunda generación, proporciona excelentes presiones de sellado y ausencia de fugas. Dada la falta de evidencia que apoye el uso de DSG vs. intubación orotraqueal en la pandemia actual, la Sociedad Inglesa de Anestesiología no recomienda un cambio en la práctica habitual en el uso de DSG en la pandemia COVID-19, sin embargo sugiere que si se utiliza un DSG, este sea un dispositivo de segunda generación, y que se preste una atención escrupulosa para garantizar un sellado sin fugas.

Si se realiza intubación orotraqueal, se recomienda una inducción de secuencia rápida, evitando la ventilación con mascarilla facial en la medida de lo posible. Asimismo, la extubación del paciente es un procedimiento de alto riesgo de generar aerosoles, y se deben extremar los cuidados evitando la tos; se aconseja colocar una mascarilla facial inmediatamente después de la extubación. En este sentido, si el paciente ha recibido un DSG, supuestamente el riesgo de aerosolización es menor en su retirada. El resto del personal de quirófano deberá estar alejado de la cabeza del paciente al menos 1,5-2 metros durante las maniobras de intubación y extubación de los pacientes.

Se aconseja la instauración de una profilaxis de las náuseas y vómitos posoperatorios con al menos 2 o 3 antieméticos, ya que los vómitos posoperatorios pueden generar aerosolización. Del mismo modo, se debe actuar de forma anticipada y agresiva en el control del dolor posoperatorio con analgésicos no opiáceos como el paracetamol, antiinflamatorios no esteroideos, así como la analgesia local/regional. Se debe limitar el uso de opiáceos en el posoperatorio para evitar los efectos adversos, en particular la depresión respiratoria y la obstrucción de la VA que pueden requerir oxígeno suplementario, y de la manipulación/instrumentación de la VA.

8. CAMBIOS QUE SE PREVEN EN LA PRÁCTICA DIARIA

La pandemia COVID-19 propicia muchos cambios rápidos y simultáneos, lo que nos exige gran capacidad de adaptación.

Estamos viviendo un cambio generalizado hacia la atención no presencial del paciente, ya que es importante disminuir el número de visitas de los pacientes a los hospitales. Las consultas presenciales deberían justificarse. Esta crisis sanitaria nos debe impulsar hacia el desarrollo de aplicaciones digitales en la preparación y seguimiento de los pacientes. Mientras exista riesgo de contagio, la selección del paciente será más cuidadosa en cuanto a procedimientos, edad y comorbilidades.

Uno de los valores que tiene la CMA en esta crisis sanitaria es que la brevedad de la hospitalización limita al máximo el riesgo de infección nosocomial y el riesgo de contaminación epidémica.

RECOMENDACIONES PARA LA REAPERTURA DE LAS UNIDADES DE CMA DURANTE EL PERIODO DE TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA POR EL COVID-19 (SARS-CoV-2)

Anexo I. *Check list* de cribado telefónico epidemiológico y clínico.

Informe clínico:

¿Ha presentado en las últimas 2 semanas?	Sí	No
Fiebre mayor de 37°		
Tos seca		
Dificultad respiratoria		
Fatiga severa (cansancio)		
Dolor muscular		
Falta de olor		
Falta de gusto		
Diarrea, náuseas o vómitos		
Alteraciones en los ojos, tipo conjuntivitis		
Alguna lesión cutánea		
Existe algún motivo que justifique los síntomas por parte del paciente:		
¿Ha <u>ACUDIDO</u> al hospital, al centro de salud o <u>LLAMADO</u> al centro de atención por alguno de estos síntomas?		
En caso afirmativo qué actitud le dijeron que tomara:		

Tomado del documento de consenso. Ministerio de Sanidad, mayo de 2020.

RECOMENDACIONES PARA LA REAPERTURA DE LAS UNIDADES DE CMA DURANTE EL PERIODO DE TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA POR EL COVID-19 (SARS-CoV-2)

BIBLIOGRAFÍA

- Al-Balas M, Al-Balas HI, Al-Balas H. Surgery during the COVID-19 pandemic: A comprehensive overview and perioperative care. *Am J Surg.* 2020;S0002-9610(20)30222-1. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2020.04.018.
- Cook T, Ferguson K, Maguire B, Harrop-Griffiths W. Use of supraglottic airways during the COVID-19 pandemic [Internet]. Difficult Airway Society. Updated May 7, 2020. Available in: <https://icmanaesthesiacovid-19.org/use-of-supraglottic-airways-during-the-covid-19-pandemic>
- COVID 19: Elective Case Triage Guidelines for Surgical Care. American College of surgeons. Updated March 27, 2020. Available in: <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/elective-case>
- Joint Statement: Roadmap for Resuming Elective Surgery after COVID-19 Pandemic [Internet]. American Society of Anesthesiology. Update April 17, 2020. Available in: <https://www.asahq.org/about-asa/newsroom/news-releases/2020/04/joint-statement-on-elective-surgery-after-covid-19-pandemic>
- Rajan N, Joshi GP. The COVID-19: Role of Ambulatory Surgery Facilities in This Global Pandemic. *Anesth Analg.* 2020; 10.1213/ANE.0000000000004847. DOI: 10.1213/ANE.0000000000004847.
- Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación; Asociación Española de Cirujanos, Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica y la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica. Recomendaciones para la programación de cirugía en condiciones de seguridad durante el periodo de transición de la pandemia COVID-19 [Internet]. Ministerio de Sanidad. Revisado el 16 de mayo de 2020. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/200517-DOCUMENTO_CIRUGIA-FINAL_\(2\).pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/200517-DOCUMENTO_CIRUGIA-FINAL_(2).pdf)
- Society for Ambulatory Anesthesia. Society for Ambulatory Anesthesia (SAMBA) Statement on Resuming Ambulatory Anesthesia Care as Our Nation Recovers from COVID-19 [Internet]. SAMBA. Update April 18, 2020. Available in: <https://sambahq.org/wp-content/uploads/2020/04/SAMBA-Statement-on-Resuming-Ambulatory-Anestehsia-Care-as-the-Nation-Recovers-From-COVID-19-4-18-2020.pdf>
- Uppal V, Sondekoppam RV, Landau R, El-Boghdadly K, Narouze S, Kalagara HKP. Neuraxial anaesthesia and peripheral nerve blocks during the COVID-19 pandemic: a literature review and practice recommendations. *Anaesthesia.* 2020. DOI: 10.1111/anae.15105.
- Vetter TR, Pittet JF. The Response of the Anesthesia & Analgesia Community to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Anesth Analg.* 2020;10.1213/ANE.0000000000004905. DOI: 10.1213/ANE.0000000000004905.
- World Health Organization. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): situation reports – 66 [Internet]. Update March 26, 2020. Available in: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200326-sitrep-66-covid-19.pdf?sfvrsn=9e5b8b48_2