



Actuación perioperatoria del equipo quirúrgico y anestésico

Perioperative performance of the surgical and anesthetic team.

Luis Hernández-Higareda,¹ Jacobo Choy-Gómez²

El equipo quirúrgico debe tener claras las siguientes situaciones ante el COVID-19:

Preoperatorio

1. Identifica pacientes con sospecha de infección por SARS-CoV-2 en el triage de urgencias que probablemente requieran cirugía.
2. Equipo quirúrgico: evalúa la necesidad quirúrgica.
3. Si el paciente requiere cirugía, identifica procedimientos de alto riesgo: broncoscopia, traqueostomía, intubación, extubación, ventilación manual, ventilación mecánica no invasiva, intubación despierto con fibroscopio o cirugía con perforación de alta velocidad, reanimación cardiopulmonar.
4. El equipo médico optimiza el estado clínico de los pacientes.

Se recomienda para el equipo quirúrgico, ejercicios de evaluación supervisada (con observador externo del mismo equipo quirúrgico) de cada uno de sus componentes en lo referente al manejo de instrumental, atención del paciente y asistencia a procedimientos. En este caso es imprescindible el uso de la lista de cotejo y los tiempos fuera, así como el registro de actividades, hallazgos, cronogramas, etc. Se sugiere que al momento de la cirugía se encuentre el menor personal posible, de preferencia con mayor experiencia.

Los puntos más importantes de estas recomendaciones son, en primer lugar, el cuidado de nuestro personal de salud, seguido de un plan preestablecido de los pasos a seguir en el caso del manejo del paciente con sospecha de COVID-19 o los casos positivos, ya sea asintomáticos

¹ Cirugía general, cirugía de trauma y subespecialidad en cuidados intensivos, Hospital Ángeles Lomas, Estado de México.

² Especialista en cirugía general, Sanatorio VISA, Ciudad de México. Asociación Mexicana de Cirugía General.

Correspondencia

Luis Alfonso Hernández Higareda
doctor_hh@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Hernández-Higareda L, Choy-Gómez J. Actuación perioperatoria del equipo quirúrgico y anestésico. Med Int Méx. 2020;36(Suplemento 2):S41-S43. <https://doi.org/10.24245/mim.v36id.4212>

o graves, que ameriten procedimiento quirúrgico de urgencia relativa o absoluta de tórax o abdomen, abierta o cerrada, así como los pacientes que no pueden posponer su manejo quirúrgico (pacientes con cáncer u otro padecimiento).

Esta aportación forma parte de una revisión de equipo en la que el grupo de especialistas en urgencias se ha encargado de describir en su aportación las recomendaciones para la evaluación y manejo a la llegada del paciente al servicio de urgencias y los de medicina interna y cuidados intensivos sobre el manejo definitivo en hospitalización o en la terapia intermedia o intensiva.

Debe notificarse a los pacientes que cumplen con la definición operacional a: UIES-DGE, 800 00-44800.

Transoperatorio

Inducción anestésica

1. La intubación debe realizarla personal experto.
2. Se recomienda preoxigenar a menos de 6 L/min asegurando el completo sellado de la mascarilla.
3. Administre fentanil, parálisis farmacológica y, de considerarlo, un antiemético para reducir el reflejo de la tos.
4. Realice una estrategia de intubación con frecuencia rápida e insufla el globo a la presión correspondiente.
5. Asegúrese de colocar un filtro intercambiador de calor y humedad (Heat and Moisture Exchanging Filter, HMEF) diseñado para remover al menos 99.97% de las partículas del aire de 0.3 micrómetros o más entre la mascarilla y el circuito de

respiración o entre la mascarilla y la bolsa de reservorio.

6. Se recomienda el uso de ventilación mecánica con volumen tidal bajo.
7. Retire sus guantes después de la intubación tratando de reducir la contaminación ambiental.
8. Lave sus manos.
9. El personal quirúrgico debe utilizar siempre equipo de protección personal.
10. El equipo quirúrgico debe minimizarse (dos enfermeras, un anestesiólogo, un cirujano principal y un segundo cirujano o residente de más alta jerarquía).

Posoperatorio

1. Evite transferir los casos confirmados a sala de recuperación.
2. La sala quirúrgica debe ser sanitizada una vez concluida la cirugía.
3. El equipo quirúrgico se retira el equipo de protección personal como se indica en el capítulo correspondiente de este texto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Xiangdong Chen, Yanhong Liu, Yahong Gong, Xiangyang Guo, Mingzhang Zuo, Jun Li, Wenzhu Shi, Hao Li, Xiaohan Xu, Weidong Mi, Yuguang Huang, Chinese Society of Anesthesiology, Chinese Association of Anesthesiologists; Perioperative Management of Patients Infected with the Novel Coronavirus: Recommendation from the Joint Task Force of the Chinese Society of Anesthesiology and the Chinese Association of Anesthesiologists. *Anesthesiology* 2020;No Pagination Specified. doi: <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000003301>.
2. Guidelines for Patients with COVID-19 Suspected or Confirmed Infection in the Perioperative Environment. April 10, 2020.
3. Ti LK, Ang LS, Foong TW, et al. What we do when a COVID-19 patient needs an operation: operating room preparation



- and guidance. *Can J Anesth/J Can Anesth* 2020; 03 <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01617-4>.
4. Fuhlbrigge AL, Choi A. In Chapter 280 Diagnostic procedures in respiratory disease. Video-Assisted Thoracoscopic Surgery p. 1957 In: Jameson, Fauci, Kasper, Hauser, Longo & Loscalzo. 20th ed Harrison's Principles of Internal Medicine McGraw-Hill, 2018.
5. Talbot TR. Surgical site infections and antimicrobial prophylaxis in Chapter 313. In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ. Elsevier 9th ed. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Disease, 2020:3743-3756.
6. Burki TK. Cancer guidelines during the COVID-19 pandemic. www.thelancet.com/oncology. Published online April 2, 2020 [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30217-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30217-5).
7. Lei S, Jiang F, Su W, et al. Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID-19 infection. *E Clinical Medicine* 2020. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100331>.
8. Desai NA. Medical masks. *JAMA* March 4, 2020. doi:10.1001/jama.2020.2331.
9. Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steubnabb E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *J Hospital Infection* 2020;104:246e251.
10. Leung NHL, Chu DKW, Shiu EYC, et al. Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. *Nature Med* 2020. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0843-2>.
11. Christian MD, Sprung CL, King MA, et al. Triage care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST Consensus Statement. *Chest* 2014;146(4 Suppl):e61S-e74S. doi: 10.1378/chest.14-0736.