



# Analgesia y anestesia en la gestante con sospecha o diagnóstico de **COVID - 19**



SOCIEDAD COLOMBIANA  
DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN S.C.A.R.E.

#### Autores

##### Ana Milena Serna Murillo

Médica y Anestesióloga de la Universidad del Valle  
Anestesióloga Clínica Versalles Cali

##### Edna Matute

Anestesia y Reanimación Universidad El Bosque  
Anestesióloga Hospitalaria Hospital Universitario Fundación  
Santafé de Bogotá  
Estancia formativa en Anestesia Obstétrica Hospital Clínica  
Universidad de Barcelona

##### Ever Eduardo Salcedo Briceño

Médico y Cirujano UTP  
Anestesiólogo Universidad de Caldas

##### Germán Monsalve Mejía

Estancia formativa en Cuidado Crítico Materno Hospital la Paz  
Madrid España  
Anestesiólogo Clínica El Rosario sede El Tesoro Medellín

##### Javier Cubillos

Médico y Anestesiólogo Universidad Javeriana  
Fellow Anestesia Regional y Anestesia Obstétrica de  
Universidad de Toronto

##### Jennifer Guevara Velandía

Médico Universidad Javeriana  
Fellow en Anestesia Obstétrica de Universidad de Toronto  
Especialista Anestesiología y Medicina Perioperatoria de la  
Fundación Universitaria Sanitas

##### Jorge De Lugan Alvarado Arteaga

Médico y Anestesiólogo Universidad Javeriana  
Clínica Materno Infantil San Luis y Hospital Internacional de  
Colombia

##### Juliana Caicedo Salazar

Médica Cirujana Universidad de Caldas  
Fellow en Anestesia Obstétrica de Universidad de Toronto  
Especialista en Anestesiología y Reanimación Universidad de  
Caldas

##### Luísa Fernanda Blanco Solano

Estancia formativa en Anestesia Obstétrica Hospital Clínica  
Universidad de Barcelona  
Anestesióloga Fundación Valle del Lili

##### María Virginia González Sánchez

Anestesióloga, Clínica El Rosario, Sede Tesoro  
Especialista en Medicina Crítica y Cuidado intensivo,  
Hospital General de Medellín

##### Mauricio Vasco Ramírez

Presidente de la S.C.A.R.E.  
Docente facultad de medicina CES  
Chairman Obstetric Anaesthesia WFSA

##### Nury Socha

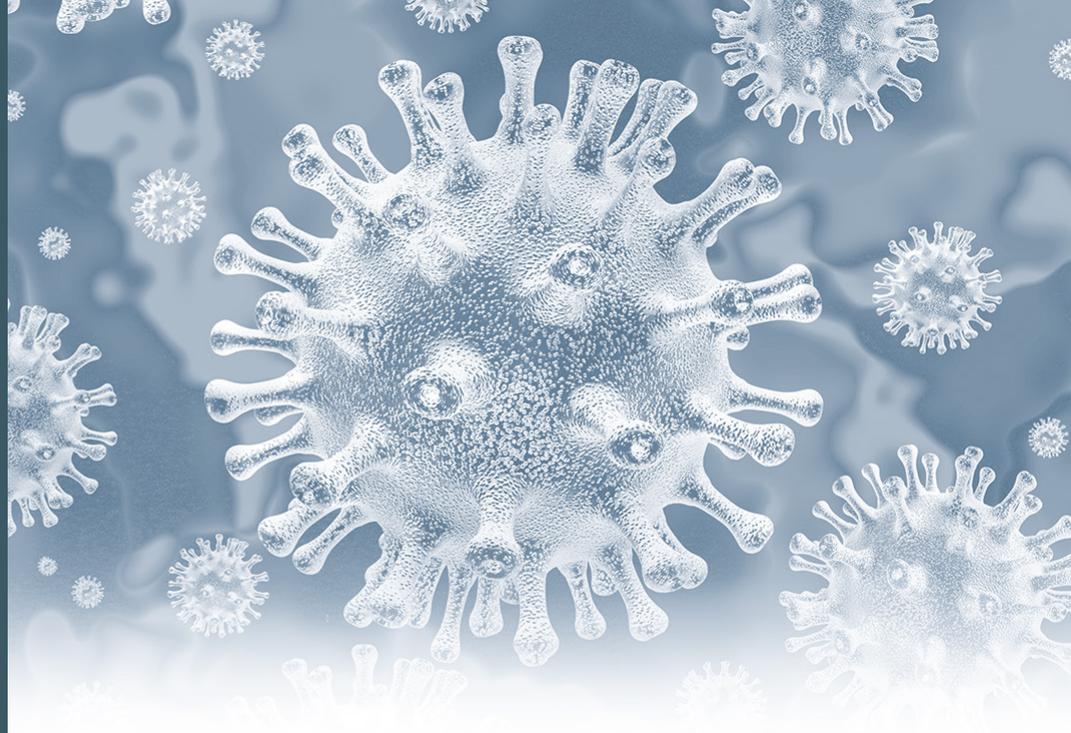
Anestesiólogo Universidad de Antioquia.  
Anestesiólogo Clínica Universitaria Bolívariana, Medellín

##### Olga Lucía Herrera Losada

Anestesióloga Universidad del Cauca  
Anestesióloga Hospital Universitario San José y Clínica la  
estancia - Popayán

##### Patricia Vélez Camacho

Anestesiólogo Universidad de Cartagena  
Anestesióloga ESE Materno Infantil Barranquilla



Este documento plantea una serie de recomendaciones basadas en la evidencia actual y en la opinión de los integrantes del Comité de Anestesia Obstétrica de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.). Debido a que la pandemia de COVID-19 es una situación dinámica, recomendamos estar atentos a los cambios en la literatura mundial y a las actualizaciones de estas recomendaciones.

1	Recomendaciones generales	3
2	Analgesia para el trabajo de parto	3
3	Traslado a quirófano y preparación para cirugía de cesárea	4
4	Anestesia para operación cesárea	
	4.1. Generalidades	5
	4.2. Anestesia regional para operación cesárea	6
	4.3. Anestesia general para cesárea	6
5	Recuperación luego del parto o cesárea	8
6	Manejo de la cefalea postpunción dural	8
7	Ayudas cognitivas	
	7.1. Lista de chequeo para analgesia durante el parto	10
	7.2. Lista de chequeo para cirugía	11
	7.3. Póster cirugía infectada	12
8	Bibliografía	13

## 1. Recomendaciones generales

- Durante la pandemia, a la gestante asintomática o con síntomas sugestivos o confirmados de COVID-19 que esté programada para atención planeada o urgente como inducción de parto, cerclaje, terapia fetal, procedimiento no obstétrico o cesárea; se le debe realizar una evaluación preanestésica vía telemedicina o presencial de acuerdo a la conveniencia y ubicación del paciente.
- Idealmente toda gestante que ingrese al servicio obstétrico debe tener una prueba diagnóstica de COVID-19. (la realización de estas pruebas rápidas debe ir acorde a su disponibilidad y al protocolo de cada institución)
- Se recomienda implementar una estación de triage para las gestantes antes de ingresar a los servicios obstétricos con el fin de realizar el interrogatorio, el examen físico y buscar signos, síntomas clínicos o contactos sugestivos de infección por coronavirus. Verificar que la evaluación preanestésica y el consentimiento para el procedimiento anestésico sean firmados.
- En la estación de triage descontaminar a la paciente con protocolo de lavado de manos, aplicar iodopovidona nasal y realizar enjuague bucal con solución de clorhexidina.
- Alertar a los miembros del equipo de trabajo (obstetra, anestesiólogo, neonatólogo, enfermeras y auxiliares de enfermería entre otros) cuando una paciente con sospecha o confirmación de COVID-19 ingrese al servicio.
- Las mujeres en trabajo de parto con sospecha o confirmación de COVID-19 deben usar una mascarilla N95; ante la falta de pruebas rápidas para el diagnóstico, toda gestante asintomática debe utilizar al menos un tapabocas convencional.
- A las mujeres se les debe informar sobre los posibles retrasos en la atención, incluso en cesárea emergente, por el tiempo que requiere el personal de salud para ponerse los elementos de protección personal (EPP), ya que nuestra seguridad es la prioridad.
- El personal que atiende a pacientes en trabajo de parto o programadas para cirugía con sospecha o confirmación de COVID-19, debe usar EPP de acuerdo con el protocolo institucional que incluye al menos protección ocular, mascarilla N95, doble par de guantes y ropa antifluidos; los EPP deben ponerse fuera de la zona de atención de la paciente.
- Se recomienda no permitir acompañantes para el trabajo de parto o cesárea durante esta pandemia. Si se permite, la persona debe mantenerse al lado de la paciente en todo momento, estar asintomática y usar EPP de manera similar al personal de salud que realiza el cuidado de la gestante.
- Se debe minimizar la cantidad de personal que transita hacia y fuera del sitio hospitalario donde se atiende a la gestante.
- Se debe evitar el uso de teléfonos móviles o fijos. Si es indispensable, utilizar manos libres.
- Utilizar ayudas cognitivas para no omitir pasos esenciales.

## 2. Analgesia para el trabajo de parto

- Las gestantes en trabajo de parto serán atendidas en la habitación o en una sala de partos idealmente con presión negativa cercana al quirófano obstétrico; si no existen estas condiciones, se debe realizar el trabajo de parto y la atención del parto en un quirófano con protocolo de aislamiento. Se debe asignar personal de enfermería adicional que asista por fuera del área definida para la atención.



- La analgesia neuroaxial no está contraindicadas en pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19.
- En gestantes con sospecha o confirmación de COVID-19 se recomienda un recuento de plaquetas normal de las últimas 6 horas previo a la administración de la analgesia neuroaxial. En pacientes asintomáticas no es necesario este recuento plaquetario.
- A las mujeres en trabajo de parto que tengan sospecha o confirmación de COVID-19 se les debe ofrecer una técnica neuroaxial precoz, para reducir el riesgo de anestesia general en caso de cesárea urgente.
- Durante la aplicación de la técnica neuroaxial se recomienda que el personal de salud use EPP según protocolo institucional que incluya al menos el uso de protección ocular, ropa antifluidos, mascarilla N95 y doble par de guantes estériles.
- Siempre que sea posible, se debe asignar al anestesiólogo más experimentado para los procedimientos.
- Como el virus se ha aislado del líquido cefalorraquídeo en pacientes que sufrieron encefalitis por COVID-19, se debe intentar reducir la contaminación al no permitir que el líquido cefalorraquídeo gotee libremente después de la ruptura accidental de duramadre o punción lumbar.
- La gestante que va a recibir analgesia durante el trabajo de parto debe ser monitorizada al igual que el feto según el protocolo institucional para vigilancia del trabajo de parto.
- Se recomienda mantener la analgesia de trabajo de parto neuroaxial con bombas de infusión en cualquiera de los métodos eficientes descritos en la literatura, con el fin de disminuir el tránsito del personal en la habitación y el contacto con la paciente.
- Cuando la analgesia neuroaxial está contraindicada, se debe ofrecer una analgesia controlada por la paciente basada en opioides de acción corta (remifentanilo o fentanilo) por bomba de infusión.
- Se debe evitar el uso de óxido nitroso para la analgesia de trabajo de parto, dado el riesgo de aerosolización con esta técnica.
- Con el fin de disminuir el número de aerosoles se debe administrar oxígeno por cánula nasal a no más de 2 L/min, por debajo de la mascarilla facial, para mantener la SaO<sub>2</sub> > 94%. Se debe informar al equipo de la unidad de cuidados intensivos (UCI) si la oxigenación no puede mantenerse por encima de 94% a pesar de la oxigenoterapia ya que esto se considera un criterio de afección orgánica que puede requerir manejo especializado.

### 3. Traslado a salas de cirugía y preparación para operación cesárea

- En todos los casos que requieran operación cesárea los miembros del equipo quirúrgico deben usar EPP según protocolo institucional que incluya al menos el uso de protección ocular, ropa antifluidos, mascarilla N95 y doble par de guantes estériles.
- La paciente debe continuar todo el tiempo con mascarilla N95.
- Dos personas con EPP deben trasladar a la paciente, según la guía de traslado del paciente institucional con sospecha o confirmación de COVID-19.
- Se deben elegir quirófanos (idealmente con presión negativa) y máquinas de anestesia exclusivas para las mujeres que tengan sospecha o confirmación de COVID-19, durante la pandemia.

- La profilaxis de broncoaspiración con proquinéticos y anti histaminicos-2 (metoclopramida 10 mg IV más ranitidina 50 mg IV) se suministrará en el quirófano al igual que el régimen institucional de antibiótico profiláctico (cefazolina 2 gr IV o clindamicina 600 mg IV en alérgicas a la penicilina).

## 4. Anestesia para operación cesárea

### 4.1 Generalidades

- Usar una escala de clasificación de la urgencia de la cesárea y actuar en concordancia para adecuar las salas de cirugía y el personal asistencial con el objetivo de prepararse en términos de protección del riesgo biológico para el equipo. Se propone la escala de Lucas y Yentis para tal fin. **(tabla 1)**
- Para todos los casos de cesárea bien sea electiva o urgente, todos los miembros del equipo de atención (obstetras, anestesiólogos, enfermeras y auxiliares de enfermería, instrumentadores, neonatólogos) deben colocarse los EPP completos antes de que la paciente sea transferida a la sala de cirugía.
- El quirófano dedicado para la cesárea de la paciente con sospecha o confirmación de COVID-19 debe estar etiquetado como "cirugía infectada" en la puerta de dicha sala (ver ayudas cognitivas). Sólo el personal involucrado en la atención directa de la paciente tiene la posibilidad de ingresar a la sala.
- En un hospital donde los quirófanos de presión negativa no están disponibles, el sistema de presión positiva y el aire acondicionado deberían estar apagados y mantener las puertas del quirófano cerradas.
- Asegurar la disponibilidad de alcohol glicerinado tanto en el interior como en el exterior del quirófano.

**Tabla 1. Escala de clasificación de urgencia de la cesárea.**

URGENCIA	DEFINICIÓN	CATEGORIA	TIEMPO DECISIÓN – NACIMIENTO
Compromiso materno o fetal	Con amenaza inmediata para la vida de la madre o el feto	1	Inmediato
	Sin amenaza inmediata para la vida de la madre o el feto	2	15-75 min.
Sin compromiso materno o fetal	Requiere nacimiento rápido	3	Tan pronto como sea posible según disponibilidad de sala. Se debe dar prioridad a categorías 1 y 2, y se antepone a categoría 4
	Programada en el momento que convenga a la madre y a la institución	4	

Fuente: A Lucas y colaboradores (2000).



- Se debe utilizar la mínima cantidad de personas posible y restringir al máximo la entrada y salida de personas al quirófano. En lo posible, el procedimiento lo debe terminar el mismo personal que inició el caso.
- Designar un circulante externo encargado de llevar material del exterior hasta la puerta de quirófano donde será recogido por el personal del interior.
- Ubicar contenedores de Clase III para descartar elementos infectados en la entrada y salida de quirófano, así como en el interior de este.
- Retirar del quirófano todo el material no indispensable. Se debe tener el carro de insumos y medicamentos anestésicos fuera de quirófano y entrar solo los insumos necesarios para cada caso. Por lo anterior, se recomienda la preparación de paquetes con las drogas e insumos que se van a utilizar, ya sea para una anestesia neuroaxial o anestesia general.
- Recuerde que las mujeres en trabajo de parto que tengan sospecha o confirmación de COVID-19 deben usar una mascarilla N95, y ante la ausencia de pruebas rápidas para el diagnóstico toda gestante asintomática debe utilizar al menos un tapabocas convencional.
- De igual manera recuerde utilizar ayudas cognitivas para no omitir pasos esenciales.

#### **4.2 Anestesia regional para operación cesárea**

- La anestesia neuraxial está recomendada como la técnica anestésica de elección para el parto por cesárea en una madre con sospecha o confirmación de infección por COVID-19.
- Recuerde que en gestantes con sospecha o confirmación de COVID-19 se recomienda un recuento de plaquetas normal de las últimas 6 horas previo a la administración de la anestesia neuroaxial.
- Es importante que un anesthesiólogo experimentado sea asignado a estos casos y que se evalúe y se registre el nivel anestésico sensorial de la técnica de anestesia neuraxial (espinal, epidural o combinada epidural/ espinal), si hay duda en la efectividad de la técnica regional es preferible volver a intentar una técnica regional y no proceder a anestesia general si la condición clínica lo permite.
- Se deben administrar antieméticos profilácticos. Sin embargo, debido a los riesgos potenciales de los esteroides en pacientes con COVID-19 considere evitar el uso de dexametasona y prefiera otros antieméticos.
- El uso de morfina intratecal no está contraindicado en pacientes con COVID-19
- Los esquemas de uterotónicos y analgésicos sistémicos se deben utilizar de acuerdo con el protocolo institucional.
- El uso de bloqueos de pared abdominal para analgesia en caso de no estar contraindicados son de elección cuando no se haya usado morfina intratecal.

#### **4.3 Anestesia general para cesárea**

- Utilizar ayudas cognitivas para no omitir pasos esenciales.
- Seleccionar el o los anesthesiólogos más experimentados para el manejo de este tipo de pacientes.
- Colocar doble filtro hidrofóbico de alta eficiencia en la línea espiratoria de la máquina de anestesia y entre el tubo orotraqueal y la pieza en Y.



- Si se requiere, se debe usar aspiración con circuito cerrado.
- Hacer desnitrogenación alveolar con flujo de gases frescos 10 lt/min durante cinco minutos en ventilación espontánea asegurando que se produzca adecuado sello de la vía aérea durante todo el tiempo de la preoxigenación para evitar aerosolización.
- Realizar inducción de secuencia rápida sin ventilación con presión positiva y sin presión cricoidea.
- Se deben realizar todos los esfuerzos para asegurar el éxito en el primer intento de intubación (utilizar videolaringoscopio si está disponible y se tiene experiencia adecuada en su uso) y evitar proporcionar ventilación con bolsa-máscara. Luego de utilizar el laringoscopio, la hoja del mismo debe ser introducida en una bolsa plástica para su posterior manejo de descontaminación.
- Se recomienda sobreponer un plástico transparente o equivalente sobre la cabeza de la paciente para evitar la aerosolización de partículas.
- Los intentos repetidos de intubación endotraqueal podrían aumentar la propagación del virus por lo cual, es extremadamente importante inflar el neumotaponador del tubo endotraqueal y confirmar la adecuada colocación del tubo endotraqueal. Este procedimiento se debe hacer rápidamente. Se recomienda la capnografía como prueba confirmatoria de adecuada posición del tubo.
- Utilizar un abordaje ventilatorio que incluya el menor volumen corriente y la menor presión de la vía aérea posible ajustándola mediante el manejo de la frecuencia respiratoria, según los datos obtenidos de la capnografía, monitoría o gases sanguíneos si se requiere.
- Verificar permanentemente el sistema de ventilación en busca de desconexiones o fugas del circuito para evitar salida de aerosoles provenientes de la paciente hacia la atmósfera del quirófano.
- Los medicamentos utilizados y el mantenimiento anestésico se hacen de acuerdo a la situación clínica y el protocolo institucional.
- Durante la extubación es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones: asegurar que los EEP se encuentren en adecuada posición, y que todo el personal tome las mismas precauciones que al inicio de cirugía.
- Si se considera prudente extubar la paciente dentro del quirófano es necesario valorar el adecuado cumplimiento de los criterios clínicos de mecánica ventilatoria, criterios gasométricos de extubación y recuperación completa de la relajación neuromuscular. Antes de la extubación se pueden usar dos capas de gasa húmeda para cubrir la nariz y boca de la paciente con el fin de minimizar la exposición a las secreciones de la paciente durante la extubación.
- Para la extubación traqueal, se recomienda también sobreponer un plástico transparente o equivalente sobre la cabeza de la paciente para evitar la aerosolización de partículas.
- Considerar la administración de medicaciones coadyuvantes para reducir la probabilidad de tos relacionada con extubación (dexmedetomidina, remifentanilo, fentanilo, lidocaína).
- En el proceso de extubación nunca desconectar el tubo endotraqueal del circuito de la máquina de anestesia. Una vez extubado, desconectarlo con cuidado del circuito y desecharlo de inmediato en el recipiente o bolsa destinada para el manejo de los elementos contaminados
- La mascarilla facial utilizada para el caso debe ser eliminada y desechada.

- Tras la extubación se debe valorar el beneficio/riesgo de inicio de oxigenoterapia.
- Inmediatamente después de la manipulación de la vía aérea, proceder al retiro del guante externo. Si se considera que aún se requieren intervenciones dentro del quirófano, se debe proceder a la aplicación de alcohol glicerinado y de un nuevo par de guantes externos según el caso.
- Se deben administrar antieméticos profilácticos. Sin embargo, debido a los riesgos potenciales de los esteroides en pacientes con COVID-19 considere evitar el uso de dexametasona y prefiera otros antieméticos.
- El uso de bloqueos de pared abdominal para analgesia en caso de no estar contraindicados son de elección cuando no se haya usado morfina intratecal.
- Los esquemas de uterotónicos y analgésicos sistémicos se deben utilizar de acuerdo con el protocolo institucional.

## 5. Recuperación del parto o cesárea.

- Se recomienda que las pacientes en posparto, con sospecha o confirmación de COVID-19 sean recuperadas en una sala de aislamiento y/o en la misma sala de cirugía cuando el volumen de cirugías así lo permitan, evitando llevarlas a la sala de recuperación pos anestésica/parto/quirúrgica convencional.
- Si la paciente lo requiere, debe ser trasladada a la UCI garantizando todas las medidas de cuidado en el transporte intrainstitucional.
- Si la paciente se debe transportar intubada a la UCI, debe hacerse solo con el dispositivo bolsa-válvula-mascarilla (BVM-Ambú) con filtro HME dispuesto entre el tubo endotraqueal y el BVM-Ambú; si la paciente necesita presión positiva al final de la espiración (PEEP) deben usarse válvulas de PEEP del dispositivo bolsa-válvula-mascarilla (BVM-Ambú), ya que no es recomendable usar un ventilador durante la transferencia.
- Una vez se haya terminado la vigilancia posparto, la paciente con sospecha o confirmación de COVID-19 que no tenga criterios de admisión a la UCI, debe ser transferida directamente a su habitación de aislamiento idealmente con presión negativa.

Durante el traslado a su habitación, la paciente debe tener máscara N95 y debe ser transportada a través de una zona delimitada para tal fin o, si hay cambio de plantas, en el ascensor preparado para el efecto. Las superficies de los pasillos y el elevador deben estar despejados y la ruta de transporte debe ser sometida a los protocolos institucionales de aseo terminal.

## 6. Manejo de la cefalea postpunción dural

- Actualmente no hay orientación disponible para el tratamiento de la cefalea postpunción dural en pacientes con sospecha o confirmación de infección por COVID-19.
- Se deben realizar inicialmente las medidas generales de tratamiento farmacológico y no farmacológico.



- El bloqueo del ganglio esfenopalatino nasal es un procedimiento generador de aerosoles, ya que implica una inyección / inserción en la cavidad nasal y aumenta el riesgo de transmisión de COVID-19, por lo tanto, debe evitarse en pacientes con COVID-19 positivo.
- Existe una preocupación por inyectar sangre virémica en el espacio epidural si se necesita un parche hemático, especialmente durante la fase sintomática; puede ser preferible posponer el parche hemático epidural hasta la recuperación de la infección. Sin embargo, si la cefalea es severa e incapacitante, se podría realizar el parche hemático epidural, balanceando el riesgo de complicaciones neurológicas asociadas al espectro severo de la hipotensión cerebral no tratada (retraso en el alta, hematomas subdurales y trombosis de senos venosos cerebrales entre otros).

## 7. Ayudas cognitivas

### 7.1. Lista de chequeo para analgesia durante el parto

#### COVID (+) O PERSONA SOSPECHOSA PARA PROCEDIMIENTO DE ANALGESIA NEURAXIAL PARA EL TRABAJO DE PARTO:

Configurar la bomba epidural o mezcla manual fuera de la habitación:  
NO lleve el carro epidural a la habitación del paciente



Cuidamos a los que cuidan

#### Primero:

- Configurar la bomba epidural fuera de la habitación del paciente
- Pídale a la enfermera dentro de la habitación que prepare la paciente y abra el kit epidural

#### Equipo de protección personal fuera de la habitación:

- Póngase el gorro, máscara (N95 debajo de la máscara normal) protección para los ojos, y visor
- Lave sus manos / use desinfectante para manos
- Póngase una bata ESTÉRIL antilíquidos desechable, guantes estériles x 2

#### En la habitación - confirme:

- Máscara facial en la paciente
- La enfermera en la habitación ya ha abierto equipo estéril
- Tiene bomba epidural o mezcla manual en la habitación - previamente configurada fuera

#### En la habitación:

- Realizar el procedimiento de la epidural- retire el primer par de guantes
- Antes de retirar el equipo de protección individual: asegúrese de que la epidural está funcionando y que el paciente se sienta cómodo con el nivel
- Cuando esté listo para salir de la habitación: Retire los guantes, limpie las manos con gel
- Retire la bata y gire hacia fuera y use gel
- Retire la protección ocular y use gel
- Deseche todos los artículos en la caneca de residuos peligrosos -> lavado de manos con gel

#### Habitación exterior:

- Retire la máscara facial (evitar tocar el exterior) y el gorro - use gel
- Deseche en un contenedor de residuos clínicos
- Lávese las manos con agua y jabón

## 7.2. Lista de chequeo para cirugía

### LISTA DE CHEQUEO PARA EL PERSONAL DE SALUD PARA PACIENTES CON COVID-19 Use en conjunto con la lista de chequeo de la OMS de cirugía segura



#### Antes de la entrada a la sala de cirugía

##### Equipo de enfermería

- a) El equipo de prevención de infecciones o COVID está notificado/ activado  
SI  NO
- b) Las etiquetas de notificación de COVID están en la puerta  
SI  N/A, o No específicamente para COVID
- c) Todos los equipos y suplementos no esenciales fueron removidos de la sala de cirugía  
SI  N/A, o No específicamente para COVID
- d) ¿Tiene equipo de protección personal y teléfono celular en el carro?  
SI  NO
- e) ¿Hay "spray" antiviral en el carro?  
SI  NO

##### Anestesiólogo

- a) ¿Tiene los medicamentos y equipo de intubación preparados en el carro?  
SI  NO
- b) ¿El pulsioxímetro está disponible y funcionando?  
SI  NO
- c) ¿El aislamiento postoperatorio se encuentra preparado?  
Recuperación  UCI
- d) La instrumentadora quirúrgica tiene el material completo y estéril de forma anticipada con el equipo de protección personal dentro de la sala de cirugía  
SI  NO

#### Paciente dentro de la sala de cirugía

##### Anestesiólogo: pre intubación

- Todo el personal no esencial se encuentra fuera de la sala de cirugía
- Los proveedores de anestesia deben tener equipo de protección personal incluyendo máscara N95
- El circuito de anestesia tiene filtro

##### Equipo de enfermería

- Está designada una enfermera externa circulante para el apoyo de la sala de cirugía que permanente
- Si se requieren insumos adicionales son solicitados por vía telefónica y entregado en la sala de cirugía
- La camilla del paciente ha sido desinfectada

##### Cirujano

- Minimice la duración de la cirugía
- Minimice la "aerosolización" (si se insufla, haga la evacuación del neumoperitoneo de forma lenta y controlada idealmente a un tubo con filtro)
- Solamente personal asistencial esencial- No personal en formación
- ¿El equipo de transporte está activado para el final de la cirugía?

#### Después de la cirugía: recuperación del paciente

##### Manejo de muestras

- Todos los especímenes están en doble bolsa
- El transportador tiene guantes durante el traslado

##### Anestesiólogo

- El paciente fue extubado y recuperado en la sala de cirugía
- El aislamiento postoperatorio  
Recuperación  UCI

##### Remueva el equipo de protección personal y los filtros de alta eficiencia

- En la sala de cirugía: remueva polainas, vestidos y guantes
- Fuera de la sala de cirugía: remueva N95, gafas de protección y gorro
- El personal debe bañarse después del caso

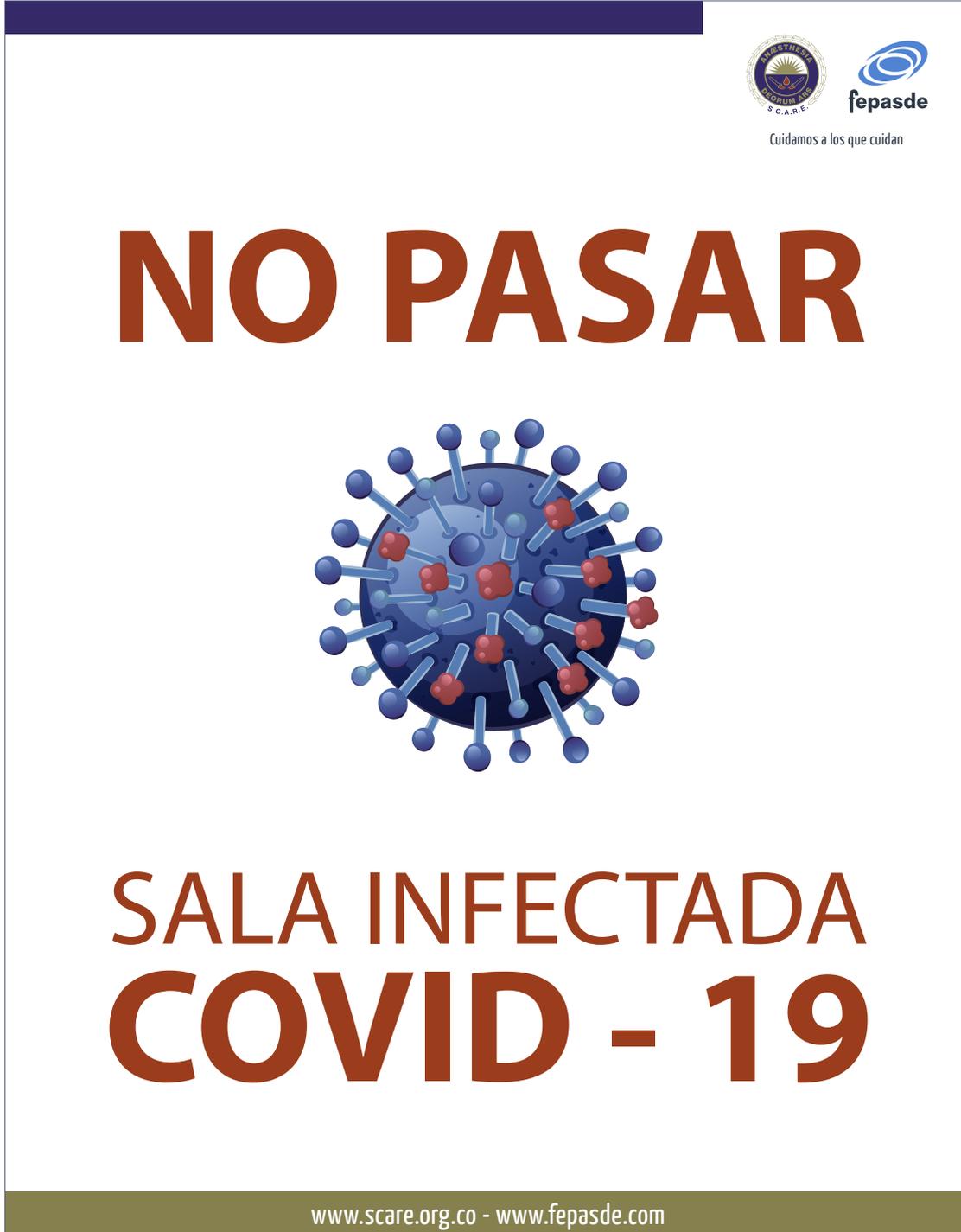
##### Manejo de residuos

- Todos los materiales no utilizados de dentro de la sala de cirugía deben ir en doble bolsa plástica
- Las bolsas de residuos deben ser rociadas con spray en la antesala
- Transporte los vestidos, guantes, a la basura; para ser incinerada

##### Desinfección de la sala de cirugía

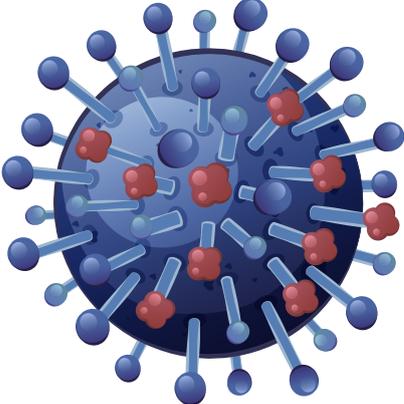
- Limpie todas las superficies (piso, mesas) con blanqueador
- Limpie los filtros con amonio cuaternario
- Limpie gafas y caretas con alcohol

### 7.3. Póster cirugía infectada.



   
Cuidamos a los que cuidan

# NO PASAR



# SALA INFECTADA COVID - 19

www.scare.org.co - www.fepasde.com



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine (ASRA) and European Society of Regional Anesthesia and Pain Therapy (ESRA). Practice Recommendations on Neuraxial Anesthesia and Peripheral Nerve Blocks during the COVID-19 Pandemic. [internet]. 2020 [citado 2020 abr. 1] Disponible en: <https://www.asra.com/page/2905/practice-recommendations-on-neuraxial-anesthesia-and-peripheral-nerve-blocks-dur>
- Bauer, M. E., Chiware, R., Pancaro, C. Neuraxial procedures in COVID-19 positive parturients: a review of current reports. *Anesthesia & Analgesia*: March 26, 2020, Publish Ahead of Print. doi: 10.1213/ANE.0000000000004831
- Chen, X., Liu, Y., Gong, Y., Guo, X., Zuo, M., Li, J., Shi, W., Li, H., Xu, X., Mi, W., Huang, Y., & 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 Mar 19. doi: 10.1097/ALN.0000000000003301. [Epub ahead of print]
- Dexter F, Parra MC, Brown JR, Loftus RW. Perioperative COVID-19 Defense: An Evidence-Based Approach for Optimization of Infection Control and Operating Room Management. *Anesth Analg*. 2020 Mar 26. doi: 10.1213/ANE.0000000000004829. [Epub ahead of print]
- Greenland, J. R., Michelow, M. D., Wang, L., & London, M. J. COVID-19 Infection: Implications for Perioperative and Critical Care Physicians. *Anesthesiology*. 2020 Mar 19. doi: 10.1097/ALN.0000000000003303. [Epub ahead of print]
- Lucas DN, Yentis SM, Kinsella SM, et al. Urgency of cesarean section: a new classification. *J. Royal Society Med*. 2000; 93;346-50.
- Meng, L., Qiu, H., Wan, L., Ai, Y., Xue, Z., Guo, Q., Deshpande, R., Zhang, L., Meng, J., Tong, C., Liu, H., & Xiong, L. Intubation and Ventilation amid the COVID-19 Outbreak: Wuhan's Experience. *Anesthesiology*. 2020 Mar 19. doi: 10.1097/ALN.0000000000003296. [Epub ahead of print]
- Mengqiang L, Shumei C, E. al. Precautions for Intubating Patients with COVID-19. *Anesthesiology*. 2020 Mar 19. doi: 10.1097/ALN.0000000000003288. [Epub ahead of print]
- Obstetric Anaesthetists' Association (OAA), Intensive Care Medicine, the Intensive Care Society, the Association of Anaesthetists and the Royal College of Anaesthetists. Management of pregnant women with known or suspected COVID-19 [internet]. 2020 [citado 2020 mar. 27] Disponible en: [https://static1.squarespace.com/static/5e6613a1dc75b87df82b78e1/t/5e7201706f15503e9ebac31f1584529777396/OAA-RCOA-COVID-19-guidance\\_16.03.20.pdf](https://static1.squarespace.com/static/5e6613a1dc75b87df82b78e1/t/5e7201706f15503e9ebac31f1584529777396/OAA-RCOA-COVID-19-guidance_16.03.20.pdf)
- SFAR, Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Aide cognitive - Prise en charge AR patiente COVID + ou suspecte en maternité [internet]. 2020 [citado 2020 mar. 27] Disponible en: <https://sfar.org/download/aide-cognitive-prise-en-charge-ar-patiente-covid-ou-suspecte-en-maternite/?wpdmdl=25439&refresh=5e806e1bd8bc31585475099>
- Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Protocolo preliminar de cuidado anestésico de la gestante con sospecha o contagio por coronavirus COVID-19 [internet]. 2020 [citado 2020 mar. 27] Disponible en: [https://www.sedar.es/images/site/NOTICIAS/febrero/corona-sedar-4\\_CA.EG.NB.pdf](https://www.sedar.es/images/site/NOTICIAS/febrero/corona-sedar-4_CA.EG.NB.pdf)
- Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. Considerations for Obstetric Anesthesia Care related to COVID19 [internet]. 2020 [citado 2020 mar. 27] Disponible en: [https://soap.org/wp-content/uploads/2020/03/SOAP\\_COVID-19\\_Obstetric\\_Anesthesia\\_Care\\_032320.pdf](https://soap.org/wp-content/uploads/2020/03/SOAP_COVID-19_Obstetric_Anesthesia_Care_032320.pdf)
- Ti LK, Ang LS, Foong TW, Ng BSW. What we do when a COVID-19 patient needs an operation: operating room preparation and guidance. *Can J Anaesth*. 2020 Mar 6. doi: 10.1007/s12630-020-01617-4. [Epub ahead of print]
- Wujtewicz, M., Dylczyk-Sommer, A., Aszkielowicz, A., Zdanowski, S., Piwowarczyk, S., & Owczuk, R. (2020). COVID-19 - what should anaesthesiologists and intensivists know about it? *Anesthesiol Intensive Ther*. 2020;52(1):34-41



SOCIEDAD COLOMBIANA  
DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN S.C.A.R.E.

Bogotá, 2 de abril de 2020