

RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA DE LA MANO (SECMA) PARA EL MANEJO DE LOS PACIENTES EN ENTORNO COVID-19

CIRUGÍAS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN CIRUGÍA DE URGENCIAS Y PROGRAMADA

Desde SECMA no queremos entrar en este campo del cribaje e inclusión, ya que dada la dispersión de métodos empleados en cada centro, la posibilidades de acceso a determinados test, la variabilidad dependiendo del kit utilizado y accesible por los centros, hace que cada centro quirúrgico adapte las medidas realizables en el tiempo presente y se van modificando en función de la capacidad de disponer de test de mayor fiabilidad y experiencia

Pero claramente sí queremos enfatizar en que se debe seguir protocolo consensuado por el centro donde se debe realizar la cirugía de urgencias o electiva.

MANEJO EN LA CIRUGÍA

La cirugía puede acelerar y exacerbar la progresión de la enfermedad por COVID-19 con un compromiso más severo que en los pacientes hospitalizados COVID-19 sin cirugía. La cirugía causa compromiso inmediato de la función inmune e induce una respuesta sistémica inflamatoria temprana, que sumada a los niveles aumentados de citoquinas y quimiocinas pro inflamatorias producto del covid-19, aumentan la severidad de la enfermedad. Por lo tanto, antes de llevar a un paciente a cirugía electiva se debe excluir la infección por COVID-19

En series iniciales publicadas en Wuhan en pacientes asintomáticos que eran virus positivo, la mortalidad y la morbilidad en procedimientos de todas las especialidades, llegó a alcanzar el 26 % en el periodo determinado entre el 1 de Enero y el 5 de Febrero del 2020, todos ellos en pacientes bajo anestesia general

Por lo tanto, nuestra situación en cirugía de la mano y con sus características propias, debemos remarcar de forma breve y somera:

1. Inicialmente en las fases más álgidas de la pandemia, realizar sólo procedimientos de urgencias
2. Ser extremadamente decoroso y ambiciosos en los tratamientos ortopédicos, especialmente en aquellos casos que habitualmente son quirúrgicos, por si no pudiesen pasarse a tratamientos quirúrgicos definitivos
3. Potenciar procedimientos con el uso de anestesia tronculares distales, anestesia locorregionales y procedimientos de Walant
4. Minimizar las estancias en áreas comunes y realizar las anestesia ya sea tronculares o locorregionales en quirófano, minimizando el tiempo en la salas de inducción, así como tras la cirugía, minimizar la estancia en reanimación

5. Utilización de mascarillas quirúrgicas por los pacientes
6. Durante los actos quirúrgicos minimizar los efectos que pueden producir aerosoles cómo pueden ser fresados, raspados y uso de sierra

Tras medidas en quirófano:

1. Realizar hemostasia cuidadosa y limpieza de sangre y fluidos en los sitios de abordaje para evitar diseminación y contaminación. En cirugía mínimamente invasiva, mantener los puntos de inserción y retiro de trócares e instrumentales limpios para evitar contaminación por salpicadura. Limpiar el instrumental de forma cuidadosa.
2. Disminuir el tiempo quirúrgico en la medida de lo posible
3. Se recomienda extremo cuidado para evitar daño penetrante en los equipos de protección personal (guantes y ropa).
4. Utilizar suturas absorbibles para evitar asistencia a los hospitales para retirada de puntos.

PRIORIZACIÓN DE LAS CIRUGÍAS

Según guía publicada por el National Health Service británico y se dividen las cirugías en el siguiente rango de prioridades:

PRIORIDAD NIVEL 1A

Operación de emergencia necesaria dentro de las 24 horas

Fracturas - Abiertas/ Compromiso neurovascular / Compromiso de la piel
Artritis séptica - articulación natural/protésica
Luxaciones irreductibles
Síndrome compartimental

PRIORIDAD NIVEL 1B

Operación urgente necesaria con 72 horas

Fracturas articulares inestables que resultarán en una discapacidad grave con tratamiento conservador

PRIORIDAD NIVEL 2

Cirugía que se puede aplazar hasta 4 semanas

Cirugía oncológica y metastásica
Fracturas patológicas
Fracturas articulares
Cirugía de las compresiones nerviosas
Cirugía tendinosa y ligamentosa aguda

PRIORIDAD NIVEL 3

Cirugía que puede retrasarse hasta 3 meses

Cirugía de osteonecrosis y rigideces articulares
Cirugía ligamentosa

PRIORIDAD NIVEL 4

Cirugía que puede retrasarse por más de 3 meses

Cirugías artrosis
Retirada de material

CIRCUITOS DE LAS CIRUGÍAS

Circuitos en Área Quirúrgica

(Todas estas recomendaciones se adaptarán a las estructuras y posibilidades de cada hospital)

Programación de Cirugía Electiva

1. Programación de los pacientes oncológicos siguiendo criterios consensuados en Comités Multidisciplinares. En casos complejos se podría pedir apoyo a Comités COVID-19 hospitalarios o Comités de Ética.
2. El paciente siempre deberá ser informado sobre las causas especiales de la situación de pandemia COVID-19 incluyendo un posible contagio y un posible aumento de morbi-mortalidad.
3. Programaciones quirúrgicas con margen suficiente para hacer un *screening* de la posible infección del paciente que va a ser intervenido.
4. Consulta telefónica con suficiente tiempo de antelación, informando al paciente y realizando cuestionario/cribado epidemiológico. que nos permita detectar posibles pacientes COVID-19
5. “Cuarentena preoperatoria”. Se recomendará 48h de cuarentena estricta, o el lapso entre los test preoperatorios decididos por el centro, previo a la cirugía para reducir contagios.
6. Consulta telefónica 24-48h realizado por el personal designado a tal fin donde se repetirá el cuestionario/cribado epidemiológico.

Circuito bloque quirúrgico

Éste debe considerarse el bloque limpio del hospital y debería ser atendido por personal previamente testado para evitar contagios. El circuito debería estar panelado/dividido y señalizado y debería constar de:

1. Acceso independiente
2. Ascensores independientes
3. Quirófanos específicos
4. Reanimación/URPA específico
5. Circuito que a continuación se detalla:
 - a) Paciente se trasladará de planta de hospitalización no COVID-19 a quirófano (evitar zona de transferencia con acúmulo de enfermos).
 - b) Evitar familiares que acompañen a los pacientes.
 - c) Quirófano con mínimo de personal.
 - d) En primeras etapas evitar estudiantes y personal ajeno al quirófano
 - e) Paciente de quirófano a URPA dentro del circuito limpio establecido
 - f) Paciente de URPA a planta donde no habrá más de un familiar por paciente
 - g) Información a familiares. Establecer sistemas telemáticos para comunicarse con los familiares (1 ó 2) tras la cirugía. Evitar zonas comunes de familiares. Salas de información amplias donde se puedan adoptar las medidas de seguridad establecidas

Circuitos en Área Quirúrgica de CMA

Programación de Cirugía Electiva

1. Programación de los pacientes siguiendo criterios de priorización según patología que sin ser oncológica exija una cirugía, ya que la demora de la misma pueda aumentar el número de complicaciones. En este apartado y basándose en la equidad del sistema sanitario, también habría que priorizar en función antigüedad en la entrada en LEQ
2. El paciente siempre deberá ser informado (y firmará) sobre las causas especiales de la situación de pandemia COVID-19 y el aumento de morbilidad que esto puede suponer en el proceso quirúrgico
3. La programación quirúrgica y el cribado se realizará como en la cirugía electiva según el algoritmo adjunto

Círculo bloque quirúrgico CMA

En el círculo de CMA habrá que cambiar el concepto del mismo en las circunstancias actuales. Lo ideal sería poder disponer de un centro no-COVID-19 específico para este tipo de cirugía, pero en cualquier caso, habrá que evitar aglomeración en áreas preoperatorias y zonas de adaptación al medio, manteniendo distancias de seguridad entre paciente y profesionales y seguir las recomendaciones establecidas en el resto de áreas hospitalarias de protección con mascarilla y guantes para la atención de enfermos (descrito en apartados previos).

En cuanto a la circulación de pacientes será similar al descrito para pacientes de cirugía electiva con hospitalización, tanto si comparten círculo como si se trata de un círculo de CMA específico.

1. Acceso independiente
2. Quirófanos específicos
3. Reanimación/URPA específico
4. Círculo que a continuación se detalla:
 - a) Paciente se trasladará de zona de preparación a quirófano (evitar zona de transferencia con acúmulo de enfermos). Evitar familiares que acompañen a los pacientes.
 - b) Quirófano con mínimo de personal. En primeras etapas evitar estudiantes y personal ajeno al quirófano
 - c) Paciente de quirófano a URPA dentro del círculo limpio establecido o Paciente de URPA a sala de adaptación al medio.
 - d) Se evitará la presencia de familiares en la sala de adaptación al medio
 - e) Información a familiares. Establecer sistemas telemáticos/telefónico para comunicarse con los familiares tras la cirugía. Evitar zonas comunes de familiares. Salas de información amplias donde se puedan adoptar las medidas de seguridad establecidas. Los familiares solo acudirán a recoger al paciente cuando sean llamados para el alta del mismo