

REACTIVACIÓN ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

Actualmente existe un documento de **Recomendaciones para la programación de Cirugía en condiciones de seguridad durante el periodo de transición la pandemia Covid-19** elaborado por la Asociación Española de Cirujanos (AEC), Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR), Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH), Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) y Asociación Española de Enfermería Quirúrgica (AEEQ) y que desde el MSCBS se ha pedido opinión a la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, habiendo sido valorado positivamente.



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias

Hay que iniciar una desescalada de los niveles de los planes de contingencia acordes a la demanda de cada momento y a las particularidades de cada centro.

En este aspecto, cada uno de los centros deberá presentar su **plan de reactivación de la actividad quirúrgica** pero que deberá seguir algunos criterios generales que comentamos a continuación.

En aquellos centros que sea posible se destinaran edificios específicos para los enfermos de COVID y si no es posible se designarán áreas específicas de atención con **circuitos diferenciados** del resto de pacientes no COVID.

A la hora de reorganizar los hospitales, se considera que hay que crear «circuitos limpios y sucios», es decir, discriminar plantas y quirófanos dedicados a pacientes Covid-19 y los que no, tratando de dar una atención mixta ya que hay normalizar el sistema sanitario, de forma sostenida durante un periodo que puede prolongarse semanas o meses.

Como medida general hay que realizar **limpiezas exhaustivas** de los espacios tanto los que se dediquen a tratar el coronavirus como los que no.

Otro elemento para frenar el virus será la **estandarización del uso de mascarillas** para trabajadores, usuarios y acompañantes, siempre en función de los protocolos definidos por Medicina preventiva, en congruencia con las instrucciones técnicas de la SG de PRL.

Con la progresiva disminución de la demanda de atención hospitalaria de casos de COVID 19, hay que reorganizar a los hospitales para vuelta a la atención sanitaria no COVID, que había sido postergada.

Durante la fase aguda del COVID_19 muchos planes de contingencia hospitalarios incluían las camas de URPA como ampliación de las UCI, incluso los quirófanos y hospitales de día, así como, las camas de hospitalización para patología quirúrgica utilizadas para ingresos por COVID-19.

En este aspecto, cada uno de los centros deberá presentar su **plan de reactivación de la actividad quirúrgica** pero que deberá seguir algunos criterios generales que comentamos a continuación

Actualmente existe un documento de **Recomendaciones para la programación de Cirugía en condiciones de seguridad durante el periodo de transición la pandemia Covid-19** elaborado por la Asociación Española de Cirujanos (AEC), Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR), Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH), Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) y Asociación Española de Enfermería Quirúrgica (AEEQ) y que desde el MSCBS se ha pedido opinión a la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, habiendo sido valorado positivamente.

Hay que iniciar en la medida de lo posible y siguiendo y adaptando los ítems establecidos en el Documento de Recomendaciones una desescalada de los niveles de los planes de contingencia acordes a la demanda de cada momento y a las particularidades de cada centro, partiendo de la premisa que en la mayoría de centros de Andalucía ya nos encontraríamos en la Fase I (casi normal) en donde el volumen de casos Covid-19 sería prácticamente residual (< del 5%) y esto permitiría desarrollar una actividad prácticamente habitual sólo determinada por las medidas de seguridad necesarias y consensuadas con Medicina Preventiva y PRL de cada centro.

A la hora de reorganizar los hospitales, se mantendrán «circuitos Covid-19 y no Covid-19», es decir, tratando de dar una atención mixta ya que hay normalizar el sistema sanitario, pero de forma sostenida, algo que puede tardar semanas o meses, **y estando preparados para en cualquier momento poder actuar en caso de un repunte**. En este sentido y basándonos en el documento precitado todas las provincias se encontrarían en su conjunto en Fase/Escenario II (alerta leve), y estarían en disposición de incorporarse a las Fase/Escenario I (casi normal). Aunque este cálculo, que además debe ser dinámico tiene que ser individualizado para cada hospital.

Solo se permitirá **un acompañante** por paciente, que además deberá ser “seleccionado” evitando aquellos acompañantes sobre los que puedan existir dudas, aun siendo asintomáticos, de que pudieran haber contraído la infección por haber estado en contacto estrecho y sin protección con pacientes “Covid-19, desgraciadamente en este apartado el grado de exhaustividad por razones obvias es mucho menor, no obstante convendrá cuando se establezca el contacto con el paciente para citarlo incidir en este aspecto.

PLANTEAMIENTO GENERAL DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA

A todos los pacientes con cirugía programada se les realizará un cribado clínico-epidemiológico tomando en consideración el punto 3 del documento de Recomendaciones, adecuándolo a las características y circunstancias propias de cada centro.

En cada uno de los puntos que se van a desarrollar, el circuito para la toma de muestras previas a la intervención se define:-

Todos los pacientes **ASINTOMÁTICOS y sin características epidemiológicas que puedan hacer sospechar infección por SARS-CoV-2** y que deban ser sometidos a Cirugía programada (con ingreso o CMA) y/o exploraciones invasivas programadas (excepto endoscopias digestivas que se regirán por la Instrucción de la DGASyRS del día 5 de mayo de 2020), y que según los protocolos establecidos deban tener con una antelación de 24-72 horas previas a las mismas, una toma de muestra para realización de PCR se ajustarán al siguiente protocolo:

Desde AP se proveerá de Agendas a tal efecto para que los pacientes sean citados. Se establecerá la comunicación necesaria para adecuar dichas Agendas a las necesidades de realización de test en función del aumento paulatino de las intervenciones.

Desde **AH se generará la cita** para dicha toma de muestra en el centro más cercano y accesible para el paciente (Auto-Covid, Centro de Salud,...) con el fin de evitar desplazamientos innecesarios, en el todavía vigente estado de confinamiento.

En caso de resultado positivo en Covid-19 será desde AH donde se le comunicará al paciente la demora de la intervención quirúrgica y se le informará del **procedimiento** a seguir para tratamiento y aislamiento que proceda.

NO ES NECESARIO LA SOLICITUD DE ID PARA LA PRUEBA.

Los resultados de las pruebas se registrarán en los documentos y sistemas de registro habilitados para tal fin correspondiente a través de Diraya, Estación Clínica y/o Salud Pública (Red de alerta a través de Medicina preventiva y/o epidemiólogo)

No obstante, lo anterior, cada centro hospitalario podrá valorar junto con AP otras posibilidades para la obtención de muestras.

En los pacientes del Sistema Público que vayan a ser sometidos a este tipo de intervenciones en **Centros Concertados**, se seleccionará a aquellos pacientes que permitan realizar el estudio preoperatorio con 72 horas de antelación y desde el Hospital Público correspondiente se les proveerá de hisopos para toma de muestra de PCR que se practicará simultáneamente al estudio preoperatorio y dichas muestras serán remitidas al laboratorio del hospital de origen para procesamiento, el cual remitirá el resultado al centro concertado a la mayor brevedad con el fin de confirmar a los pacientes la posibilidad de ser o no intervenidos. No obstante, lo anterior las gerencias de cada centro derivador conjuntamente con los Órganos de contratación (PLS) podrán consensuar con los centros concertados el procesamiento de dicha PCR en otros laboratorios privados distintos al de los hospitales derivadores.

En todos los pacientes que deban ser sometidos a **Cirugía Urgente** se les realizará PCR en Urgencias, si la intervención permite cierta demora se esperará al resultado antes de la intervención para establecer el circuito apropiado. Si no se permite dicha demora cada centro establecerá su protocolo con el fin de practicar la intervención, pero sobre todo enfocado al seguimiento postoperatorio en función del resultado de la PCR.

En cirugías urgentes en pacientes sin resultado de PCR o con sospechas fundamentadas de infección Covid-19, aún con PCR negativa, se evitarán en lo posible procedimientos que conlleven aerosolización (p.e. laparoscopias,...)

En cuanto a la **elección de las técnicas anestésicas** se procurarán, en la medida de lo posible, aquellas que menos comprometan la seguridad tanto del paciente como del personal.

Fases progresivas

En concreto en las áreas quirúrgicas se deberá comenzar potenciando las unidades de CMA que tienen áreas diferenciadas con quirófanos y URPA independientes del bloque quirúrgico general y se deberán programar pacientes comenzando por las especialidades de mayor volumen en lista de espera (COT, Cirugía General, OFT...) y si la capacidad lo permite ampliarlo al resto. La programación deberá seguir los criterios de preferencia clínica y después por riguroso orden de antigüedad realizado una **óptima gestión de colas**.

Es importante tener **tasas de indicación quirúrgicas** ajustadas.

Así mismo se comenzará gradualmente con el **Plan de Monitorización de Actividad Quirúrgica**.

Se fomentará la realización de **Cirugía menor ambulatoria en Atención Primaria en pacientes asintomáticos**. En estos casos el personal sanitario usará las medidas de protección y el equipamiento de protección individual adecuados y al paciente se le colocará mascarilla quirúrgica.

Se continuará aumentando de forma progresiva la actividad quirúrgica con y sin ingreso, hasta alcanzar una utilización y un rendimiento óptimos de los recursos quirúrgicos que nos permitan alcanzar en un tiempo razonable unas demoras adecuadas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Además de los CI habituales se incluirá el específico de Covid-19. Ver Anexo IV del documento de referencia.

INFORMACIÓN

Especial atención merece la **información** al ciudadano/a, de forma que, en el contacto telefónico previo para establecer la citación, el paciente perciba que la realización de su consulta, exploración o intervención quirúrgica entran dentro de las actividades esenciales, y por tanto es recomendable no demorarla y tratar de evitar el efecto “contagio” del miedo a acudir al Hospital, transmitiendo seguridad y confianza al paciente mientras siga en vigor el actual estado de alarma. A tal efecto, resultaría recomendable instruir específicamente en este sentido al personal administrativo encargado de esta tarea con un argumentario.