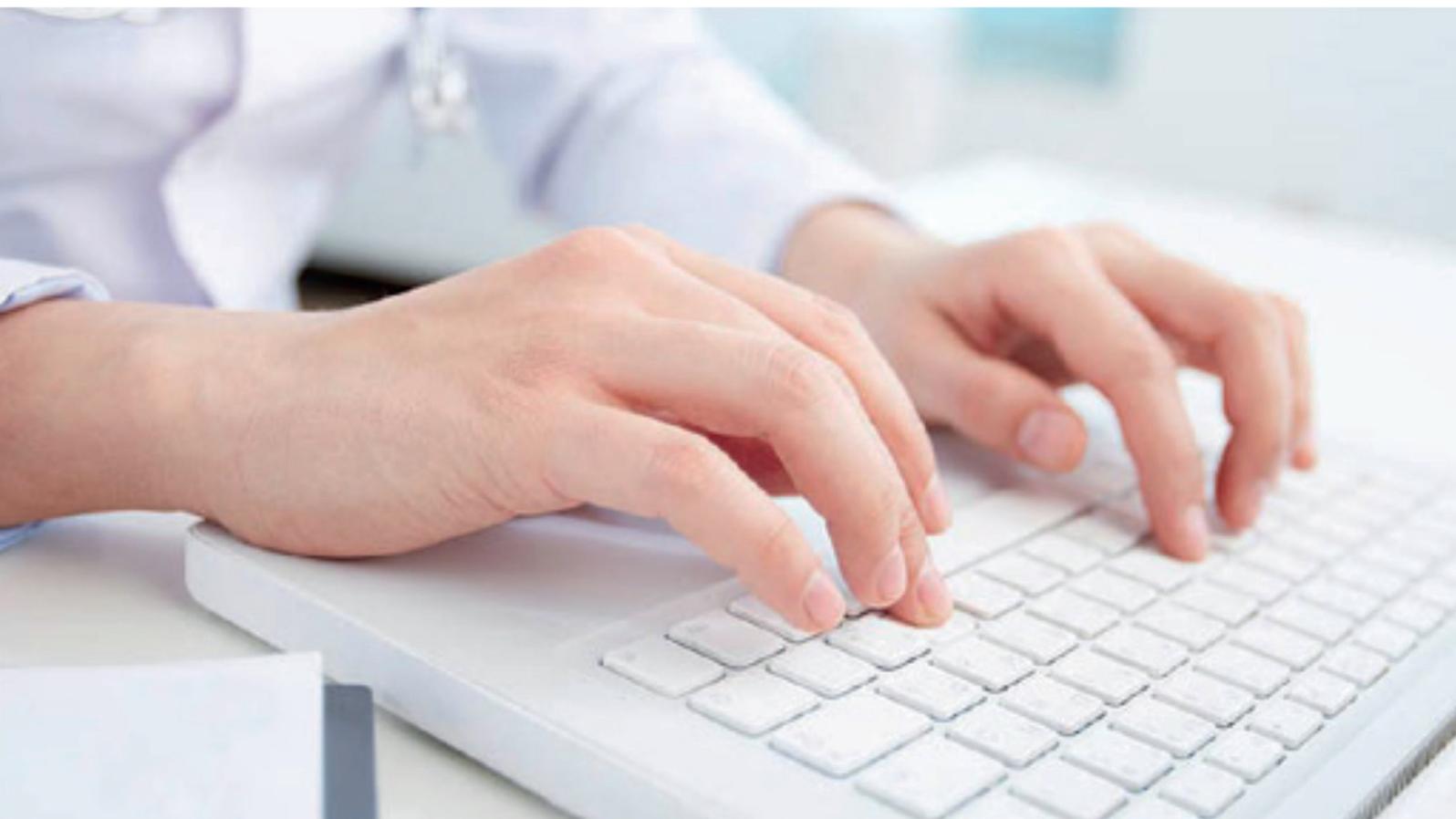


INFORME

**RECOMENDACIONES PARA LA ASISTENCIA QUIRÚRGICA  
EN NUESTRO PAÍS A 4 MESES DE LA PANDEMIA  
EN URUGUAY**

**Dr. Roberto Valiñas**





## Introducción

Debido a la actual pandemia de enfermedad respiratoria denominada enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) causada por el virus denominado SARS-CoV-2, en todo el mundo, numerosos pacientes con confirmación o sospecha de COVID-19 serán pasibles de un tratamiento quirúrgico electivo inaplazable o urgente. Estas situaciones requirieron la adopción de medidas especiales da cara a minimizar la posibilidad de contagio entre pacientes, la exposición del personal sanitario y el desarrollo de complicaciones postoperatorias.

Los equipos hospitalarios, cirujanos, anestesistas, reanimadores, enfermeras, personal administrativo y logístico, junto con las direcciones sanatorias, debieron trabajar juntos para hacer frente a un período de potencial crisis que pueda ser difícil de navegar en las disciplinas llamadas a hacer frente a cargas de trabajo notablemente mayores.

Estas medidas estuvieron sujetas a revisión, según la situación nacional de la pandemia y adaptándose los centros asistenciales, los medios disponibles, las necesidades diarias y las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública, siempre basándonos en **la seguridad del paciente y en la del personal sanitario.**

La organización del sistema de salud prevista en el territorio uruguayo para garantizar el tratamiento oportuno de los pacientes clasificados como «posibles casos» o "casos confirmados" de COVID-19 se basa en la jerarquía funcional de los niveles de los centros sanitarios.

Con fecha 16 de abril de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió los principios a tener en cuenta a la hora de plantear el desconfinamiento:

(1) Romper la cadena de transmisión detectando el mayor número de casos posible, tratando a las personas que presentan síntomas y aislando tanto a los enfermos como a las personas que han estado en contacto con ellos.

(2) Contar con recursos sanitarios suficientes para poder responder rápidamente ante los casos detectados y, en especial, para poder atender los casos más graves



(3) Minimizar los riesgos en lugares con alto potencial de contagio como son los centros sanitarios y de cuidados, los lugares cerrados y los lugares públicos donde se produce una gran concentración de personas.

(4) Establecer medidas preventivas en los lugares de trabajo y promover medidas como teletrabajo, el escalonamiento de turnos y cualesquiera otras que reduzcan los contactos personales.

(5) Gestionar el riesgo de importar y exportar casos más allá de nuestras fronteras, para lo que recomienda la implementación de medidas de control y aislamiento para personas contagiadas o que provengan de zonas de riesgo.

(6) Asumir la importancia de que todos los ciudadanos se muestren comprometidos con las limitaciones que se están adoptando y comprendan, que, en buena medida, la contención de la pandemia depende de ellos.

En el presente documento se explican las principales medidas que se tuvieron en cuenta en caso de atención a pacientes COVID-19 o sospecha del mismo tanto durante su evaluación como en caso de requerir tratamiento quirúrgico que se han tomado en estos primeros cuatro meses de epidemia en Uruguay

El propósito de esta revisión es describir la definición de nuestra respuesta para ayudar a los distintos prestadores de salud con pautas claras a pesar de la escasa falta de evidencia de este fenómeno a nivel internacional.

Este trabajo analiza el método y los desafíos a los que se enfrentó en nuestro medio los equipos quirúrgicos encargado de preparar y tratar el nuevo proceso de enfermedades infecciosas, COVID-19.

En un inicio y debido al desconocimiento ante los primeros casos detectados del comportamiento del virus, contábamos con documentos y recomendaciones internacionales que rápidamente laudamos que eran difícilmente extrapolables a nuestro medio, debido fundamentalmente al impacto de la enfermedad sobre todo en Europa, con situaciones epidemiológicas para nada comparables a nuestro país en un principio por lo que se hacía difícil lograr realizar proyecciones aplicables a nuestra realidad. Este hecho nos obligó a laudar pautas propias y ajustadas al manejo de la epidemia en nuestro medio.



La prevención fue el primer paso frente a la enfermedad que no había afectando a la población, con números que no son comparables a los de la región debido a la puesta en marcha de medidas por todos conocidas, dentro de la que se destaca la cuarentena voluntaria que llevó a cabo. Esta primera medida entendimos ayudó a mitigar en primera instancia el número de casos circulantes.

La educación de la población fue esencial y se basó en una campaña de información pública ampliamente difundida con información creíble sobre la prevención y la identificación de enfermedades. Los puntos de entrada de cribado fueron fundamentales para intentar prevenir la introducción de la enfermedad. Esto requirió el conocimiento de la naturaleza de la misma y de los puntos y sistemas de entrada sociales locales sujetos a monitorización constante por parte de las autoridades

Tomadas estas medidas, se priorizaron dos claros escenarios:

- Priorizar la lista de pacientes que necesitaran un procedimiento quirúrgico y
- En segundo lugar la definición de una estrategia para retomar las consultas externas

En cuanto al primer punto, se contemplaron en primera instancia las intervenciones urgentes y electivas no aplazables. La indicación de cirugía urgente se individualizó en todos los casos y su indicación fue basándose en un diagnóstico con la mayor certeza posible. En muchos casos se valoró la posibilidad de un tratamiento conservador que haya demostrado ser una opción segura para los pacientes.

## **Metodo**

Para la confección de estas recomendaciones, se realizó una revisión de la literatura a través de PubMed. Se consultaron las páginas web de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Centers for Diseases for Control and Prevention (CDC), European Centre for Diseases for Control and Prevention (ECDC), la Society for Healthcare Epidemiology of America, la Infectious Diseases Society of America



Estas recomendaciones también estuvieron sujetas a una revisión continua debido de la evolución de la epidemia en nuestro país y siguieron además recomendaciones y medidas impartidas por la Asociación Española de Cirujanos, el American College of Surgeons, la Asociación Francesa de Cirugía, la Asociación Argentina de Cirugía y el Ministerio de Salud Pública de Uruguay.

## **Resultados**

En primer lugar y del análisis de la literatura, una gran fortaleza que se vivió en nuestro sistema es que debido al bajo número de infectados no fue necesario la creación de una escala dinámica en la que se contemplan diferentes escenarios o fases de alerta con el objetivo de ordenar las recomendaciones relativas a las cirugías electivas y urgentes. En el diseño de esta escala se tuvieron en cuenta el porcentaje de pacientes que potencialmente podrían requerir hospitalización en camas convencionales y en las Unidades de Cuidados intensivos de pacientes COVID- 19, reservando las mismas en relación con el número de camas hospitalarias disponibles y a los recursos del hospital utilizados para atender a los pacientes infectados. Esta reserva de camas tanto en cuidados convencionales, cuidados intermedios y cuidados intensivos estuvo basada en proyecciones ante un eventual rebrote y aumento del número de casos.

La reintroducción de la actividad quirúrgica programada priorizó como elemento fundamental, la seguridad para los pacientes y los profesionales en las distintas etapas del proceso quirúrgico, desde la selección y preparación preoperatoria hasta el alta hospitalaria y los cuidados domiciliarios, pasando por la organización de un circuito intrahospitalario separando pacientes sanos de potenciales contaminados por el virus con medidas de aislamiento definidas previamente.

La idea general fue identificar si los pacientes que van a ser intervenidos estaban teóricamente infectados y establecer circuitos no COVID-19 en las Instituciones de manera que pudiéramos proporcionar seguridad a los pacientes y a los profesionales en las diferentes áreas y de esta manera poder programar cirugías electivas.



En base a ello se siguieron las recomendaciones impartidas por el Ministerio de Salud pública en cuanto al “triage selectivo operatorio”. En algunas instituciones se tomó como política la realización del un PCR a todos los pacientes que fueran a ser sometidos a diferentes procedimientos invasivos. Debemos reconocer que estas medidas cambiaron en las ultimas semanas con la aparición de nuevos focos que llevó a realizar mayor número de determinaciones de PCR al ingreso de los centros hospitalarios.

En la selección de los pacientes a coordinar se debió tener en cuenta la lista de cirugías agendadas y aplazadas, identificando a efectos de su priorización a los portadores de patologías que por su naturaleza tengan alta probabilidad de agudización, complicación o progresión de la patología benigna.

No hubo necesidad de excluir a pacientes portadores de patología neoplásica con indicación quirúrgica debido sobre todo al estado sanitario del país, no realizando postergación de las mismas sobre todo si estaban sujetas a potenciales complicaciones evolutivas. Este hecho puede verse como una verdadera fortaleza de nuestro sistema sanitario si se lo compara con cifras internacionales, países como España, Francia e Italia por ejemplo debieron postergar la resolución de pacientes portadores de patología maligna debido a el número de pacientes infectados por el virus instrumentado planes de poliquimioterapia “de espera” específicamente en pacientes portadores de patología neoplásica y seleccionando a los que necesariamente debían recibir un tratamiento quirúrgico sin espera debido a las complicaciones evolutivas de su enfermedad.

**Con el objetivo de reanudar la cirugía minimizando el riesgo de infección a los pacientes y profesionales, se recomendó:**

La actividad de los profesionales vinculados a la atención perioperatoria de la cirugía programada debe ser un equipo que tenga noción de NO contacto con pacientes afectos por COVID-19.

Valorar y potenciar en las Instituciones el reinicio de las cirugías bajo un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) o cirugía del día con menor permanencia del paciente en la Institución prestadora



El eventual despistaje para SARS-CoV-2 a profesionales que participen en la cirugía programada con el eventual aislamiento y despistaje de infección por el virus.

El ingreso del paciente en el mismo día de la cirugía y la evaluación del soporte sociofamiliar y de asistencia domiciliar disponible para una posible alta precoz sobre todo en los casos de CMA.

La restricción del número de visitantes y acompañantes al máximo durante la estancia hospitalaria.

El estricto seguimiento de las recomendaciones de distanciamiento físico, higiene y uso de mascarillas por parte de pacientes, visitantes, acompañantes y profesionales durante el período de estancia hospitalaria.

La vigilancia activa y separación del circuito de cirugía electiva para su aislamiento de aquellos pacientes que desarrollen síntomas o signos compatibles con COVID-19 en cualquier momento del proceso.

### **En relación a la priorización de las cirugías programadas no oncológicas, se recomendó:**

La priorización de pacientes quirúrgicos en lista de espera valorando una escala que tenga en cuenta los siguientes factores:

- 1- Relacionados con la patología que motiva la indicación
- 2- Relacionados con el procedimiento
- 3- Relacionados con el estado del paciente.

### **Se recomendó en lo posible seleccionar:**

- 1- Pacientes menores de 65 años
- 2- Sin comorbilidades: Diabetes, EPOC, Enfermedades cardiovasculares, Insuficiencia Renal, Obesidad, transplantados o Inmunocomprometidos
- 3- ASA I o II
- 4- Con sintomatología mantenida en este tiempo o posibles secuelas debido a la postergación quirúrgica.



- 5- Potenciar como mencionamos procedimientos incluidos en un programa de CMA
- 6- Paciente con ausencia de contacto con personas sospechosas o portadoras de COVID-19 en los 14 días previos a la fecha de probable coordinación de la cirugía de elección
- 7- Procedimientos de corta duración y escasa pérdida hemática

### **El cirujano debió informar al paciente:**

- 1- Del aumento de riesgos infección intrahospitalaria de COVID – 19
- 2- Del acuerdo y obligación de realizar la cuarentena en los 10 días previos a la cirugía (queda la posibilidad de cada Institución la realización de un PCR preoperatorio 72 horas antes de la cirugía). Actualmente este protocolo redujo el tiempo de cuarentena a 7 días.
- 3- De la necesidad de la firma del consentimiento informado de la posible contaminación por COVID- 19

### **Con el fin de minimizar el riesgo en los profesionales, se sigue recomendando:**

Continuar la formación continua en el uso de Equipos de Protección Individual.

El estricto lavado de manos siguiendo las recomendaciones del MSP. El uso de mascarilla quirúrgica por profesionales, pacientes y acompañantes.

El uso de protección adicional (mascarilla N 95, sobretúnica y pantalla o gafas cerradas) en los procedimientos que puedan generar aerosoles.

Del distanciamiento con los pacientes.

### **Consultas Externas**

#### **Consultas presenciales y telemáticas**

En un primer momento se decidió realizar consultas telemáticas con el objetivo de reducir el riesgo de circulación viral y por otra parte con esta herramienta no dejar sin asistencia a los pacientes con el potencial riesgo que ello pudiera implicar por la propia evolución de las patologías de base que pudieran presentar.



Posteriormente se reintrodujeron progresivamente las consultas presenciales revalorando a los pacientes y -teniendo en cuenta la situación sanitaria actual- mantener la posibilidad de consultas no presenciales mediante la modalidad de teleconsultas con agendas mixtas.

En caso de requerir una consulta presencial, indicada eventualmente por el profesional, mantener las medidas de distanciamiento físico, higiene, uso de mascarillas y otros elementos de barrera para pacientes y profesionales.

Evitar las exploraciones y curas que supongan un riesgo de generación de aerosoles y salpicaduras en la medida que no signifique un riesgo para el paciente.

Es deseable durante este período, las consultas de acto único, en las que se coordinen en la misma visita la valoración del cirujano, la inclusión en lista de espera, posteriormente la valoración del anestesiólogo, las pruebas preoperatorias y la realización de los dos triage epidemiológicos dispuestos por el MSP.

Para ello eventualmente se realizó primero una teleconsulta para planificar después la consulta múltiple en la misma visita al prestador correspondiente. Por este motivo fue recomendable establecer un sistema de comunicación con el paciente para comunicar el resultado de las pruebas a través de métodos seguros cumpliendo con la legislación de protección de datos.

### **En relación con los pacientes, se realizaron las siguientes recomendaciones:**

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 con una agenda con horario preestablecido para evitar el exceso de afluencia en las zonas de espera según política de cada centro.

Que los pacientes lleven mascarilla (quirúrgica) que cubra la vía aérea (nariz y boca).

Que los pacientes realicen higiene de manos con preparado de base alcohólica al entrar en la consulta.

No acudir acompañado salvo circunstancias que lo justifiquen, en cuyo caso, seguirán las mismas medidas.

Limpieza y desinfección con alcohol o diluciones de amonio cuaternario las superficies de la consulta entre los pacientes.



**En relación con los profesionales sanitarios y otro personal de consultas externas, recomendamos:**

Insistir en el cumplimiento de las recomendaciones de higiene de las manos en la atención sanitaria como está pautado actualmente en las Instituciones públicas y privadas y el uso de tapabocas.

Evitar el uso de anillos, pulseras, relojes de muñeca, uñas pintadas o postizas

Realizar una limpieza selectiva de las superficies de contacto del paciente entre cada paciente.

**C.- Evaluación del soporte sociofamiliar para el alta**

Informar y dar instrucciones claras a la familia sobre los cuidados que precisa el paciente tras el alta hospitalaria post procedimiento.

Evaluar la disponibilidad de apoyo familiar/social y de los elementos estructurales necesarios en el ámbito doméstico para la recuperación del paciente, especialmente en aquellos que presentan mayor afectación funcional y requieren mayor ayuda.

La recuperación y cuidados necesarios tras cada tipo de intervención es diferente y debe ser el especialista quirúrgico el que valore las necesidades en cada caso.

El informe de alta hospitalaria debe de ser detallado (diagnóstico, procedimiento, tratamiento y cuidados necesarios) para poder realizar el seguimiento necesario, por el especialista de atención primaria.

Instrumentar un seguimiento telefónico del paciente a las 24 horas del alta quedando constado en la historia clínica electrónica.

Uruguay como fortaleza y en el contexto internacional se puede decir que ha transitado con éxito el primer trimestre de la crisis de salud COVID-19 en América del Sur.

Estos resultados son una demostración de una respuesta rápida y oportuna de la comunidad científica para aumentar la capacidad de pruebas, asimismo las pautas planteadas por las autoridades en salud pública y el soporte de la academia en la toma de decisiones junto con el Gobierno Nacional que entendemos han sido de capital importancia.

Con el fin de reorganizarse de manera óptima, y para asegurarse de que los pacientes no sufran la pérdida de oportunidades, las conclusiones y recomendaciones de las sociedades aprendidas serán de vital importancia, algunos ejemplos son:



- La anticipación de los picos de diagnóstico debido a la suspensión y reanudación de la detección;
- Priorizar los esfuerzos de reprogramación de operaciones.

Durante este período sensible, los equipos de los hospitales públicos tendrán que estar singularmente vigilantes en cuanto a la atención y el tratamiento de las poblaciones más vulnerables.



## **Bibliografía:**

- Badia JM, Rubio-Pérez I, Arias Díaz J, Guirao Garriga X, Serrablo A, Jover Navalón JM. Surgical protocol for confirmed or suspected cases of Ebola and other highly transmissible diseases. *Cir Esp.* 2016 Jan;94(1):11-5.
- Documentos de posicionamiento y recomendaciones de la AEC en relación con la cirugía y COVID19. Asociación Española de Cirugía: [https://www.aecirujanos.es/Documentos-de-posicionamiento-y-recomendaciones-de-la-AEC-en-relacion-con-la-cirurgia-y-COVID19\\_es\\_1\\_152.html](https://www.aecirujanos.es/Documentos-de-posicionamiento-y-recomendaciones-de-la-AEC-en-relacion-con-la-cirurgia-y-COVID19_es_1_152.html)
- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. Dirección General de salud pública, calidad e innovación. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Procedimiento de Actuación frente a casos de Infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2), actualizado a 11 de marzo de 2020.
- Gu J, Han B, Wang J. COVID-19: Gastrointestinal manifestations and potential fecal-oral transmission. *Gastroenterology.* 2020 Mar 3. pii: S0016-5085(20)30281-X. doi: 10.1053/j.gastro.2020.02.054.
- Guan W., Ni Z., Hu Y., Liang W., Ou C., He J., Liu L., Shan H., Lei C., Hui D.S.C., Du B., Li L., Zeng G., Yuen K.-Y., Chen R., Tang C., Wang T., Chen P., Xiang J., Li S., Wang Jin-lin, Liang Z., Peng Y., Wei L., Liu Y., Hu Ya-hua, Peng P., Wang J.-M., Liu J., Chen Z., Li G., Zheng Z., Qiu S., Luo J., Ye C., Zhu S. and Zhong N.. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *The new england journal of medicine* 2020 Feb, 10.1056/NEJMoa2002032
- Kwak HD, Kim SH, Seo YS, Song KJ. Detecting hepatitis B virus in surgical smoke emitted during laparoscopic surgery. *Occup Environ Med.* 2016 Dec;73(12):857-863.
- Li Y, Qin JJ, Wang Z, Yu Y, Wen YY, Chen XK, Liu WX, Li Y. Surgical treatment for esophageal cancer during the outbreak of COVID-19. *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi.* 2020 Feb 27;42(0):E003. doi: 10.3760/cma.j.cn112152-20200226-00128.



- Mazuski JE, Tessier JM, May AK, Sawyer RG, Nadler EP, Rosengart MR, Chang PK, O'Neill PJ, Mollen KP, Huston JM, Diaz JJ Jr, Prince JM. The Surgical Infection Society Revised Guidelines on the Management of Intra-Abdominal Infection. *Surg Infect (Larchmt)*. 2017 Jan;18(1):1-76.
- Park S.Y. et al. Post-exposure prophylaxis for Middle East respiratory syndrome in health-care workers. *Journal of Hospital Infection*, 2019-01-01, Vol. 101, 1: 42-46.
- Protocolo de utilización de Equipos de Protección. Hospital Universitario La Paz, Madrid  
Recomendaciones para equipos de salud: Argentina.gov.ar: <https://www.argentina.gov.ar/-coronavirus/equipos-salud>
- Sequence for putting on and removing Personal Protective Equipment (PPE) Centers for Disease Control (CDC) <https://www.cdc.gov/hai/prevent/ppe.html>
- Surgical Care and Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). American College of Surgeons <https://www.facs.org/about-acsc/covid-19/information-for-surgeons> • 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.
- Wang D.W, Hu B., Hu C., Zhu F., Liu X., Zhang J., Wang B., Xiang H., Cheng Z., Xiong Y., Zhao Y., Li Y., Wang X., Peng Z. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *Jama* 2020 Feb, doi:10.1001/jama.2020.1585



- Yu GY, Lou Z, Zhang W. Several suggestion of operation for colorectal cancer under the outbreak of Corona Virus Disease 19 in China. Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi. 2020 Feb 19;23(3):9-11.
- Zhe Xu, Lei Shi, Yijin Wang, Jiyuan Zhang, Lei Huang, Chao Zhang, Shuhong Liu, Peng Zhao, Hongxia Liu, Li Zhu, Yanhong Tai, Changqing Bai, Tingting Gao, Jinwen Song, Peng Xia, Jinghui Dong, Jingmin Zhao, Fu-Sheng Wang. Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome. Lancet Respir Med 2020 Feb; [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30076-X](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30076-X)