

Guía de abordaje y seguimiento

Consideraciones a tener en cuenta para la programación de cirugía en escenario de COVID-19

Equipo técnico SURA / Marzo 2022. V3

Los conceptos y recomendaciones establecidos en este documento pretenden orientar la gestión y el manejo de los pacientes con sospecha y diagnóstico de COVID-19 (Nuevo coronavirus) y los criterios para programación de cirugía en el escenario de la pandemia por COVID-19, sin embargo, todo paciente deberá tener un manejo individualizado de acuerdo con sus condiciones particulares.

Para la elaboración se consultaron fuentes bibliográficas confiables, con el objetivo de proveer información completa y generalmente acorde con los estándares aceptados en el momento de la edición. Dada la continua evolución de las tendencias médicas y normativas, en cualquier momento pueden sugerir cambios sobre el abordaje. Se aclara que el documento final es una adopción de las recomendaciones publicadas en el Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS COV-2 / COVID 19 en sensores de atención de la salud. Recomendaciones basadas en el consenso de expertos e informadas en la evidencia. Versión 4. Abril 2021.

PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES CON MAYOR RIESGO DE EXPOSICIÓN POR AEROSOLIZACIÓN DE PARTÍCULAS

A continuación se describen la clasificación de los procedimientos basada en la evidencia que soporta la capacidad de generación de aerosoles y la potencial transmisión de partículas dentro del quirófano.

a) Se consideran PGA (procedimientos generadores de aerosoles) con posible transmisión:

- Intubación endotraqueal y extubación.
- Ventilación manual antes de la intubación.
- Toracostomía a drenaje cerrado.
- Traqueostomía abierta o percutánea, cambio de cánula de traqueostomía.

b) Se consideran procedimientos potencialmente generadores de aerosoles:

- Succión antes y después de la intubación.
- Ventilación manual después de la intubación.
- Inserción de una sonda nasogástrica.
- Actividades en las que se desconecte el sistema ventilatorio.
- Todas las cirugías tanto laparoscópicas como abiertas, en especial si requieren el uso de electrocirugía (lo cual incluye el uso de electrobisturí)

DEFINICIÓN DEL GRADO DE PRIORIDAD QUIRÚRGICA:

- **Cirugía de emergencia:** escenario quirúrgico en el que el aplazamiento del procedimiento mayor de 1 hora puede comprometer los desenlaces clínicos del paciente, incluida su supervivencia
- **Cirugía urgente:** escenario quirúrgico en el que el aplazamiento del procedimiento más de 24-48 horas puede comprometer los desenlaces clínicos del paciente, incluida su supervivencia
- **Cirugía electivo-urgente:** escenario quirúrgico en el que el aplazamiento del procedimiento más de 14 días puede comprometer los desenlaces clínicos del paciente, incluida su supervivencia
- **Cirugía electiva esencial:** escenario quirúrgico que puede ser aplazado más de 14 días, pero cuyo aplazamiento indefinido (3-6 meses) puede comprometer los desenlaces clínicos del paciente, incluida su supervivencia
- **Cirugía electiva discrecional:** escenario quirúrgico en el que el aplazamiento indefinido (post pandemia) no compromete significativamente los desenlaces clínicos del paciente.

CRITERIOS QUE DEBEN GUIAR LA PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA ELECTIVA EN PACIENTES DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

Se recomienda el uso de la escala de estratificación **MeNTS (Medically-Necessary Time-Sensitive)**, creada específicamente para la toma de decisiones en la pandemia de COVID-19. La escala toma en cuenta tres categorías de factores relacionados con la prioridad de la patología que origina la indicación quirúrgica, la complejidad del procedimiento y el estado del paciente.

Una puntuación baja recomienda la realización de la cirugía, por el contrario, una puntuación elevada **mayor o igual a 57**, no recomienda la intervención durante la pandemia y debe reconsiderarse reprogramar en otro momento oportuno.

Factores asociados al procedimiento quirúrgico

PUNTAJE	1	2	3	4	5
Tiempo quirúrgico	<30 minutos	31-60 minutos	61-120 minutos	121-180 minutos	> 181 minutos
Tiempo de hospitalización promedio	Ambulatorio	<23 horas	24-48 horas	2 - 3 días	> 4 días
Necesidad de UCI postoperatoria	Poco probable	<5%	5-10%	11-25%	>25%
Pérdida sanguínea aproximada	<100 cc	100-250 cc	250-500 cc	500-750 cc	> 751 cc
Personas del equipo quirúrgico	1	2	3	4	>4
Necesidad de intubación	<1%	1-5%	6-10%	11-25%	>25%
Sitio quirúrgico	Ninguno de los siguientes	Cirugía Abdominopélvica/ mínimamente invasiva	Cirugía Abdominopélvica. Cirugía abierta, infraumbilical	Cirugía Abdominopélvica Cirugía abierta, supraumbilical	Cirugía de otorrinolaringología, Cabeza y Cuello Cirugía del tracto gastrointestinal superior Cirugía de tórax

Factores asociados a la enfermedad

PUNTAJE	1	2	3	4	5
Efectividad del manejo no quirúrgico	No disponibilidad	Disponible, <40% de efectividad	Disponible, 40-60% de efectividad	Disponible, 60-95% de efectividad	Disponible, 100% de efectividad
Disponibilidad del manejo no quirúrgico	No aplicable	Inferior al manejo quirúrgico	Equivalente al manejo quirúrgico	Posiblemente mejor que el manejo quirúrgico	Superior al manejo quirúrgico
Impacto en la enfermedad al retrasar la cirugía 2 semanas	Impacto significativamente negativo	Impacto negativo	Impacto moderadamente negativo	Impacto mínimamente negativo	No hay impacto negativo
Impacto en la dificultad quirúrgica de la enfermedad al retrasar la cirugía 2 semanas	Impacto significativamente negativo	Impacto negativo	Impacto moderadamente negativo	Impacto mínimamente negativo	No hay impacto negativo
Impacto en la enfermedad al retrasar la cirugía 6 semanas	Impacto significativamente negativo	Impacto negativo	Impacto moderadamente negativo	Impacto mínimamente negativo	No hay impacto negativo
Impacto en la dificultad quirúrgica de la enfermedad al retrasar la cirugía 6 semanas	Impacto significativamente negativo	Impacto negativo	Impacto moderadamente negativo	Impacto mínimamente negativo	No hay impacto negativo

Factores asociados al paciente

PUNTAJE	1	2	3	4	5
Edad	<20 años	21-40 años	41-50 años	51-65 años	>65 años
Enfermedad pulmonar (asma, epoc, fibrosis quística)	No presenta	No aplica	No aplica	Uso mínimo de inhaladores	Uso frecuente de inhaladores
Apnea obstructiva del sueño	No presenta	No aplica	No aplica	Leve a moderada, sin uso de CPAP	Uso de CPAP
Enfermedad cardiovascular (falta cardiaca, enfermedad coronaria)	No presenta	Mínima, sin medicamentos	Leve, 1 medicamento	Moderada, 2 medicamentos	Severa, 3 o más medicamentos
Diabetes	No presenta	No aplica	Leve, sin medicamentos	Moderada, solo medicamentos orales	Severa, uso de insulina
Inmunocompromiso	No presenta	No aplica	Leve	Moderado	Severo
Enfermedad similar a la influenza (fiebre, tos, odinofagia, poliartralgias y diarrea)	Asintomático	No aplica	No aplica	No aplica	Sintomático
Exposición a pacientes covid19 positivos en los últimos 14 días	No	Probablemente no	Posiblemente	Probablemente si	Si

Puntos de buena práctica:

Nuevo

- Se recomienda un aplazamiento de la cirugía electiva al menos de **7 semanas** contados desde el inicio de los síntomas o desde el diagnóstico por nexo epidemiológico en pacientes asintomáticos.
- Se recomienda indagar por el estado de inmunización completa contra COVID-19 preoperatoria, idealmente con dosis de refuerzo. La última dosis debe ser aplicada al menos 2 semanas antes de la cirugía. En caso que la persona no tenga esquema de vacunación o esté incompleto, se recomienda fomentar la aplicación del biológico.
- Implementar un cuestionario prequirúrgico de síntomas y riesgo epidemiológico de probable infección SARS-CoV2/COVID19 previo a la cirugía así: en el momento de la programación quirúrgica (teniendo que cuenta que deben haber pasado **10 días del inicio de síntomas** o del nexo epidemiológico en asintomáticos), 48 horas antes del procedimiento y el día del procedimiento.
- Se debe informar a las personas sobre los riesgos perioperatorios y sus implicaciones en caso de desarrollar COVID-19, así como la necesidad de incrementar las medidas de autocuidado durante 7 semanas previas al procedimiento y con rigurosidad los 10 días previos buscando que en el momento del procedimiento no se encuentre en período infectante.
- Cada persona debe ser valorada de forma individual, evaluando riesgo/beneficio de la postergación del procedimiento quirúrgico antes o después de las 7 semanas recomendadas. Ejemplo: en pacientes con COVID-19, se recomienda evaluar la necesidad de postergar la intervención aún más de 7 semanas; de acuerdo a criterio clínico.
- En pacientes con infección reciente o perioperatoria por SARS-CoV-2, se debe considerar evitar la anestesia general en favor de técnicas anestésicas locales o regionales.
- La tomografía axial computarizada (TAC) de tórax **NO** se recomienda previa a la realización de procedimientos dada su baja sensibilidad para el diagnóstico de COVID-19 en estados tempranos de la infección
- En los pacientes asintomáticos que requieren cirugías de emergencia, urgencia y electivas-urgentes **NO** es necesario el uso de pruebas diagnósticas para COVID-19 pues estas no intervienen en la decisión quirúrgica.
- Las pruebas de tamizaje con detección de anticuerpos (IgM/IgG) no se requieren previo a procedimientos quirúrgicos.
- Se debe disponer de cama en Unidad de Cuidados Intensivos para el período postoperatorio inmediato en los casos que se requiera.
- Los criterios para toma de muestra están definidos para las personas con síntomas clasificadas bajo el Modelo de prioridad de complicación: 1, 2 y 3. Para los demás incluyendo los asintomáticos, el diagnóstico se realiza por nexo epidemiológico.
- La tamización prequirúrgica para SARS-CoV-2/ COVID-19 (en los escenarios que está indicada), obedece a la necesidad de optimizar los desenlaces clínicos del paciente. pero no tiene ninguna implicación en definir un estándar de bioseguridad. **Una prueba negativa no implica un cambio en el estándar de uso de elementos de protección personal en el quirófano.**

La cuarentena perioperatoria ayuda a prevenir la propagación de la enfermedad que puede ocurrir antes de que una persona sepa que está enferma o si está infectada con el virus sin presentar síntomas. Las personas, que por criterio médico requieran cuarentena, deben quedarse en casa por el tiempo recomendado por su médico, separarse de los demás, higienizar frecuentemente sus manos, no recibir visitas o permanecer a mínimo 1,5 metros de distancia, y no compartir alimentos con los familiares que salgan de su casa o estén en contacto con estos, controlar su salud y seguir las instrucciones de su médico.

Durante el período prequirúrgico NO aplica incapacidad laboral.

***Cirugía mayor:** apertura de una de las principales cavidades del cuerpo: abdomen, tórax o cráneo, puede comprometer órganos vitales. Generalmente, la intervención se lleva a cabo con anestesia general en un quirófano y por parte de un equipo especializado de médicos. Por lo general, después de una cirugía mayor se requiere una estancia de una noche como mínimo

** Para consultar el índice de positiva en Colombia se debe consultar el siguiente enlace: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-positividad.aspx>

Referencias

1. El-Boghdadly K, Cook T, Goodacre T, Kua J, Denmark S, McNally S et al. Timing of elective surgery and risk assessment after SARS-CoV-2 infection: an update. *Anaesthesia*. 2022;.
2. Asociación Colombiana de infectología (ACIN). Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS COV-2 / COVID 19 en sensores de atención de la salud. Recomendaciones basadas en el consenso de expertos e informadas en la evidencia. Versión 4. Abril 2021. <http://revistainfectio.org/index.php/infectio/issue/view/110>
3. COVIDSurg Collaborative; GlobalSurg Collaborative. Timing of surgery following SARS-CoV-2 infection: an international prospective cohort study. *Anaesthesia*. Published online March 2021. doi:10.1111/anae.15458
4. Prachand VN, et al. Medically-Necessary, Time-Sensitive Procedures: A Scoring System to Ethically and Efficiently Manage Resource Scarcity and Provider Risk During the COVID-19 Pandemic, *Journal of the American College of Surgeons* (2020), Doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2020.04.011
5. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E. Pandemia por SARS-COV-2/COVID-19: consideraciones anestésicas para el manejo de pacientes sometidos a procedimientos electivos. 2020