

**RECOMENDACIONES GENERALES DE ATENCION DE LA PATOLOGIA QUIRURGICA
URGENTE EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 (SARS COV-2)**

- *Estas recomendaciones están sujetas a revisión continua, según la situación global de la pandemia y las necesidades particulares de cada hospital, así como a las recomendaciones de las autoridades competentes y de la evidencia/bibliografía que vaya surgiendo en este aspecto.*
- *Es importante destacar que la evidencia científica actual en este aspecto es ínfima y se basa principalmente en la extrapolación de otras infecciones víricas similares o en las recomendaciones llevadas a cabo por Organizaciones Científicas o reunión de expertos.*

1. ¿Qué importancia adquiere la patología quirúrgica urgente en esta situación?

La patología quirúrgica urgente adquiere un papel primordial en esta situación de pandemia que vivimos, ya que es la única que no puede ser demorada ni suspendida.

De esta forma, nuestro objetivo principal debe ir encaminado a preservar la actividad asistencial vital y a proteger al personal sanitario, sin olvidar la protección de nuestros pacientes implicados y el resto de ingresados / población general.

Como en otras circunstancias en las que los cirujanos han tenido que tratar a pacientes con enfermedades altamente transmisibles o con tasas de letalidad muy elevadas, la AEC, está de acuerdo en que el cirujano debe atender a todo paciente potencialmente quirúrgico. Para ello debe exigirse en cada centro la disponibilidad de equipos de protección individual (EPI) y mascarillas adecuadas (FFP2, FFP3).

2. ¿Cómo organizamos un Servicio de Urgencias quirúrgicas en el momento actual?

La asistencia quirúrgica urgente debe estar asegurada en todo momento, teniendo en cuenta las recomendaciones generales y de organización sugeridas por la AEC con una adaptación local coordinada con el dispositivo designado en cada centro para la gestión de la situación actual.

Debe minimizarse el número de profesionales necesarios para la cirugía en la medida que sea posible y maximizarse su grado de entrenamiento y/o experiencia.

3. ¿Qué sintomatología digestiva presentan los pacientes con COVID-19?

La afectación extra-respiratoria por COVID-19 es muy poco frecuente y suele restringirse a síntomas inespecíficos (náuseas, vómitos, molestias epigástricas...) y muy excepcionalmente hepatotoxicidad fundamentalmente por algunos de los tratamientos empleados.

Los síntomas digestivos, especialmente la diarrea (también náuseas) pueden preceder a la clínica respiratoria. Estos pacientes pueden tener un peor pronóstico ya que parece relacionado con un aumento de la carga viral y por tanto un aumento de las complicaciones.

Se han reportado formas de presentación del COVID con síntomas gastrointestinales que simulan enfermedades quirúrgicas, principalmente de una forma muy similar a un cuadro de pancreatitis aguda (pancreatitis-like) por lo que debe tenerse en consideración su detección en pacientes que se presenten con un cuadro de estas características, aún careciendo de sintomatología respiratoria.

4. ¿Se debe realizar test de detección de SARS-CoV-2 en todos los pacientes con patología quirúrgica urgente?

SE RECOMIENDA DETERMINAR STATUS COVID EN TODO PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO ACTUAL, INDEPENDIEMENTE DE SI PRESENTA O NO SINTOMATOLOGÍA DE COINFECCIÓN VIRAL. Esta recomendación incluye al paciente con urgencia quirúrgica como principal población diana.

Esta determinación comienza con una aproximación clínica investigando sintomatología respiratoria definida para SARS-CoV-2: fiebre, disnea, tos, anosmia, ageusia..., así como la consideración de parámetros analíticos sugestivos igualmente definidos: linfopenia, plaquetopenia, procalcitonina normal, PCR y ferritina altas, elevación dímero D o elevaciones enzimáticas (LDH, AST/ALT).

Aunque la investigación de esta clínica implica mayoritariamente al contacto inicial del paciente con el Servicio de Urgencias, los cirujanos debemos estrictamente comprobar que esta información ha sido recogida y, en caso contrario, obtenerla apropiadamente en el primer contacto con el potencial paciente con urgencia quirúrgica.

5. ¿Qué test debemos realizar en pacientes con patología quirúrgica urgente?

Para la determinación del status COVID, independientemente o de forma simultánea al proceso diagnóstico de la patología quirúrgica urgente, se recomienda la realización del test de cribado. Lo ideal es disponer de los test rápidos que nos darán el resultado en apenas 10 – 15 minutos, tiempo que puede ser demorado en todas las situaciones. El problema comunicado para estos tests es su baja sensibilidad y su disponibilidad. El cribado habitual mediante PCR para RNA del SARS-CoV-2 se demora 6-8 horas, debiendo entonces tomarse la decisión de esperar el resultado o intervenir sin él dependiendo del carácter tiempo-dependiente (y, por tanto, la imposibilidad de demorar) de la patología. Especialmente en este último caso, aunque se recomienda su aplicación universal, se sugieren los siguientes complementos diagnósticos:

- Radiografía de tórax: Fácil y rápida de realizar, aconsejándose en todos los pacientes. **Debe tenerse en cuenta la posibilidad de un falso negativo especialmente en los primeros días de infección viral.**
- Tomografía de tórax: Hoy día, numerosas urgencias quirúrgicas abdominales exigen TAC abdominal diagnóstico. Con la evidencia actual de la precocidad y la alta sensibilidad del TAC de tórax como método diagnóstico de la afectación por SARS-CoV-2 se recomienda que en todos los pacientes que se vayan a someter a una tomografía de abdomen se extienda el examen a la cavidad torácica. **En aquellos casos en los que el diagnóstico se haya realizado únicamente con Ecografía y no pueda demorarse la cirugía en espera del test debe realizarse un TAC torácico independientemente de la semiología de coinfección viral, limitando su realización únicamente a casos con sospecha clínica exclusivamente en pacientes de extrema urgencia.**
- POCUS (Point-of-Care Ultrasound): El examen ecográfico portátil se ha demostrado igualmente efectivo en el diagnóstico de la afectación pulmonar por SARS-CoV-2 y evita el traslado del paciente, aunque requiere formación específica y personal entrenado con experiencia. Se considera patológico la existencia de al menos 3 líneas B en 2 espacios intercostales contiguos. En aquellos centros con facultativos cualificados deben considerarse estrechamente sus posibilidades diagnósticas.

6. ¿Qué medidas debemos tomar en caso de intervenir de forma urgente a un paciente COVID-19 positivo confirmado o con sospecha clínica?

Seguir las recomendaciones generales emitidas por la AEC en caso de intervención quirúrgica en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2 (https://www.aecirujanos.es/files/noticias/152/documentos/dossier_v_1_8.pdf)

Estructuralmente se recomienda a los centros disponer de un quirófano específico sólo para pacientes COVID +, en el cual deben intervenir también pacientes con alta sospecha clínica o radiológica de coinfección viral con patología tiempo-dependiente que imposibilite esperar el resultado del test. No obstante, se recomienda contar con las medidas de protección específica (EPI + mascarillas FFP2/3) en todas las intervenciones quirúrgicas urgentes independientemente del status COVID del paciente.

Se recomienda minimizar el personal, demorar la entrada del equipo quirúrgico (cirujano, ayudante/s, instrumentista) hasta el inicio del procedimiento e indicar su salida antes de la extubación.

7. ¿Debemos cambiar las indicaciones quirúrgicas de la patología quirúrgica urgente en esta situación?

Existe una gran controversia en cuanto a las respuestas que pueden emitirse a este respecto. Algunas publicaciones están informando de una mayor tasa de expresividad de cuadros virales con mal pronóstico en cursos postoperatorios, así como de una mayor tasa de complicaciones. Esto, unido a la presión asistencial de algunos centros en relación con la pandemia, ha llevado a la propuesta de cambiar determinadas indicaciones quirúrgicas habituales por opciones de manejo conservador (tratamiento antibiótico en apendicitis no complicada, tratamiento conservador de la colecistitis...). En contraposición, existe el temor de que una evolución no satisfactoria determine un cuadro más grave que acapare más necesidades de atención de las que no disponemos, mientras una cirugía resolutoria determina con una elevada probabilidad un alta precoz. En este contexto, se recomienda de forma general **CONSIDERAR LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO CONSERVADOR DE ALGUNAS PATOLOGÍAS DE ACUERDO AL STATUS GENERAL Y COVID DEL PACIENTE Y AL PROPIO ÁMBITO ASISTENCIAL**. Cada decisión de intervenir debe ser individualizada y deberá basarse en un diagnóstico de certeza.

En aquellos pacientes con sospecha o confirmación de infección por SARS-CoV-2 concomitante, la consideración de la necesidad de intervención debe ser especialmente rigurosa ante los datos anteriormente reseñados, y deberá incluir en el balance el grado de afectación clínica por la infección.

En cualquier caso es recomendable que en cada centro se sigan las mismas políticas de indicación en todos los equipos encargados de la urgencia quirúrgica.

En el contexto de pandemia y de acuerdo a los informes actuales y a las previsiones generales de ocupación SE RECOMIENDA EVALUACIÓN ESPECÍFICA, PORMENORIZADA E INDIVIDUALIZADA DE PACIENTES LÍMITE, CIMENTANDO DECISIONES TERAPÉUTICAS DE ESTOS PACIENTES SOBRE UN SOPORTE MULTIDISCIPLINAR (ANESTESIA/UCI). Para ello deberán tomarse en consideración aspectos clínicos del cuadro agudo, previsión en cuanto a necesidades de atención, estado general previo y actual y presión ocupacional del centro (ver escala propuesta por la Asociación definiendo distintas fases de la pandemia).

8. ¿Debemos modificar nuestra técnica quirúrgica en caso de una intervención quirúrgica urgente?

De forma general, no debemos modificar nuestra técnica quirúrgica, pero podemos tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Vía de abordaje: Actualmente alguna evidencia se ha publicado respecto a la contaminación viral y la exposición del personal que se produce durante el acto laparoscópico a través de los aerosoles

generados. Sin embargo, en contraposición existe información relacionada con el empleo del electrocauterio y la aerosolización en procedimientos gastrointestinales realizados por abierto, así como un mayor contacto con los guantes quirúrgicos que podrían generar microroturas sobre los mecanismos de barrera. Por otra parte además es bien conocida la repercusión en cuanto a estancia postoperatoria relacionada con el abordaje laparoscópico, elemento a tener especialmente en cuenta en esta época de ocupación masiva. De esta forma, las recomendaciones generales son de **SOPESAR ESPECÍFICAMENTE PARÁMETROS DE RIESGO/BENEFICIO EN RELACIÓN AL EMPLEO DEL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN EL PACIENTE CON URGENCIA QUIRÚRGICA Y COINFECCIÓN POR SARS-CoV-2**. En caso de optar por la vía laparoscópica, debe cumplirse estrictamente el procedimiento de protección individual, deben emplearse dispositivos para filtrar CO2 liberado, se debe trabajar a la menor presión de neumo posible siempre y cuando no comprometa la exposición del campo quirúrgico, debe evitarse el Trendelenburg prolongado para evitar los efectos deletéreos sobre la función cardiopulmonar del paciente COVID, debe limitarse la acción de las fuentes de energía de forma continua sobre determinadas zonas, **debe intentar minimizarse el recambio de instrumental quirúrgico** y debe aspirarse exhaustivamente la insuflación antes de la retirada de trócares (evitando el hacerlo a su través). Nos remitimos de nuevo a las recomendaciones emitidas por la sociedad

https://www.aecirujanos.es/files/noticias/152/documentos/dossier_v_1_8.pdf.

- Técnica quirúrgica: Si bien constituye un principio general de la Cirugía de Urgencias el realizar **EL MAYOR BENEFICIO POSIBLE CON EL MENOR GESTO QUIRÚRGICO Y CONTEMPLAR AQUEL QUE ORIGINE UNA MENOR PROBABILIDAD DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS**, se recomienda su estricto cumplimiento en la coyuntura actual. **Debe contemplarse el factor tiempo en las decisiones para minimizar la ventilación y la exposición y especialmente en caso de empleo del EPI**. A pesar de existir publicaciones que avalan un mayor poder de transmisión viral con la confección de ostomías, relacionado con la permanencia en heces del virus, en la situación actual debe primar el evitar las complicaciones mayores y el consumo de recursos especialmente de Cuidados Intensivos o Salas de Reanimación, de tal forma que se recomienda minimizar aquellas anastomosis consideradas de alto riesgo.

- La cirugía debe ser realizada por el MENOR NÚMERO DE PERSONAS POSIBLE para llevar a cabo la cirugía de forma segura y rápida, así como liderada por el cirujano que tenga más experiencia en ese momento con el objeto de minimizar riesgos, complicaciones y el tiempo de exposición en el quirófano.

9. ¿Qué implicaciones postoperatorias tiene el SARS-CoV-2?

El paciente confirmado o altamente sospechoso debe ser evaluado de forma postoperatoria por un único profesional, tomando las medidas oportunas en cada momento.

No existe una clara evidencia, pero parece que las complicaciones postoperatorias son mayores en este tipo de pacientes, en la mayoría de los casos asociado de forma preferente a la infección respiratoria.

10. ¿Qué consideraciones deben plantearse en la atención del politraumatizado en la situación actual de pandemia por SARS-CoV-2?

-La recepción del politraumatizado debe realizarse en un módulo específico, destinado a tal efecto, con las medidas de higiene dictaminadas y las de protección individual del equipo de trauma.

-Debido al contexto epidemiológico, debe considerarse a todo paciente politraumatizado como potencialmente infectado y por tanto extremar las medidas de protección individual: BATAS IMPERMEABLES, GAFAS, CALZAS IMPERMEABLES Y GUANTES que se mantendrán durante toda la atención del paciente: traslado al TC, a Radiología Vasculat, quirófano o UCI. **En caso de indicarse procedimientos con potencial de aerosolización como la colocación de tubos torácicos la protección debe elevarse hasta el empleo de EPI.**

-Debe minimizarse el personal componente del equipo de trauma destinado a la atención inicial en la actual situación.