

RECOMENDAÇÕES GERAIS DE CUIDADOS DA PATOLOGIA CIRÚRGICA URGENTE NO CONTEXTO DA PANDÊMICA COVID-19 (SARS COV-2)

Essas recomendações estão sujeitas a revisão contínua, dependendo da situação global da pandemia e das necessidades específicas de cada hospital, bem como das recomendações das autoridades competentes e das evidências / bibliografia que possam surgir a esse respeito.

É importante destacar que as evidências científicas atuais a esse respeito são mínimas e se baseiam principalmente na extrapolação de outras infecções virais similares ou nas recomendações realizadas por organizações científicas ou reuniões de especialistas.

1. Qual a importância da patologia cirúrgica urgente nessa situação?

A patologia cirúrgica urgente adquire um papel primário nessa situação de pandemia que estamos enfrentando, pois é a única que não pode ser adiada ou suspensa.

Dessa forma, nosso principal objetivo deve ter como objetivo preservar a atividade vital de saúde e proteger o pessoal da área de saúde, sem esquecer a proteção de nossos pacientes envolvidos e do restante da população hospitalizada / geral.

Como em outras circunstâncias em que os cirurgiões tiveram que tratar pacientes com doenças altamente transmissíveis ou com taxas de mortalidade muito altas, a AEC concorda que o cirurgião deve atender a todos os pacientes potencialmente cirúrgicos. Para isso, a disponibilidade de equipamento de proteção individual (EPI) e máscaras adequadas (FFP2, FFP3) deve ser necessária em cada centro.

2. Como organizamos um serviço de emergência cirúrgica no momento?

A assistência cirúrgica urgente deve ser garantida em todos os momentos, levando em consideração as recomendações gerais e organizacionais sugeridas pelo ACS com adaptação local coordenada com o dispositivo designado em cada centro para gerenciar a situação atual.

O número de profissionais necessários para a cirurgia deve ser minimizado o máximo possível e o grau de treinamento e / ou experiência deve ser maximizado.

3. Quais sintomas digestivos os pacientes com COVID-19 apresentam?

O envolvimento extra-respiratório por COVID-19 é muito raro e geralmente restrito a sintomas inespecíficos (náusea, vômito, desconforto epigástrico ...) e hepatotoxicidade excepcionalmente causada principalmente por alguns dos tratamentos utilizados.

Sintomas digestivos, especialmente diarreia (também náusea), podem preceder a clínica respiratória. Esses pacientes podem ter um prognóstico pior, pois parece estar relacionado a um aumento da carga viral e, portanto, a um aumento de complicações

Foram relatadas formas de apresentação de COVID com sintomas gastrointestinais que simulam doenças cirúrgicas, principalmente de maneira muito semelhante a um quadro de pancreatite aguda (semelhante à pancreatite), portanto sua detecção deve ser considerada em pacientes que apresentam uma imagem dessas características, mesmo sem sintomas respiratórios.

4. Um teste de detecção de SARS-CoV-2 deve ser realizado em todos os pacientes com patologia cirúrgica urgente?

A triagem pré-operatória não é indicada em todos os pacientes com patologia cirúrgica urgente, mas em uma situação ideal com disponibilidade suficiente de meios e recursos, seria altamente recomendável.

Deve ser feito sistematicamente em todos os pacientes suspeitos de COVID-19 que apresentam sintomas respiratórios, febre, dispnéia, alterações radiológicas na radiografia de tórax e sinais recentemente relatados na literatura como características precoces, como anosmia e ageusia.

Embora a investigação desta clínica envolva principalmente o contato inicial do paciente com o Departamento de Emergência, os cirurgiões devem verificar rigorosamente se essas informações foram coleta e, caso contrário, obtenha-a adequadamente no primeiro contato com o paciente em potencial com urgência cirúrgica.

5. Que teste devemos realizar em pacientes com patologia cirúrgica urgente?

O ideal é fazer os testes rápidos que nos darão o resultado em apenas 10 a 15 minutos, tempo que pode ser atrasado em todas as situações.

Se esse teste não estiver disponível, uma triagem normal deve ser realizada, cujo resultado leva de 6 a 8 horas. Nesse momento, deve-se tomar a decisão de aguardar o resultado ou intervir sem ele, dependendo da natureza dependente do tempo (e, portanto, da impossibilidade de atrasar) da patologia. Especialmente neste último caso, embora sua aplicação universal seja recomendada, os seguintes acessórios de diagnóstico são sugeridos:

- *Radiografia de tórax*: fácil e rápida, aconselhando todos os pacientes, mesmo com pouca suspeita de COVID-19, pois a existência de alterações nela nos forçaria a considerar a realização de um teste para SARS-CoV-2.

- *Tomografia de tórax*: Hoje, muitas emergências cirúrgicas abdominais requerem TC abdominal de diagnóstico. Com as evidências atuais da precocidade e alta sensibilidade da tomografia computadorizada do tórax como método diagnóstico de envolvimento da SARS-CoV-2, recomenda-se que em todos os pacientes submetidos à tomografia abdominal, o exame seja estendido a cavidade torácica. A tomografia de tórax sistemática pode ser uma opção nos casos em que a cirurgia não pode ser adiada nos casos com alta probabilidade de infecção.

- *POCUS (Ultrassom no local de atendimento)*: o exame de ultrassom portátil demonstrou ser igualmente eficaz no diagnóstico de envolvimento pulmonar pelo SARS-CoV-2 e evita a transferência de pacientes, embora exija treinamento específico e pessoal treinado experiente. A existência de pelo menos 3 linhas B em 2 espaços intercostais contíguos é considerada patológica. Nos centros com médicos qualificados, suas possibilidades de diagnóstico devem ser cuidadosamente consideradas.

6. Que medidas devemos tomar em caso de intervenção urgente em um paciente positivo confirmado ou clinicamente suspeito com COVID-19?

Siga as recomendações gerais emitidas pela AEC em caso de intervenção cirúrgica no contexto da pandemia atual (https://www.aecirujanos.es/files/noticias/152/documentos/Recomendes_aciones_caso_cirurgia.pdf).

Estruturalmente, recomenda-se aos centros ter uma sala de operações específica apenas para pacientes com COVID +, e é necessário ter medidas de proteção específicas (EPI, limpeza imediata adequada ...).

No caso de um paciente suspeito, mas com patologia dependente do tempo e na ausência de testes rápidos, as recomendações devem ser seguidas, considerando-o positivo.

O contato com aerossóis deve ser evitado, tanto quanto possível, dada a possibilidade de contágio, portanto, as seguintes precauções devem ser tomadas:

- Minimize a equipe na sala de operações.
- Evite intubação orotraqueal / anestesia geral na medida do possível quanto possível.
- A equipe cirúrgica (cirurgião, assistente / s, instrumentista) não deve entrar na sala de cirurgia até que o paciente não esteja mais intubado.
- Recomenda-se o uso de óculos de proteção e máscara FFP2 em pacientes COVID negativos.

7. Devemos alterar as indicações cirúrgicas para patologia cirúrgica urgente nesta situação?

Há grande controvérsia quanto às respostas que podem ser feitas nesse sentido. Algumas publicações com muito poucos casos relataram uma maior taxa de expressividade dos quadros virais com um prognóstico ruim nos pós-operatórios, além de uma maior taxa de complicações. Isso, juntamente com a pressão de assistência médica de alguns centros em relação à pandemia, levou à proposta de alterar certas indicações cirúrgicas comuns para opções de tratamento conservador (tratamento com antibióticos em apendicite descomplicada, tratamento conservador de colecistite ...). Por outro lado, existe o medo de que uma evolução insatisfatória determinar uma condição

mais séria que englobe mais necessidades de cuidados do que as que não possuímos, enquanto a cirurgia decisiva determina com alta probabilidade uma alta precoce. Nesse contexto, geralmente é recomendável NÃO ALTERAR AS INDICAÇÕES CIRÚRGICAS

USUAIS, a menos que o contexto da pressão da assistência médica o determine. De acordo com as observações e a evolução dos próximos dias, e verificando se há realmente uma diminuição na urgência cirúrgica geral, como foi observado em centros com alto padrão de apresentação, será considerada uma revisão dessas recomendações.

Cada decisão deve ser individualizada e deve ser baseada em um determinado diagnóstico.

Nos pacientes com suspeita ou confirmação de infecção concomitante por SARS-CoV-2, a consideração da necessidade de intervenção deve ser especialmente rigorosa à luz dos dados relatados anteriormente e deve incluir na balança o grau de envolvimento clínico da infecção.

Em qualquer caso, recomenda-se que as mesmas políticas de indicação sejam seguidas em cada centro em todas as equipes responsáveis pela urgência cirúrgica.

8. Devemos modificar nossa técnica cirúrgica em caso de intervenção cirúrgica urgente?

Em geral, não devemos modificar nossa técnica cirúrgica, mas podemos levar em consideração as seguintes recomendações:

- *Via de abordagem*: Atualmente, algumas evidências foram publicadas sobre contaminação viral e exposição de pessoal que ocorrem durante o ato laparoscópico através dos aerossóis gerados. No entanto, ao contrário, existem informações relacionadas ao uso de eletrocautério e aerossolização em procedimentos gastrointestinais abertos, além de maior contato com luvas cirúrgicas que podem gerar micro-rupturas nos mecanismos de barreira. Por outro lado, a repercussão em termos de permanência pós-operatória relacionada à abordagem laparoscópica é bem conhecida, um elemento a ser especialmente levado em consideração nesse período de ocupação em massa. Assim, as recomendações gerais são para **PARAMETROS DE PESO ESPECIFICAMENTE RISCO / BENEFÍCIO EM RELAÇÃO AO USO DA ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA NO PACIENTE COM EMERGÊNCIA CIRÚRGICA E COINFECÇÃO POR SARS-CoV-2**. No caso de optar pela abordagem laparoscópica, o procedimento de proteção individual deve ser rigorosamente seguido, os dispositivos devem ser usados para filtrar o CO₂ liberado, o trabalho deve ser realizado com a menor pressão pneumática possível, desde que não comprometa a exposição do campo cirúrgico. deve evitar Trendelenburg prolongado para evitar os efeitos deletérios na função cardiopulmonar do paciente COVID, a ação das fontes de energia deve ser limitada continuamente em determinadas áreas e a insuflação deve ser aspirada exaustivamente antes da remoção do trocarte, evitando fazê-lo através dele. Nos referimos novamente às recomendações emitidas no documento geral emitido pela empresa (https://www.aecirujanos.es/files/noticias/152/documentos/Recomendaciones_caso_cirugia.pdf).

- Técnica cirúrgica: Embora seja um princípio geral da cirurgia de emergência realizar o MAIOR BENEFÍCIO POSSÍVEL COM O GESTO CIRÚRGICO MAIS BAIXO E CONTEMPLAR OS QUE CAUSAM MENOS PROBABILIDADE DE COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS, recomenda-se sua estrita conformidade no momento atual. Apesar da existência de publicações que apóiam maior poder de transmissão viral com o preparo de ostomias, relacionadas à permanência do vírus nas fezes, na situação atual, deve-se evitar a ocorrência de complicações maiores e o consumo de recursos, principalmente em terapia intensiva ou enfermarias. Ressuscitação, de modo que seja recomendado minimizar as anastomoses consideradas de alto risco.
- A cirurgia deve ser realizada pelo MENOR NÚMERO DE PESSOAS POSSÍVEIS para realizar a cirurgia com segurança e rapidez, bem como liderada pelo cirurgião que tem mais experiência na época, a fim de minimizar riscos, complicações e o tempo de exposição na sala de operações.

9. Quais são as implicações pós-operatórias do SARS-CoV-2?

O paciente confirmado ou altamente suspeito deve ser avaliado no pós-operatório por um único profissional, tomando as medidas adequadas o tempo todo.

Não há evidências claras, mas parece que as complicações pós-operatórias são maiores nesse tipo de paciente, na maioria dos casos associados preferencialmente à infecção respiratória.

10. Que considerações devem ser levantadas no atendimento aos multi-traumatizados na atual situação de pandemia por SARS-CoV-2?

De acordo com as recomendações gerais já emitidas pela Empresa, o acolhimento da pessoa multitraumatizada deve ser realizado em um módulo específico, projetado para esse fim, com as medidas de higiene estabelecidas e as medidas de proteção individual para a equipe de trauma (https://www.aecirujanos.es/files/noticias/152/documentos/Recomendamos_acciones_paciente_politrauma.pdf).

Devido ao contexto epidemiológico, todos os pacientes politraumatizados devem ser considerados potencialmente infectados e, portanto, devem ser tomadas medidas extremas de proteção individual: CASACOS IMPERMEÁVEIS, VIDROS, SAPATOS IMPERMEÁVEIS E LUVAS que serão mantidos durante todo o cuidado do paciente: transferência para CT, raios de Vascular, sala de cirurgia ou UTI.

O pessoal da equipe de trauma designado para o atendimento inicial na situação atual deve ser minimizado.