



# Recomendaciones para el reinicio de la actividad quirúrgica programada



GRUPO DE TRABAJO COVID SEDAR

MARZO, 2021

# Recomendaciones reinicio actividad quirúrgica programada

## ÍNDICE

1. CONSIDERACIONES PREVIAS .....	2
2. ESCALA DINÁMICA DE ESCENARIOS DE ALERTA .....	2
3. RECOMENDACIONES PARA LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA PROGRAMADA DURANTE LAS DISTINTAS FASES DE LA PANDEMIA .....	3
3. ESTRATIFICACIÓN PARA LA PRIORIZACIÓN DE CIRUGÍAS ELECTIVAS .....	3
5.- CRIBADO DE COVID EN EL PREOPERATORIO DE CIRUGÍA ELECTIVA .....	7
6.- PROGRAMACIÓN DE PACIENTES CON INFECCIÓN PASADA .....	8
7.- PROGRAMACIÓN DE PACIENTES VACUNADOS .....	9
7.1. PRECAUCIONES EN QUIRÓFANO .....	9
7.2. UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN, URPA Y UNIDADES DE CRÍTICOS POSTOPERATORIOS ...	10
8. BIBLIOGRAFÍA .....	10

# Recomendaciones reinicio actividad quirúrgica programada

## 1. CONSIDERACIONES PREVIAS

A pesar de que existe muy poca evidencia científica sobre el manejo de pacientes para cirugía programada en situación de pandemia, se considera que:

- El retraso de la cirugía condiciona el pronóstico de determinadas patologías.
- Existe un aumento de la morbilidad perioperatoria de los pacientes infectados.
- Es necesario tener en cuenta la disponibilidad de recursos para la creación y mantenimiento de circuitos completamente libres de COVID-19, que incluye accesos, ascensores, unidades de reanimación, áreas de hospitalización y consultas.
- Es de utilidad la aplicación dinámica de escenarios de alerta propuesta por la Asociación Española de Cirujanos (AEC) en función de la ocupación de recursos asistenciales para la toma de decisión de qué tipo de cirugías programar, de forma que cada Hospital debería desarrollar un Plan de desescalada específico hacia la recuperación de la actividad electiva.
- La ocupación por enfermos COVID debería estar como máximo en torno al 5% para poder recuperar toda la actividad electiva.
- Es importante evaluar de forma continua las condiciones epidemiológicas de la población donde se encuentra el centro hospitalario y, por tanto, el riesgo de infección de pacientes y profesionales.

## 2. ESCALA DINÁMICA DE ESCENARIOS DE ALERTA

Dado que la pandemia no ha afectado igual a todos los hospitales, se ha creado una escala en la que se contemplan 5 escenarios diferentes con el objetivo de ordenar las recomendaciones relativas a las cirugías electivas y urgentes, teniendo en cuenta el porcentaje de pacientes hospitalizados en planta y en las Unidades de Cuidados Intensivos de pacientes COVID-19 en relación con el número de camas hospitalarias y los recursos disponibles. Ha sido validada a nivel nacional por la AEC e internacional por la European Association for Endoscopic Surgery (EAES) (Tabla 1).

Escenarios/Fases	I (casi normal)	II (Alerta Leve)	III (Alerta Media)	IV (Alerta Alta)	V (Emergencia)
% de pacientes COVID hospitalizados y en UCI	<5%	5-25%	25-50%	50-75%	>75%
Triage en urgencias	No	Sí (en función si desescalada - no haría falta en fase II- o escalada) (pacientes con síntomas respiratorios vs otros)			
Recursos	No impacto	No impacto pero recursos reservados dada la alerta de la pandemia	Impacto en recursos con plantas de hospitalización y camas de UCI reservadas para la pandemia	Impacto en recursos y en profesionales de la salud	Impacto significativo con camas limitadas de UCI y de recursos de soporte ventilatorio
Actividad quirúrgica	Normal	Urgencias Oncológicos (si la escalada es ascendente, considerar acciones de la fase III) Benignos preferentes (solo considerar si nos encontramos en fase de desescalada)	Urgencias Oncológicos (-No cirugía en <3 meses compromete supervivencia -No opción a neoadyuvancia como alternativa -No necesidad de estancia prolongada en UCI)	Urgencias	Urgencias no diferibles y tras un triaje preoperatorio basado en el comité de ética

Tabla 1.- Propuesta de realización de la actividad quirúrgica en función de la ocupación hospitalaria.

# Recomendaciones reinicio actividad quirúrgica programada

## 3. RECOMENDACIONES PARA LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA PROGRAMADA DURANTE LAS DISTINTAS FASES DE LA PANDEMIA

Dado que la ocupación hospitalaria es cambiante, se recomienda la **creación de un comité multidisciplinar** para la evaluación diaria de la programación quirúrgica, comprobando la idoneidad de la indicación de cada caso y la disponibilidad de recursos materiales y humanos.

La prioridad es establecer **circuitos no COVID diferenciados**, que se irán adaptando según las características de cada hospital y la fase en la que se encuentre. Se trata de crear espacios físicos independientes y áreas de hospitalización y consultas externas específicas.

En cuanto a las consultas externas, se recomiendan agendas mixtas de consulta presencial y telemática, con un porcentaje de pacientes en cada una de ellas que variará en función de la situación hospitalaria tanto a nivel de hospitalización como de recursos humanos.

Es importante realizar un **despistaje de COVID con criterios clínicos y epidemiológicos antes de la consulta presencial**. Si el despistaje sugiere sospecha de infección, se pospondrá la consulta presencial y se derivará al paciente al circuito habilitado para el diagnóstico de COVID. Si el despistaje no sugiere sospecha, se procederá a la consulta presencial, manteniendo las medidas de seguridad: distancia, minimizar el tiempo de espera, uso de mascarilla tanto el paciente como los profesionales y lavado de manos.

Se recomienda **evaluar el soporte sociofamiliar al alta** para favorecer la disminución de la estancia hospitalaria a la mínima imprescindible.

Recomendamos añadir un **anexo en los diferentes documentos de Consentimiento Informado de los procedimientos quirúrgicos**, que debe informar al paciente de la posibilidad de riesgo aumentado de transmisión o complicaciones asociadas a la infección por coronavirus en función de la complejidad del procedimiento, características del paciente y escenario de complejidad donde se le atiende, así como de los riesgos que conlleve la demora de la intervención quirúrgica propuesta.

## 3. ESTRATIFICACIÓN PARA LA PRIORIZACIÓN DE CIRUGÍAS ELECTIVAS

En aquellos centros que se encuentren en fases II-III recomendamos implementar el uso de **herramientas objetivas** que permitan realizar tanto una priorización de procedimientos electivos como una selección de pacientes. Según la **escala propuesta por el American College of Surgeons** se puede afirmar que existen tres categorías de factores que determinan la idoneidad de una intervención en un paciente concreto. En general, a menor puntuación, más recomendable es la cirugía. En nuestro medio se ha propuesto el **punto de corte de 60 puntos** para reconsiderar la idoneidad del procedimiento, priorizando los pacientes oncológicos:

1. Relacionados con la patología que motiva la indicación (tabla 2.A)
2. Relacionados con el procedimiento (tabla 2.B)
3. Relacionados con el estado del paciente (tabla 2.C)

# Recomendaciones reinicio actividad quirúrgica programada

	1	2	3	4	5
Efectividad del tratamiento conservador	No existe/ No disponible	Eficacia <40% de la proporciona la cirugía	Eficacia 40-60% de la proporciona la cirugía	Eficacia 60-95% de la proporciona la cirugía	Eficacia completamente equivalente a la cirugía
Impacto de una demora de 2 semanas sobre la enfermedad	Empeoramiento muy grave	Empeoramiento significativo	Empeoramiento moderado	Empeoramiento leve	No empeoramiento
Impacto de una demora de 6 semanas sobre la enfermedad	Empeoramiento muy grave	Empeoramiento significativo	Empeoramiento moderado	Empeoramiento leve	No empeoramiento

Tabla 2.A.- Factores dependientes del proceso de base para la priorización de la cirugía

# Recomendaciones reinicio actividad quirúrgica programada

	1	2	3	4	5
Tiempo quirúrgico (min)	<30	30-60	60-120	120-180	>180
Estancia media	Cirugía menor/CMA	< 24h	24-48h	3 días	>4 días
Probabilidad de necesidad de UCI	Improbable	<5%	5-10%	10-25%	> 25%
Pérdidas hemáticas	<100cc	100-250cc	250-500cc	500-750cc	>750cc
Miembros equipo quirúrgico	1	2	3	4	>4
Localización	Ninguno de los siguientes	Abdomen superior e inferior por laparoscopia	Abdomen inferior vía abierta	Abdomen superior vía abierta	Cabeza y cuello, Tórax, Esófago-gástrica compleja

Tabla 2.B.- Factores dependientes del procedimiento para la priorización de la cirugía.

# Recomendaciones reinicio actividad quirúrgica programada

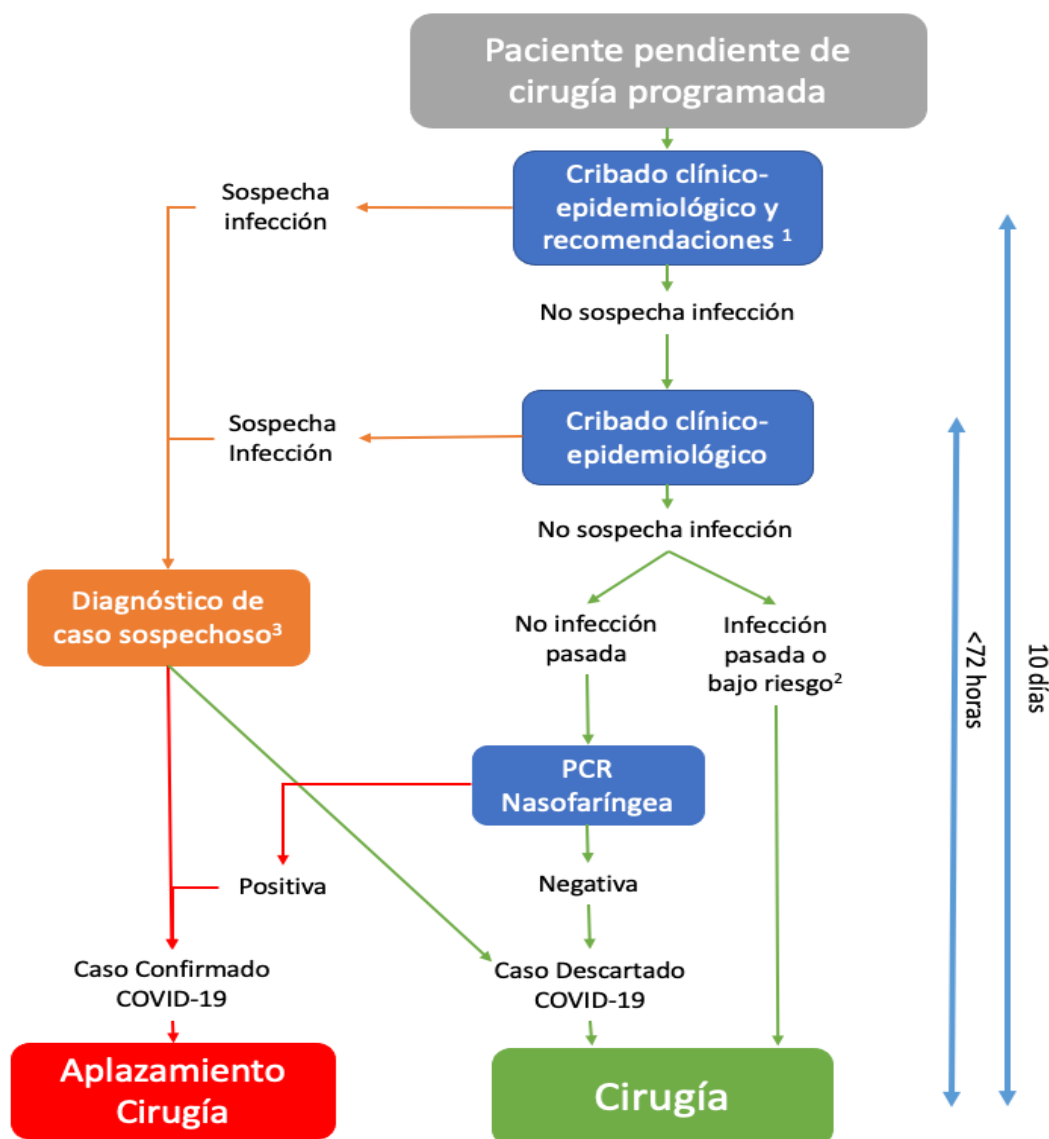
	1	2	3	4	5
Edad	<20 años	20-40 años	40-50 años	50-65 años	>65 años
Neumopatía crónica (EPOC, asma, fibrosis quística)	No			Tratamiento a demanda	Tratamiento habitual
SAOS	No			Sin tratamiento	CPAP
Enfermedad cardiovascular	No		1 fármaco	2 fármacos	3 fármacos
IMC	<25 Kg/m <sup>2</sup>			25-30 Kg/m <sup>2</sup>	>30 Kg/m <sup>2</sup>
Diabetes mellitus tipo 2	No		Sin medicación	A.D.O.	+ Insulina
Inmunosupresión*	No			Moderada	Severa
Síndrome gripal	No				Sí
Contacto con COVID-19 en los últimos 15 días	No		No lo sabe		Sí

Tabla 2.C.- Factores dependientes del estado del paciente para la priorización de la cirugía.

# Recomendaciones reinicio actividad quirúrgica programada

## 5.- CRIBADO DE COVID EN EL PREOPERATORIO DE CIRUGÍA ELECTIVA

Siguiendo las recomendaciones recogidas en la versión del 16 de noviembre de 2020 del Documento Técnico multidisciplinar, proponemos el siguiente algoritmo:



<sup>1</sup> Realizar aproximadamente 10 días previo a la cirugía. Recomendar distanciamiento físico y medidas de protección. Valorar omitir si epidemiología favorable, escenario de alerta I, paciente de riesgo intermedio y cirugía de bajo riesgo.

<sup>2</sup> Omitir PCR si Infección por SARS-CoV-2 pasada en los últimos 3 meses o epidemiología favorable, escenario I de alerta, paciente de riesgo intermedio y cirugía de riesgo intermedio o bajo.

<sup>3</sup> Diagnóstico de paciente con sospecha clínica por experto en COVID-19. Realizar, según proceda, PCR nasofaríngea, Test de antígenos nasofaríngeos, Serología, pruebas de imagen u otras exploraciones complementarias.

**Figura 1. Algoritmo completo de proceso de despistaje previo a cirugía programada para COVID-19 en periodo de pandemia**



# Recomendaciones reinicio actividad quirúrgica programada

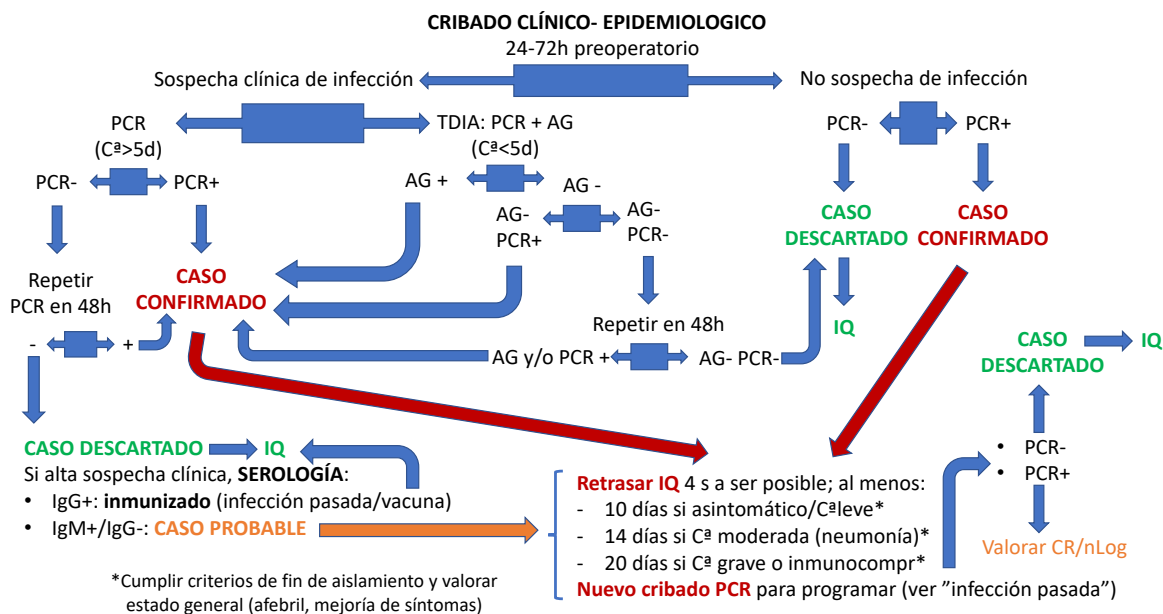


Figura 2: Algoritmo de despistaje para COVID-19 previo a IQ en pacientes ingresados

Cª=clínica, TDIA=Técnicas Diagnósticas de Infección Activa, PCR= Reacción en cadena de Polimerasa, AG=determinación de antígeno, IgM/G=Inmunoglobulina M/G, IQ=Intervención quirúrgica, CR=umbral de ciclo (Cycle Threshold), nLog=expresión logarítmica del resultado de la prueba.

## 6.- PROGRAMACIÓN DE PACIENTES CON INFECCIÓN PASADA

Se considera que un paciente ha superado la enfermedad en el caso de ausencia de sintomatología durante al menos 10 días, junto la existencia de anticuerpos IgG. La positividad de PCR en estos pacientes puede ser signo de infectividad (baja infectividad) o, más habitualmente, detección de restos de RNA sin capacidad infectiva.

En pacientes con infección resuelta en los **3 últimos meses** y sin síntomas o datos de alarma en el cuestionario clínico epidemiológico no será necesario realizar PCR si la situación epidemiológica es favorable, escenario I de alerta, paciente de riesgo intermedio y cirugía de riesgo intermedio o bajo.

En casos de infección superada, una PCR negativa, descartaría la infección. Sin embargo, ante un resultado positivo tenemos que plantearnos la posibilidad de **reinfección**:

- Si hace más de 90 días de la infección, podemos concluir que, efectivamente estamos ante un caso de reinfección, que debe someterse a los mismos cuidados y vigilancia que una primoinfección.

# Recomendaciones reinicio actividad quirúrgica programada

- Si hace menos de 90 días de la infección, se deberá valorar con el laboratorio responsable de la prueba, la CR (umbral de ciclo de PCR) o nLog (exresión logaritmica del resultado de la PCR) de la misma:
  - Si es baja (corte estándar CR 34-36) o nLog elevada (>4Log) se confirma la sobreinfección
  - Si alta o nLog bajo: la positividad se debe a detección de restos RNA viral sin capacidad infectiva.

En todo caso, dado que se desconoce el tiempo de duración del síndrome inflamatorio e hipercoagulabilidad tras la superación de la enfermedad, se debe sugerir un retraso en la cirugía demorable de al menos 1 mes. En los casos de cirugía prioritaria como es la oncológica, se debe valorar la programación antes de dicho plazo, teniendo en cuenta el balance riesgo/beneficio.

En el documento de la ASA y APSF sobre cirugía electiva para pacientes tras infección por COVID se proponen los tiempos de seguridad antes de programación del paciente para cirugía electiva, con recomendación de individualizarlos según las características de la intervención a realizar, comorbilidades del paciente y riesgo/beneficio de la demora del tratamiento quirúrgico. Son los siguientes:

- Cuatro semanas para pacientes asintomáticos o con sintomatología no respiratoria leve (anosmia, cefalea,...).
- Seis semanas para pacientes con clínica respiratoria leve (tos, disnea) que no hayan requerido ingreso hospitalario.
- Ocho-diez semanas para pacientes sintomáticos con comorbilidad de diabetes mellitus, inmunocomprometidos o que hayan requerido hospitalización.
- Doce semanas para pacientes que hayan precisado ingreso en unidad de cuidados críticos por COVID.

## 7.- PROGRAMACIÓN DE PACIENTES VACUNADOS

Dado que no existe información sobre la duración de la protección de las vacunas, en qué medida protegen frente a las nuevas variantes de SARS-CoV-2 o hasta qué punto permiten la colonización asintomática, la recomendación es que, mientras los indicadores epidemiológicos sean desfavorables, deben respetarse las medidas de distanciamiento social, uso de mascarillas e higiene de manos.

Por este motivo y ante la ausencia de evidencia de otra indicación, proponemos mantener el esquema de cribado preoperatorio propuesto en este documento (ver fig.1 y 2) también en el caso de pacientes vacunados.

### 7.1. PRECAUCIONES EN QUIRÓFANO

Durante el periodo intraoperatorio se proponen una serie de medidas generales para mejorar el control de infecciones y disminuir el riesgo de transmisión durante el proceso quirúrgico a tener en cuenta en todos los procedimientos a realizar, tales como la higiene de manos de todo el personal y la utilización de gel hidroalcohólico despues de cada maniobra, la limpieza ambiental, el cuidado con los catéteres vasculares, que los pacientes porten mascarilla quirúrgica (durante el transporte al área quirúrgica, sobre los dispositivos de administración de oxigenoterapia como cánulas nasales, etc, tras la educción de anestesia general y durante el traslado a la unidad de cuidados postoperatorios) y la eliminación de material en bolsas herméticas.

# Recomendaciones reinicio actividad quirúrgica programada

Se recomienda valorar riesgo/beneficio de anestesia general o regional teniendo en cuenta el riesgo potencial de contagio y la protección durante maniobras con elevado riesgo de aerosolización: mascarilla FFP2 dentro de la quirúrgica, bata de protección desechable, utilización de guantes y protección ocular.

## 7.2. UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN, URPA Y UNIDADES DE CRÍTICOS POSTOPERATORIOS

Antes del ingreso se debe verificar el resultado del cribado COVID-19 del paciente y en la planta de hospitalización debe mantener las medidas de higiene adecuadas (mascarilla, lavado de manos...).

Se deben reducir al máximo las visitas a pacientes, recomendando establecer sistemas telemáticos para la comunicación con los familiares tras la cirugía, tanto para la información médica, como para facilitar la comunicación entre pacientes y sus allegados.

Los profesionales sanitarios deberán considerar en todo momento las medidas de higiene y durante las curas de heridas quirúrgicas complejas, llevar bata, guantes, protección ocular y mascarilla.

Si durante el ingreso el paciente presenta síntomas sospechosos, hasta la realización del diagnóstico definitivo, los profesionales portarán equipo de protección individual completo.

En la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA) y Unidad de Cuidados Críticos Postoperatorios, recomendamos aplicar los mismos criterios que en las plantas de hospitalización respecto a la segregación de pacientes.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Documento técnico “Recomendaciones para la programación de cirugía en condiciones de seguridad durante la pandemia COVID-19”, suscrito por AEC, SEDAR, SEORL CCC, Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, SEIMC, Asociación Española de Enfermería Quirúrgica. Versión 16 de noviembre 2020.
2. Coronavirus SARS-CoV-2. Adaptación de los protocolos de la red nacional de vigilancia epidemiológica (RENAVE).
3. Procedimiento de actuación para los servicios de Prevención de Riesgos Laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2. Documento del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, del 21 de diciembre de 2020.
4. Guidance for discharge and ending of isolation of people with COVID-19. ECDC (European Center for Disease prevention and Control), del 16 de octubre de 2020.
5. Montero Feijoo A, Maseda E, Adalia Bartolomé R et al. Recomendaciones prácticas para el manejo perioperatorio del paciente con sospecha o infección grave por coronavirusas SARS-CoV-2. *Rev Anestesiología Reanimación*. 2020; 67: 253-50. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.redar.2020.03.003>.
6. Medidas de control de la transmisión de infecciones en el entorno quirúrgico: cambio de paradigma tras la COVID-19. Editorial REDAR febrero 2020. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación* 68 (2021) 56-61
7. COVID-19 Vaccine Resource Center. Frequently asked questions. Paul E. Sax. *NEJM*. January 2021. <https://www.nejm.org/covid-vaccine/faq>.



# Recomendaciones reinicio actividad quirúrgica programada

8. What do we know about Immunity to SARS-CoV-2? Implications for Public Health Policies. A Report of the Multidisciplinary Collaborative Group for the Scientific Monitoring of COVID-19 (GCMSC). February 2021.
9. ASA and APSF Joint Statement on Elective Surgery and Anesthesia for Patients after COVID-19 Infection del 08 de Diciembre de 2020.