

La atención a la urgencia quirúrgica durante la pandemia del SARS-CoV-2

The care to surgical emergencies during the SARS-CoV-2 pandemic

Victor Ernesto González-Velázquez¹ , Elys María Pedraza-Rodríguez¹ , Miguel Alejandro Artiles Chile² , Miguel Ángel Rodríguez Gómez³ 

1 Facultad de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Villa Clara, Cuba. 2 Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Villa Clara, Cuba. 3 Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau”. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Facultad de Medicina. Villa Clara, Cuba.

Recibido: 18/01/2021

Aceptado: 09/03/2021

Publicado: 07/04/2021

Citar como: González-Velázquez VE, Pedraza-Rodríguez EM, Artiles Chile MA, Rodríguez Gómez MA. La atención a la urgencia quirúrgica durante la pandemia del SARS-CoV-2. UNIMED. 2021[citado ...]; 3(1). Disponible en:....

La enfermedad causada por el *Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2) se ha extendido por la gran mayoría de los países del mundo, y ha causado altas tasas de morbilidad y mortalidad, lo que ha provocado cambios drásticos en las condiciones y estilos de vida de la mayoría de la población mundial. La contagiosidad sin precedentes que ha caracterizado a la nueva enfermedad, hizo que el 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara a la enfermedad por coronavirus (COVID-19) como una pandemia mundial¹.

En Cuba los cirujanos han desempeñado su indispensable profesión al brindar apoyo a la estrategia nacional de salud pública para contrarrestar los efectos de la pandemia, ya sea con el trabajo directo en la atención integral a pacientes con COVID-19, o mediante la atención quirúrgica a los pacientes desde los hospitales correspondientes, al cumplir con las medidas de protección vinculadas con la compleja situación epidemiológica actual. La cirugía se sigue

desarrollando en la mayoría de los centros asistenciales de todo el país, y siempre se priorizan aquellos pacientes cuya atención quirúrgica resulta impostergable².

En este contexto, la atención a la urgencia quirúrgica adquiere una importancia primordial, debido a que esta no puede ser suspendida ni postergada. Al igual que en otras circunstancias en las cuales los cirujanos se enfrentan al tratamiento quirúrgico de pacientes con enfermedades transmisibles, en las situaciones específicas donde exista el riesgo de que el mismo este infectado con el SARS-CoV-2, estos deben tratarse con las máximas medidas de protección posible, tal y como si se tratara de un caso positivo³.

Estas situaciones requieren de la adopción de medidas especiales con el objetivo de minimizar la posibilidad de contagio entre pacientes, la exposición del personal sanitario y el desarrollo de complicaciones postoperatorias, y se asume como uno de los elementos principales del protocolo de seguridad durante la pandemia con el uso adecuado de los medios de protección⁴.

La indicación de cirugía urgente debe ser individualizada en cada caso, y se basa en el diagnóstico como su pilar fundamental. En la medida de lo posible se debe valorar el hecho de optar por un tratamiento conservador, que haya demostrado ser una opción terapéutica para el paciente, teniendo en cuenta que se ha identificado un mayor índice de complicaciones pulmonares postoperatorias en pacientes con COVID-19, las cuales se han asociado significativamente con la mortalidad⁵, por lo que algunos autores recomiendan la postergación de todos los procedimientos quirúrgicos no urgentes⁶.

El procedimiento quirúrgico en pacientes sospechosos o confirmados con el virus debe ser realizado con el menor número de profesionales y por quienes tengan la mayor experiencia, para así disminuir el tiempo y el riesgo de exposición. En la valoración de pacientes con cuadros de dolor abdominal, se debe tener en cuenta la presencia de síntomas gastrointestinales relacionados con la COVID-19, que simulan enfermedades quirúrgicas⁷. Se han informado cuadros que se asemejan a la pancreatitis aguda, por lo que en estos pacientes se debe sospechar la infección por el SARS-CoV-2, aunque no presenten síntomas respiratorios⁶.

Se conoce que los cuadros de dolor abdominal agudos, al ser listados entre uno de los síntomas de la COVID-19, podrían enmascarar otros cuadros abdominales como enfermedad biliar

litiásica y alitiásica, lo cual supondría un retraso en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes⁸. También se habla de demoras asistenciales vinculadas con el temor de los pacientes a acudir a los centros sanitarios, pues el confinamiento por el SARS-CoV-2 y el miedo al contagio hospitalario parecen conducir al retraso diagnóstico grave, que traería consigo que los cirujanos se enfrenten a urgencias quirúrgicas más complejas⁹.

La determinación del estado del paciente necesitado de atención quirúrgica urgente en cuanto a su posible infección por el virus del SARS-CoV-2 mediante test rápidos antes de la cirugía, que detectan proteínas del virus o reconocen los anticuerpos que se generan para su defensa mediante una inmunocromatografía, permitiría mejorar el cribado de los pacientes sospechosos y conocer con más exactitud el riesgo al que se expondrá el personal sanitario, ya que es capaz de mostrar el resultado en 15 minutos. Aunque se conoce que este método no posee un 100 % de fiabilidad, constituye una alternativa comparado con la costosa técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), que resulta más específica al detectar material genético (ARN) del virus SARS-CoV-2 en una muestra del paciente¹⁰.

Existen recomendaciones ya establecidas con respecto a la aplicación de anestesia endotraqueal en pacientes con COVID-19, pues el flujo de presión positiva del ambiente del quirófano aumenta el riesgo de dispersión viral dentro del mismo, lo cual sumado a procedimientos de alto riesgo de generar aerosoles (intubación, aspiración, extubación, reanimación cardiopulmonar y terapias respiratorias), alerta a extremar las medidas de planificación y ejecución de las técnicas anestésicas¹¹.

Además, teniendo en cuenta la premura de la intervención en pacientes con cuadros agudos, es importante recordar que el tratamiento anestésico de pacientes con COVID-19 deberá considerar con especial importancia las patologías respiratorias crónicas como antecedente, idealmente apoyados en estudios radiológicos o tomográficos¹², ya que las complicaciones anestésicas intraoperatorias en pacientes infectados han demostrado estar asociadas con enfermedades como el asma bronquial y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica⁵.

En Cuba, desde inicios de 2020 se comenzaron a identificar las medidas de protección dentro del quirófano, ya que según Dávila Cabrera *et al.*¹³ los salones de operaciones constituyen

habitualmente un sitio con características favorables para la transmisión de la COVID-19, debido a la gran cantidad de superficies de contacto que actúan como reservorios para la propagación del virus, y más aún cuando se trata de pacientes con urgencias en los que se desconoce la historia epidemiológica por posible contacto con otros pacientes infectados.

La urgencia quirúrgica en nuestros salones de operaciones debe ser tratada al tomar todas las medidas de protección necesarias para evitar el posible contagio del personal de salud; se debe cumplir con las medidas universales de precaución y usar los medios de protección: protectores oculares, máscaras N₉₅ (NIOSH clasificación), doble guantes, varias batas médicas estériles.

El método clínico es el que permitirá en la mayoría de los casos evaluar al paciente según su estado general y necesidad de un proceder terapéutico urgente, basado en la valoración integral y el buen juicio quirúrgico, lo que posibilitará asumir el peligro de contagio solo en pacientes sospechosos o confirmados con COVID-19 en los cuales el riesgo resulte superado por el posible beneficio.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

VEGV: Conceptualización. Investigación. Metodología. Supervisión. Redacción – borrador original. Redacción – revisión y edición. EMPR: Análisis formal. Investigación. Metodología. Supervisión. Redacción – borrador original. Redacción – revisión y edición. MAAC y MARG: Redacción crítica, aprobación de la versión final del manuscrito.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic. 12 de marzo de 2020 [citado 6 de enero 2021]; Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/healthemergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/whoannounces-covid-19-outbreak-a-pandemic>

2. González-Velázquez VE, Pedraza-Rodríguez EM, Rodríguez-Gómez MA. Cirugía en pacientes oncológicos durante la pandemia del SARS-CoV-2. 16 de Abril [Internet]. 2020 [citado 6 de enero 2021]; 59(278):e985. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_4/article/view/985
3. Asociación Española de Cirujanos (AEC). Documentos de posicionamiento y recomendaciones de la AEC en relación con la cirugía y COVID-19. [Internet]. 2020 [citado 6 de enero 2021]. Disponible en: <http://www.aecirujanos.es/Documentos-de-posicionamiento-y-recomendaciones-de-la-AEC-en-relación-con-la-cirugía-y-COVID19-es-1-152.html>
4. Balibrea JM, Badia JM, Pérez IR, Antona EM, Peña EA, Botella SG, et al. Manejo quirúrgico de pacientes con infección por Covid-19. Recomendaciones de la Asociación Española de Cirujanos. Cirugía Española [Internet]. 2020 [citado 10 de enero 2021]; 98(5): 251-259. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0009739X20300695>
5. Bhanu A. Mortality and pulmonary complications in patients undergoing surgery with perioperative SARS-CoV-2 infection: an international cohort study. The Lancet Surgery [Internet]. 2020 [citado 13 de enero 2021]; 98(5): 251-259. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31182-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31182-X)
6. American College of Surgeons (ACS). COVID-19 and surgery. 2020 [citado 13 de enero 2021]. Disponible en: <https://www.facs.org/covid-19>
7. Torregrosa L, Prieto R, Cabrera LF, Ordoñez J, Sánchez E, Rodríguez C, et al. Recomendaciones generales para los Servicios de Cirugía en Colombia durante la pandemia COVID-19 (SARS-CoV-2). Rev Colomb Cir. 2020 [citado 13 de enero 2021]; 35: 264-280. Disponible en: <https://doi.org/10.30944/20117582.633>
8. Vernengo F, Giovanardi G, Cabrera M. Impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) en la incidencia de las consultas por patología biliar en una guardia de Cirugía General. Rev Arg Cir. 2020 [citado 15 de enero 2021]; Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/344301417>
9. Virosta MG, Ortega I, Ferrero E, Picardo AL. Retraso diagnóstico durante la pandemia por COVID-19: absceso hepático secundario a colecistitis aguda litiasica. Cirugía Española, 2020 [citado 15 de enero 2021]; 98(7): 409. Disponible en: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0009739X20301330>
10. Fernández-Rodríguez A, Casas I, Culebras E, Morilla E, Cohen MC, Alberola J. COVID-19 y estudios microbiológicos post mortem. Rev Esp Med Legal Internet]. 2020 [citado 19 de enero 2021]; 46(3): 127-138. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7225694/pdf/main.pdf>
11. Bernucci MF, Fajardo A, Maureira V, Heider RM. Anestesia para pacientes pediátricos con COVID-19. Rev Chil Anest

[Internet]. 2020 [citado 19 de enero 2021]; 49: 422-432. Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv49n03.022.pdf>

12. Mancera-Elías G, Arenas-Venegas AD. Manejo anestésico en el paciente pediátrico con COVID-19. Rev Mex Anesthesiol. 2020 [citado 19 de enero 2021]; 43 (4): 325-328. Disponible en: <https://doi.org/10.35366/94969>

13. Dávila Cabrera SF, Martínez Clavel LL, Hernández Román MA. COVID-19. Visión del Anestesiólogo. Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. 2020 [citado 19 de enero 2021]; 26 (1): 1-5. Disponible en: <https://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/953>