

PROCEDIMIENTOS ELECTIVOS EN TIEMPOS DEL COVID-19: ¿QUE SABEMOS?

CÉSAR ENSUNCHO¹

Recibido para publicación: 09-05-2020 - Versión corregida: 10-06-2020 - Aprobado para publicación: 11-06-2020

Ensunchó C. **Procedimientos electivos en tiempos del COVID-19: ¿Que sabemos?** Arch Med (Manizales) 2020; 20(2):513-517. <https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3808.2020>

Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la nueva enfermedad por COVID-19 una pandemia global, Estados Unidos y muchos países; guiado por la trayectoria de los casos en otros países europeos; en apoyo con las asociaciones de cirugía más reconocidas del mundo, recomiendan posponer los procedimientos electivos, y solo considerar procedimientos urgentes o vitales, y cirugías oncológicas. Con la poca información obtenida hasta el momento, se realizó una revisión de la literatura disponible de enero hasta abril del 2020 en base a estudios de pacientes sometidos a cirugía durante el periodo de incubación del COVID-19, donde se podría afirmar que la cirugía electiva representa un factor de riesgo en las personas infectadas por COVID-19, aumentando la morbilidad, riesgo de propagación y necesidad de requerimiento de unidad terapia intensiva, con una tasa de desenlace fatal significativa.

Palabras clave: procedimientos quirúrgicos ambulatorios, infecciones por coronavirus.

Elective procedures in times of COVID-19: ¿What do we know?

Summary

The World Health Organization (WHO) declared the new disease by COVID-19 a global pandemic, the United States and many countries; guided by the trajectory of cases in other European countries; In support of the world's most influential surgical authorities and associations, they recommend postponing elective procedures, and only considering urgent or vital procedures and oncological surgeries. With the little information obtained so far, a review of the available literature was performed from January to April 2020 based on studies of patients undergoing surgery during the incubation period of COVID-19, where it could be stated that elective surgery represents a risk factor in people infected with COVID-19, increasing morbidity, risk of spread and need for intensive therapy unit requirement, with a significant fatal outcome rate.

Key words: ambulatory surgical procedures, coronavirus infections.

Archivos de Medicina (Manizales) Volumen 20 N° 2, Julio-diciembre 2020, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874, Ensunchó C.

1 Médico, cirujano general, docente, sección de cirugía general, facultad de medicina, Universidad Del Sinú. Clínica IMAT Oncomédica S.A, Montería. Montería, Colombia. ORCID: 0000-0003-0646-2049. Correo electrónico: Censunch@gmail.com

Introducción

El SARS-CoV-2, denominación que proviene de las siglas en inglés para “Síndrome Respiratorio Agudo y Grave” (SARS) y “Coronavirus 2” (CoV-2), es un virus de ARN monocatenario que pertenece a la familia de coronavirus, que produce la enfermedad COVID-19 (Coronavirus disease of 2019) [1]. El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la nueva enfermedad por COVID-19 una pandemia global, que clasifica el brote viral como una emergencia de salud pública internacional, después de que los casos superaban los 118.000 en todo el mundo, con más de 7000 muertes en la primera fase de la pandemia, lo que implica un alta tasa de letalidad estimada 3.5% [2].

En Estados Unidos

En los Estados Unidos, guiado por la trayectoria de los casos en otros países europeos, deciden cancelar cirugías electivas en todos los hospitales, debido a la preocupación, que los procedimientos electivos puedan contribuir a la propagación del coronavirus dentro de las instalaciones, y usar los recursos médicos existentes, que serán necesarios para manejar un aumento potencial de casos de coronavirus, y su posible escasez proyectada [3].

Este anuncio se convirtió en un debate nacional sobre la seguridad y viabilidad de seguir realizando procedimientos quirúrgicos electivos durante la pandemia de COVID-19, ya que, la propagación rápida y progresiva del brote impone una carga, sin precedentes, sobre la efectividad y sostenibilidad de nuestro sistema de salud, impacto histórico de las decisiones gubernamentales y un reflejo fidedigno de la solidaridad civil [4]. En el estado de Maryland; Estados Unidos; su secretario está autorizado para tomar acciones pertinentes, con el fin de controlar, restringir y regular el uso de instalaciones de atención médica para la realización de procedimientos médicos electivos, y su violación se castiga con hasta un año de prisión, una multa de hasta 5.000 dólares, o ambas [5].

Con la creciente pandemia de la enfermedad por COVID-19 y falta de conocimiento y evidencia clínica disponible, se han cuestionado muchas de nuestras formas tradicionales de practicar la medicina y la cirugía. Las principales sociedades e instituciones quirúrgicas en el mundo han ayudado a guiar dicha directriz en términos de práctica quirúrgica [6]. El término de “cirugía electiva” no hace referencia a cirugía opcional, más bien, significa que son procedimientos que no tienen indicación quirúrgica de urgencia, riesgo de discapacidad o potencial desenlace fatal [7].

Los procedimientos electivos se pueden estratificar pragmáticamente en “esenciales” o prioritarios vitales, lo que implica que existe un mayor riesgo de resultados adversos al retrasar la atención médico-quirúrgica por un período de tiempo indeterminado o impactan en su pronóstico, tasa de supervivencia, progresión de enfermedad, y morbilidad temprana. La otra categoría se clasifica en procedimientos electivos “No esenciales”, que alude a procedimientos puramente electivos que no son sensibles al tiempo por razones médicas. La creación por parte del “*American College of Surgeons*” de una guía basada en la estratificación del riesgo subyacente y la utilización de recursos, ayudó a respaldar nuestro deber ético de asegurar el acceso a la atención quirúrgica adecuada y oportuna [8].

La decisión de suspender o cancelar las operaciones quirúrgicas electivas no solo debe tomarse bajo el riesgo de propagación de COVID-19 [9]. Los cirujanos necesitan urgentemente orientación sobre cómo prestar servicios quirúrgicos de manera segura y efectiva durante la pandemia de COVID-19, recalando en la provisión de capacitaciones al personal, reducción de actividades no urgentes (consulta externa, endoscopia, cirugía electiva no esencial), establecimiento de equipos de trabajo para emergencias, y reconocimiento temprano, con su manejo oportuno, de paciente con COVID-19 sometidos a cirugía. Una acumulación de procedimientos no urgentes, después del final de la pandemia de COVID-19 es inevita-

ble, y los entes prestadores de servicios en salud deben planificar cómo abordar esto de manera efectiva para garantizar que los pacientes que reciben tratamiento electivo, tengan los mejores resultados posibles [10].

En Colombia

En consonancia con las políticas internacionales, el pronunciamiento de las autoridades y asociaciones de cirugía más influyentes del mundo [11], la Asociación Colombiana de Cirugía propone: suspensión de las cirugías electivas no prioritarias (que exceptúan cirugías oncológicas y otras condiciones graves o críticos para el pronóstico y calidad de vida del paciente), ejecución de la consulta externa a casos excepcionales y que ameritan prioritaria resolución, atención de patologías de urgencia, y preservar camas asignadas a cirugía a disposición de los pacientes con COVID-19, que a medida que la epidemia avance requieran dicho servicio intrahospitalario [12]. Es preocupante la cantidad de pacientes portadores asintomáticos, ya que el periodo de incubación es de 14 días, y por tal razón, se recomienda asumir que todos los pacientes son portadores potenciales del virus. Se deben diferir todos los procedimientos quirúrgicos ambulatorios, de patología no maligna, sin que este retraso afecte la calidad de vida del paciente en función de los síntomas generados por su patología quirúrgica de base. Los objetivos de estas medidas son optimizar recursos disponibles, reducir posibilidad de contagio, y pretender la reserva de personal de la salud cuando la epidemia requiera de su decisivo apoyo [13].

La asociación colombiana de infectología apoya dicha noción, y recomienda no realizar consulta externa ni cirugía electiva una vez se documente la presencia de casos terciarios de SARS-CoV-2/COVID-19 en las diferentes ciudades [14].

Discusión

Se recomienda posponer los procedimientos electivos, y solo considerar procedimientos

urgentes o vitales, y cirugías oncológicas que están asociadas con un peor resultado si se retrasa su ejecución. Poco se sabe sobre la práctica quirúrgica electiva en la fase inicial de la enfermedad por COVID-19, y la poca evidencia no permite concluir con contundencia las decisiones a implementar [15].

En febrero del 2020 en Irán, una serie de casos retrospectivos de 4 pacientes quirúrgicos electivos (colecistectomía, reparación de hernia incisional, bypass gástrico e histerectomía con colecistectomía) desarrollaron complicaciones perioperatorias en las primeras semanas por brote de COVID-19, con una alta tasa de mortalidad (3 fallecidos y 1 recuperado), sugiriendo que en lugares con infecciones generalizadas y recursos limitados, el riesgo de procedimientos quirúrgicos electivos para el paciente y la comunidad puede ser mayor que el beneficio [16]. (Tabla 1).

En abril del 2020 se reportó en China, un estudio retrospectivo, donde describieron las características clínicas y desenlaces de pacientes sometidos a cirugía electivas durante el periodo de incubación por infección del COVID-19 (los cuales fueron programados involuntariamente) en una población pequeña pero significativa de 34 pacientes, de los cuales el 100% desarrollo enfermedad grave, 44% requirieron ingreso a la unidad de terapia intensiva durante la progresión de la enfermedad y el 20% murieron después de su admisión a UCI [17]. (Tabla 2).

La rápida evolución de la situación obliga a revisar periódicamente las medidas tomadas y analizar el contexto clínico, social y económico derivado de las decisiones implementadas. Considerando la rápida propagación del COVID-19, todavía es demasiado pronto hacer afirmaciones y evaluar su impacto global multinivel. Todos los países en el mundo deberán responder a la epidemia de manera efectiva. Por el momento, no hay vacuna y ni tratamiento efectivo ni específico para COVID-19, y estamos a merced de conseguir dichos objetivos. La mejor estrategia actual para tratar esta

Tabla1. Características clínicas de 4 pacientes que desarrollaron complicaciones perioperatorias en las primeras semanas asociadas al brote por COVID-19 en Irán[16]

n	RT-PCR	Edad	Sexo	Cirugía Planeada	Día de Cirugía	Inicio Síntomas	Curso Clínico	Desenlace
1	+	75	F	Reparación de hernia incisional	09-02-2020	27-02-2020 (Fiebre, tos, disnea)	SDRA, FOM	Muerte 01-03-2020
2	-	81	M	Colecistectomía	08-02-2020	22-02-2020 (fiebre, disnea, diarrea)	SDRA, Sepsis, Lesión cardíaca aguda	Muerte 04-03-2020
3	+	54	F	Histerectomía con colecistectomía	24-02-2020	26-02-2020 (Fiebre, disnea)	Resolución de síntomas en el quinto día POP	Egreso hospitalario 02-03-2020
4	No	44	M	Bypass gástrico	21-02-2020	Desconocido (Falla respiratoria aguda severa)	Rápido progreso a paro cardiopulmonar en pocas horas	Muerte 22-02-2020

Tabla2. Características clínicas de 7 pacientes (20%) en postquirúrgico inmediato que desarrollaron complicaciones fatales en UCI asociadas a infección por COVID-19 en China[17]

n	RT-PCR	Edad	Sexo	Cirugía Planeada	Día de Cirugía	Inicio Síntomas	Curso Clínico	Desenlace
1	+	34	F	Pancreato-duodenectomía	12-01-2020	19-01-2020 (Fiebre)	SDRA, Choque	Muerte 30-01-2020
2	+	55	M	Esofagectomía Total	13-01-2020	28-01-2020 (Fatiga y disnea)	SDRA, Choque	Muerte 06-02-2020
3	+	63	M	Lobectomía por toracoscopia	14-01-2020	18-01-2020 (Tos)	SDRA, Choque	Muerte 29-01-2020
4	+	48	F	Resección radical de Cáncer rectal	15-01-2020	20-01-2020 (Fiebre)	SDRA y Choque	Muerte 27-01-2020
5	+	55	F	Lobectomía por toracoscopia	15-01-2020	19-01-2020 (Fiebre)	SDRA, arritmia	Muerte 25-01-2020
6	+	83	M	Reemplazo artificial de la cabeza femoral	20-01-2020	25-01-2020 (Fiebre)	SDRA, arritmia	Muerte 07-02-2020
7	+	77	F	Reemplazo total de cadera	27-01-2020	02-02-2020 (Tos)	SDRA, Lesión cardíaca aguda	Muerte 06-02-2020

pandemia, y que ha tenido impacto con resultados estadísticamente significativos, incluye conciencia social, controlar las fuentes de infección (aislamiento), proteger las personas susceptibles (confinamiento), y cortar la transmisión (cuarentena)[18].

Conclusión

Con la poca información obtenida hasta el momento, se podría manifestar, que los procedimientos quirúrgicos electivos representan un

factor de riesgo en las personas infectadas por COVID-19, aumentando la morbimortalidad, riesgo de propagación y necesidad de requerimiento de soportes vitales en la unidad terapia intensiva, resultado de la agresividad de dicha viremia. Se necesitan muchos más estudios y evidencia para depurar mejor esta información.

Conflictos de Interés: autor no declara tener conflicto de intereses.

Fuentes de financiación: recursos propios del autor.

Literatura citada

1. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. **Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China.** *N Engl J Med* 2020; 382(18):1708-1720. DOI: 10.1056/NEJMoa2002032
2. Velavan TP, Meyer CG. **The COVID-19 epidemic.** *Trop Med Int Health* 2020; 25(3):278-280. DOI: 10.1111/tmi.13383
3. Cheng ZJ, Shan J. 2019 **Novel coronavirus: where we are and what we know.** *Infection* 2020; 48(2):155-163. DOI: 10.1007/s15010-020-01401-y
4. Stahel PF. **How to risk-stratify elective surgery during the COVID-19 pandemic?** *Patient Saf Surg* 2020; 14(1):1-4. DOI: 10.1186/s13037-020-00235-9
5. Díaz A, Sarac BA, Schoenbrunner AR, Janis JE, Pawlik TM. **Elective surgery in the time of COVID-19.** *Am J Surg* 2020; 219(6):900-902. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2020.04.014
6. Vigneswaran Y, Prachand VN, Posner MC, Matthews JB, Hussain M. **What is the appropriate use of laparoscopy over open procedures in the current COVID-19 climate?** *J Gastrointest Surg* 2020; 13:1-6. DOI: 10.1007/s11605-020-04592-9
7. American College of Surgeons. **COVID-19 update: guidance for triage of non-emergent surgical procedures.** *ACS: Covid-19 and surgery* 2020. (www.facs.org)
8. American College of Surgeons. **COVID 19: Elective Case Triage. Guidelines for Surgical Care.** *ACS: Covid-19 and surgery* 2020. 1-38 (www.facs.org)
9. Zarritan S. **Surgical operations during the COVID-19 outbreak: Should elective surgeries be suspended?** *Int J Surg* 2020; 78:5-6. DOI: DOI.org/10.1016/j.ijsu.2020.04.005
10. COVIDSurg Collaborative. **Global guidance for surgical care during the COVID-19 pandemic.** *Br J Surg* 2020; 1-7. DOI: 10.1002/bjs.11646
11. Brindle ME, Gawande A. **Managing COVID-19 in Surgical Systems.** *Ann Surg* 2020; 20:1-5. DOI: 10.1097/SLA.0000000000003923
12. Asociación Colombiana de Cirugía. **Comunicado sobre la epidemia COVID-19.** Bogotá DC: ACC, Boletín 72 de 23-03-2020: 1-11; 2020
13. Cuevas-López L, Ayala JC, Velásquez-Jiménez OA, Navarro-Alean JA, González-Higuera LG, Zurita N, et al. **Recomendaciones para el manejo de los pacientes quirúrgicos urgentes durante la pandemia COVID-19.** *Rev Colomb Cir* 2020; 35(2): 143-152. DOI: 10.30944/20117582.619
14. Grupo ACIN- IETS de Consenso Colombiano para recomendaciones de atención COVID19. **Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud. Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia.** *Infectio* 2020; 24(3):1-153. DOI: 10.22354/in.v24i3.851
15. Al-Balas M, Al-Balas HI, Al-Balas H. **Surgery during the COVID-19 pandemic: A comprehensive overview and perioperative care.** *Am J Surg* 2020. 219(6):903-906. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2020.04.018
16. Aminian A, Safari S, Razeghian-Jahromi A, Ghorbani M, Delaney CP. **COVID-19 Outbreak and Surgical Practice: Unexpected Fatality in Perioperative Period.** *Ann Surg* 2020; 25:1-11. DOI: 10.1097/SLA.0000000000003925
17. Lei S, Jiang F, Su W, Chen C, Chen J, Mei W, et al. **Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID-19 infection.** *E Clinical Medicine* 2020;21:1-8.DOI: 10.1016/j.eclinm.2020.100331
18. He F, Deng Y, Li W. **Coronavirus disease 2019: What we know?** *J Med Virol* 2020; 92(7):719-725. DOI: 10.1002/jmv.25766

