

Cirugía en tiempos de COVID

Surgery in times of COVID

Jeannette Dabanch Peña^{1,2,3,4}

La pandemia por COVID-19 que hoy afecta al mundo ha provocado una disrupción global en aspectos sanitarios, sociales y económicos sin precedentes en la historia moderna y con un impacto aún desconocido, entre estos, la interrupción casi universal de la actividad quirúrgica¹.

La historia se inicia el 31 de diciembre de 2019, cuando autoridades de China reportan a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la ocurrencia de un brote de neumonías de etiología desconocida que afectaba a trabajadores de un mercado de productos del mar localizado en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei². El 1 de enero de 2020, el mercado había sido cerrado y a 3 días de la alerta, el número de casos ya sumaban 44, 11 de ellos con neumonías graves. Para el 7 de enero los investigadores identificaban un nuevo coronavirus como agente responsable del brote, el séptimo de la familia con capacidad de infectar a humanos. El 12 de enero la secuencia genética fue compartida, lo que permitió el rápido desarrollo de técnicas diagnósticas³. Se logró, además, establecer una alta homología entre la secuencia genética del nuevo coronavirus y el que afecta a murciélagos, haciendo altamente posible que estos sean su reservorio natural⁴. A solo 3 semanas de la alerta inicial, ya se reportaban casos importados desde Wuhan a Tailandia, Japón y Corea⁵.

Una vez completada la caracterización del virus, este fue denominado SARS-CoV-2 y la enfermedad asociada como COVID-19 (enfermedad infecciosa por coronavirus 2019)⁶.

Dada la rápida expansión geográfica y el alarmante incremento en el número de casos, el 30 de enero, la OMS declaraba a este brote como una emergencia de salud pública internacional de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional⁷ y como pandemia el 11 de marzo, a 12 semanas del primer reporte de casos, con un total de 118.000 casos confirmados y 4.291 fallecidos a nivel global y ya afectando a 144 países⁸.

El diagnóstico se basa principalmente en la detección del material genético a través de técnicas de

biología molecular como la reacción de polimerasa en cadena^{9,10}. A la fecha, si bien hay avances en el estudio de antivirales y vacunas, no se cuenta aún con tratamiento ni medidas profilácticas efectivas. Los pilares para reducir la transmisión han sido la higiene de manos, el uso de mascarillas faciales y el distanciamiento social, y la restricción del movimiento de las personas lo que ha obligado a la aplicación de cuarentenas de diferente magnitud en los países afectados¹¹.

En nuestro país el primer caso confirmado fue reportado el 3 de marzo y a las 16 semanas el total de casos alcanzó a 301.153 y 6.089 fallecidos¹².

Entre las medidas adoptadas para responder a esta crisis sanitaria, los hospitales han debido ampliar de forma progresiva la oferta de camas hospitalarias, reorganizando los distintos servicios, aumentando la disponibilidad de camas de cuidado intensivo, reconvirtiendo con este fin los servicios postquirúrgicos y reasignando las funciones de todo el personal de salud para garantizar una respuesta oportuna y adecuada al aumento de casos originados por la pandemia. Para ello, se hizo necesario, entre otras acciones, suspender o reducir la atención electiva y los ingresos para estudio, diagnóstico y manejo médico o quirúrgico, excepto para aquellas patologías que implican un riesgo inmediato de progresión de la enfermedad^{13,14}.

Estas medidas han producido un efecto colateral sin precedentes en la actividad quirúrgica a nivel mundial, con especial impacto en la cirugía electiva, la que se ha visto reducida de forma significativa, afectando a miles de pacientes. Todas las especialidades quirúrgicas han tenido que evaluar la urgencia de sus procedimientos, considerar opciones de manejo no quirúrgico, siempre que este sea posible y responder a patología que no puede ser postergada. Diferentes sociedades científicas han publicado recomendaciones para el diseño de triage que permitan redistribuir las instalaciones para la atención de pacientes con y sin COVID, velando por la seguridad del paciente y del perso-

¹Internista, Infectóloga.

Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

²Profesora Titular de Medicina, Programa de Enfermedades Infecciosas del Adulto.

Universidad de Valparaíso.

³Comité de Infecciones Emergentes Sociedad Chilena de Infectología.

⁴Presidenta del Comité Asesor en Vacunas e Inmunizaciones (CAVEI).

Correspondencia a:

Dra. Jeannette Dabanch Peña
jeannettedabanch@gmail.com

EDITORIAL

nal sanitario, programar respuesta en situación de reducción del personal por enfermedad, incorporar testeo universal para SARS-CoV-2, además, de implementar medidas de precauciones y uso de EPP para todo el personal¹⁵.

Durante la pandemia, los equipos quirúrgicos han continuado resolviendo patologías de urgencia, implementando junto a la evaluación habitual, el triage de síntomas y antecedentes epidemiológicos en búsqueda de contacto de riesgo para SARS-CoV-2, detección de la infección de SARS-CoV-2 a través de RT-PCR y aplicando medidas de precaución para todos los pacientes de tal forma de reducir brotes nosocomiales, protegiendo a pacientes y al personal sanitario, además, de velar por aspectos administrativos que se han hecho relevantes durante la pandemia como la disponibilidad de camas de cuidados intensivos, de servicios de apoyo como radiología y disponibilidad de hemoderivados.

Durante estos primeros meses de pandemia se ha podido caracterizar la evolución postoperatoria de los pacientes que cursan COVID-19 o que lo adquieren en el periodo perioperatorio. Un estudio que incluyó a 1.128 pacientes en 26,1% se confirmó infección por SARS-CoV-2 en el periodo preoperatorio. De estos, 51,2% presentó complicaciones pulmonares y la mortalidad a 30 días fue de 23,8%. En los análisis ajustados, la mortalidad a los 30 días se asoció con el sexo masculino, edad 70 años o más, patología oncológica y cirugía de urgencia¹⁶.

En los próximos meses, cuando se logre una baja significativa en el número de casos nuevos y la po-

sitividad de los test RT PCR para SARS-CoV-2 se estabilicen entre 5-10%, probablemente se iniciará la fase postpandémica. En este período de readaptación de las actividades quirúrgicas, se requerirán protocolos para retomar la cirugía electiva que incluyan criterios para la selección de los pacientes postergados, asegurar medidas de precaución para reducir riesgo de adquisición nosocomial del virus en pacientes y equipo de salud. Será necesario también el testeo universal con RT PCR SARS-CoV-2 para pacientes que se hospitalicen por cualquier tipo de patología, electiva o de urgencia, y protocolos para definir conducta con pacientes que resulten positivos e identificar a los pacientes por infectados por SARS-CoV-2 con mayor riesgo de morbimortalidad postoperatoria¹⁵.

Los equipos quirúrgicos han enfrentado múltiples desafíos durante esta primera fase de pandemia. Las lecciones aprendidas permitirán tomar mejores decisiones para retomar paulatinamente las atenciones postergadas, entre estas la reorganización de los servicios quirúrgicos y servicios de apoyo para la atención segura de pacientes, minimizando también el riesgo para el personal de salud, modificaciones en la evaluación preoperatoria incluyendo testeo universal para SARS-CoV-2, criterios para reanudar cirugías electivas en pacientes detectados con RT PCR (+), establecer pautas clínicas de seguimiento para identificar pacientes con alto riesgo de cursar con COVID-19 y planes de readaptación para responder frente a potenciales nuevas olas epidémicas, entre otras.

Bibliografía

- Søreide K, Hallet J, Matthews JB, Schnitzbauer AA, Line PD, Lai PBS, et al. Immediate and long-term impact of the COVID-19 pandemic on delivery of surgical services. *BJS*; 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/bjs.11670>.
- Pneumonia of unknown cause-China [Internet]. WHO. 2020 [citado el 24 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unknown-cause-china/en/>.
- Novel Coronavirus [Internet]. WHO. 2020 [citado el 24 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>.
- Zhou P, Yang XL, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*. 2020;579:270-3. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>.
- Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report [Internet]. WHO. 2020 [citado el 24 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4.
- Wu Y, Ho W, Huang Y, Jin DY, Li S, Liu SL, et al. SARS-CoV-2 is an appropriate name for the new coronavirus. *Lancet* 2020;395:949-50.
- Novel Coronavirus(2019-nCoV) Situation Report-10 [Internet]. WHO. 2020 [citado el 24 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200130-sitrep-10-ncov.pdf?sfvrsn=d0b2e480_2.
- Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report-51 [Internet]. WHO. 2020 [citado el 24 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10.
- Cevik M, Bamford CGG, Ho A. COVID-19 pandemic a focused review for clinicians. *Clinical Microbiology and Infection* 2020;26:842e847.
- 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;382:1708-20.

11. Overview of public health and social measures in the context of COVID-19 [Internet]. WHO. 2020 [citado el 24 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/overview-of-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19>.
12. 29° informe epidemiológico COVID-19 [Internet]. MINSAL. 2020 [citado el 24 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/29-informe-epidemiologico-covid-19/>.
13. Argenziano M, Fischkoff K, Smith C. Surgery Scheduling in a Crisis. *N Engl J Med* 2020;382:e87.
14. Ahmed Al-Jabir, Ahmed Kerwan, Maria Nicola. Impact of the Coronavirus (COVID-19) pandemic on surgical practice - Part 2 (surgical prioritisation). *Int J Surg*. 2020;79:233-48.
15. Søreide K, Hallet J, Matthews JB, Schnitzbauer AA, Line P, Lai PB, et al. Immediate and long-term impact of the COVID-19 pandemic on delivery of surgical services. *BJS*. 2020. DOI: 10.1002/bjs.11670.
16. Nepogodiev D, Bhangu A, Glasbey J, Li E, Omar O, Simoes J, et al. Mortality and pulmonary complications in patients undergoing surgery with perioperative SARS-CoV-2 infection: an international cohort study. *The Lancet*, 2020;396:27-38.