

Manejo del paciente quirúrgico en Urgencias y Unidad de Cuidados Intensivos en tiempos de pandemia por Coronavirus (COVID-19) SARS-COV-2

Management of the surgical patient in the ER and Intensive Care Unit in times of pandemic due to Coronavirus (COVID-19) SARS-COV-2

Gila Bohórquez A, de la Herranz P

Hospital General Básico de Riotinto. Minas de Riotinto, Huelva.

RESUMEN

Vivimos la pandemia por la enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19) causada por el virus SARS-Cov-2. Hecho fundamental que ha paralizado numerosas actividades de nuestra rutina quirúrgica diaria y reestructurado nuestros centros hospitalarios. El objetivo de este artículo es resumir, en términos generales, las recomendaciones actuales del manejo de patología urgente quirúrgica en los servicios de Urgencias y Unidad de Cuidados Intensivos, en el contexto de esta pandemia.

ABSTRACT

We are living through the 2019 coronavirus disease pandemic (COVID-19) caused by the SARS-Cov-2 virus. A fundamental fact that has paralyzed numerous activities in our daily surgical routine and restructured our hospital centers. The objective of this article is to summarize, in general terms, the current recommendations for the management of urgent surgical pathology in the Emergency Department and Intensive Care Unit, in the context of this pandemic.

CORRESPONDENCIA

Antonio Gila Bohórquez
Hospital General Básico de Riotinto
21660 Minas de Riotinto (Huelva)
antoniogilabohorquez@gmail.com

XREF

INTRODUCCIÓN

La pandemia que estamos combatiendo en el momento actual por Coronavirus (COVID-19) no sólo ha interferido en la mecánica estructural de nuestros servicios hospitalarios con la consecuente reestructuración de cada una de las Unidades de Gestión así como los espacios físicos en el que atender a los enfermos, sino que igualmente, ha supuesto un cambio en la forma de evaluar, atender y diagnosticar a los pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias con sospecha de patología quirúrgica que precise atención urgente o en diferido, por nuestra parte.

Si bien, el proceso de la pandemia ha sido evolutivo con algoritmos y diagramas bien establecidos desde el principio, hemos sufrido cambios y modificaciones en nuestros protocolos de forma constante tanto para el manejo de la patología urgente así como para la propia intervención quirúrgica de los cuadros que manejamos ¹.

En ese sentido, son varias las secciones en las que podríamos escindir el presente artículo pues, la valoración y evaluación de un enfermo por el cual se nos reclama, puede variar de acuerdo a si se atiende en un ámbito de Urgencias, en las plantas de las distintas especialidades hospitalarias o bien en una Unidad de Cuidados Intensivos.

CITA ESTE TRABAJO

Gila Bohórquez A, de la Herranz P. Manejo del paciente quirúrgico en Urgencias y Unidad de Cuidados Intensivos en tiempos de pandemia por coronavirus (COVID-19) SARS-COV-2. Cir Andal. 2020;31(2):125-27.

ATENCIÓN EN URGENCIAS

La patología quirúrgica urgente supone el grueso de nuestro trabajo estos días, debido a que en la elaboración de los últimos protocolos, las intervenciones quirúrgicas que fueran asignadas con carácter programado, se han pospuesto con la aplicación de diversos tratamientos -como el oncológico- evitando una exposición innecesaria a COVID-19 por parte, no sólo del paciente (en muchas ocasiones, inmunodeprimido) sino igualmente del personal sanitario quirúrgico (2). Es también reseñable que la patología con carácter programado no oncológica, también ha sufrido su suspensión debido al motivo anteriormente establecido y, en algunos hospitales, como consecuencia de la adecuación de concretos quirófanos a espacios para la atención y manejo del paciente grave o Unidad de Cuidados Intensivos.

Es portanto la patología urgente, la única que debe ser categorizada como no demorable y, en ese sentido, de obligada asistencia por parte de los cirujanos, estando avalado por la Asociación Española de Cirujanos (AEC) la prioritaria protección de todos los profesionales tanto por la seguridad del paciente como del propio cirujanos. Es por ello que se exige, en todos los servicios de atención hospitalaria, la existencia de equipos de protección individual (EPI) y mascarillas FFP2 y FFP3.

Una vez valorado el enfermo, surge la siguiente pregunta: ¿es necesaria la determinación de SARS-COV-2 a todos los pacientes con patología quirúrgica urgente? Y la respuesta, según la actualización de los últimos protocolos, es afirmativa. Se recomienda **“determinar el status COVID en todos los pacientes quirúrgicos en el contexto epidemiológico actual, independientemente de si presenta o no sintomatología de co-infección viral”**. En este contexto epidemiológico, se incluye el paciente quirúrgico y además se cataloga como población diana³.

La forma de determinar el status de COVID-19 pasa por fiebre, disnea, tos, anosmia, ageusia, etc., así como la realización analítica con parámetros que puedan indicar co-infección como son la linfopenia, plaquetopenia, procalcitonina normal, ferritina elevada, elevación de dímero D o elevaciones enzimáticas (LDH, AST/ALT).

Si bien es cierto que, dichas determinaciones correrán a cargo del personal médico de Urgencias, estamos en la obligación de comprobarlas una vez tengan estudiado al paciente y tengamos que tomar la decisión de acogerlo en nuestro servicio o no, ya sea para ingreso en planta o para intervención quirúrgica urgente.

Los test a realizar a este tipo de pacientes, según las recomendaciones actuales, son los test de cribado, por tanto, disponer de un test rápido, el cual, en 10-15 minutos pueda obtener el resultado solicitado. Si bien, mantienen una baja sensibilidad y bajísima disponibilidad, a lo que se suma, el inconveniente de que los test de PCR para RNA del SARS-CoV-2 tardan de 6 a 8 horas, debiendo demorar la decisión de intervenir o no (hecho a considerar en muchas patologías urgentes en las que no debe demorarse la decisión).

A lo descrito anteriormente, se recomienda la realización de una radiografía de tórax (con la posibilidad de falsos negativos en los primeros días de la infección), tomografía de tórax (complemento de diagnóstico precoz y alta sensibilidad) y, en pacientes con necesidad

extrema de intervención quirúrgica urgente, y con la posibilidad de personal cualificado, el POCUS (Point-of-care Ultrasound)⁴.

Se recomienda en todas las intervenciones quirúrgicas, contar con medidas de protección específica (EPI junto a mascarillas FFP2/3) independientemente del status de COVID-19 del paciente. Si bien, para la intervención, y en aquellos centros que tengan esa posibilidad, se recomienda la disponibilidad de un quirófano en el que sólo se vaya a atender patología quirúrgica urgente en paciente COVID-19 positivo o en aquellos en los que exista alta sospecha y por, falta de tiempo, no se haya podido comprobar con test correspondiente.

Una vez tomada la decisión, nos encontraremos dos escenarios:

- 1. Intervención quirúrgica:** sumando las consideraciones anteriores, no hay consenso en cuanto a qué patología intervenir urgentemente o demorar con tratamiento conservador complementario. Las recomendaciones actuales dejan dicha decisión acorde a los recursos y necesidades del centro hospitalario así como en función de si se dispone de un soporte paralelo como UCI o Anestesia.
- 2. Ingreso en planta.** En este caso, si con las pruebas realizadas anteriormente, no se determina la posibilidad de COVID-19 se ingresará en las camas habitualmente disponibles para nuestros pacientes NUNCA perdiendo la protección del personal sanitario que atiende a dicho paciente. En el caso de tener infección por COVID-19, se adecuará su ingreso en las plantas o espacios reservados para dichos pacientes, las cuales estarán aisladas así como la necesidad de equipos de protección individual para poder evaluarlos y manejarlos diariamente.

En el contexto de la atención quirúrgica urgente, otra de las preguntas que surgen es la vía de abordaje. En un período inicial de la pandemia, surgió la duda de si el abordaje laparoscópico aumentaba la posibilidad de diseminación del virus. Es por ello que numerosos centros hospitalarios y servicios colegas de nuestro ámbito nacional, se pusieron en marcha con la realización de equipos de desuflación controlada con los recursos disponibles. Si bien, a lo anterior se añade la contraindicación de utilizar electrocauterio y aerosolización en procedimiento gastrointestinal abierto. En cualquier caso, y siguiendo las recomendaciones actuales **“se sopesarán específicamente parámetros de riesgo/beneficio en relación al empleo del abordaje laparoscópico en el paciente con urgencia quirúrgica y co-infección por SARS-CoV-2”**. En otro de los artículos de este número especial, se detallarán dichas recomendaciones.

En cuanto al número de cirujanos y personal en general en la intervención quirúrgica, se recomienda el menor número posible de compañeros, así como liderada por el cirujano que mayor experiencia tenga de cara a minimizar riesgos, menor tiempo de exposición en el quirófano y menor tasa de complicaciones (y, por tanto, menor estancia hospitalaria)

ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

La atención por nuestra parte en la Unidad de Cuidados Intensivos se limita, o bien al manejo post-operatorio de pacientes intervenidos

quirúrgicamente de urgencias y que han precisado ingreso y atención en UCI, o bien, en aquellos casos en los que los compañeros intensivistas requieran de nuestra valoración.

Y este último punto es sumamente importante debido al tratamiento con Dexametasona y Tocilizumab. El Tocilizumab según una serie de casos recientemente publicada, estaría en relación con perforación de víscera hueca y abscesos (fundamentalmente del tracto distal del colon). A lo que se suma el Lopinavir/Ritonavir el cual, según su ficha comercial, puede provocar procesos inflamatorios frecuentes como hepatitis y pancreatitis⁵.

En cualquier caso, en todos los centros sanitarios las UCI están organizadas en dos secciones. Los pacientes infectados por COVID-19 cuyas áreas están aisladas y se precisa de equipos de protección individual para su atención, y la sección de pacientes no infectados por COVID-19 en las que, según recomendaciones actuales, es suficiente el lavado de manos, gorro y mascarilla quirúrgica. De la misma forma tendremos que actuar nosotros en cada una de las secciones.

Como comentario final, recalcar la importancia de seguir los protocolos establecidos en cada uno de los centros hospitalarios comprobando, en todos los casos, que se elaboran acorde a los expuestos por las sociedades científicas. La importancia radical de la protección adecuada de todos los profesionales sanitarios, en este caso, cirujanos, para poder evaluar y atender a todos los pacientes sean o no sospechosos, debido al ambiente epidemiológico generado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gobierno de España. Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19. Situación actual [consultado 12 de abril 2020].
2. W. J. Guan, Z.N. Ni, Y. Hu, W.H. Liang, C.Q. Ou, J.X. He, China Medical Treatment Expert Group for Covid-19, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. N Eng J Med (2020).
3. Asociación Española de Cirujanos. Documentos de posicionamiento y recomendaciones de AEC en relación con la cirugía y COVID-19. Abril 2020.
4. Ahn DG, et al. Current Status of Epidemiology Diagnosis, Therapeutics and Vaccines for novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). J Microbiol Biotechnol. 2020.
5. Rabi FA, et al. SARS-CoV-2 and Coronavirus. Pathogens. 2020.

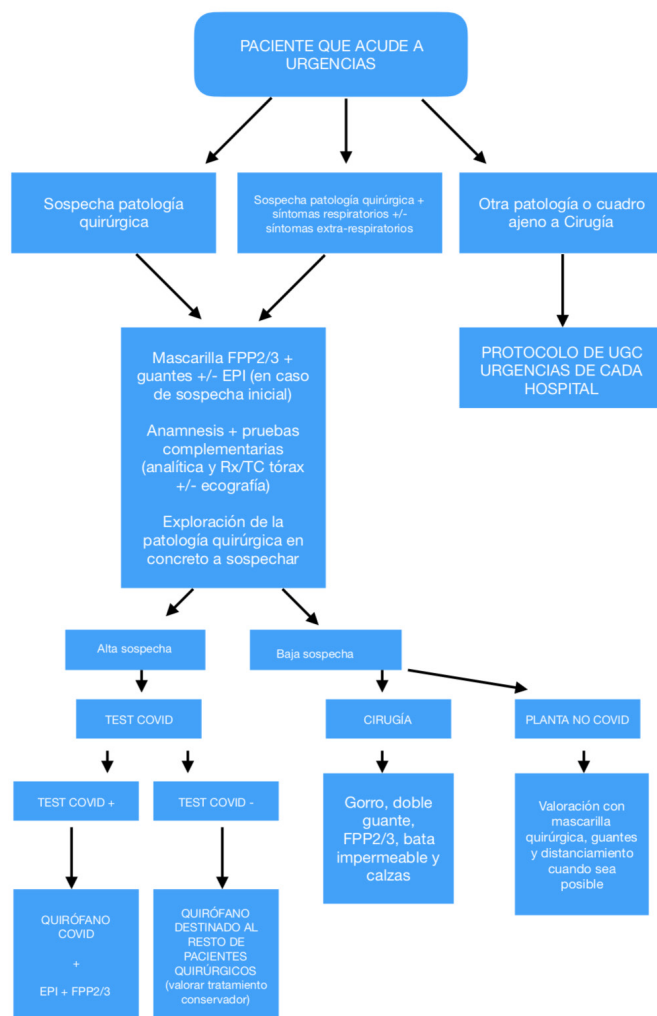


Figura 1 Algoritmo de actuación en el manejo del paciente quirúrgico de urgencias en ambiente epidemiológico de COVID-19.