

Nota de medicina

LINEAMIENTOS PARA LA TAMIZACIÓN PREQUIRÚRGICA PARA COVID-19

GUIDELINES FOR PRE-SURGICAL SCREENING FOR COVID-19

Fredy Guevara, Carlos Alvarez-Moreno, Carlos Saavedra, Patricia Reyes, Jorge Cortes, José Oñate, Sandra Beltrán, Iván Gutiérrez, Alberto Buitrago, Iván Zuluaga, Juan Bravo, Gabriel Rodríguez, William Ospina

*Departamento de Enfermedades Infecciosas – Clínica Colsanitas
Clínica Universitaria Colombia, Clínica Reina Sofía, Clínica Iberoamérica,
Clínica El Carmen, Clínica Sebastián de Belalcázar, Clínica Keraltly de Ibagué,
Clínica Infantil Santa María del Lago y Clínica pediátrica*

La dinámica del comportamiento epidemiológico de la infección por SARS-COV-2 y su cuadro clínico, la COVID-19 a nivel poblacional ha obligado al personal sanitario y a las instituciones de salud, hacer un proceso de adaptación constante en su conducta y procesos. Específicamente en la preparación y programación de procedimientos quirúrgicos, la información disponible y la evidencia científica ha variado y por ende es mandatorio ajustar los lineamientos a los nuevos conceptos y realidades epidemiológicas (1). La amplia aceptación y disponibilidad de vacunas que han demostrado su alta efectividad disminuyendo la enfermedad severa y muerte; las altas tasas de inmunidad poblacional por vía natural o por medio de inmunización pasiva o por la mezcla de ellos dos anteriores, la presencia de variantes dominantes como omicron y en algunos escenarios la disponibilidad de medicamentos como terapia efectiva, ha logrado generar una menor tensión del sistema de salud y en la sociedad se ha llevado a minimizar el impacto de la enfermedad a nivel individual y también a nivel poblacional. Sin embargo, sin relajar las medidas de prevención y buscando la mayor seguridad para llevar un paciente un procedimiento, se hace necesario optimizar la atención médica de enfermedades no relacionadas con la COVID-19., pero al mismo tiempo disminuyendo el riesgo de complicaciones asociadas a la misma, especialmente en población de alto riesgo (1,2).

La reactivación quirúrgica es una necesidad de la población y del sistema de salud, para evitar que el impacto de la pérdida en la oportunidad de atención de patologías comunes lleve a exceso de morbilidad y mortalidad. Por ello una pregunta en la actualidad que se hacen tanto los profesionales de salud, tomadores de

decisiones en salud e instituciones de salud es: ¿cuáles son las mejores métricas poblacionales para tomar medidas escalonadas y flexibles de una forma segura y confiable? (1). El objetivo principal de esta nota técnica es justamente responder dicha pregunta que permita su implementación de una forma segura para el paciente, logrando el equilibrio entre la optimización de la oportunidad en la atención de su condición clínica, pero minimizando el riesgo de complicaciones relacionadas a su procedimiento quirúrgico y la COVID-19.

Desde septiembre de 2020 los CDC's han resaltado el indicador de los casos nuevos por 100.000 habitantes en los últimos 7 días como un dato útil, otros son: el porcentaje de pruebas positivas en los últimos 7 días, el porcentaje de ocupación de camas hospitalarias con pacientes con diagnóstico de COVID-19 (medida de tensión del sistema de salud), el porcentaje de visitas a urgencias por COVID-19 en los últimos días y las nuevas hospitalizaciones por COVID-19 por 100.000 habitantes en los últimos días (medida de severidad de la enfermedad a nivel poblacional), entre otros; todos estos indicadores buscan establecer unos niveles de transmisión y riesgo en bajo, medio o alto, que permitan tomar decisiones (1). Adicionalmente tenemos la ventaja de la experiencia propia adquirida en los últimos años al interior de nuestra institución (3, 4).

Es importante dejar definido que independiente del nivel de riesgo no podemos relegar las mejores prácticas para la prevención de las infecciones y estas son, entre otras: mejorar la ventilación de los escenarios, aislamiento de personas expuestas, realizar pruebas a los posibles casos y actualizar los esquemas de vacunación para esta y otras infecciones (4).

En el tamizaje preoperatorio se ha encontrado en estudios locales de esta organización que están en publicación, que la mejor medida para abordar esta problemática es la realización de encuestas epidemiológicas, valoración preanestésica enfocada en nexo

epidemiológico y factores de riesgo y dejando como premisa que ninguna prueba molecular puede dar una suficiente tranquilidad ni seguridad clínica por encima del criterio epidemiológico (2).

Teniendo en cuenta lo anterior, proponemos el abordaje basado en una semaforización que consideramos de fácil implementación (Figura 1). Esta semaforización se basa en unas métricas dinámicas de la infección a nivel poblacional: verde: baja circulación, amarillo: moderada circulación y rojo: alta circulación. Posteriormente, se establece el riesgo quirúrgico basado en: 1. Comorbilidades, 2. Parámetros quirúrgicos, 3. Postoperatorio. De esta manera y de acuerdo al consenso de la asociación quirúrgica europea, se encontró que se puede considerar cirugía mayor, aquellas con: (5)

1. Comorbilidades (Charlson >3 O ASA >2)
2. Parámetros quirúrgicos (Isquemia de órgano, pérdida de sangre > 1000 ml, requerimiento de soporte con norepinefrina, requerimiento de transfusión o con un tiempo quirúrgico prolongado)
3. Postoperatorio: necesidad de asistencia en una unidad de cuidado intensivo (UCI) o unidad intermedia.

Teniendo en cuenta esta información epidemiológica definimos cuando un paciente requiere una prueba PCR/antígeno para detección de SARS-CoV2 de manera preoperatoria; además, podemos determinar cuánto tiempo debemos esperar posterior en un evento de COVID-19 para llevar a un paciente a el procedimiento quirúrgico (Figura 2). Esta recomendación es exclusivamente para cirugía mayor y es de aclarar que no incluimos en esta recomendación aquellos procedimientos de cirugía menor o que no requieren anestesia general. (6)

FIGURA 1. SemafORIZACIÓN según circulación poblacional

NIVEL DE RIESGO				
N° casos/100.000 en los últimos 7 días en el país. // Porcentaje de Pruebas positivas	Indicadores últimos 7 días	Bajo	Medio	Alto
<200/<10%	Nuevas admisiones COVID 19	<10%	10-19.9%	≥20%
	Porcentaje promedio de camas ocupadas COVID 19	<10%	10-14.9%	≥15%
	Porcentaje de casos con Diagnóstico COVID 19 en Urgencias	<4%	4.0-5.9%	≥6%
≥200/≥10%	Nuevas admisiones COVID 19		<10%	≥10%
	Porcentaje promedio de camas ocupadas COVID 19		<10%	≥10%
	Porcentaje de Casos con Diagnóstico COVID 19 en Urgencias		<4%	≥4%

FIGURA 2. Medidas de intervención relacionadas con SARSCoV2, con base en los hallazgos del riesgo detectado en la semafORIZACIÓN epidemiológica y riesgo quirúrgico

MEDIDAS DE INTERVENCIÓN			
Escenario Pacientes asintomáticos	Baja Circulación	Mediana Circulación	Alta Circulación
Tamizaciones padres UCIN**	Basados en Síntomas	Basados en síntomas	Solicitud de prueba
Tamización prequirúrgica	Alto riesgo	Alto riesgo	Solicitud de prueba
Tamización todas las maternas	Basados en síntomas	Basados en síntomas	Solicitud de prueba
Cancelación cirugía que requiera hospitalización	Basados en ocupación camas general >90% y Disponibilidad camas UCI		
Prueba Prequirúrgica obligatoria si requiere <u>anestesia general</u> (PCR/Ag <48 h de cirugía)	<18 años: Solo en Oncológicos, Cirugía Mayor o Cardiopatías complejas Adultos: ≥65 años, Cirugía Mayor*, ASA III, Esquema de vacunación incompleto (Menos de 4 dosis en pacientes ≥50 años y Menos de 3 dosis en <50 años-Sujeta a definición del Ministerio de Salud)		
Tiempos de espera Cirugía Post covid si requiere <u>Anestesia General</u>	Requirió Hospitalización/UCI o Cirugía Mayor: 6 semanas No requirió hospitalización o Asintomático: 2 semanas Esquema completo de vacunación: 2 semanas Esquema incompleto de vacunación: 4 semanas.		

* Cirugía Mayor: resección pulmonar (lobectomía, neumonectomía y segmentectomía), cirugía gastrointestinal y hepatobiliar, cirugía ortopédica mayor (reemplazo de cadera/rodilla, cirugía de columna), cirugía cardiovascular (revascularización coronaria, endarterectomía carotídea, neuroquirúrgica (resección de tumor cerebral).

** UCIN: Unidad de cuidado intensivos neonatal.

Es necesaria la realización de protocolos institucionales que mediante una discusión amplia se llegue a acuerdos rigurosos, pero pragmáticos que permitan la reactivación quirúrgica de forma segura y que permitan la atención oportuna de enfermedades no relacionadas con la COVID 19. Mediante este protocolo pretendemos orientar a las instituciones y profesionales de salud

en los siguientes meses de la pandemia de COVID 19, sin olvidar que estos protocolos deben ser ajustados y entendidos en la individualidad de cada paciente y de casa caso en particular y adicionalmente son susceptibles de modificación con base en la aparición de nueva evidencia científica (4).

REFERENCIAS

1. CDC. Indicators for Monitoring COVID-19 Community Levels and Making Public Health Recommendations, Aug. 12, 2022, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/indicators-monitoring-community-levels.html>
2. Barrios AJ, Prieto R, Torregrosa L, et al. Volver a empezar: cirugía electiva durante la pandemia del SARS-CoV2. Recomendaciones desde la Asociación Colombiana de Cirugía. *Rev Colomb Cir.* 2020;35:302-21. <https://doi.org/10.30944/20117582.656>
3. Soler E, Farah SN, Bustos VP, Medina SEM, Gómez JF, Lema EM, Moreno CÁ. Experience of clinical screening for COVID-19 among patients undergoing elective orthopedic surgeries: an alternative proposal. *J Orthop Surg Res.* 2021 Feb 2;16(1):103. <https://doi.org/10.1186/s13018-021-02217-8>
4. Saavedra C, Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud. Tercera Edición. *INFECTIO* 2021;25(S1):1-491.
5. Martin D, Mantziari S, Demartines N, et al. Defining Major Surgery: A Delphi Consensus Among European Surgical Association (ESA) Members. *World J Surg.* 2020;march. <https://doi.org/10.1007/s00268-020-05476-4>
6. Deng JZ, Chan JS, Potter A, et al. The Risk of Postoperative Complications After Major Elective Surgery in Active or Resolved COVID-19 in the United States. *Ann Surg* 2022;275:242–246.