

## Utilidad de pruebas diagnósticas para COVID-19 como requisito de programación para cirugía electiva esencial

Equipo técnico SURA/ Julio 14 de 2020

Los conceptos y recomendaciones establecidos en este documento pretenden orientar la gestión y el manejo de los pacientes con sospecha y diagnóstico de COVID-19 (Nuevo coronavirus) y los criterios para considerar la utilidad de las pruebas diagnósticas para SARS-CoV-2/COVID-19 como requisito para programación de cirugía, sin embargo, todo paciente deberá tener un manejo individualizado de acuerdo con sus condiciones particulares.

Para la elaboración se consultaron fuentes bibliográficas confiables, con el objetivo de proveer información completa y generalmente acorde con los estándares aceptados en el momento de la edición. Dada la continua evolución de las tendencias médicas y normativas, en cualquier momento pueden sugerir cambios sobre el abordaje.

### Definiciones:

- **Cirugía de emergencia:** escenario quirúrgico en el que el aplazamiento del procedimiento mayor de 1 hora puede comprometer los desenlaces clínicos del paciente, incluida su supervivencia
- **Cirugía urgente:** escenario quirúrgico en el que el aplazamiento del procedimiento más de 24-48 horas puede comprometer los desenlaces clínicos del paciente, incluida su supervivencia
- **Cirugía electivo-urgente:** escenario quirúrgico en el que el aplazamiento del procedimiento más de 14 días puede comprometer los desenlaces clínicos del paciente, incluida su supervivencia
- **Cirugía electiva esencial:** escenario quirúrgico que puede ser aplazado más de 14 días, pero cuyo aplazamiento indefinido (3-6 meses) puede comprometer los desenlaces clínicos del paciente, incluida su supervivencia
- **Cirugía electiva discrecional:** escenario quirúrgico en el que el aplazamiento indefinido (post pandemia) no compromete significativamente los desenlaces clínicos del paciente.
- **Cirugía mayor:** procedimientos quirúrgicos más complejos, con más riesgo, frecuentemente realizados bajo anestesia general o regional (anestesia epidural, lumbar o espinal) y asistencia respiratoria, constituye cierto grado de riesgo para la vida del paciente o de grave discapacidad.

### Consideraciones a tener en cuenta para la programación de cirugía

- Implementar un cuestionario prequirúrgico de síntomas y riesgo epidemiológico de probable infección SARS-CoV2/COVID19 previo a la cirugía así: en el momento de la programación quirúrgica, 48 horas antes del procedimiento y el día del procedimiento.
- La tomografía axial computarizada (TAC) de tórax NO se recomienda previa a la realización de procedimientos dada su baja sensibilidad para el diagnóstico de COVID-19 en estados tempranos de la infección
- En los pacientes asintomáticos que requieren **cirugías de emergencia, urgencia y electivas-urgentes** NO es necesario el uso de pruebas diagnósticas para COVID-19 pues estas no intervienen en la decisión quirúrgica.
- Las pruebas de tamizaje con detección de anticuerpos (IgM/IgG) no se requieren previo a procedimientos quirúrgicos.
- En las personas asintomáticas, que requieran **cirugía electiva esencial SOLO** se recomienda RT-PCR pre quirúrgica si cumple al menos 1 de las siguientes condiciones de riesgo, además debe articularse con una cuarentena prequirúrgica domiciliar y la aplicación de un cuestionario de síntomas y de riesgo epidemiológico:
  - Edad > 70 años,
  - Sistema de clasificación que utiliza la Asociación Americana de Anestesiología (ASA)  $\geq 3$ ,
  - Cirugía electiva mayor o cirugía oncológica.

Clase	DEFINICION.
I	Paciente sano.
II	Paciente con enfermedad sistémica leve/moderada, controlada y no incapacitante. (Por ejemplo: HTA controlada, anemia, tabaquismo, diabetes, mellitus controlada, asma, embarazo, obesidad), edad menor de un año o mayor de 70 años. Puede o no relacionarse con la causa de la intervención
III	<b>Paciente con enfermedad sistémica grave que limita su actividad, pero que no es incapacitante (Por ejemplo: HTA no controlada, asma, EPOC, antecedentes de IAM, obesidad mórbida, cardiopatía severa o descompensada, diabetes mellitus no compensada acompañada de alteraciones orgánicas vasculares sistémicas (micro y macroangiopatía diabética), insuficiencia respiratoria de moderada a severa, angor pectoris, infarto al miocardio antiguo, etc.)</b>
IV	<b>Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que supone una amenaza constante en su vida. (Por ejemplo: Angina inestable, insuficiencia respiratoria, insuficiencia cardíaca global, hepatopatía, insuficiencia renal, miocarditis activa, diabetes mellitus descompensada con complicaciones severas en otros órganos, etc.)</b>
V	Paciente terminal, cuya expectativa de vida no se espera sea mayor de 24 horas, con o sin tratamiento quirúrgico. Por ejemplo: ruptura de aneurisma aórtico con choque hipovolémico severo, traumatismo craneoencefálico con edema cerebral severo, embolismo pulmonar masivo, etc.
E	Paciente que es intervenido de emergencia, no se puede esperar la optimización de su condición antes de realizar la intervención.

## Puntos de buena práctica:

Recuerde informar a los pacientes sobre los riesgos perioperatorios y sus implicaciones en caso de desarrollar infección por SARS-CoV-2/COVID 19, así como la **necesidad de cuarentena 14 días antes de la cirugía y por 30 días en el período postoperatorio.**

Se debe **disponer de cama en Unidad de Cuidados Intensivos** para el periodo postoperatorio inmediato.

En pacientes con RT-positiva el procedimiento se debe aplazar durante 14 días.

En los pacientes asintomáticos tamizados con RT-PCR positiva para SARS-CoV-2/COVID-19 y que persisten asintomáticos una vez cumplidos 14 días del aplazamiento, no se requerirá una prueba de RT-PCR de control negativa para realizar el procedimiento.

La tamización prequirúrgica con RT-PCR para SARS-CoV-2/ COVID-19 (en los escenarios que está indicada), obedece a la necesidad de optimizar los desenlaces clínicos del paciente. pero no tiene ninguna implicación en definir un estándar de bioseguridad. Una prueba negativa no implica un cambio en el estándar de uso de elementos de protección personal en el quirófano.

La cuarentena se usa para mantener a alguien que podría haber estado expuesto al SARS-CoV-2/COVID-19 lejos de los demás; o un aislamiento preventivo para evitar que adquiera la infección.

La cuarentena ayuda a prevenir la propagación de la enfermedad que puede ocurrir antes de que una persona sepa que está enferma o si está infectada con el virus sin presentar síntomas. Las personas en cuarentena deben quedarse en casa por el tiempo recomendado por su médico, separarse de los demás, higienizar frecuentemente sus manos, no recibir visitas y permanecer a mínimo 2 metros de distancia y no compartir alimentos con los familiares que salgan de su casa o estén en contacto con estos, controlar su salud y seguir las instrucciones de su médico.

**Durante el período prequirúrgico NO aplica incapacidad laboral.**

## Toma de la muestra:

Cuando la tamización con RT-PCR para SARS-CoV-2/COVID-19 esté indicada, la toma de muestra de RT-PCR deberá realizarse dentro de las 72 horas previas al procedimiento:

- Preferiblemente domiciliaria si la persona cumple con factores de riesgo para población vulnerable
  - Mayores de 60 años,
  - Diabetes,
  - Enfermedad cardiovascular (incluye HTA y ACV),
  - Enfermedad Renal Crónica, VIH u otra inmunodeficiencias,
  - Cáncer,
  - Enfermedad autoinmune,
  - Uso de crónico de corticoides o inmunosupresores,
  - EPOC, Asma,
  - Mal nutrición (obesidad y desnutrición), Fumadores
- Ambulatoria si el paciente no cumple los criterios descritos.

La muestra debe rotularse como **PRIORITARIA-PREQUIRÚRGICA**

**El profesional que ordene el procedimiento** deberá realizar Mipres, ficha epidemiológica 346 y resumen de historia para garantizar la toma y procesamiento de la muestra

Por el momento, la mesa técnica central, **no recomienda la realización de cirugías electivas discrecionales** al menos por 4 semanas y sujeto al comportamiento de la pandemia a nivel nacional y regional