

# Impacto en una Unidad de Pared de la Pandemia por Covid-19

*Impact of the Covid-19 pandemic on a Wall Abdominal Unit*

Naranjo Torres Á, Pérez Manrique MC, Espinosa Redondo E, Gordón Suárez A, Briceño Delgado FJ

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

## RESUMEN

La pandemia producida por el SARS-CoV-2 ha producido la alteración de la actividad normal de nuestros Servicios. Por ello debemos reevaluar la patología correspondiente a cada Unidad de Cirugía para establecer la prioridad de utilización de recursos disponibles y el riesgo que existe para nuestros pacientes y el personal sanitario.

**Palabras clave:** pandemia, Covid-19, SARS-CoV-2, pared abdominal.

## ABSTRACT

The SARS-CoV-2 pandemic has produced the alteration of the normal activity of our Services. Therefore, we must reevaluate the pathology corresponding to each Surgery Unit to establish the priority of using available resources and the existing risk for our patients and staff.

## CORRESPONDENCIA

Álvaro Naranjo Torres  
Hospital Universitario Reina Sofía  
14004 Córdoba  
upacma@gmail.com

XREF

**Keywords:** pandemic, Covid-19, SARS-CoV-2, abdominal wall unit.

## INTRODUCCIÓN

A consecuencia de la rápida expansión de la Enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19) la disponibilidad de recursos está siendo muy limitada en los Servicios Quirúrgicos. En unos hospitales debido al consumo (de material y hospitalización) por “Unidades COVID” y en otros centros por la previsión de necesidad de los mismos.

Por otra parte la exposición de pacientes al ámbito hospitalario debe intentar ser reducida al mínimo imprescindible en momentos de esta pandemia debido al alto riesgo de contagio que se presenta para ellos y para el personal sanitario que los trata.

La distribución desigual de los casos de infección en nuestro territorio nos proporciona distintas posibilidades según la situación concreta en que nos encontremos en nuestro hospital<sup>1</sup>. Por ello la AEC ha elaborado una “escala dinámica de fases durante la pandemia COVID-19” (**Tabla 1**) que nos puede servir de guía para la actividad quirúrgica conveniente a desarrollar.

## CITA ESTE TRABAJO

Naranjo Torres Á, Pérez Manrique MC, Espinosa Redondo E, Gordón Suárez A, Briceño Delgado FJ. Impacto en una Unidad de Pared de la Pandemia por Covid-19. Cir Andal. 2020;31(2):158-60.

Tabla 1. “Escala dinámica de fases durante la pandemia COVID-19”. AEC.

Escenarios/Fases	I (casi normal)	II (Alerta Leve)	III (Alerta Media)	IV (Alerta Alta)	V (Emergencia)
% de pacientes COVID hospitalizados y en UCI	<5%	5-25%	25-50%	50-75%	>75%
Triage en urgencia	No	Yes (pacientes con síntomas respiratorios vs otros)			
Recursos	No impacto	No impacto pero recursos reservados dada la alerta de la pandemia	Impacto de recursos con plantas de hospitalización t camas de UCI reservadas para la pandemia	Impacto en recursos y en profesionales de la salud	Impacto significativo con camas limitadas de UCI y de recursos de soporte ventilatorio
Actividad quirúrgica	Normal	Urgencias Oncológicas (si la escalada es ascendente, considerar acciones de la fase III) Benignos preferentes (solo considerar si nos encontramos en fase de desescalada)	Urgencias Oncológicas (-No cirugía en <3 meses componente supervivencia -No opción a neoadyuvancia como alternativa -No necesidad de estancia prolongada en UCI)	Urgencias	Urgencias no diferibles y tras un triage prooperatoria vasado en el comité de ética

Otro factor de suma importancia en estos momentos es el empoderamiento del paciente que debe tomar conciencia real de la situación de su patología y decidir en base a ello sobre su tratamiento. Se necesita su implicación y colaboración.

### ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE PARED ABDOMINAL ADECUADA A LA PANDEMIA

#### Consultas externas

Los axiomas que seguiremos principalmente serán:

- Hacer acudir a consulta sólo a los pacientes estrictamente necesarios: se realiza evaluación mediante llamada telefónica o videollamada<sup>2</sup> a todos los pacientes citados en la agenda de consulta a modo de cribado, citando sólo a los no demorables según su clínica (severa o no controlable con tratamiento conservador) o hallazgos en exploraciones complementarias. Se mantendrán las citas de curas de heridas complejas y cambios de dispositivos de terapia de presión negativa.

Los resultados de exploraciones complementarias sin alteraciones importantes se comunicarán vía telemática.

- Intentar reunir en la sala de espera el menor número posible pacientes: se establecen unas agendas de consulta con intervalo adecuado entre pacientes (20-30 minutos).

#### Programación de quirófanos:

Adecuaremos la actividad tomando como referencia las directrices aconsejadas por las distintas sociedades científicas<sup>3</sup>:

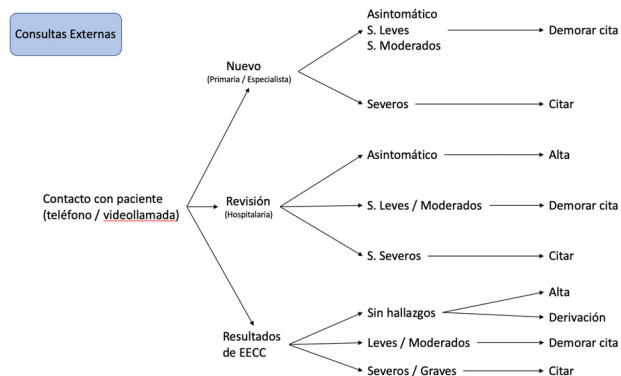


Figura 1 Esquema decisión cita en consulta.

- Limitarnos a intervenciones quirúrgicas urgentes y electivas no demorables: hernias encarceradas o estranguladas, hernias con sintomatología dolorosa invalidante no controlable con fármacos, hernias no reductibles o de prolapso inmediato que provoquen cuadros obstructivos (inguinales, incisionales u paraestomales), hernias inguinales en pacientes pendientes de tratamiento radioterápico por neoplasia prostática, ...

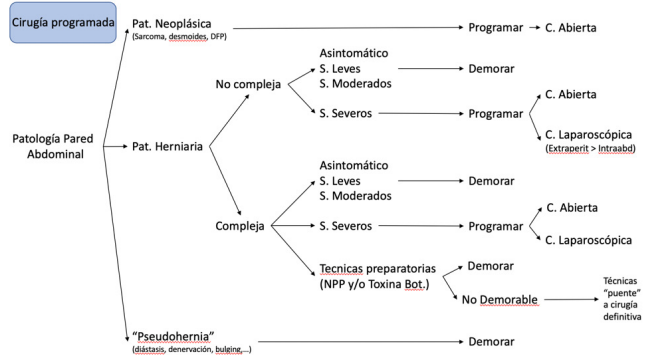
- Realizar test COVID (PCR +/- TC tórax) a todos los pacientes quirúrgicos urgentes y programados (más complicaciones postoperatorias en COVID +): se aconseja el uso de EPI en todas las intervenciones.

- Quirófano específico para COVID +: valorar competencia de ocupación con otras unidades.

- Elección de la técnica quirúrgica “rápida” (para disminuir la exposición en quirófano del personal sanitario) y con menor probabilidad de complicación intra y postoperatoria (para disminuir el tiempo de ingreso hospitalario y la probabilidad de reintervención): intentar simplificar el procedimiento si hubiera más de una opción para el tratamiento.

- Abordaje laparoscópico en equipos con experiencia: mejor control de aerosolización. Uso de filtros de humo para evacuación de neumoperitoneo en trócar. Técnicas extraperitoneales menor riesgo de infección al tener menor riesgo de lesión intestinal.

La preparación de los pacientes con otras técnicas como neumoperitoneo progresivo preoperatorio o inyección de toxina botulínica consideramos que no debe llevarse a cabo por el momento puesto que deben realizarse con fecha de intervención programada y aún siendo a corto plazo en algún caso no es posible asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo la intervención.



**Figura 2** Esquema decisión de cirugía programada.

**Cirugía Urgente**

Asumimos que la cirugía de pared abdominal urgente, competencia de equipos quirúrgicos de guardia o unidades de cirugía de urgencias, no sufre variaciones en su indicación<sup>4</sup>. Se aconseja seguir las mismas directrices generales que en la cirugía programada.

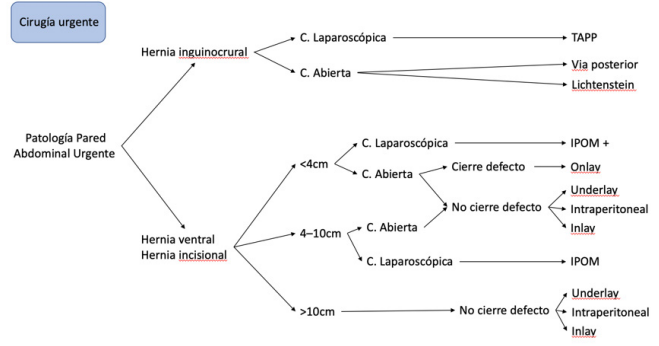
En este tipo de situaciones si se considera prioritario:

- Acortar el tiempo quirúrgico: para minimizar el tiempo de exposición, simplificando la técnica empleada (posponiendo la solución definitiva al problema si la técnica idónea fuera más compleja).

- El abordaje laparoscópico de la patología urgente debe realizarse, más aún en estos momentos, por equipos con experiencia.

**CONCLUSIONES**

Todas las modificaciones de la actividad de la Unidad deben focalizarse en, aún manteniendo la actividad asistencial, reducir las posibilidades de infección de nuestros pacientes minimizando su exposición al ámbito hospitalario y tiempo de ingreso pre y



**Figura 3** Esquema decisión de cirugía urgente.

postoperatorio, de nuestro personal sanitario disminuyendo los tiempos quirúrgicos y probabilidad de reintervención, y acotar el consumo de recursos en actos de consulta e intervenciones no imprescindibles.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Escala dinámica de fases de alerta/escenarios durante la pandemia COVID19. Documentos de posicionamiento y recomendaciones de AEC en relación con la cirugía y Covid-19. [https://www.aecirujanos.es/Documentos-de-posicionamiento-y-recomendaciones-de-la-AEC-en-relacion-con-la-cirurgia-y-COVID19\\_es\\_1\\_152.html](https://www.aecirujanos.es/Documentos-de-posicionamiento-y-recomendaciones-de-la-AEC-en-relacion-con-la-cirurgia-y-COVID19_es_1_152.html).
2. COVIDSurg Collaborative. Global guidance for surgical care during COVID-19 pandemic. Br J Surg. 2020 Apr 15. <http://doi.org/10.1002/bjs.11646>.
3. SAGES Surgical Guidelines during COVID-19. <https://www.sages.org/category/covid-19/>.
4. Balibrea JM, et al. Manejo quirúrgico de pacientes con infección por COVID-19. Recomendaciones de la Asociación Española de Cirujanos. Cir Esp. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.03.001>.