

Retoma da atividade cirúrgica na era COVID-19

Posição da SPCIR

Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Presidente: Dr. Gil Gonçalves

Introdução:

A pandemia COVID 19 assola a Europa há 3 meses e tem condicionado o comportamento social e profissional com vista à contenção da propagação da doença. Um mês após o pico de incidência no nosso país, urge tomar medidas para retomar a atividade habitual para diagnóstico e tratamento de outras doenças.

A pandemia COVID-19 provocou uma redução significativa da atividade cirúrgica, que nalgumas instituições interrompeu toda a atividade programada, mantendo apenas as intervenções urgentes. Assiste-se ao aumento do número de utentes em lista de espera para cirurgia eletiva, sendo necessária uma estratégia de retoma da atividade cirúrgica que depende do contexto institucional e epidemiológico, requerendo reflexão e adaptação a esta nova realidade.

Este documento pretende apenas apresentar, de forma sucinta à luz da evidência disponível, a posição da SPCIR sobre a (1) **seleção de utentes** para retoma de atividade considerando o contexto epidemiológico da instituição e a prioridade do procedimento, (2) a **gestão de um serviço de Cirurgia**, no período de retoma da atividade, e (3) **notas técnicas** relativas à prática cirúrgica.

A SPCIR subscreve e recomenda que as posições da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA) e da Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA) sejam consideradas como complemento do presente documento nos capítulos não abordados. Acreditamos que a atividade em regime de ambulatório seja crucial para o retorno a uma nova normalidade.

Posição da SPCIR:

(1) SELEÇÃO DE UTENTES PARA RETOMA DE ATIVIDADE

A retoma da atividade depende de vários fatores, incluindo as recomendações da tutela e orientações da DGS e Ministério da Saúde. A SPCIR entende ser essencial considerar, no planeamento de retoma, o **contexto epidemiológico da instituição**. Para esse efeito, sugere a utilização das recomendações elaborados pela Associação Espanhola de Cirurgia (AEC), já validada pela mesma para a população espanhola e internacionalmente pela Associação Europeia de Cirurgia Endoscópica (EAES). Trata-se de uma escala dinâmica contemplando 5 cenários diferentes ou fases de alerta, e com o objetivo de definir recomendações relativas à atividade cirúrgica, auxiliando no processo de tomada de decisão.

• FASE I. CENÁRIO DE QUASE NORMALIDADE

- **Admissões** - Doentes admitidos COVID-19 - < 5% das camas hospitalares e de UCI.
- **Recursos** - sem impacto nos recursos hospitalares.
- **Ação cirúrgica:** sem impacto na atividade normal, pelo que a retoma deverá iniciar-se pelos **doentes oncológicos eletivos** (se previamente não operados) seguida pelos **doentes não oncológicos com grau de prioridade decrescente**.

• FASE II. CENÁRIO DE ALERTA LIGEIRO

- **Admissões** - Doentes admitidos COVID-19 com ocupação de 5-25% das camas hospitalares e de UCI.
- **Recursos** - nenhum impacto sobre os recursos do hospital, mas que implica ter o hospital alerta para as portas de emergências pandêmicas e definidas para doentes respiratórios e outros doentes.
- **Ação cirúrgica:** atividade restrita a:
 - o **Oncológico:** Avaliar ações com doentes com cancro semelhantes à fase III em caso de previsão de curva ascendente
 - o **Emergências**

• FASE III. CENÁRIO DE ALERTA MODERADO

- **Admissões** - doentes admitidos no COVID-19 com ocupação de 25 a 50% das camas hospitalares e de UCI.

- **Recursos** - impacto nos recursos hospitalares com o alerta do hospital para as portas de emergência pandêmicas e definidas para doentes respiratórios e outros doentes, e UCI's e instalações reservadas para doentes COVID 19.

- **Ação cirúrgica:** atividade restrita a:

o Oncológicos que não podem ser adiados porque sua sobrevivência é comprometida nos próximos 3 meses.

o Oncológicos que não podem ser submetidos a tratamento neoadjuvante para retardar os processos cirúrgicos.

o Oncológicos que não envolvem longas estadias na UCI.

O Emergências

• **FASE IV. CENÁRIO DE ALERTA ELEVADO**

- **Admissões** - doentes admitidos no COVID-19 com ocupação de 50 a 75% das camas hospitalares e de UCI.

- **Recursos** - impacto principal nos recursos, profissionais e das camas hospitalares e de UCI.

- **Ação cirúrgica:** atividade restrita a:

o Emergências.

• **FASE V. CENÁRIO DE EMERGÊNCIA**

- **Admissões** - doentes admitidos no COVID-19 com ocupação de mais de 75% das camas hospitalares e de UCI.

- **Recursos** - impacto principal nos recursos, profissionais e das camas hospitalares e de UCI. Capacidade da UCI e suporte ventilatório limitado ou recursos limitados da sala de operações ou trajetória COVID dentro do hospital em uma fase que cresce rapidamente.

- **Ação cirúrgica:** atividade restrita a:

o Emergências em doentes que podem não sobreviver se a cirurgia não for realizada dentro de algumas horas, realizando uma triagem pré-operatória com base no comitê de ética.

Na seleção de doente para retoma da atividade eletiva importa estabelecer **critérios objetivos que auxiliem na decisão**. Existem alguns *scores* internacionais para esse efeito, e que permitem estimar a priorização de procedimentos eletivos como uma seleção de

doentes. De um modo geral, existem três categorias de fatores que determinam a adequação de uma intervenção no doente específico, relacionados com a patologia que determina a intervenção, com o procedimento previsto e com o estado do utente. Para este efeito considera-se uma escala numérica de 18 Itens pontuáveis de 1 a 5 (18-90).

A.1 Fatores dependentes da doença de base:

	1	2	3	4	5
Efetividade do tratamento conservador	Não existe/ Disponível	Eficácia <40% (vs. Cirurgia)	Eficácia 40-60% (vs. Cirurgia)	Eficácia 60-95% (vs. Cirurgia)	Eficácia equivalente à Cirurgia
Impacto de uma demora de 2 semanas sobre a doença	Agravamento muito significativo	Agravamento significativo	Agravamento moderado	Agravamento Ligeiro	Sem agravamento
Impacto de uma demora de 6 semanas sobre a doença	Agravamento muito significativo	Agravamento significativo	Agravamento moderado	Agravamento Ligeiro	Sem agravamento

A.2 Fatores dependentes do procedimento:

	1	2	3	4	5
Tempo cirúrgico (min)	<30	30-60	60-120	120-180	>180
Permanência média	Pequena Cirurgia/ Ambulatório	< 24h	24-48h	3 dias	>4dias
Probabilidade de necessitar de UCI	Improvável	<5%	5-10%	10-25%	> 25%
Perdas hemáticas	<100cc	100-250cc	250-500cc	500-750cc	>750cc
Nº de elementos da equipa cirúrgica	1	2	3	4	>4
Localização	Nenhum dos seguintes	Abdómen superior e inferior por laparoscopia	Abdómen inferior via aberta	Abdómen superior via aberta	Cabeça e Pesçoço, Tórax, Esofagagástrica complexa

A.3 Fatores dependentes do estado do doente:

	1	2	3	4	5
Idade	<20 anos	20-40 anos	40-50 anos	50-65 anos	>65 anos
Doença Pulmonar Crónica	Não			Tratamento de resgate	Tratamento habitual
Apneia Obstrutiva do Sono	Não			Sem tratamento	CPAP
Doença Cardiovascular	Não		1 Fármaco	2 Fármacos	3 Fármacos
IMC	<25 Kg/m ²			25-30 Kg/m ²	> 30 Kg/m ²
Imunossupressão (1)	Não			Moderada	Severa
Diabetes Mellitus	Não		Sem tratamento	ADO	+ Insulina
Síndrome Gripal	Não				Sim
Contacto com COVID-19 nos últimos 15 dias	Não		Desconhece		Sim

(1) Doença hematológica maligna; Transplante de “*stem cells*”; Transplante de órgãos sólidos, Quimioterapia recente ou ativa; Uso de anti - TNF α ou outros imunossupressores; Corticoterapia com doses equivalentes ou superiores a 20mg/dia; Imunodeficiência congénita e hipogamaglobulinémia sob terapêutica com Imunoglobulina; VIH com CD4 < 200.

- O cálculo do score de adequação do procedimento, neste contexto específico, foi validado retrospectivamente e considera um *Cutoff* de 60 para a população espanhola. Nos doentes com 60 pontos ou mais, a adequação do procedimento eletivo deve ser reequacionada, sem que determine necessariamente motivo de cancelamento.

- No caso dos doentes oncológicos em lista de espera, devem ser prioritários aqueles cujo prognóstico seja previsível agravar nos próximos 3 meses, considerando a história natural da doença, que não possam ser submetidos a tratamento neoadjuvante ou tenham estimada uma estadia curta em UCI. A atribuição de prioridade deverá ainda considerar os pareceres do Grupo Multidisciplinar correspondente e da Comissão de Ética Local, quando necessário.

(2) GESTÃO DE UM SERVIÇO DE CIRURGIA PARA RETOMA DE ATIVIDADE

- À data a evidência científica sobre esta questão é escassa. Alguns trabalhos mostram um aumento da morbimortalidade durante o período perioperatório em pacientes infetados com SARS-CoV-2, previamente assintomáticos ou infetados durante o internamento.

O racional será identificar os doentes propostos para cirurgia, que estão infetados e estabelecer circuitos livres de COVID-19, para assim manter a segurança a pacientes e profissionais das diferentes áreas. Os circuitos devem ser adaptados de acordo com as características da instituição, incluindo o seu contexto epidemiológico, e da fase da doença em que estão.

Excluídas as fases IV e V onde o hospital é praticamente dedicado ao tratamento de doentes com COVID-19, nas fases II e III é necessário separar claramente áreas específicas, com base nos seguintes princípios:

- Espaços físicos com circuitos independentes dentro do bloco operatório, de modo a garantir a circulação de doentes e profissionais num ambiente sem COVID-19;

- Áreas de internamento específicas que minimizam a possibilidade de infeção;

- Áreas de consulta externa que evitam aglomeração de doentes e familiares. Se possível implementar medidas de deteção precoce para possíveis doentes suspeitos antes de chegarem à área hospitalar;

- Se possível, profissionais testados para evitar a infeção de doentes e profissionais;

- Recomendável ter os doentes testados no pré-operatório para evitar as complicações inerentes à infeção por SARS-coV-2.

- Apresentamos de seguida algumas **recomendações específicas para a organização do serviço**, quando considerada adequada no contexto da organização uma descalada de níveis de alerta, nomeadamente nas fases de retorno à “normalidade”.

- Na estrutura da instituição/serviço poderemos considerar a progressivamente a **retoma da estrutura das equipas cirúrgicas com competências específicas**, nomeadamente em áreas mais diferenciadas, permitindo a realização de intervenções cirúrgicas de maior complexidade, mantendo todas as precauções recomendadas para minimizar o risco de infeção.
- A **visita diária na área de internamento** deverá ser realizada por um pequeno grupo de cirurgiões, com o contributo dos cirurgiões responsáveis, seja virtual (telefónica) ou presencial, em casos especialmente complexos. Consideramos obrigatório o uso de máscara para os doentes durante toda a permanência no hospital, assim como

distanciamento mínimo de 2 (dois) metros entre doentes e abstenção de acompanhantes ou visitas. Deste modo recomenda-se a adaptação do espaço de internamento para esse efeito.

- Dependendo da organização do Serviço ou Unidade Funcional, a análise de prioridades deverá ter em conta o anteriormente exposto e refletir-se no **planeamento da atividade cirúrgica regular**.
- O reinício da **cirurgia em regime de ambulatório** deve ser promovido e é recomendável e a atribuição do nível de prioridade deve considerar o anteriormente exposto. As recomendações emanadas pela APCA são por nós suportadas, devendo ser consideradas neste âmbito.
- Para a atividade em regime de **Consulta Externa** sugere-se um agendamento tendencialmente misto, com consultas presenciais reduzidas numa primeira fase (para Primeiras Consultas ou pós-operatórios, entre outras), em detrimento da via telefónica ou digital (para catamnese, por exemplo), na medida do possível. Sempre que necessária a consulta presencial, deve ser feita uma triagem prévia, por via remota, para que o utente seja avaliado quanto à presença de sintomas sugestivos de COVID-19. A lotação máxima das salas de espera terá de ser definida de modo a garantir o distanciamento social.

(3) NOTAS TÉCNICAS RELATIVAS À PRÁTICA CIRÚRGICA

- Sobre as particularidades da técnica cirúrgica, nomeadamente as abordagens minimamente invasivas, a SPCIR elaborou um conjunto de recomendações nesse sentido. Salientamos a importância de encararmos a abordagem clássica/convencional como igualmente problemática no contexto da contaminação de utentes e profissionais. Assim também na abordagem laparotómica importa adotar as medidas adiante invocadas para a cirurgia laparoscópica, nomeadamente evitando o uso prolongado e com alta voltagem de electrobisturis, uso preferencial de dispositivos de energia que acoplam aspiração e promover a aspiração de líquidos orgânicos e fumos gerados.

RECOMENDAÇÕES PARA CIRURGIA ELETIVA VIA LAPAROSCÓPICA

Aos doentes tratados nesta fase não deve ser furtado a possibilidade de aceder a procedimentos menos invasivos, com melhor recuperação e menor tempo de internamento, sempre e quando estejam reunidas as condições técnicas e tecnológicas para o efeito.

A cirurgia laparoscópica tem características próprias que poderão trazer risco de transmissão vírica às equipas médicas e não médicas do bloco operatório aquando do tratamento de doentes COVID 19 positivos. Estes eventuais riscos acrescidos são no entanto presumidos e não cabalmente comprovados. Em causa está a possibilidade de aerossolização de gotículas contendo vírus viáveis, induzido pelo pneumoperitoneu. Para minimizar este potencial veículo de transmissão deverão ser tomadas medidas concretas, para além das já estipuladas de rastreio triplo negativo (sem clínica, sem contexto epidemiológico, teste negativo), nos doentes programados para cirurgia abdominal, que deverão ser isolados no domicílio nas duas semanas que precedem a intervenção.

Essas medidas/recomendações são:

1. Reduzir ao mínimo possível o número de profissionais em sala e a circulação para fora da sala durante a intervenção.
2. Utilizar preferencialmente trocares descartáveis para garantir a estanquicidade das suas válvulas.
3. Nunca abrir as torneiras dos trocares para o ar da sala durante a cirurgia.

4. Usar sistematicamente filtro para partículas ultra pequenas (ULPA) acoplado a uma das torneiras dos trocares, criando um sistema de aspiração permanente de fumos durante a intervenção.
5. Usar pressões de pneumoperitoneu não superiores a 12 mmHg.
6. Minimizar a troca de instrumentos através dos trocares.
7. Evitar uso prolongado e com alta voltagem de electrobisturis e bisturis ultrassónicos.
8. Aspiração de líquidos orgânicos e gás insuflado com aspirador em sistema fechado.
9. Evacuação completa do gás intra-abdominal antes de retirar a peça cirúrgica ou conversão para laparotomia.
10. Evacuação completa do gás intra-abdominal no final da cirurgia, antes da retirada dos trocares.
11. No final da cirurgia, usar a função de desinsuflação se o insuflador usado tiver essa característica. Caso contrário, encerrar a torneira do trocar usado para insuflar CO2 antes de desligar o insuflador. Esta recomendação é fundamental para não incorrer no risco de contaminar o aparelho que não tenha função de desinsuflação.
12. A utilização de drenos deve ser evitada.
13. Instrumentos para encerramento da fáscia com perda de gás intra-abdominal não devem ser utilizados.
14. O encerramento da fáscia em portas maiores de 10 mm só deve ser feito após completa desinsuflação.
15. Procedimentos assistidos por mão, *ditos Hand Assisted*, não devem ser realizados.

RECOMENDAÇÕES PARA CIRURGIA URGENTE VIA LAPAROSCÓPICA

A cirurgia urgente em doentes não testados COVID 19 deve ser tida como “cirurgia em doente infetado até prova em contrário”. Assim todos os doentes de urgência deverão ser testados e rastreados clinicamente sempre que haja tempo disponível para tal, de acordo com a gravidade e emergência do ato cirúrgico necessário. Tal como nos procedimentos eletivos, não há evidencia que recomende ou contraindique a laparoscopia neste contexto. O risco de aerossolização de partículas víricas está comprovadamente aumentado na cauterização elétrica de tecidos e sangue, e por isso não deveremos isentar os procedimentos abertos deste efeito.

Todas as recomendações para laparoscopia em cirurgia eletiva devem ser respeitadas na cirurgia urgente.

Comentários finais:

A SPCIR apresenta neste documento a sua posição relativa aos aspetos técnico-científicos disponíveis e que fundamentam as orientações nele emanadas, para uma retoma da atividade cirúrgica que se espera possível num cenário de regressa à (nova) “normalidade”.

A ponderação de retoma exige a confirmação de uma redução sustentada e documentada da taxa de incidência nacional, regional e institucional. Recomenda-se um alerta especial para um recrudescimento de casos com o alívio das medidas restritivas na sociedade.

Reforçamos a obrigatoriedade do rastreio de todos os doentes para cirurgia eletiva, assim como o compromisso firmado do doente para recolhimento no domicílio, declaração de sintomas e de contacto com doentes COVID-19

O presente documento será atualizado assim que a SPCIR considera oportuno a mesma.

Referências bibliográficas:

- 1 - Asociación Española de Cirujanos - aecirujanos.es
- 2 - American College of Surgeon - facs.org
- 3 - European Association for Endoscopic Surgery - eaes.eu
- 4 - Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons - sages.org
- 5 - Prachand VN, Milner R, Angelos P et al. Medically-Necessary, Time-Sensitive Procedures: A Scoring System to Ethically and Efficiently Manage Resource Scarcity and Provider Risk During the COVID-19 Pandemic. J Am Coll Surg. 2020 Apr 9. pii: S1072-7515(20)30317-3. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2020.04.011. [Epub ahead of print]PubMed PMID: 32278725.