



AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

Inspiring Quality:
Highest Standards, Better Outcomes

100+years

COVID 19: Elective Case Triage Guidelines for Surgical Care

Fecha de revisión: 25.03.2020

Estas guías tienen por objeto proporcionar asesoramiento a los cirujanos y servir a los mejores intereses de los pacientes en función de las estimaciones de riesgo para los pacientes *promedio* (en términos de condición clínica, salud del paciente, disponibilidad de recursos hospitalarios) y deben considerarse para los pacientes que se presentan en emergencias de cirugía general durante esta pandemia.

Para los pacientes que se sabe que son COVID-19 positivos o con una alta sospecha clínica de infección por COVID, se prefiere el manejo no quirúrgico, si es factible y seguro para el paciente. Si se requiere cirugía en estos pacientes, se debe utilizar el EPP apropiado y tomar precauciones para proteger al equipo de atención médica.

- El Colegio Americano de Cirujanos tiene un enorme respeto y confianza en el juicio y compromiso de nuestros Fellows. La información proporcionada no debe considerarse una guía rígida, y no pretende suplantar el juicio clínico. Tampoco se pretende que la información impida el desarrollo del consenso con respecto a los enfoques institucionales y locales para las pautas de tratamiento. Existe una gran incertidumbre en torno a esta pandemia en evolución y una gran cantidad de variabilidad regional. En este entorno fluido y variable, la información cambia rápidamente.
- Es muy probable que las estrategias descritas en este documento puedan cambiar a medida que evolucione nuestra comprensión de los desafíos únicos que plantea COVID-19 dentro de cada país, estado y entorno de atención médica.

Principios de esta Guía

- El objetivo es proporcionar atención quirúrgica oportuna a los pacientes que se presentan con condiciones quirúrgicas urgentes y emergentes, al tiempo que optimiza los recursos de atención al paciente (por ejemplo, camas de unidades de cuidados intensivos y hospitalarios, equipos de protección personal, ventiladores) y preserva la salud del personal de salud.
- No hay sustituto para el buen juicio quirúrgico
- Deben realizarse procedimientos y cirugías, si retrasar el tratamiento implique la prolongación de la estadía en el hospital, aumente la probabilidad de ingreso hospitalario posterior o cause daño al paciente.
- Los pacientes que han fracasado en los intentos de tratamiento médico de una afección quirúrgica deben considerarse para cirugía para disminuir el uso futuro de los recursos.
- Las decisiones multidisciplinarias compartidas con respecto a la programación quirúrgica deben tomarse en el contexto de los recursos institucionales disponibles que serán variables y evolucionarán rápidamente. <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/review-committee>

Condiciones específicas a considerar

Trombosis hemorroidal aguda / necrosis

La mayoría de las afecciones hemorroidales agudas se pueden manejar de manera no quirúrgica según el criterio del cirujano. Cuando sea posible, el manejo bajo anestesia local en un entorno ambulatorio puede ser apropiado. Los procedimientos quirúrgicos de emergencia generalmente deben reservarse para hemorragias significativas y enfermedades graves o enfermedades que no responden a medidas no quirúrgicas.

Absceso perianal o perirrectal

Los abscesos perianales que son superficiales y localizados pueden tratarse con incisión y drenaje con anestesia local según las indicaciones habituales del cirujano. La

incisión y el drenaje de abscesos perirrectales más grandes en el quirófano no deben retrasarse para garantizar un drenaje inicial adecuado, evitar la extensión de la enfermedad a una infección invasiva y acortar la estancia hospitalaria. Si el quirófano no está disponible, el drenaje percutáneo debe considerarse como una medida alternativa y temporizadora.

Infecciones de tejidos blandos

Los abscesos superficiales y localizados pueden manejarse con incisión y drenaje con anestesia local. Se prefiere la incisión y el drenaje en el quirófano de abscesos más grandes o aquellos con un componente intramuscular para garantizar un drenaje inicial adecuado y acortar la estancia hospitalaria. Los pacientes con preocupación por infecciones necrotizantes de tejidos blandos deben proceder con desbridamiento de emergencia.

Pancreatitis aguda con necrosis

Se debe usar terapia antimicrobiana si se confirma la necrosis infectada. Se recomienda el "step up approach"(enfoque progresivo) que incluye: drenaje percutáneo, desbridamiento endoscópico o técnicas radiológicas intervencionistas (tenga en cuenta que las técnicas radiológicas intervencionistas pueden preferirse en pacientes con COVID positivo debido al riesgo de aerosolización con endoscopia), seguido de drenaje laparoscópico o abierto si no hay otra opción disponible.

Van Santvoort HC, Besselink MG, Bakker OJ, et al. A Step-up Approach or Open Necrosectomy for Necrotizing Pancreatitis, N Engl J Med 2010;362-1491-1502.
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa0908821>

Neumoperitoneo, Isquemia Intestinal, Obstrucción Intestinal

Los pacientes con sospecha de perforación intestinal, isquemia intestinal, obstrucción de asa cerrada u obstrucción secundaria a hernia encarcelada deben proceder con cirugía de urgencia. El tratamiento no quirúrgico de la obstrucción del intestino delgado secundario a adherencias debe seguir la práctica habitual.

Apendicitis, sin complicaciones

Existe alguna evidencia que sugiere que los pacientes con apendicitis no complicada pueden tratarse con antibióticos por vía intravenosa, seguido de la transición a antibióticos por vía oral. Se han observado altas tasas de fracaso de este enfoque (30-50%) con apendicolito y con evidencia tomográfica de extensión de la enfermedad fuera de la fosa iliaca derecha. Según el criterio del cirujano y la condición del paciente, se puede considerar una prueba de antibióticos. La apendicectomía laparoscópica de estadía corta o ambulatoria se asocia probablemente con una estadía más corta. La duración de la estadía en el hospital debe compararse con el uso de recursos de quirófano en esta circunstancia y debe basarse en el juicio del cirujano.

Frazeo, RC, Abernathy SW, Davis M, et al. Frazeo, RC, Abernathy SW, Davis M, et al. Outpatient laparoscopic appendectomy should be the standard of care for uncomplicated appendicitis. Journal of Trauma and Acute Care Surgery: [January 2014 – Volume 76 – Issue 1 – p 79-83](#). Doi: 10.1097/TA.0b013e3182ab0d42

Mahida JB, Lodwick DL, Macion KM, et al. High failure rate of nonoperative management of acute appendicitis with an appendicolith in children. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2016.02.056>

Apendicitis complicada

La apendicitis complicada puede tratarse según la práctica habitual. En resumen, todos los pacientes deben recibir antibióticos por vía intravenosa hasta mejorar clínicamente, seguido de la transición a antibióticos por vía oral. Los pacientes con un absceso definido deben someterse a drenaje percutáneo. Los pacientes con evidencia de perforación pueden tratarse con drenaje percutáneo u operación según la condición del paciente. Los pacientes que fracasan en el manejo no quirúrgico deben proceder a cirugía rápidamente

Colelitiasis sintomática

Los pacientes con colelitiasis sintomática y colecistitis crónica deben tener su manejo del dolor controlado. Si esto es factible, la cirugía debe retrasarse y realizarse de manera electiva. Para los pacientes con síntomas en aumento, y para aquellos con dolor refractario al tratamiento médico, considere la colecistectomía laparoscópica.

Coledocolitiasis

Los pacientes con coledocolitiasis sin signos de colangitis pueden esperar el tratamiento. Para aquellos con cálculos más grandes, y aquellos que no logran pasar su cálculo espontáneamente, es apropiado una CPRE con esfinterotomía, seguida de colecistectomía electiva de manera diferida. Tenga en cuenta que se deben tomar las precauciones adecuadas para la CPRE en pacientes con infección por COVID-19, ya que se debe considerar un procedimiento de aerosolización.

Colecistitis aguda

Los pacientes sanos con colecistitis aguda deben someterse a una colecistectomía laparoscópica para minimizar la estancia hospitalaria. Si el paciente tiene un riesgo demasiado alto para la cirugía o no hay una sala de operaciones disponible, considere los antibióticos por vía intravenosa. Los pacientes que no mejoran clínicamente con antibióticos, y aquellos con signos de sepsis deben someterse a colecistostomía percutánea además de la administración de antibióticos por vía intravenosa.

Colangitis

Los pacientes con colangitis ascendente a menudo responden a antibióticos de amplio espectro y reanimación adecuada. Para los pacientes que no mejoran clínicamente y aquellos con sepsis, se indica la CPRE y la esfinterotomía. Si existe una preocupación por colecistitis concomitante, la colecistostomía percutánea puede ser apropiada. Tenga en cuenta que se deben tomar las precauciones adecuadas para la CPRE en pacientes con infección por COVID-19, ya que se debe considerar un procedimiento de aerosolización. La colecistectomía debe realizarse de manera tardía.

Diverticulitis

La diverticulitis no complicada se puede manejar de la manera habitual, que incluye antibióticos por vía intravenosa con transición a antibióticos por vía oral. Los pacientes que presentan peritonitis purulenta o feculenta con neumoperitoneo difuso deben someterse a cirugía. La diverticulitis de Hinchey grados 1 y 2 debe manejarse con drenaje percutáneo además de la terapia antimicrobiana. Los pacientes con flemón

pueden manejarse con éxito con antibióticos, reservando el drenaje percutáneo si se desarrolla posteriormente abscesos. Los pacientes que fracasan en el manejo no quirúrgico deben proceder a la cirugía rápidamente.