




Editorial

Sistemas de puntuación. Una herramienta útil para reanudar la cirugía urológica durante la pandemia Covid-19

Hugo Enrique López-Ramos¹ Herney Andrés García-Perdomo²

¹ Jefe del Programa de Urología, Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

² Departamento de Cirugía, Sección de Urología, Escuela de Medicina, Universidad del Valle, Cali, Colombia

Urol Colomb 2020;29:63–65.

La rápida propagación mundial de la infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) ha generado una crisis de salud de gran magnitud.^{1,2} El enfoque ha sido el uso de los recursos sanitarios a la atención de pacientes COVID-19 en el escenario de urgencias, hospitalización y cuidado intensivo.³ De otro lado, se han cancelado las consultas presenciales y los procedimientos electivos en la gran mayoría de las instituciones hospitalarias generando un impacto en la atención de los pacientes.⁴

Con excepción de las cirugías de oncología urológica, la mayoría de las cirugías electivas en urología pueden retrasarse sin un impacto negativo para el paciente.

La Asociación Europea de Urología (EAU) y la sección de robótica (ERUS) de la misma asociación, ha publicado sus recomendaciones para cirugía durante la emergencia de COVID-19.⁵ En ellas, fuera de unas recomendaciones específicas para cada caso con base en las prioridades de programación, se recomienda discutir cada caso en una junta multidisciplinaria.

Se han publicado guías para la realización de cirugía en tiempos de COVID-19 de otras sociedades científicas, sin embargo el enfoque es operar lo que pueda tener un efecto deletéreo para el paciente. Estas guías no ofrecen una forma específica para continuar con la consulta y la cirugía de una forma segura tanto para el profesional como para el paciente.

Hay algunos reportes de sistemas simples y seguros que clasifican a los pacientes de acuerdo con su patología, tipo de procedimiento y prioridad quirúrgica que nos dan una directriz para la reprogramación de los procedimientos electivos urológicos.⁶

Prachand y colaboradores⁷ proponen un nuevo sistema de puntuación (Procedimientos médicamente necesarios, sensibles al tiempo – MeNTS por sus siglas en inglés) con el objetivo de priorizar las cirugías médicamente necesarias que no deberían retrasarse debido a la crisis hospitalaria de COVID-19. Este sistema de puntuación comprende 21 factores

plausibles que contribuyen a los resultados perioperatorios más pobres, el riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 a los profesionales de la salud y la mayor utilización de recursos hospitalarios durante la pandemia con valores de anclaje asignados a una escala de 1-5 en medidas objetivas.

La puntuación contiene tres dominios: Procedimiento, paciente y enfermedad, cada uno de ellos requiere una puntuación (7-35), (6-30) y (8-40) respectivamente y finalmente una puntuación total, que va desde 21 a 105 (**– Apéndice 1**). Cuanto mayor sea el puntaje, mayores serán los riesgos para el paciente, la utilización de los recursos de atención médica y las posibilidades de exposición viral al equipo de atención médica.⁷ Se propone un punto de corte de 55-57, considerando que por encima de este valor se sugiere verificar la idoneidad del procedimiento.

De igual manera, la Asociación Española de Cirugía (AEC)⁸ publicó una serie de recomendaciones acerca de cómo reanudar la cirugía electiva después de pasado el pico de la pandemia. Emplearon el sistema de puntuación Prachand estableciendo un valor de corte de 60. De tal manera que se debe reconsiderar la idoneidad de los procedimientos en pacientes con un puntaje por encima de éste valor.

El colegio americano de cirujanos⁶ en conjunto con otras sociedades científicas sugieren los siguientes elementos para retornar a las actividades quirúrgicas electivas:

1. El tiempo para retornar debe ser consistente con una disminución del número de casos en su localización geográfica durante al menos 14 días previos. Además se debe contar con la facilidad de hospitalización y cuidado intensivo para éstos pacientes en tal caso que se requiera.
2. Debe existir disponibilidad de los exámenes apropiados para COVID-19 en éstos pacientes y para el personal profesional quienes atienden. Si no existe, se sugiere establecer un plan de prevención de contagio.

Address for correspondence
Herney Andrés García-Perdomo,
MD MSc EdD PhD, FACS,
Departamento de
Cirugía/Urología, Escuela de
Medicina, Universidad del Valle,
Cali, Colombia
(e-mail: editorrevista@scu.org.co).

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0040-1713720>.
ISSN 0120-789X.
e ISSN 2027-0119.

Copyright © 2020, Sociedad Colombiana de Urología. Publicado por Thieme Revinter Publicações Ltda., Rio de Janeiro, Brazil. Todos los derechos reservados.

License terms



3. Se debe realizar un entrenamiento a todos los profesionales sanitarios acerca del uso adecuado de los elementos de protección personal. Adicionalmente debe haber disponibilidad de todos estos.
4. Debe existir un sistema de priorización y organización claro, con base en sistemas de puntuación (P.e. MeNTS) de tal manera que se de prioridad a los casos cancelados previamente, así como a los casos oncológicos y que requieran pronta atención. Adicionalmente debe planearse una estrategia en conjunto con los quirófanos, las salas de hospitalización y cuidado intensivo para el advenimiento del número de pacientes que requieren cirugía.
5. El establecimiento de protocolos para cada escenario es fundamental para el buen retorno a actividades.

Con respecto al seguimiento ambulatorio, se sugiere que los pacientes deben egresar en una buena y estable condición de tal manera que se minimice el riesgo de readmisión. Adicionalmente se sugiere disminuir los controles posteriores al número mínimo necesario y además hacer uso de las tecnologías de información y comunicación que apoyan la tele-salud en la actualidad.^{4,9} De manera tal que se disminuyan las visitas hospitalarias.

Lo que queremos plantear en éste escrito es el regreso a la actividad urológica electiva con base en el cumplimiento de un estricto protocolo de seguridad tanto en la consulta como en la cirugía electiva para evitar un colapso de nuestro sistema y asegurar apropiados desenlaces a nuestros pacientes.⁶ El protocolo debe incluir la evaluación rigurosa de los pacientes con base en éstos sistemas de puntuación y clasificación, así como el cumplimiento estricto de la bioseguridad del personal de atención sanitaria. Adicionalmente se debe contar con la decisión de una junta multidisciplinaria dadas las implicaciones legales que pueden tener estas decisiones.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- 1 Zhu N, Zhang D, Wang W, et al; China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* 2020; 382(08):727–733
- 2 Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet* 2020;395 (10223):470–473
- 3 CMS. OPENING UP AMERICA AGAIN Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) Recommendations Re-opening Facilities to Provide Non-emergent Non-COVID-19 Healthcare: Phase I.
- 4 García-Perdomo H, Beas Sandoval L. La enseñanza en los programas académicos y quirúrgicos en tiempos de COVID-19. *Rev Mex Urol* 2020;80(02):1–3
- 5 Ribal M, Cornford P, Briganti A, Knoll T, Gravas S, Marek B. EAU Guidelines Office Rapid Reaction Group: An organisation-wide collaborative effort to adapt the EAU guidelines recommendations to the COVID-19 era [Internet]. *European Association of Urology*; 2020 [cited 2020 May 10]. p. 1–83. Available from: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Office-Rapid-Reaction-Group-An-organisation-wide-collaborative-effort-to-adapt-the-EAU-guidelines-recommendations-to-the-COVID-19-era.pdf>
- 6 American College of Surgeons. American Society of Anesthesiologists., Association of periOperative Registered Nurses., American Hospital Association. Joint Statement: Roadmap for Resuming Elective Surgery after COVID-19 Pandemic [Internet]. *American College of Surgeons*; 2020 [cited 2020 May 10]. Available from: <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/roadmap-elective-surgery>
- 7 Prachand VN, Milner R, Angelos P, et al. Medically necessary, time-sensitive procedures: scoring system to ethically and efficiently manage resource scarcity and provider risk during the COVID-19 Pandemic. *J Am Coll Surg* 2020;S1072-7515(20)30317-3
- 8 Española de Cirujanos A. Recomendaciones De Gestión Para La Vuelta a Normalidad Y “Desescalada” En Los Servicios De Cirugía General En El Contexto De La Pandemia Covid 19 [Internet]. *Asociación Española de Cirujanos*. 2020. Available from: https://www.aecirujanos.es/Documentos-de-posicionamiento-y-recomendaciones-de-la-AEC-en-relacion-con-la-cirugia-y-COVID19_es_1_152.html
- 9 Simonato A, Giannarini G, Abrate A, et al; Members of the Research Urology Network (RUN). Pathways for urology patients during the COVID-19 pandemic. *Minerva Urol Nefrol* 2020

Apéndice 1 Hoja de trabajo de priorización de los procedimientos médicamente necesarios, sensibles al tiempo (MeNTS)

Procedimiento	1	2	3	4	5
Tiempo operatorio	< 30 minute	31 - 60 minute	61 - 120 minute	121 - 180 minute	≥ 181 minute
Hospitalización anticipada	Paciente externo	23 horas	24-48 horas	2- 3d	≥ 4d
Necesidad de UCI Post-Op	Muy improbable	<5%	5- 10%	11 - 25%	> 25%
Riesgo de sangrado	<100cc	10 1 -250cc	251 -500cc	501 -750cc	≥ 751 cc
Tamaño del equipo quirúrgico	1	2	3	4	> 4
Intubación necesaria para realizar el procedimiento (probabilidad)	≤ 1%	1-5%	6 -10%	11 -25%	≥ 25%
Sitio quirúrgico	Nada de lo siguiente	Cirugía abdomino-pélvica mínimamente invasiva (MIS)	Cirugía abdomino-pélvica abierta infraumbilical	Cirugía abdomino-pélvica abierta Supraumbilical	OHNS / Tracto gastrointestinal superior / torácico
				Puntuación del procedimiento (7-35)	
Enfermedad	1	2	3	4 4	5 5
Opción de tratamiento no quirúrgico EFECTIVIDAD	Ninguno disponible	Disponible, <40% eficaz como cirugía	Disponible, 40 - 60% eficaz como cirugía	Disponible, 61 -95% eficaz como cirugía	Disponible, igualmente efectivo
Opción de tratamiento no quirúrgico USO DE RECURSOS / RIESGO DE EXPOSICIÓN	Significativamente peor / no aplicable	Algo peor	Equivalente	un poco mejor	Significativamente mejor
Impacto del retraso de dos semanas en el resultado de la ENFERMEDAD	Significativamente peor	Peor	Moderadamente peor	Un poco peor	Mínimamente peor
Impacto del retraso de dos semanas en dificultad / riesgo quirúrgico	Significativamente peor	Peor	Moderadamente peor	Un poco peor	Mínimamente peor
Impacto del retraso de seis semanas en el resultado de la ENFERMEDAD	Significativamente peor	Peor	Moderadamente peor	Un poco peor	Mínimamente peor
Impacto del retraso de seis semanas en dificultad / riesgo quirúrgico	Significativamente peor	Peor	Moderadamente peor	Un poco peor	Mínimamente peor
				Puntaje de enfermedad (6-30)	
Paciente	1	2	3	4	5
Años	<20 años	21 -40 años	41 -50 años	51 -65 años	> 65 años
Enfermedad pulmonar (asma, EPOC, Fibrosis Quística)	Ninguna			Mínimo (inhalador raro)	> Mínimo
Síndrome de apnea obstructiva del sueño	No presente			Leve / Moderado (sin CPAP)	En CPAP
Enfermedad Cardiovascular	Ninguna	Mínimo (sin medicamentos)	Leve (1 medicamento)	Moderado (2 medicamentos)	Grave (≥ 3 medicamentos)
Diabetes	Ninguna		Leve (sin medicamentos)	Moderar (Solo medicamentos orales)	> Moderado (insulina)
Inmunocomprometido *	No			Moderar	Grave
Síndrome gripal (fiebre, tos, dolor de garganta, dolores corporales, diarrea)	Ninguna (Asintomático)				si
Exposición a paciente COVID + (14d)	No	Probablemente no	Posiblemente	Probablemente	Si
				Puntaje del paciente (8-40)	
Puntuación acumulada (Procedimiento + Enfermedad + Paciente)					
		Rango (21-105)	Iniciales del paciente		Procedimiento