



Lisboa, 22 de Abril de 2020

RECOMENDAÇÕES PARA RETOMA DA ATIVIDADE CIRURGICA ELECTIVA APÓS CONDICIONAMENTO PELA PANDEMIA COVID-19

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia – SPA
Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório -APCA
Sociedade Portuguesa de Cirurgia– SPCIR
Sociedade Portuguesa de Cirurgia Cardio Torácia e Vascular – SPCCTV
Sociedade Portuguesa de Cirurgia Plástica e Reconstructiva - SPCPR

Grupo de Trabalho

Cristina Amaral

Presidente da Secção de Medicina Perioperatória da SPA

Assistente Graduada de Anestesiologia do CHU São João – Porto

Rosário Órfão

Presidente da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

Assistente Graduada Sénior de Anestesiologia do CHUC – Coimbra

Filipa Lança

Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

Assistente Graduada de Anestesiologia do CHULN – Lisboa

Marta Azenha

Tesoureira da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

Assistente Graduada de Anestesiologia do CHUC - Coimbra

Introdução

Para permitir controlar a Pandemia COVID-19, várias entidades entre as quais a SPA e a Ordem dos Médicos, recomendaram a suspensão temporária da atividade cirúrgica não urgente, com limitação da cirurgia eletiva às situações oncológicas, cardíacas, vasculares e neurológicas de carácter urgente, traumáticas e obstétricas, o que foi atendido pelo Ministério da Saúde a partir de 16 de março.

Foram assim adiadas em todo o Sistema Nacional de Saúde muitas cirurgias necessárias, mas não essenciais. De acordo com os epidemiologistas, foi ultrapassado com sucesso o pico da primeira onda da Pandemia em Portugal, para o qual terão contribuído as medidas de confinamento social e de adiamento da atividade assistencial médica não essencial. É chegada a altura de se programar, embora de forma faseada e cautelosa, a retoma de consultas, cirurgias e exames de diagnóstico e terapêutica.

As listas de espera da atividade médico-cirúrgica crescem diariamente. Qualquer planeamento de combate a estas listas de espera tem que ter em linha de conta que alguns dos recursos humanos necessários para atingir a normalidade desta atividade anestésica e cirúrgica foram desviados para o tratamento do doente crítico COVID-19.

Há anestesiolistas, que desempenhavam maioritariamente atividade perioperatória na era pré-pandemia, que estão atualmente a assegurar funções em Unidades de Cuidados Intensivos e na Emergência Pré-hospitalar. Há blocos operatórios desativados para criar circuitos para doentes COVID-19. Existem Unidades de Cuidados Pós-Operatórios transformadas em Unidades de Cuidados Intensivos para doentes COVID-19. Existem enfermarias cirúrgicas convertidas em espaços para internamento de doentes COVID-19.

A rapidez da retoma da atividade cirúrgica vai depender certamente das condições de cada região e unidade hospitalar, devendo cada estratégia ser definida a nível local.

A 18 de abril foi anunciado, pela Senhora Ministra da Saúde, o retomar da atividade cirúrgica. Concordamos que é uma medida imprescindível, salvaguardando que esta retoma se processe em segurança, de modo a não implicar um aumento da taxa de contaminação. Isto implica uma reorganização dos serviços de internamento para permitir o distanciamento aconselhado entre doentes e a realização de testes a todos os doentes propostos para intervenção cirúrgica ou ato invasivo de diagnóstico e terapêutica, eletivo ou urgente, para diminuir o risco de contaminação de outros doentes e profissionais.

Enunciam-se alguns princípios, para orientar a retoma da atividade assistencial.

1. *Timing* para Retoma da Atividade Cirúrgica Eletiva

Princípio: Deve existir uma redução sustentada na taxa de novos casos COVID-19 na área de influência do hospital durante pelo menos 14 dias.

Recomendação: Cada região ou unidade hospitalar deve dispor dos recursos humanos, materiais e logísticos, necessários à retoma desta atividade em segurança, devendo reorganizar-se de acordo com o impacto da contingência a nível local.

2. COVID-19 - Mitigação do risco de contaminação e Recursos

Princípio: Devem ser disponibilizados todos os recursos necessários para assegurar a proteção dos doentes e dos profissionais de saúde contra a COVID-19 e devem ser evitados procedimentos invasivos não essenciais em infetados.

Recomendações para manuseamento perioperatório:

2.1. Todas as pessoas propostas para cirurgia devem ser previamente triadas para a infeção COVID-19, devendo ser protelados os procedimentos eletivos dos casos suspeitos ou que testem positivo.

2.2. A unidade hospitalar deve definir circuitos de doentes não infetados que nunca se cruzem com os circuitos dos doentes COVID-19, adequando o movimento cirúrgico ao número de salas de bloco operatório equipadas com ventilador e monitorização *standard*, e ao número de camas de cuidados pós-anestésicos, de críticos (Níveis II e III), de intermédios (Nível I) e de agudos cirúrgicos disponíveis em cada período do surto pandémico.

2.3. A programação cirúrgica deve ter em conta a disponibilidade de recursos humanos com especialização técnica adequada (uma vez que muitos foram realocados a outras tarefas), de forma a não comprometer a segurança dos doentes e das equipas.

2.4. Deve ser acautelada a disponibilidade de espaço físico que permita a implementação da distância social, recomendada pelas Autoridades Nacionais, para a segurança das equipas, doentes e visitantes em áreas não restritas, devendo estas visitas nas áreas perioperatórias ser evitadas ou restringidas a crianças e adultos com défices cognitivos.

Todos os doentes submetidos a um procedimento anestésico/ cirúrgico devem ser monitorizados - enquanto estiverem internados e nos de ambulatório, via telefone às 24h , 7 e 15 dias.

2.5. Deve ser disponibilizado aos profissionais de saúde o Equipamento de Proteção Individual (EPI) adequado e em quantidade suficiente para procedimentos de alto risco de contaminação, como intubação orotraqueal ou outros geradores de aerossóis, de modo a mitigar o risco de infetados não sinalizados e o treino na utilização dos EPIs. Estas medidas devem ser complementadas por políticas de conservação de EPI (e.g., equipas de intubação, extensão do uso).

2.6. As medidas de mitigação devem ser delineadas e implementadas numa perspetiva dinâmica, antecipando uma previsível segunda onda de infeção e um longo combate à COVID-19.

3. COVID-19 - Disponibilidade de Testes

Princípio: Deve haver disponibilidade de testes para garantir a proteção de doentes e profissionais de saúde, e uma política de implementação dos processos de execução.

Recomendações a ter em conta na política de realização de testes COVID-19:

3.1. A disponibilidade, acuidade e evidência científica dos testes bem como os tempos até obtenção dos resultados.

3.2. O *timing* de realização do teste para fornecer informação em tempo útil, principalmente em áreas ou fases de risco de transmissão comunitária.

3.3. Avaliar a possibilidade de realizar testes de resolução rápida em doentes urgentes. Nas intervenções urgentes/emergentes em que não for possível aguardar pelo resultado do teste, deverão ser tomadas medidas de prevenção da infeção baseadas na evidência científica, como a criação de circuitos próprios, proteção individual e distanciamento adequado para criar um ambiente seguro.

3.4. Na incerteza do status COVID-19 do doente, todos os profissionais devem usar EPIs adequados a cada situação.

3.5. Indicações e disponibilidade de testes para os profissionais de saúde.

3.6. Definição de processo de realização de testes pré-operatórios para doentes COVID-19 positivo e para doentes não positivos para COVID-19. Isolamento social para doente sem história de COVID-19 pelo menos, nos 5 dias anteriores ao teste e desde realização do teste até ao ato cirúrgico.

3.7. Programar a resposta perante um profissional COVID-19 positivo, um doente COVID-19 positivo (se identificado pré-operatoriamente e se identificado pós-operatoriamente), um profissional a aguardar resultado e um doente a aguardar resultado.

4. Priorização do Agendamento Cirúrgico

Princípio: O agendamento cirúrgico deve ser feito de acordo com prioridades definidas por uma estratégia de liderança conjunta entre anesthesiologia e cirurgia, de acordo com as necessidades imediatas de cada doente.

Recomendações a ter em conta na definição de prioridades:

4.1. Lista de cirurgias adiadas e canceladas.

4.2. Scores objetivos de prioridade (*Medically-Necessary, Time-Sensitive Procedures*).

4.3. Prioridades especiais (oncologia, transplante de órgãos, cirurgia cardíaca, vascular e neurológica, trauma e obstetrícia).

4.4. Confirmação de recursos humanos e logísticos essenciais a cada procedimento (e.g., sangue e derivados).

4.5. Estratégia de alocação de tempos por forma a não se realizarem cirurgias complexas em período noturno (casos prioritários e complexos em 1º tempo).

4.6. Estratégia de abertura faseada das salas de operações.

4.6.1. Identificar a capacidade antes da retoma (e.g., 25% vs. 50%).

4.6.2. Priorizar procedimentos realizados em ambulatório.

4.6.3. Alargar âmbito (indicações) da cirurgia de ambulatório e ERAS.

4.8. Estratégia para aumentar a rentabilidade (Tempo de Disponibilidade de Sala de Operações/Tempo de Intervenção)

4.8.1. Garantir disponibilidade de recursos humanos (anestesiologistas, cirurgiões, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de esterilização, imagiologia, patologia e laboratório e outros serviços de apoio) de todas as áreas necessárias indispensáveis para garantir uma maior eficiência do bloco operatório.

4.8.2. Garantir disponibilidade de fármacos, equipamentos e consumíveis necessários para toda a atividade prevista programada e de urgência incluindo margem para imprevistos.

4.8.3. Assegurar existência de camas de internamento, incluindo em Unidades de Cuidados Pós-Anestésicos, Pós-Cirúrgicas e Medicina Intensiva, devidamente equipadas com monitores, ventiladores, sistemas de perfusão e aquecimento.

4.8.4. Formação contínua com treino na abordagem do doente COVID-19.

5. Cuidados Perioperatórios Pós-Primeira Onda COVID-19

Princípio: Devem ser assegurados cuidados específicos aos doentes COVID-19 e simultaneamente aos doentes com cirurgias adiadas.

Recomendações específicas a ter em conta nos circuitos dos doentes:

5.1. Fase I: Pré-operatória

5.1.1. Orientações para avaliação pré-anestésica:

Deve existir uma boa coordenação entre os Serviços Cirúrgicos e o Serviço de Anestesiologia para evitar cancelamentos por doentes não aptos para o procedimento proposto.

5.1.2. Orientações para re-avaliação pré-anestésica:

- Atenção particular a doentes que tiveram COVID-19 (avaliar a possibilidade e interesse em testar a imunidade).
- História clínica recente e exame objetivo nos últimos 30 dias (para verificar se não houve alterações clínicas).
- Nos doentes sem patologias associadas pode ser efetuada consulta pré-anestésica interna na véspera ou no dia da cirurgia.
- Considerar a utilização da Telemedicina para a avaliação pré-anestésica nos casos aplicáveis.
- Consentimento anestésico e cirúrgico, que deverá contemplar informação sobre as medidas implementadas na instituição para minimizar o risco de infeção COVID-19.

5.1.3. Exames laboratoriais e imagiológicos devem ser prescritos criteriosamente de acordo com o doente, o status COVID-19 e as indicações cirúrgicas, evitando repetição de testes sem indicação.

5.1.4. Decisão partilhada do plano proposto entre cirurgião e anestesiológista, particularmente nos doentes idosos, frágeis ou pós-COVID-19.

5.1.5. Programar cuidados pós-operatórios adequados a cada situação, acautelando vaga no pré-operatório.

5.2. Fase II: Pré-operatório Imediato

5.2.1. Orientações sobre o intervalo para reavaliação, e realização de exames complementares de diagnóstico, após o adiamento por COVID-19.

5.2.2. Ponderar necessidade de revisão das checklists perante COVID-19.

5.2.3. Na impossibilidade de alocação a uma sala operatória específica ou após casos suspeitos, sem tempo para confirmação de COVID-19 negativo, re-desenhar, testar e limpar os aparelhos de anestesia como preconizado após utilização com doentes COVID-19 para utilização em doentes sem COVID-19.

5.3. Fase III: Intra-operatória

5.3.1. Ponderar necessidade de adaptar lista de cirurgia segura salva vidas ao contexto da Pandemia COVID-19.

5.3.2. Orientações sobre quem deve estar presente dentro da sala operatória, durante a intubação e extubação traqueal, nos doentes COVID-19 ou suspeitos.

5.3.3. Orientações para uso de EPIs.

5.3.4. Orientações sobre a presença de pessoal não essencial, incluindo os estudantes, nos procedimentos em doentes COVID-19 ou suspeitos.

5.4. Fase IV: Pós-operatória

Adesão a protocolos estandardizados, evitando a variabilidade, para otimização de tempos de permanência em Unidades de Cuidados Pós-operatórios, aumentando a eficiência e diminuindo a taxa de complicações (e.g. Programa ERAS).

Todos os doentes submetidos a um procedimento anestésico/ cirúrgico deverão ser monitorizados - enquanto estiverem internados e os de ambulatório por via telefone as 24h , 7 e 15 dias.

5.5. Fase V: Planeamento de Cuidados após a alta

5.5.1. Disponibilidade de Cuidados Pós-Anestésicos/Pós-operatórios.

5.5.2. Segurança de Cuidados Pós-Anestésicos (Unidades para doente COVID-19 e Unidades para doente não COVID-19, Unidades tampão para doentes a aguardar resultado do teste).

5.5.3. Alta para o domicílio: Idealmente os doentes devem ter alta para o domicílio; a alta para uma Unidade de Cuidados Continuados deve ser evitada para minimizar a probabilidade de contaminação.

6. Colheita e Tratamento de Dados

Princípio: A política de orientações e procedimentos deve ser reavaliada com frequência, com base nos dados relacionados com a COVID-19, os recursos existentes, os testes disponíveis e os seus resultados, e outras informações clínicas pertinentes.

Recomendações: Devem ser coligidos e usados dados relevantes fornecidos pelas autoridades sanitárias e governamentais sempre que disponíveis:

6.1. Números COVID-19 (testes positivos, disponibilidade de camas de Internamento, de Cuidados Intensivos, doentes ventilados, intervenções cirúrgicas, novos casos, mortes, número de profissionais de saúde com teste positivo, localização, rastreio, política de quarentena e isolamento).

6.2. Disponibilidade de outras camas nos serviços de internamento, incluindo camas de intensivos, ventiladores disponíveis e EPIs.

6.3. Qualidade das métricas de cuidados (mortalidade, complicações, readmissões, erros e *near misses*).

7. Prevenção do Stress e do *Burnout*

Princípio: A proteção dos profissionais de saúde é uma prioridade, uma vez que estão na primeira linha de defesa da saúde da população.

Recomendações para reduzir o stress e o *burnout*:

7.1. Promover o bem-estar dos profissionais de saúde: com evicção do stress pós-traumático, tendo em atenção o equipamento disponível e o número de horas de trabalho, incluindo dos internos se aplicável.

7.2. Otimização da comunicação com os doentes e entre os profissionais.

7.3. Otimização de processos de agendamento de casos e de execução de testes.

7.4. Disponibilidade de espaços, estruturas e procedimentos de segurança no bloco operatório e restantes áreas de acolhimento de doentes.

Bibliografia

1. Direção Geral de Saúde. Norma 004/2020 de 23/03/2020. COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO. Abordagem do Doente com Suspeita ou Infecção por SARS-CoV-2. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0042020-de-23032020-pdf.aspx>
2. Direção Geral de Saúde. Norma 007/2020 de 29/03/2020. Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norman-0072020-de-29032020-pdf.aspx>
3. Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. Recomendações sobre Via Aérea em doentes com suspeita ou infeção com COVID-19. <http://www.spanestesiologia.pt/webstspa/wp-content/uploads/2020/03/2020-spa-recomendacao-covid19-1.pdf>
4. Sociedade Portuguesa de Anestesiologia e Clube de Anestesia Regional. Abordagem do doente cirúrgico pediátrico na pandemia COVID-19. <https://anestesiaregional.com/wp-content/uploads/2020/04/Doente-Cir%C3%BArgico-Pedi%C3%A1trico.pdf>
5. Colégio de Anestesiologia. Covid-19 para os Anestesiologistas – Informações úteis. <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-para-os-anestesiologistas-vs2.13Mar20.pdf>
6. Colégio de Anestesiologia. Atividade cirúrgica em fase de mitigação da pandemia COVID-19 – Recomendação Anestesiologia. <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2020/03/Carta-Baston%C3%A1rio-Actividade-cir%C3%BArgica-em-fase-de-mitiga%C3%A7%C3%A3o-da-Pandemia-COVID-19-vs2.28Mar20.pdf>
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Strategies for Optimizing the Supply of N95 Respirators. 2020 April 3 https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/respiratorsstrategy/index.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhcp%2Frespiratorsstrategy%2Fcrisis-alternate-strategies
8. National coronavirus response: A road map to reopening. American Enterprise Institute, March 29, 2020. <https://www.aei.org/research-products/report/national-coronavirus-response-a-road-map-to-reopening/>
9. Covid-19 Projections. Institute for Health Metrics Evaluation. Last updated April 17, 2020 <https://covid19.healthdata.org/united-states-of-america/illinois>
10. Prachand V, 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. JACS in press. [https://www.journalacs.org/article/S1072-7515\(20\)30317-3/pdf](https://www.journalacs.org/article/S1072-7515(20)30317-3/pdf)
11. Covid -19: Guidance for Triage of Non-Emergent Surgical Procedures. American College of Surgeons, March 17, 2020. <https://www.facs.org/COVID-19/clinical-guidance/triage>
12. Covid -19: Elective Case Triage Guidelines for Surgical Care. American College of Surgeons, March 27, 2020. https://www.facs.org/media/files/covid19/guidance_for_triage_of_nonemergent_surgical_procedures.ashx
13. Joint Statement: Roadmap for Resuming Elective Surgery after COVID-19 Pandemic. American College of Surgeons, American Society of Anesthesiologists. Association of PeriOperative Registered Nurses, American Hospital Association, April 17, 2020. <https://www.asahq.org/about-asa/newsroom/news-releases/2020/04/joint-statement-on-el>
14. Shunqing Xu, Yuanyuan Li. [Beware of the second wave of COVID-19](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30845-X) . Lancet. Published online April 8, 2020. doi: 10.1016/ S0140-6736(20)30845-X.