

**Emisión: Jueves 2 de Abril 2020 a las 17:30**

**Canal:**

[https://www.simposiocirugiaendovascular.com/cirugiaendovascular2020/multiconferencia?mc\\_phishing\\_protection\\_id=28632-bpv492dse2iupjh2kpd0](https://www.simposiocirugiaendovascular.com/cirugiaendovascular2020/multiconferencia?mc_phishing_protection_id=28632-bpv492dse2iupjh2kpd0)

**Participantes:**

Dra. Guerra Requena	H.G.U. de Guadalajara
Dr. Gómez Palónés	H. Dr. Peset Valencia
Dr. Alonso Pérez	H.C.U. Asturias. Oviedo
Dr. Gandarias Zúñiga	H.U. Ramon y Cajal. Madrid
Dr. Giménez Gaibar	H. Parc Tauli. Sabadell
<b><u>Moderador</u></b> Dr. Linares Palomino	H.U. Virgen de la Nieves. Granada

---

## *Sinopsis*

---

Tras la presentación y agradecimiento por la aceptación de invitación por parte del CCEV a los participantes, se procede a realizar la puesta en común de una serie de cuestiones que se estructuran en los siguientes apartados.

**Como se ha reestructurado la actividad**

Los participantes relatan la experiencia de sus centros y comunidades autónomas. En los diversos hospitales la actividad se ha reducido de manera drástica o total. Madrid, Guadalajara y Barcelona están totalmente orientados al tratamiento de la pandemia con más del 90% de ocupación en esta patología. En muchos Hospitales solo queda una sala “quirúrgica” donde se han ido agrupando enfermos de distintas especialidades.

En cuanto a las plantillas en la mayoría de los centros se han formado dos equipos estando uno solo activo, y haciendo rotación con el de reserva cada semana o dos semanas.

Algunos cirujanos vasculares se han integrado de forma voluntaria o por indicación de sus direcciones en los equipos multidisciplinares COVID.



Algunos hospitales han dispuesto de los residentes de Cirugía Vascul para equipos COVID, o para guardias quirúrgicas; y en otros los han dejado continuar en sus servicios.

### Asistencia ambulatoria y telemedicina

Se comenta como el cierre de Consultas es completo o casi completo según los centros. En todos los centros se han evaluado vía telefónicamente y con el historial informático, la situación de los pacientes y solo se han mantenido/agrupando las citas para pacientes con curas complejas o situaciones críticas.

Emana la recomendación de mantener espacios o consultas “limpias” fuera de los circuitos contaminados o de alto riesgo de contaminación para la asistencia de estos pacientes.

Se comenta también como el personal de enfermería de curas y consultas ha sido generalmente reubicado en función de las necesidades asistenciales de cada centro. Y como el material específico para curas ha tenido que ser suministrado incluso por cada centro y para un mes de duración.

El contacto con los pacientes suele ser directo por la reorganización de Primaria, con mucha menor disponibilidad de esta atención. Se están utilizando correos corporativos u oficiales para el envío de imágenes por parte de pacientes o enfermería de Atención Primaria.

Casi todos los centros han cerrado las consultas durante el mes de Abril y las recetas se están dando en muchas ocasiones para después del verano.

Se comenta como el plan de atención post COVID lo establecerá cada centro y nos vendrá dado.

Todos los participantes coinciden en que: lo que realizan no es telemedicina sino un parche para poder asistir a los pacientes. El Dr. Gomez (Jefe de Servicio del Hospital de Peset y Presidente de La Sociedad Valenciana) comenta una encuesta realizada en la Comunidad de Valencia donde se pone de manifiesto esta situación.

### Asistencia quirúrgica y equipos quirúrgicos

La cirugía ha quedado reducida en la mayoría de los hospitales a la asistencia de pacientes con patologías críticas no demorables y urgentes. En la línea de las recomendaciones publicadas por el CCEV <http://cirugiaendovascular.com/wp-content/uploads/2020/03/Mensaje-institucional-MGR.pdf>.

. Se abre un debate sobre si los procedimientos endovasculares son preferibles en función de una recuperación más precoz y menor agresividad. Se considera que se deben realizar los procedimientos en función de la experiencia del equipo con las diversas técnicas en aras de una recuperación lo más precoz posible.

Se comenta como al inicio de la pandemia los pacientes oncológicos que se han intervenido, han tenido una alta tasa de infección con una mortalidad en torno al 90%. Está situación ya no se da porque se ha parado también esta cirugía

Finalmente en la cirugía urgente de AAA se comenta el sopesar la comorbilidad previa del paciente con la necesidad de utilización de respirador y cuidados intensivos postoperatorios.

Al igual que en la cirugía del trauma, quizá haya que optar por “cirugía de control de daños” considerando que en Cirugía Vascul y Endovascular, esto se traduce en amputaciones.

En algunos centros y ante la progresiva merma de especialistas quirúrgicos, bien por cuarentena o infección; se están creando “equipos quirúrgicos” donde tendremos que prestar ayuda a otros especialistas en cirugía afines (o no afines). O seremos ayudados por cirujanos no entrenados.

Respecto de las urgencias. Todos los ponentes coinciden en que los pacientes están en casa en situación crítica y sin acudir a las urgencias de los hospitales.

Se ha comentado como en Lombardía se han designado “centros limpios” dispuestos para atender patología cardiovascular urgente. Esta situación solo es planteable en grandes ciudades, donde en las circunstancias actuales es imposible hacerlo, pues está todo contaminado, incluido los centros privados.

#### Autoprotección, detección y circuitos

La disponibilidad de EPI es muy variable en cada centro y hospital. Los protocolos de su uso tampoco están unificados

En muchos centros se consideran todas las urgencias COVID positivo y se utilizan las máximas garantías de protección para el personal asistencial.

Se está procurando estratificar a todos los pacientes que precisen asistencia urgente o no demorable. De modo que si entran en quirófano, lo hagan con un test serológico, PCR o demostración clínica con Rx y TC. Se comentan que en algunos centros la PCR puede tardar hasta 48h.

Parece razonable que a todos pacientes que precisen de quirófano se le haga algún test, tanto por el circuito postoperatorio, seguridad del paciente y por protección al personal sanitario.

Algún ponente comenta que no tienen quirófanos limpios y los COVID confirmados entran en cualquier quirófano disponible. Aun considerando la limpieza profunda que precisa sin la producción de aerosoles y que los respiradores precisan de limpieza específica. En cuanto a la presión negativa recomendable en estos quirófanos no esta disponible en todas las instalaciones.

Respecto de los EPI se comenta que el típico buzo blanco solo está disponible fuera de quirófano y dentro de quirófano se utilizan protecciones especiales, en la línea de lo ya recomendado por el CCEV.

La utilización de todos estos dispositivos además del delantal plomado supone un esfuerzo físico mayor del habitual y la merma de la capacidad de precisión (dobles guantes, hasta tres pantallas delante de los ojos, etc. etc.).

En esta línea se comenta como se han detectado aumento de complicaciones de las punciones de vías centrales.

### Reflexiones finales

Emanan de los asistentes las siguientes necesidades

- Necesidad de creación de planes de contingencia locales e integrados de modo que se preserven circuitos y centros libres donde poder seguir prestando asistencia a pacientes no demorables, de calidad.
- Habilitar los mecanismos de integración de unidades y servicios de modo que la carga de una posible emergencia o catástrofe este bien planificada.
- No olvidar en todo momento la gran carga humana que tiene esta situación.
- Agradecimiento a la industria por su soporte.

### Corolario

1. Los cirujanos vasculares y endovasculares deberíamos implicarnos en los equipos terapéuticos aportando nuestros conocimientos de manejo de procesos trombóticos, tanto arteriales como venosos.
2. Los cirujanos vasculares y endovasculares deberíamos ofertarnos a las unidades de cuidados intensivos en el aspecto de cateterización de vías arteriales y venosos.
3. Deberíamos apostar por la implantación de dispositivos y modelos de telemedicina aplicada a la Cirugía Vasculat y Endovascular.
4. Disponibilidad de equipos diagnósticos portátiles.
5. Preparación para la situación postCOVID en los aspectos de:
  - a. Más sesiones quirúrgicas.
  - b. Planes de atención ambulatoria con incremento de consultas.
  - c. Dotación adecuada de personal para estas tesituras.