Transcripción del episodio n.º 90 del
podcast de AUA Inside Tract

Voces de la urología: Manejo de emergencias urológicas durante la pandemia

Presentador: Estamos de regreso en el podcast "AUA Inside Tract", mientras los hospitales se preparan para lo peor durante la pandemia de COVID-19, la mayoría ha pospuesto o cancelado cirugías no esenciales, y está tomando medidas para preservar los suministros de EPP. El Dr. Ben Davies se ha unido a nosotros para hablar acerca de esto. Es profesor de Urología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Pittsburgh en Pensilvania. Y Pensilvania tomó medidas rápidas para minimizar la transmisión de COVID-19 y cerró negocios no esenciales y escuelas hace casi dos semanas. Entonces, ¿qué ves actualmente en el hospital y cómo ha impactado la pandemia de COVID-19 sobre el servicio de urología en Pittsburgh?

Dr. Davies: Nuestro gobernador, el gobernador Wolf, decidió rápidamente cerrar negocios no esenciales hace casi dos semanas. Y llevamos casi cinco días de aislamiento obligatorio. Si analizamos las curvas de Washington y de Nueva York, se tomó una acción relativamente rápida en comparación con la cantidad de casos que hemos tenido. Por lo tanto, esperamos que las acciones del gobernador Wolf realmente aplanen la curva en términos de incidentes aquí. Actualmente, tenemos aproximadamente 150 casos de COVID en nuestra comunidad alrededor de Pittsburgh, y hemos tenido aproximadamente 40 hospitalizaciones, 10 pacientes en la UCI y 2 muertes. Desafortunadamente, se han duplicado los casos en dos días. Por lo tanto, nos estamos acercando al tope de la curva. Y estimamos ver muchos casos más durante la próxima semana y media. Realmente no sabemos qué va a pasar aquí. ¿Seguiremos el trayecto de Taiwán o el de Japón? Si analizamos los gráficos, la curva caerá rápidamente si se cumple con el aislamiento obligatorio o el uso de mascarillas. No estamos seguros, esperamos que ese sea el caso. Ciertamente hemos actuado más rápido que otras ciudades alrededor del país, así que esperamos estar listos para la tormenta cuando ocurra dentro de una semana y media o dos semanas.

Presentador: ¿Qué otras medidas específicas ha tomado tu equipo para prepararse para la afluencia de pacientes con COVID-19?

Dr. Davies: Supongo que lo hemos pensado de dos maneras, y creo que la mayoría de los departamentos lo ha hecho. Tenemos algunos problemas con los residentes, tanto en cuanto a la educación como a la manera en que vamos a usar a los residentes. Y luego tenemos una especie de problema clínico. Somos bastante rápidos para derivarlos a los asistentes y luego entre los casos que se dividen entre emergencias, servicios esenciales y optativos. Y, a pesar de la atención de los medios de comunicación sobre nuestra institución, pudimos detener los casos optativos con relativa rapidez la semana pasada, y ahora nos estamos enfocando en cuidados esenciales relacionados con el

cáncer. Se han establecido algunas pautas. Hemos tomado en cuenta primero las directrices europeas, y otras que se han tomado localmente, obviamente. Y realmente no estamos tratando casos leves de cáncer de riñón ni de cáncer de próstata de riesgo bajo e intermedio en general, y estamos enfocando nuestra atención en cirugías invasivas de cáncer de vejiga músculo invasivo y tumores renales importantes, que no son muchos. Si dejamos de lado las otras áreas de nuestra práctica, probablemente vamos a tomar dos casos de vejiga esta semana, y la próxima semana, he decidido continuar con nuestro trabajo de estudios clínicos, y tenemos un ensayo de cáncer de próstata [inaudible 00:03:05] de fase dos. Decidí hacer eso por ese tipo de casos, que no son muchos, pero tenemos uno la semana que viene.

De esta manera, los vamos reduciendo. Y creo que la idea de reducir el trabajo abarca varios niveles. No es solo preservar los EPP, sino también lograr entender la complicada ciencia de operar con pacientes con COVID. Te daré un ejemplo. Se sabe que la transmisión del virus ocurre aproximadamente el 50 % de las veces con pacientes asintomáticos. Por lo tanto, podríamos tener un paciente que viene al hospital, y esto sucedió en Wuhan y en Milán, que es asintomático, tiene COVID y se lo contagia al personal del hospital muy fácilmente. Obviamente, no queremos que eso suceda. Y justo esta mañana leí que en Boston, hasta 100 trabajadores en el hospital Brigham tienen COVID. Y no queremos que eso suceda. Y todavía no tenemos las capacidades para hacer las pruebas a todos los pacientes que se someterán a una cirugía no esencial o esencial. Por lo tanto, estamos tratando de ampliarlo desde una perspectiva del sistema, pero simplemente no tenemos las capacidades para hacer las pruebas. Por eso, tenemos muchos de nuestros casos estancados. Estamos pensando bien qué podemos hacer.

En cuanto a los residentes, hemos aplicado un sistema para reducir la exposición de los residentes, y es realmente... Los residentes se están encargando de la atención clínica o no clínica, y en la atención clínica, obviamente, se deben atender las consultas. Todavía tenemos residentes ocupándose de las pocas cirugías que practicamos. Pero los profesionales no clínicos están en una especie de camino educativo, y creo que lo estamos haciendo cada dos días, perdón, cada dos semanas para que haya una semana de descanso completa y volver a la clínica. Así que ahí es donde nos estamos preparando para el ataque que creemos que vamos a ver en las próximas semanas.

Presentador: ¿Qué sucede con el establecimiento de zonas de COVID-19 y ese tipo de cosas dentro del hospital? ¿Puedes decirnos algo sobre eso o lo que están haciendo allí?

Dr. Davies: Claro. Ha habido muchos modelos diferentes de cómo cuidar a los pacientes con COVID, no específicamente urológicos, pero seguro sabes que en algunas partes de Italia y definitivamente en Wuhan, tienen hospitales

específicos designados como hospitales para COVID. Nuestra dirección ha decidido no hacerlo en parte porque nuestros hospitales están muy separados y no sería muy eficiente hacerlo. Cada hospital tiene áreas designadas para pacientes con COVID o para descartar el virus, y hay otras partes de nuestro hospital que no son áreas de COVID. Por lo tanto, hay áreas paralelas para cuidados especiales de COVID o para descartar el virus, y para el resto. Así es como lo estamos haciendo. Y puede ocurrir que nos saturamos en ciertos hospitales que necesitan ser íntegramente para COVID y luego intentemos desviar las emergencias que no están relacionadas con COVID a otros hospitales. Es una especie de objetivo en movimiento. Y yo no me comunico directamente con la alta gerencia. Yo estoy, como lo llamo, en el segundo nivel. Pero estamos tratando de lidiar con ello lo mejor que podamos y tratando de aprender de las otras instituciones que ven el problema que tenemos ante nosotros para poder estar preparados.

Presentador: Y hemos escuchado historias sobre salas de emergencia desbordadas de pacientes con COVID-19. ¿Cómo crees que esto afecta a los pacientes con emergencias urológicas?

Dr. Davies: Esperamos que con nuestra densidad de población y la temprana cuarentena o aislamiento obligatorio, eso no nos suceda. Ya se han designado algunos lugares de la ciudad como lugares potenciales a los que acudirán los pacientes si se supera la capacidad. Pero creo que en lo que respecta a los pacientes de urología, hemos sido muy proactivos con la telemedicina y las consultas telefónicas. Y creo que hemos podido atender sin problemas las pocas emergencias que hemos tenido en las últimas semanas. Lo que nos preocupa es que tomen los quirófanos y los usen como unidades de cuidados intensivos. Afortunadamente, como tus oyentes deben saber, las emergencias urológicas son relativamente poco frecuentes. Y no creo que los números absolutos acaparen nuestro sistema, creo que eso sería raro. Tal vez seríamos más conservadores en cuanto a los implantes de stents, más tratamientos del dolor ambulatorios si no podemos evitar que los pacientes vengan a la sala de emergencias. Creo que ese va a ser nuestro enfoque, aunque somos relativamente agresivos al hacer eso ahora.

No creo que nuestros pacientes deban preocuparse por emergencias específicas. Creo que podremos manejar casos tales como torsión, masas palpables, cambios de colocación de stents para el dolor o la infección. Y esas cirugías son muy rápidas. Por eso, no creo que lleguemos a esa situación en la que no pudiéramos manejarlo. Y parte de mi papel aquí es ayudar a administrar el quirófano. Hemos designado quirófanos para pacientes con COVID. Todavía no los hemos usado, pero de ser necesario, los tenemos preparados y listos para usar. Creo que estamos tan preparados como podemos. No podemos saber cuántos casos vamos a tener. Si nuestra tasa actual de infección comunitaria se mantiene en esta trayectoria actual, esperamos poder satisfacer la demanda si las medidas de aislamiento obligatorio se mantienen

estables.

Presentador: ¿Hay algo más que quieras decir sobre la manera en que esta pandemia está afectando los estudios clínicos y la investigación en la que quieres trabajar?

Dr. Davies: Definitivamente está afectando nuestros estudios clínicos en parte porque no queremos que nuestros pacientes estén expuestos. Y no vamos a reclutar pacientes activamente durante la pandemia para ningún estudio que tenemos en marcha. Voy a seguir ocupándome de las cirugías que se han asignado aleatoriamente. Pero me imagino que el reclutamiento va a ser un problema. Y también es importante recordar que hay buenos datos, o datos relativamente buenos de Italia, que muestran que los pacientes con cáncer se ven afectados desproporcionadamente por el virus, algo así como del 30 % al 40 %. Su curso también es desproporcionadamente negativo, por lo que queremos proteger a nuestros pacientes con cáncer lo mejor que podamos. Y la manera de hacerlo es mantenerlos fuera del hospital lo más posible. Por lo tanto, veo que el reclutamiento para estudios clínicos es un gran problema, y no creo que sea una prioridad mientras nos preparamos para los muchos pacientes con COVID que se esperan en las próximas semanas.

Presentador: ¿Tienes algún otro aporte final para nuestro público?

Dr. Davies: No se me ocurre nada específico, pero creo que la mayoría de los urólogos en las principales ciudades, como yo, se están preparando para cuidados no urológicos. Así que debemos repasar cómo ayudar a nuestros compañeros de urgencias con pacientes que no padecen COVID. Sé que probablemente voy a estar en la sala de emergencias ayudando con problemas quirúrgicos, traumas, cualquier cosa que pueda hacer para ayudar a nuestros compañeros con su carga de trabajo. Estimo que así será en las próximas semanas y, con suerte, si Dios quiere, en uno o dos meses, superaremos esto y regresaremos a nuestras vidas normales de urología.

Presentador: El Dr. Ben Davies es profesor de Urología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Pittsburgh. Gracias por acompañarnos hoy, Dr. Davies.

Dr. Davies: Un placer, Casey.