

Transcripción del episodio n.º 104 del
podcast de AUA Inside Tract

Cómo retomar las cirugías programadas: Qué deben saber los urólogos

Presentador: El American College of Surgeons (Colegio Americano de Cirujanos) ha publicado una guía para ayudar a la comunidad de cirujanos a retomar las cirugías programadas en las próximas semanas. El Dr. Chris Gonzalez, director del Public Policy Council (Consejo de Políticas Públicas) de la AUA está con nosotros hoy para hablar de esta nueva guía. ¿Cómo están las cosas en Chicago y en el Centro Médico de la Universidad Loyola en este momento, Dr. Gonzalez?

Dr. Gonzalez: Las cosas no van tan bien como quisiéramos. Todavía seguimos viendo un leve aumento en la cantidad de casos nuevos y también de fallecimientos.

Illinois todavía tiene orden de confinamiento hasta el 30 abril que también incluye al área metropolitana de Chicago. Entonces, si analizamos Loyola, estamos estables, la cantidad de ingresos. Tenemos aproximadamente 140 a 150 personas en nuestro sistema. Estamos haciendo un fuerte seguimiento de nuestros respiradores, tenemos 91 respiradores, se están utilizando 61 y 30 todavía están disponibles y la cantidad de camas de la UCI se mantiene estable. Todavía tenemos algunas disponibles, no tantas como quisiéramos, pero obviamente, no hemos visto una aceleración, solo un aumento lento en la actualidad. Nuestro personal también está estable.

Tenemos unos 60 profesionales sanitarios que están en cuarentena o con diagnóstico de COVID. Entonces, como decía, nos mantenemos estables, tenemos la cantidad de gente suficiente, tenemos equipos de protección suficientes para seguir trabajando. El liderazgo en el área metropolitana de Chicago ha sido bueno. En cuanto a los centros académicos y a los grandes sistemas, hay encuentros periódicos, llamadas habituales, participan los legisladores. Estamos haciendo todo lo que podemos. Nos gustaría que estas cifras se modifiquen un poco, pero hasta ahora, no ha sucedido.

Presentador: ¿Puede comentarnos sobre la nueva guía del American College of Surgeons [ACS]?

Dr. Gonzalez: Sí. Salió el viernes de la semana pasada. También hay material de la American Society of Anesthesiologists (Sociedad Estadounidense de Anestesiólogos) y de la American Hospital Association (Asociación Estadounidense de Hospitales), que también se publicó y pienso que debería figurar en el sitio web de la AUA, que, además, incorpora estas directrices de la ACS. Y de eso se trata, es una guía. Entonces, tu situación local es la que va a determinar lo que se debe hacer. No es algo que necesariamente vayas a tener que cumplir al pie de la letra, pero vas a tener que analizarla y te va a hacer reflexionar sobre las cosas que deberías estar pensando en tu situación local.

Entonces, en realidad, están viendo si eres parte de un sistema hospitalario o si eres parte de múltiples hospitales o de la ASC, todo esto se aplicaría. Y, en realidad, lo más importante es qué recursos hay disponibles. Entonces, la dividieron en 4 grandes secciones con 10 puntos diferentes. El primero es la concientización sobre la COVID.

Entonces, ¿qué sucede en cuanto a los incidentes en tu comunidad? Como decíamos, sabemos exactamente qué sucede en Chicago. También hablan un poquito sobre la disponibilidad de pruebas, ¿qué clase de pruebas vas a utilizar? Hay cierta preocupación sobre las pruebas rápidas que tienen una tasa de falsos negativos de entre el 25 % y el 30 %. Entonces, estas son las cosas en las que estamos pensando ahora, en cuanto a, revisar estas pruebas para asegurarnos de sentirnos cómodos con ellas. La otra cosa que mencionan en esta guía es que la incidencia en la comunidad local debe ser decreciente durante un periodo de 14 días antes de poder empezar a pensar en retomar las intervenciones programadas y creo que eso es muy importante saberlo. Entonces, si los casos están aumentando a nivel local, se debe ser muy cuidadoso sobre comenzar las intervenciones programadas y eso es parte de la guía que nos proporcionan. Pero, como decía, ¿qué disponibilidad de pruebas hay? Nos gustaría analizar a todos nuestros pacientes, para su seguridad, para nuestra seguridad y para ejercer bien la medicina antes de realizar el procedimiento.

Entonces, ¿tienes otras 700 a 1000 pruebas disponibles si vas a comenzar a realizar intervenciones programadas a gran escala y cómo se introduce eso gradualmente? La segunda parte es la preparación. Hay algunos apartados sobre esto y alguna de las cosas que hablamos, qué sucede con tu equipo de protección personal. Entonces, ¿para cuántos días tienes EPP al alcance? Sé, por ejemplo, que en Loyola, tenemos para 10 días al alcance, que es mejor que tener para cinco días. Hace una semana, teníamos mascarillas N95 al alcance para 87 días. Estas son cosas importantes que se deben saber en relación con el EPP, saber exactamente cuál es la situación con las camas. Entonces, dos tercios de nuestro hospital está lleno, va a haber pacientes con COVID y sin COVID. La sección de COVID está relativamente llena. La UCI de la que estaba hablando está relativamente llena, pero todavía hay algo de capacidad. Si vas a hacer casos grandes, si vas a hacer cistectomías, si vas a hacer grandes tumores renales con trombos en cava, tienes que saber estas cosas. ¿Qué disponibilidad de sangre hay en tu comunidad? Pienso que esto es algo realmente importante de saber. Qué está pasando con el personal de quirófano. Están... Desafortunadamente, en este momento en que ha habido suspensiones y despidos, cuál es la disponibilidad de tu personal y si han sido suspendidos, con qué rapidez pueden volver, entonces, cuántas personas puedes recuperar en dos o tres días. Pienso que esto es extremadamente importante de entender. Y ¿cuál es tu capacidad y cuáles son tus recursos?

Por ejemplo, ¿tienes un centro de cirugía ambulatoria? Tienes... ¿Cuál es el quirófano principal? ¿Cuántas salas tienes? Y ¿qué está sucediendo en los hospitales de tu comunidad si formas parte de una región o de un sistema

sanitario? Pienso que todo esto es importante de saber. En urología, el 70 % de lo que hacemos es con pacientes ambulatorios, pero pienso que deberíamos tener un lugar en la mesa para debatir estas cosas porque somos una buena especialidad para comenzar con los casos programados en entornos ambulatorios, ya que mucho de lo que hacemos es con pacientes ambulatorios. Y también depende de los recursos que tengas. ¿Puedes usar los recursos desde el punto de vista del personal y de los suministros? Pienso que lo más importante y lo único que deseo enfatizar en este podcast es que es necesario que haya un comité de gobierno, un comité de gobierno multidisciplinario. Va a haber un representante de los cirujanos, va a haber un representante de los anestesiólogos, un representante de los hospitales, tu director médico, todos deben trabajar en conjunto para saber cuándo es el momento correcto para comenzar con las intervenciones programadas y nosotros, como urólogos, debemos tener un lugar en esa mesa debido a las cosas importantes que hacemos.

Como decía, es muy importante. Si no lo sabes, averigua qué está sucediendo y fíjate si podemos obtener un lugar en la mesa del comité multidisciplinario que va a comenzar esta reanudación de las intervenciones programadas. En cuanto a las cuestiones relacionadas con los pacientes, la comunicación con los pacientes va a ser clave. Los riesgos y beneficios de ir al hospital y realizarse un procedimiento programado, cómo será la cuestión de las pruebas y pienso que es importante que los pacientes lo entiendan. Pienso que otro tema relacionado va a ser la priorización de protocolos. ¿Qué casos se van a hacer primero? Debería haber alguna norma objetiva para aplicar. Hemos desarrollado la nuestra en Loyola para nuestros casos quirúrgicos, en cuanto a cáncer de alto riesgo, en cuanto a casos de urgencia y obstrucciones y recorre todo el espectro hasta los casos más optativos. Pero, definitivamente hay una guía en alguna parte.

El American College of Surgeons (Colegio Americano de Cirujanos) ofrece un enlace en este documento particular en cuanto a otras maneras objetivas de decidir qué casos deberían atenderse primero y quizás sea interesante leerlo si no tienes algo así que hayas elaborado tú mismo. Como decía, es muy importante conocer la cantidad de quirófanos que tienes, ¿se van a abrir todos al mismo tiempo?, ¿se va a usar el 50 % de los quirófanos? y ¿vas a poner los procedimientos ambulatorios en el centro de cirugías ambulatorias y los procedimientos con pacientes ingresados en el quirófano principal? Es importante saber estas cosas. No vas a atender casos pequeños en el quirófano principal cuando puedes hacer otros casos porque los recursos están muy ajustados.

Y lo último es proporcionar un servicio seguro y de alta calidad. Esto es solo un documento, una lista de verificación que el lector puede mirar y analizar. Hay cinco fases, empieza con el período preoperatorio. Entonces, ¿qué estás haciendo con las pruebas, las enfermedades concomitantes del paciente, la

comunicación con el paciente, el período inmediatamente anterior a la operación? Hablar sobre tus descansos y asegurar que se implementen listas de verificación. El período interoperatorio, que es ¿qué estás haciendo durante la intubación? ¿Deberías estar afuera del quirófano? ¿Cuánto tiempo deberías permanecer fuera del quirófano? ¿Cómo va a ser la rotación? ¿Tienes una sala con presión positiva, presión negativa? Todas cosas que son muy importantes de considerar. Luego, el período posoperatorio y el período posterior al alta. Entonces, una de las cuestiones de atender pacientes en esta era particular y pienso que estas son las cosas sobre las que hay que reflexionar en cuanto a lo que se debe pensar antes de avanzar. En cuanto al alta, pienso que es muy importante porque a veces las personas vienen de centros, de ciertos hogares, y en ocasiones no los van a volver a tomar. Entonces, eso se debe determinar en el período preoperatorio para que los pacientes no tengan problemas después del procedimiento, incluso si se tratara de un procedimiento programado.

Presentador: Volvamos a analizar la decisión de posponer las cirugías programadas que se tomó en marzo. En su opinión, ¿estas medidas fueron eficaces?

Dr. Gonzalez: Pospusimos las cirugías programadas el 13 de marzo y luego seguimos con solo emergencias y urgencias a partir del 20 de marzo, así que ya pasó más de un mes. Ha sido una decisión muy, muy difícil. Hubo mucha gente muy comprensiva y también hubo algo de resistencia y, sin duda, porque esta es una medida muy importante, pero fue la correcta, en mi opinión. ¿Ayudó? Pienso que sí, que ayudó, no se puede cuantificar cuánto ayudó. Pero verdaderamente, pienso que si uno lo analiza con la información que teníamos en ese momento, tenemos pacientes que son algo mayores y con enfermedades concomitantes. Pienso que traerlos a este ambiente con todo lo que sucedía y con todo lo que no sabemos realmente no hubiese sido el tratamiento más seguro ni el más inteligente. Entonces, sí, creo que hicimos lo correcto. Pero como ya se sabe, hemos cancelado probablemente entre el 80 % y el 85 % de nuestros casos, o como me gusta decir, hemos pospuesto esos casos. Entonces vamos a tener un montón de pendientes. Así que el resultado es que esto tiene un costo para nosotros. Y después me gustaría hablar un poco más sobre las finanzas.

Presentador: ¿Cuáles son algunas de las preocupaciones más importantes que enfrenta la comunidad de cirujanos y los pacientes que están esperando para realizarse los procedimientos?

Dr. Gonzalez: Bueno, la cuestión más importante va a ser la enorme cantidad de casos pendientes. Al principio cancelamos los casos y posponer esos casos, como se sabe, realmente va ser un gran problema. A medida que los médicos de atención primaria comiencen a atender con teleconsultas y a medida que los urólogos atendamos con teleconsultas, vamos a comenzar a generar más casos. Entonces, esos casos se van a sumar a la gran cantidad que ya habíamos dejado

pendiente. Como decía, creo que tenemos que pensar en estas cosas y el diagnóstico por imágenes también está aumentando. La cantidad de tomografías y resonancias magnéticas va a comenzar a aumentar, va a comenzar a aumentar nuestra carga de trabajo también. Pienso que es clave llevar un registro meticuloso de los casos que se deben mantener y priorizar y es necesario que esté siempre actualizado. En realidad no cancelamos, posponemos.

Si le cambiamos la fecha a alguien, siempre nos aseguramos, especialmente con nuestros pacientes quirúrgicos, que haya disponibilidad. Entonces, si no vas a ir esta semana, vas a ir dentro de tres semanas, te damos una cita y nos mantenemos en contacto con los pacientes a través de nuestro personal. Definitivamente, nos aseguramos de estar comunicando todo lo que sabemos, cómo es tu caso y si lo vamos a atender o no y creo que los pacientes lo agradecen. Lo otro que hemos hecho es volver y analizar todas las cancelaciones de nuestro consultorio y nos hemos puesto en contacto con estos pacientes, los reprogramamos para hacer teleconsultas o si es necesario, para una consulta en persona o como mínimo una llamada telefónica. Como decía, mantenerse en contacto con nuestros pacientes es extremadamente importante y la telemedicina realmente nos ha ayudado mucho.

En cuanto a nuestros pacientes, definitivamente sentimos esto en nuestras teleconsultas o si los vemos en persona o por teléfono, vemos que el nivel de ansiedad es bastante alto. Obviamente, un cáncer de alto riesgo, una obstrucción de alto riesgo, la sepsis, son cosas de las que nos vamos a ocupar. Pero si tienes un PSA elevado, si tienes cáncer de bajo riesgo, estás esperando, eso afecta el estado mental de las personas y es realmente difícil. Entonces, la comunicación es extremadamente importante para ellos. No queremos trivializar el hecho de que alguien necesita una uretroplastia o que alguien necesita una RTUP y está viviendo con un catéter, esa no es una buena calidad de vida. La calidad de vida ha disminuido. Todas las prótesis que colocamos, estas personas tienen que esperar. Como decía, pienso que todos lo entienden y nos han dicho que lo entienden. Sin embargo, esto los afecta y no es bueno para nuestros pacientes. Relativamente, es la incertidumbre que rodea todo esto lo que es más difícil para los pacientes y para nosotros. No es tanto el elefante en la sala de lo que estamos hablando ahora, hay una situación financiera. Como la cirugía es el motor financiero de muchos sistemas sanitarios, cuanto más rápido podamos volver a trabajar, mejor, pero tenemos que hacerlo de manera segura e inteligente.

Presentador: ¿Hay otros aspectos que deben considerar los hospitales y los centros de cirugía que están planificando volver a abrir en las próximas semanas?

Dr. Gonzalez: Bien, pienso que hemos hablado mucho ahora con el documento guía de la ACS. Pero, hablamos poco sobre las pruebas. Hablamos sobre el equipo de protección y para cuántos días al alcance, cuántas

mascarillas tienes, el personal del quirófano, el censo de pacientes internados, qué sucede con la UCI, cuántos respiradores hay disponibles. Todo esto es muy, muy importante.

En realidad, la comunicación con los pacientes, la programación, su disposición a venir y que comprendan cabalmente los riesgos y beneficios y la clasificación correcta de estos pacientes. Además, también hablamos un poco sobre la importancia del equipo multidisciplinario que tomará estas decisiones, que necesitamos tener un lugar en la mesa como cirujanos y como urólogos para que se tomen estas decisiones con nuestro liderazgo.

Presentador: ¿Hay algo que específicamente deseé mencionar sobre lo que la AUA está haciendo para asegurar que se incluya la voz de los urólogos en estos planes para volver a abrir las instituciones sanitarias?

Dr. Gonzalez: La AUA ha estado muy atareada durante las últimas semanas. No es que no lo esté todo el tiempo, pero ha trabajado mucho con nosotros durante las últimas semanas. Hemos organizado teleconferencias con el American College of Surgeons, con la Surgical Coalition (Coalición de Cirujanos), con la Alliance for Specialty Medicine (Alianza para la Medicina de Especialidades) y también con la AMA (Asociación Médica Estadounidense). En realidad, los objetivos se mantienen, lo que necesitamos hacer para mantener la integridad de los cirujanos, cómo disminuimos la carga reglamentaria y qué necesitamos hacer para mantener una baja carga en la telemedicina y las reglamentaciones. Algunas de las demás cosas en las que estamos trabajando con los CMS (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y el HHS (Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos) son la condonación de deudas, la suspensión de la autorización previa, los pagos por anticipado, los programas de pago acelerado. Estamos siguiéndolos de cerca porque afecta muchísimo a los profesionales sanitarios y también a quienes no lo son en general. También estamos siguiendo de cerca la legislación del estado en todo lo relacionado con la COVID y en lo no relacionado con la COVID, y hemos hecho mucho por la telemedicina en cuanto a aconsejar a nuestros miembros y también organizamos un seminario web sobre telemedicina que ha sido muy bien recibido. Tratamos de mantenernos muy actualizados sobre estas cosas y estamos trabajando para unificar el discurso, hablar como una comunidad de cirujanos.

Presentador: Doctor González, ¿tiene algún otro mensaje final para compartir con la comunidad de urología a medida que avanzamos en la lucha contra la COVID-19?

Dr. Gonzalez: Pienso que estas cosas son las más importantes en estos momentos de incertidumbre. Entonces, mi mensaje a los miembros es simplemente que se cuiden, que se aseguren de tener una buena salud mental. En ocasiones, hay que encontrar distracciones, desconectarse un poco. Conozco algunas personas que están viviendo alejadas de sus familias y lo difícil que resulta. Están haciendo lo posible por poder mantener unida a la familia. Hay

todo tipo de ayuda en sus organizaciones y en sus instituciones y pídanla cuando la necesiten. Del mismo modo, debemos pensar en nuestros colegas, en nuestro personal, en nuestras enfermeras y pónganse en contacto con la gente. Es un momento de mucho, mucho estrés e incertidumbre, incertidumbre sobre infectarse, problemas financieros, miedo a perder el trabajo. Creo que es muy importante comunicar estas cosas.

Lo más importante como líder que se debe pensar es en ser transparente. Las actualizaciones periódicas son extremadamente importantes, las reuniones cara a cara son muy importantes, obviamente con el distanciamiento social que corresponda. Pienso que asegurarnos de estar en contacto y no perderlo es extremadamente, extremadamente importante. Una cosa que hemos visto en algunos casos sobre las prestaciones cubiertas por el seguro de las aseguradoras comerciales, es que ha habido algunos casos de denegación de “cirugías programadas”. Por ahora son solo anécdotas, pero si escuchan algo de esto, contáctense con nosotros en el consejo de Políticas Públicas de la AUA y hágannos saber estas cosas para que nos ocupemos. Y pienso que es muy importante en estos momentos que nos van a reembolsar lo que estamos haciendo y como cirujanos que somos quienes decidimos qué se considera urgente y qué no, no debemos permitir que sean los seguros comerciales los que decidan. Y lo último, Casey, es ser flexibles. Vamos hablar de avanzar, pero, puede haber una reaparición de casos en tu comunidad y prestar atención a eso es extremadamente importante. Si eso sucede, tenemos que volver todo para atrás nuevamente. Entonces, si hay una reagudización en su área, pienso que es muy importante retrotraer las medidas correctamente.

Presentador: Gracias, doctor González, por su tiempo y sus reflexiones sobre su liderazgo.

Dr. Gonzalez: Gracias.