

*Retomando as cirurgias eletivas: O que os urologistas precisam saber*

**Anfitrião:** O Colégio Americano de Cirurgiões publicou orientação para ajudar a comunidade cirúrgica a retomar cirurgias eletivas nas próximas semanas. Dr. Chris Gonzalez, presidente do AUA Public Policy Council, junta-se a nós hoje para discutir esta nova orientação. Então, como estão as coisas agora em Chicago e no Loyola University Medical Center, Dr. Gonzalez?

**Dr. Gonzalez:** Bem, as coisas não estão a correr tão bem como gostaríamos. Continuamos a ver um ligeiro aumento nos números, tanto em casos novos como nas mortes.

Illinois ainda tem um pedido para ficar em casa até 30 de abril e que também inclui Chicagoland. Então, se você olhar para Loyola, estamos estáveis, o número de pacientes internados. Temos cerca de 140 a 150 pessoas no nosso sistema. Estamos monitorando nossos ventiladores frequentemente, temos 91 ventiladores, 61 estão sendo usados, 30 ainda estão disponíveis e o número de leitos de UTI está estável. Ainda temos alguns disponíveis, não tantos como gostaríamos, mas obviamente não vimos uma aceleração, apenas um aumento lento agora. Nossa força de trabalho também é estável.

Temos cerca de 60 profissionais de saúde que estão em quarentena ou que foram diagnosticados com COVID. Então, novamente, estamos nos mantendo firmes, mas temos pessoas suficientes, temos equipamento de proteção suficiente para continuar. A liderança em Chicagoland tem sido boa. No que diz respeito aos centros acadêmicos e aos grandes sistemas, há uma reunião regular, chamadas regulares, legisladores estão envolvidos. Então, estamos fazendo tudo o que podemos. Queremos ver esses números virarem um pouco, mas agora, não estão mudando.

**Anfitrião:** Pode nos contar a nova orientação do Colégio Americano de Cirurgiões (ACS)?

**Dr. Gonzalez:** Sim. Isto saiu na sexta-feira da semana passada. Há também algo da American Society of Anesthesiologists e da American Hospital Association, que está lá fora e eu acredito que deve estar no site da AUA, que também está incorporando essas diretrizes do ACS. Então, realmente o que é, é uma orientação. Então sua situação local vai ditar o que você faz. Não vai ser necessariamente algo que você vai seguir palavra por palavra, mas você vai dar uma olhada e isso vai fazer você pensar sobre coisas que você deveria estar pensando em sua situação local. Então, realmente eles estão olhando se você é parte de um sistema hospitalar ou se você é parte de vários hospitais ou do ACS, tudo isso se aplicaria. E, na verdade, a maior coisa é quais recursos estão disponíveis. Então, eles dividem muito bem em 4 seções com 10 pontos

diferentes que eles fazem. Então, o número um seria a consciência sobre a COVID.

Então, o que está acontecendo em relação aos incidentes em sua comunidade? Como conversamos, sabemos exatamente o que está acontecendo em Chicago. Eles também falam um pouco sobre a disponibilidade de testes, que tipo de testes você vai usar? Há alguma preocupação sobre os testes rápidos terem uma taxa falsa negativa tão alta quanto 25 a 30 %. Então, essas são coisas que estamos pensando agora, no que diz respeito, você sabe, verificar esses testes para ter certeza de que estamos confortáveis com eles. A única coisa que eles dizem nessas diretrizes é que a incidência em sua comunidade local deve estar diminuindo em um período de 14 dias antes de você começar a pensar em retomar a cirurgia eletiva, e eu acho que isso é muito importante saber. Então, se os casos estão subindo localmente, você tem que ter muito cuidado ao iniciar uma cirurgia eletiva, e essa é uma das orientações que eles nos fornecem. Mas, novamente, qual é a disponibilidade de testes? Queremos testar todos os nossos pacientes, para sua segurança, para nossa segurança e apenas para um bom remédio antes que eles façam o procedimento.

Então, você tem mais 700 a 1000 testes por aí se você vai começar uma cirurgia eletiva em grande escala, e como você faz isso? A segunda parte é a preparação. Então, há alguns subpontos sobre isso e algumas das coisas que falamos, o que está acontecendo em seu equipamento de proteção pessoal. Então, quantos dias tem o EPI disponível? Eu sei, por exemplo, em Loyola, temos 10 dias disponíveis, isso é melhor do que 5 dias. Há cerca de uma semana, tivemos 87 dias disponíveis para respiradores N95. Então, essas são coisas importantes para saber, tanto quanto o EPI, saber exatamente qual é a sua situação nos leitos. Então, nosso hospital está ocupado dois terços da sua capacidade, e são pacientes com COVID e não COVID. A seção COVID está relativamente cheia. A UTI como acabei de falar está relativamente cheia, mas ainda há alguma capacidade. Então, se você vai fazer grandes casos, se você vai fazer cistectomias, se você vai fazer grandes massas renais com trombo de cabo você precisa saber essas coisas. Qual é a disponibilidade de sangue em sua comunidade? Acho que isso também é algo muito importante para saber. O que está acontecendo na equipe da sala de operação. Então, eles estão... Infelizmente agora em um tempo em que as pessoas estão sendo demitidas e ficando em casa com licença, então qual é a disponibilidade de sua equipe e se eles foram licenciados, quão rápido você pode recuperá-los tantas pessoas podem recuperá-lo dentro de dois a três dias. Então, eu acho que isso é extremamente importante de entender. E qual é a sua capacidade e quais são os seus recursos?

Então, por exemplo, você tem um centro de cirurgia ambulatorial? Você tem... Qual é a sala de operação principal? Quantas salas você tem? E o que está acontecendo com seus hospitais comunitários se você faz parte de um sistema de saúde ou de uma região? Acho que tudo isso é importante saber. Na urologia, 70 % do que fazemos é no âmbito ambulatorial, então acho que

devemos nos sentar à mesa e discutir essas coisas porque seríamos uma ótima especialidade para começar com casos eletivos em ambientes ambulatoriais, porque muito do que fazemos é ambulatorial. E também depende dos recursos que você tem. Você pode poupar os recursos de uma perspectiva de pessoal, de uma perspectiva de suprimentos? Acho que a maior coisa e a única coisa que quero enfatizar neste podcast é que precisa haver um comitê de governança, um comitê de governança multidisciplinar. Então, isso vai ser liderança cirúrgica, que vai ser a liderança da anestesia, a liderança do hospital, o seu diretor médico executivo, todos eles precisam estar trabalhando juntos para entender quando vai ser o momento certo para começar a cirurgia eletiva, e nós, como urologistas, devemos nos sentar à mesa por causa das coisas importantes que nós fazemos.

Então, novamente, é muito importante. Se você não sabe disso, por favor, descubra o que está acontecendo com isso e veja se podemos conseguir um lugar na mesa até o comitê multidisciplinar que vai começar esta retomada particular da orientação cirúrgica eletiva. No que diz respeito aos problemas dos pacientes, a comunicação dos pacientes será fundamental. Então, os riscos e benefícios de entrar e obter um procedimento eletivo, qual será a situação dos testes e eu acho que é importante para os pacientes entenderem isso. E eu acho que o outro subponto vai ser a priorização de protocolos. Então, quais casos você vai fazer primeiro? Então, deve haver algum padrão objetivo do que você está saindo. Desenvolvemos o nosso próprio aqui em Loyola para nossos casos cirúrgicos, tanto quanto câncer de alto risco, quanto obstrução e casos de emergência e indo até as coisas mais eletivas. Mas há definitivamente orientação sobre isso lá fora.

O Colégio Americano de Cirurgiões fornece um link neste documento específico, tanto quanto algumas outras maneiras objetivas que você pode decidir quais casos devem ir primeiro e talvez vale a pena olhar se você não tem algo como que você desenvolveu por conta própria. Então, novamente, é muito importante entender que o número de salas de operação que você tem, você vai quebrar tudo isso de uma vez, será que 50 % das salas de operação serão usadas, e realmente colocar os procedimentos ambulatoriais no centro de cirurgia ambulatorial e colocar os procedimentos de internação na sala de operação principal eu acho que é importante saber. Você não quer estar fazendo casos menores na sala de operação principal quando você pode estar fazendo outros casos porque os recursos serão tão apertados.

Então a última coisa é a entrega de cadeira segura e de alta qualidade. E este é apenas um documento, uma lista de verificação que o leitor pode ver e dar uma olhada. Há cinco fases, então começa com o período pré-operatório. Então, o que você está fazendo com testes, condições comórbidas do paciente, comunicação do paciente, período pré-operatório imediato? Falando sobre seus tempos limite e certificando-se de que suas listas de verificação estão no lugar. O período de interoperação, que é o que você está fazendo durante a intubação?

Você deveria estar fora da sala? Quanto tempo você deve ficar fora da sala? Como está o volume de pacientes? Você tem uma sala de pressão positiva e uma de pressão negativa? Todas as coisas que são muito importantes a considerar. Depois, o pós-operatório e o período pós-alta. Então, novamente, uma das subtilezas de cuidar de pacientes nesta era particular e eu acho que essas são as coisas que lhe darão uma visão sobre o que você precisa pensar sobre o futuro. No que diz respeito à alta, acho que é muito importante porque às vezes as pessoas vêm de centros, vêm de certas casas, e que às vezes não as aceitam de volta. Então, isso precisa ser determinado no período pré-operatório para que os pacientes não tenham problemas com sua disposição seguindo um procedimento, mesmo um procedimento eletivo.

**Anfitrião:** Revisitemos a decisão de março de adiar cirurgias eletivas. Na sua opinião, os esforços foram eficazes?

**Dr. Gonzalez:** Então, nós adiamos a cirurgia eletiva em 13 de março e depois nós progredimos para emergentes urgentes em 20 de março, então isso já passou há mais de um mês. Então, é uma decisão muito, muito difícil. Houve pessoas que apoiaram muito isso e houve algum empurrão, e não há dúvida sobre isso, porque este é um grande passo, mas foi a coisa certa na minha opinião. Isso ajudou? Acho que ajudou, mas não consigo quantificar o quanto ajudou. Mas certamente, eu acho que se você olhar para a decisão com a informação que nós tínhamos na época, nós temos pacientes que são um pouco idosos e eles têm condições comórbidas. Eu acho que trazê-los para este ambiente com tudo o que está acontecendo e o que nós não sabíamos realmente não teria sido medicina segura ou inteligente. Então, sim, acho que fizemos a coisa certa. Mas como sabem, cancelamos provavelmente 80 a 85 % dos nossos casos, ou eu prefiro dizer adiar esses casos. Então, vai haver um enorme atraso aqui. Então, o ponto final é que isso tem um custo para nós. E eu vou falar um pouco mais sobre as finanças mais tarde.

**Anfitrião:** E quais são algumas das grandes preocupações enfrentadas pela comunidade cirúrgica e os pacientes esperando por procedimentos agora?

**Dr. Gonzalez:** Bem, a maior preocupação será este enorme atraso de casos. Então, tivemos um cancelamento inicial dos casos e adiar esses casos e você sabe, realmente isso vai ser um grande problema. Como os médicos da atenção primária estão começando a aumentar com a telessaúde e como os urologistas estão aumentando com a telessaúde, vamos começar a gerar mais casos. Então, eles vão ter que ser adicionados ao nosso já enorme adiamento de casos. Novamente, temos que pensar sobre essas coisas e a imagem também está aumentando. O número de tomografias, ressonância magnética vai começar a aumentar, vai aumentar a nossa carga de trabalho também. Então, eu acho que é tão importante tomar um registro meticuloso de casos que devem ser mantidos e priorizados e que precisam ser continuamente atualizados. Então, realmente não cancelamos, mas antes adiamos.

Então, se tivermos que mover alguém em um horário, sempre nos certificamos, especialmente para nossos pacientes cirúrgicos, que há uma disposição. Então, se você não vai esta semana, você vai sair daqui a três semanas e você tem um encontro e nós mantemos contato com eles com a nossa equipe. Nós definitivamente nos certificamos de que estamos comunicando tudo o que sabemos que seu caso parece que ele provavelmente vai ou não vai acontecer e eu acho que os pacientes realmente apreciam isso. Outra coisa que fizemos foi voltar e olhar para todos os cancelamentos em nossa clínica e nós voltamos e contatamos esses pacientes, ou reagendamos para telessaúde ou, se necessário, uma visita presencial ou pelo menos uma chamada. Mais uma vez, manter contato com nossos pacientes é extremamente importante e a telemedicina realmente nos ajudou com isso.

No que diz respeito aos nossos pacientes, definitivamente sentimos isso nas visitas de telessaúde ou se os vemos pessoalmente ou no telefone é que o nível de ansiedade é bastante alto. Então, obviamente, cancro de alto risco, obstrução de alto risco, sepse, essas coisas vão ser resolvidas. Mas se você tem um PSA elevado, se você tem cancro de baixo risco, você está esperando, isso afeta o estado mental das pessoas e é realmente difícil. Assim, mais uma vez, a nossa comunicação é extremamente importante com eles. Não queremos banalizar o fato de que se alguém precisa de uretroplastia ou alguém precisa de um RTUP e estiver vivendo com um cateter, isso não é bom para a qualidade de vida. Assim, a qualidade de vida é diminuída. Todas as próteses que colocamos, essas pessoas têm que esperar. E acho que todos entendem e expressaram isso para nós que entendem. No entanto, isso prejudica e isso não é uma coisa positiva para os nossos pacientes. Relativamente, é apenas a incerteza que está em torno de tudo isso, é realmente a coisa mais difícil para nossos pacientes e para nós. Não tanto o elefante na sala é que estamos todos falando sobre isso agora, houve uma situação financeira. Assim, como a cirurgia é o motor financeiro de muitos sistemas de saúde. Então, mais uma vez, quanto mais rápido pudermos voltar ao trabalho melhor, mas temos que fazê-lo de uma forma muito segura e inteligente.

**Anfitrião:** Alguma outra consideração para hospitais e centros de cirurgia que planejam reabrir nas próximas semanas?

**Dr. Gonzalez:** Bem, eu acho que nós conversamos sobre muito disso agora com o documento de orientação do ACS. Mas conversamos um pouco sobre testes. Falamos sobre equipamentos de proteção e quantos dias disponíveis, quantas máscaras você tem, sua equipe da sala de operação, seu censo de pacientes internados, o que está acontecendo com a UTI, quantos ventiladores há disponíveis? São todos muito, muito importantes. Realmente comunicação com os pacientes, o agendamento, sua vontade de entrar e realmente para que eles entendam plenamente os riscos e benefícios e a triagem apropriada desses pacientes. E novamente, nós também conversamos um pouco sobre a importância da equipe multidisciplinar que tomará essas

decisões que precisamos para obter um assento na mesa como cirurgiões e como urologistas para ajudar a tomar essas decisões com nossa liderança.

**Anfitrião:** Há algo especificamente que você queira mencionar sobre o que a AUA está fazendo para ajudar a garantir que a voz do seu urologista esteja incluída nesses planos para reabrir as instalações de saúde?

**Dr. Gonzalez:** A AUA tem estado muito ocupada nas últimas semanas. Na verdade, eles estão ocupados o tempo todo, mas eles estiveram ocupados nas últimas semanas conosco. Tivemos chamadas de conferência com o Colégio Americano de Cirurgiões, a Coalizão Cirúrgica (Surgical Coalition), a Aliança para a Medicina de Especialidade (Alliance for Specialty Medicine), e também a AMA. Então, realmente os objetivos se estão mantendo, o que precisamos fazer para manter os médicos inteiros, como diminuir a carga regulatória e o que precisamos fazer para manter a telessaúde e os regulamentos baixos nisso? Sabe, algumas das outras coisas que estamos trabalhando com os Centers for Medicare and Medicaid Services e o Health and Human Services são perdão por empréstimo, falar em suspender autorização prévia, falar sobre pagamento antecipado, programas de pagamento acelerado. Estamos de olho nisso porque isso está tendo um efeito tanto em médicos e não provedores globalmente. Também estamos de olho na legislação estadual no que diz respeito a COVID e não COVID e nós fizemos muito pela telessaúde no que diz respeito a dar dicas aos nossos membros e, em seguida, também houve um webinar de telessaúde que foi muito bem recebido. Estávamos tentando nos manter atualizados sobre todas essas coisas e estamos trabalhando para falar como um só, a comunidade cirúrgica agora.

**Anfitrião:** Dr. Gonzalez, você tem outros pensamentos finais ou mensagens para enviar à comunidade de urologia enquanto avançamos na luta contra COVID-19?

**Dr. Gonzalez:** Bem, eu acho que a coisa mais importante é que estes são tempos muito incertos. Então, minha mensagem para os membros é apenas cuidar de si mesmos, ter certeza de que sua saúde mental está em um bom lugar. Às vezes você tem que encontrar diversões, tirar sua mente disso por um tempo. Sei que algumas pessoas estão vivendo longe de suas famílias e as dificuldades que isso definitivamente cria. Então, fazendo o melhor que pode para manter sua família unida. Existem todos os tipos de ajuda em suas organizações e instituições, busque isso conforme você precisar. Penso da mesma forma, devemos pensar nos nossos colegas, pensar nos nossos funcionários, pensar nos nossos enfermeiros e o favor de verificar com as pessoas. São tempos de muito estresse e incerteza, incerteza sobre se infectar, desespero financeiro, medo pelo seu trabalho. Acho que é muito importante saber essas coisas.

A maior coisa como líder que você quer pensar é apenas ser transparente. Atualizações regulares são extremamente importantes, reuniões presenciais são

muito importantes, obviamente com distanciamento social adequado. Mas eu acho que apenas garantir que todos nós mantenhamos contato e não perdemos isso é extremamente importante. Uma coisa que ouvimos um pouco sobre o seguro cobriu questões de seguradoras comerciais, onde houve alguma negação de “cirurgia eletiva”. Há apenas anedotas agora, mas se você ouvir sobre isso, entre em contato conosco na AUA Public Policy e nos avise sobre essas coisas para que possamos analisar isso. E eu acho que isso é muito importante nestes tempos em que estamos sendo reembolsados pelo que estamos fazendo e, em seguida, como cirurgias, que somos os únicos ditando o que é considerado eletivo e o que não é, não devemos ter um seguro comercial ditando isso para nós. Eu acho que a última coisa, Casey [SP], é simplesmente ser flexível. Vamos falar sobre aumentar, mas, novamente, você pode ter um ressurgimento de casos em sua comunidade e manter um olho nisso é extremamente importante. Se for isso, temos de voltar a descer. Então, se você ver uma recorrência em sua área, eu acho muito importante que você reduza adequadamente.

**Anfitrião:** Obrigado, Dr. Gonzalez, pelo seu tempo e sua visão em sua liderança hoje.

**Dr. Gonzalez:** Obrigado.