

COMISIÓN DE CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABÓLICA RECOMENDACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍAS BARIÁTRICAS ELECTIVAS EN EL CONTEXTO DE EPIDEMIA POR SARS-COV2 EN ARGENTINA

El tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida es un procedimiento programado no postergable en una gran proporción de pacientes. Su retraso genera deterioro general del paciente, progresión de la obesidad y de las condiciones comórbidas que amenazan la vida, además conllevan a un aumento de los costos de la atención médica directa e indirecta. ⁽¹⁻¹¹⁾

Actualmente el tratamiento más efectivo para la obesidad es la cirugía bariátrica y metabólica con un beneficio rápido y duradero, mejorando la calidad de vida, resolviendo o mejorando sus comorbilidades (diabetes tipo 2, hipertensión, apnea del sueño, enfermedades cardiovasculares entre otras) y aumentando la esperanza de vida de los pacientes. ⁽¹²⁻²¹⁾

Las medidas sanitarias para prevenir contagios masivos y las restricciones impuestas por los decretos del Poder Ejecutivo en relación a la pandemia COVID-19 han tenido como efecto no deseado la parálisis de la atención médica programada en general, y del 80% de las cirugías electivas.

La continuidad de la cirugía bariátrica merece ser considerada en respuesta a dos necesidades concretas: la de evitar la progresión de una enfermedad crónica que, además, expone a un riesgo mayor de evolución desfavorable en caso de contagio por virus SARS-CoV2, ⁽²²⁻²⁹⁾ y la de reactivar el sistema de atención en salud y la economía que del mismo depende.

Considerando que los epidemiólogos expresan que la duración de la pandemia teóricamente podría extenderse hasta 2022, pero entendiendo que se generarán ventanas seguras durante su evolución, deben establecerse pautas definiendo las condiciones en las cuales la cirugía bariátrica podría realizarse en forma segura. Dada la alta contagiosidad del virus circulante, las vías de contagio, la dificultad en la detección de su presencia en el 100% de los portadores, incluso asintomáticos, su periodo de incubación y persistencia en el ser humano, la exposición particular del personal de salud al contagio, el riesgo incrementado de complicaciones graves en

pacientes obesos, y la diversidad de realidades epidemiológicas en el territorio nacional, es que se dan las siguientes recomendaciones.

Los miembros de la Comisión de Cirugía Bariátrica y Metabólica de la AAC realizaron estas recomendaciones en base al conocimiento que hasta el momento se tiene de la pandemia COVID-19, y apoyada en recomendaciones de expertos y consensos societarios, entre ellos, con la SACO (Sociedad Argentina de Cirugía de la Obesidad) ⁽²²⁻³⁹⁾ Las mismas son pasibles de modificaciones rápidas por lo que deben ser consultadas continuamente ante posibles actualizaciones.

Estas recomendaciones constituyen una guía, pero no superan ni reemplazan en ningún caso el criterio médico.

RECOMENDACIONES:

1. De la región
2. De la institución
3. Del equipo tratante
4. Del equipamiento disponible
5. Del paciente

1. De la región:

Fundamento: El grado de circulación viral en la comunidad es crítico para evaluar el riesgo de infección asintomática y para administrar los recursos de diagnóstico y de protección personal del equipo de salud.

- **Las tasas de nuevos contagios deben encontrarse en descenso o estables**
- **La actividad médica asistencial programada y las cirugías electivas no deben estar prohibidas por la autoridad sanitaria correspondiente**

2. De la institución:

Fundamento: Las vías de contagio con el virus SARS-CoV2 son por contacto con secreciones de enfermos o por las microgotas que expulsan los portadores. Por ello es fundamental que la institución donde se realice cirugía electiva siga estrictamente protocolos de aislamiento, higiene y control de personal.

- **La institución debe atenerse a las normas dispuestas por el Ministerio de Salud de la Nación sobre restricción de cirugías de acuerdo al grado de circulación viral en su área geográfica.**



- **Deben implementarse áreas completamente separadas para enfermos COVID19 positivos y negativos, incluyendo UTI, quirófano y vías de circulación**
- **Debe implementarse medidas de información, protección y control del personal de salud de la institución a fin de evitar el contagio entre colaboradores y hacia pacientes**
- **Debe reforzarse los protocolos de limpieza de las diferentes áreas de la institución a fin de reducir al máximo posible la presencia de partículas contaminantes en superficies de contacto**
- **Deben proveer a los profesionales de los materiales necesarios de protección personal según el caso.**

3. Del equipo tratante:

Fundamento: Se asume que el personal de salud es probablemente uno de los principales vectores de transmisión viral, además de estar expuesto a un alto riesgo de contagio en caso de tratar un paciente portador del virus sin que haya sido detectado.

Por ello:

- **Todo miembro del equipo debe ser instruido en conocimientos básicos de la epidemia COVID-19, las medidas de higiene y protección personal ante cada tipo de contacto con colegas y pacientes, y de los protocolos de la institución en la que actúan que debe seguir ante un caso confirmado o sospechoso de virus SARS-CoV2.**
- **Es altamente recomendable que los miembros de cada equipo desarrollen su actividad en una única institución.**
- **El equipo debe ofrecer servicios de consulta virtual para las evaluaciones preoperatorias y para el seguimiento postoperatorio, garantizando una fluida comunicación con el paciente.**

4. Del equipamiento disponible:

Fundamento: Es fundamental contar con los elementos de protección personal y de quirófano necesarios para cada situación de exposición a fin de reducir la posibilidad de contagio de cualquier miembro del equipo.

- **La institución debe proveer los elementos de protección personal indispensables para cada nivel de protección necesario.**
- **En caso de pacientes negativos y con criterios que completen la baja sospecha de infección por SARS-CoV2, el nivel de protección será el habitual de toda cirugía.**



- **En caso de pacientes sin sospecha de infección, pero sin posibilidad de testeo alguno para detección de virus SARS-Cov2, el nivel de protección será determinado por los protocolos de la institución y en concordancia con la decisión del médico responsable a cargo, comprendiendo que, dentro del contexto regional que describen estas recomendaciones, la posibilidad de portador asintomático debería ser mínima**
- **Únicamente en caso de paciente positivo o sospechoso que requiera una cirugía de urgencia, el nivel de protección deberá ser nivel 3: ropa descartable, camisolín hemorrepelente, antiparras herméticas, barbijo N95 o superior y pantalla protectora facial.**

5. Del paciente:

Fundamento: Existe controversia respecto de las características de la enfermedad que podrían determinar prioridad para una cirugía electiva. Ciertas posturas recomiendan la selección de casos más favorables, menos mórbidos y más jóvenes; y otras, contrapuestas, priorizan pacientes gravemente enfermos, con mayores probabilidades de complicaciones o progresión de sus comorbilidades. Esta decisión quedará a criterio del equipo tratante, en base a su experiencia y la capacidad de manejo de pacientes más complejos, siguiendo las pautas del Consenso Intersocietario de Cirugía Bariátrica y Metabólica 2019.⁴⁰

Más allá de esta cuestión, los pacientes que sean elegidos para ser operados durante la epidemia deberán cumplir los siguientes requisitos:

- **Ser menores de 60 años**
- **No ser portadores de enfermedad pulmonar crónica (EPOC o asma).**
- **No ser inmunodeprimidos ni recibir medicación que pueda generar inmunodepresión.**
- **Deberán haber cumplido un estricto aislamiento en los últimos 14 días, sin desarrollar actividades que los exponga al contacto con otras personas, y guardando cuidados especiales de distanciamiento en su domicilio respecto de otros miembros de la familia que posean mayor exposición social.**
- **Deberán utilizar barbijo quirúrgico durante las consultas o concurrencia al centro de salud.**
- **No deberán haber presentado síntomas sospechosos de contagio por virus SARS-CoV2 en los últimos 30 días previos a la intervención.**
- **No deberán haber tenido contacto con paciente COVID19 positivo en los últimos 60 días previos a la cirugía.**



- **En caso de infección previa por SARS-Cov2, no deberán presentar secuelas funcionales, deberán esperar 3 meses como mínimo y realizar un test reciente que descarte la presencia viral.**
- **Deberán ser testeados para virus SARS-Cov2 dentro de las 72 hs previas a la intervención. Si el paciente ha dado cumplimiento de las indicaciones médicas y tiene un resultado negativo se seguirá con el plan quirúrgico. Para el caso en que las autoridades sanitarias de la región no autoricen el test, el equipo tratante determinará si el screening clínico y estudios como una radiografía de tórax serán suficientes. Si el test fuera positivo, el procedimiento deberá ser diferido hasta que el especialista en infectología de la institución considere que es seguro para el paciente y el personal de salud.**
- **Deberán ser informados de las vías de contagio del virus SARS-CoV2, las medidas de higiene necesarias para resguardar su salud y de los riesgos que implica someterse a una cirugía electiva en este contexto, asumiendo dicho riesgo por escrito a través del Consentimiento Informado. Se sugiere agregar al Consentimiento Informado el Anexo de Contingencia COVID-19 propuesto por la Asociación Argentina de Cirugía (Abril/2020).**
- **Durante la internación, se limitarán las visitas a un acompañante por paciente en la habitación, siempre y cuando carezca de síntomas de sospecha y haya realizado 14 días de aislamiento estricto previo a la cirugía, y quien utilizará tapabocas durante todo el tiempo de la visita.**
- **Se reducirá el tiempo de internación a su máximo posible.**
- **Deberán realizar aislamiento social estricto, similar al preoperatorio, por los 30 días posteriores a la intervención, utilizando barbijo quirúrgico durante todo el tiempo posible**

Recomendaciones en un vistazo

- **Región** las tasas de nuevos contagios deben encontrarse en descenso o estables.
- **Institución debe atenerse a las normas dispuestas por el Ministerio de Salud de la Nación sobre restricción de cirugías de acuerdo al grado de circulación viral en su área geográfica**, debe contar con áreas separadas para pacientes sospechosos o infectados, y medidas de control institucionales que reduzcan las posibilidades de contagio.
- **Equipo tratante** informado en conocimientos básicos de la epidemia COVID-19 y medidas de higiene, protección personal y protocolos institucionales.
- Es altamente recomendable que los miembros de cada equipo desarrollen su actividad en una única institución.
- El equipo debe ofrecer servicios de consulta virtual para seguimiento.
- Disponibilidad de **elementos de protección personal** para cada nivel.
- En caso de pacientes negativos y baja sospecha de infección por SARS-CoV2, el nivel de protección es el habitual de toda cirugía.
- En caso de pacientes sin sospecha de infección y sin testeo el nivel de protección será determinado por los protocolos de la institución y decisión del médico responsable. Únicamente en caso de paciente positivo o sospechoso que requiera una cirugía de urgencia, el nivel de protección deberá incluir ropa descartable, camisolín hemorrepeleante, antiparras herméticas, barbijo N95 o superior y pantalla protectora facial.
- **Paciente** menor de 60 años, sin enfermedad pulmonar crónica ni inmunodepresión.
- Aislamiento estricto en los últimos 14 días. Sin síntomas sospechosos de virus SARS-CoV2 en los últimos 30 días previos ni contacto con paciente COVID-19 positivo en los últimos 60 días.
- En caso de infección previa por SARS-CoV2 prorrogar por 3 meses como mínimo y realizar un test reciente que descarte la presencia viral.
- Test negativo para virus SARS-CoV2 dentro de las 72 hs previas a la intervención. Ante imposibilidad de test, el equipo tratante determinará si el screening clínico y estudios como Rx de tórax serán suficientes.
- Información de cuidado personal y riesgos específicos del contexto COVID-19, asumiendo dicho riesgo por escrito a través del Consentimiento Informado.
- Se limitarán las visitas durante la internación.
- Se reducirá el tiempo de internación a su máximo posible.
- Aislamiento estricto por los 30 días posteriores a la intervención, utilizando barbijo quirúrgico durante todo el tiempo posible.



Bibliografía

1. Global BMI Mortality Collaboration, Di Angelantonio E, Bhupathiraju SHN, et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet*. 2016;388(10046):776–86. [L SEP]
2. Warkentin LM, Majumdar SR, Johnson JA, et al. Predictors of health-related quality of life in 500 severely obese patients. *Obesity (Silver Spring)*. 2014;22(5):1367–72. <https://doi.org/10.1002/oby.20694>.
3. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, et al. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2013;309(1):71–82. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.113905>.
4. Padwal RS, Pajewski NM, Allison DB, et al. Using the Edmonton obesity staging system to predict mortality in a population-representative cohort of people with overweight and obesity. *CMAJ*. 2011;183(14):E1059–66. <https://doi.org/10.1503/cmaj.110387>.
5. Whitlock G, Lewington S, et al. Prospective Studies Collaboration. Body-mass index and cause-specific mortality in 900,000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*. 2009;373(9669):1083–96. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60318-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60318-4). [L SEP]
6. Casimiro Pérez JA, Fernández Quesada C, Del Val Groba Marco M, et al. Obesity Surgery Score (OSS) for Prioritization in the Bariatric Surgery Waiting List: a Need of Public Health Systems and a Literature Review. *Obes Surg*. 2018;28(4):1175-1184. doi:10.1007/s11695-017-3107-6.
7. Arteaga-González IJ, Martín-Malagón AI, Ruiz de Adana JC, de la Cruz Vigo F, Torres-García AJ, Carrillo-Pallares AC. Bariatric Surgery Waiting Lists in Spain. *Obes Surg*. 2018;28(12):3992-3996. doi:10.1007/s11695-018-3453-z
8. Cohen RV, Luque A, Junqueira S, Ribeiro RA, Le Roux CW. What is the impact on the healthcare system if access to bariatric surgery is delayed?. *Surg Obes Relat Dis*. 2017;13(9):1619-1627. doi:10.1016/j.soard.2017.03.025
9. Flanagan E, Ghaderi I, Overby DW, Farrell TM. Reduced Survival in Bariatric Surgery Candidates Delayed or Denied by Lack of Insurance Approval. *The American surgeon* 2016; 82(2): 166-70. [L SEP]
10. Lakoff JM, Ellsmere J, Ransom T. Cause of death in patients awaiting bariatric surgery. *Can J Surg*. 2015;58(1):15-18. doi:10.1503/cjs.002914
11. Al Harakeh AB, Burkhamer KJ, Kallies KJ, Mathiason MA, Kothari SN. Natural history and metabolic consequences of morbid obesity for patients denied coverage for bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2010;6(6):591–6. [L SEP]
12. Hanipah ZN, Schauer PR. Surgical Treatment of Obesity and Diabetes.



- Gastrointest Endosc Clin N Am. 2017;27(2):191-211. doi:10.1016/j.giec.2016.12.005
13. Kim J, Eisenberg D, Azagury D, Rogers A, Campos GM. ASMB position statement on long-term survival benefit after metabolic and bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2016;12(3):453-459. doi:10.1016/j.soard.2015.11.021
14. Rubino F, Nathan DM, Eckel RH, et al. Metabolic Surgery in the Treatment Algorithm for Type 2 Diabetes: A Joint Statement by International Diabetes Organizations. *Diabetes Care.* 2016;39(6):861-877. doi:10.2337/dc16-0236
15. De Luca M, Angrisani L, Himpens J, et al. Indications for Surgery for Obesity and Weight-Related Diseases: Position Statements from the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO). *Obes Surg.* 2016;26(8):1659-1696. doi:10.1007/s11695-016-2271-4
16. Ackermann M, Alva O, Alvarez MG, et al. Consenso de cirugía metabólica en Argentina *Rev Soc Arg de Diabetes* 2015;49(3):95-110
17. Ricci C, Gaeta M, Rausa E, Asti E, Bandera F, Bonavina L. Long-term effects of bariatric surgery on type II diabetes, hypertension and hyperlipidemia: a meta-analysis and meta-regression study with 5-year follow-up. *Obesity surgery* 2015; 25(3): 397-405.^[1]_{SEP}
18. Chang SH, Stoll CR, Song J, Varela JE, Eagon CJ, Colditz GA. The effectiveness and risks of bariatric surgery: an updated systematic review and meta-analysis, 2003-2012. *JAMA surgery* 2014; 149(3): 275-87.^[1]_{SEP}
19. Puzziferri N, Roshek TB, Mayo HG, Gallagher R, Belle SH, Livingston EH. Long-term follow-up after bariatric surgery: a systematic review. *JAMA* 2014; 312(9): 934-42.^[1]_{SEP}
20. Busetto L, Dixon J, De Luca M, Shikora S, Pories W, Angrisani L. Bariatric surgery in class I obesity : a Position Statement from the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO). *Obes Surg.* 2014;24(4):487-519. doi:10.1007/s11695-014-1214-1
21. Neff KJ, le Roux CW. Bariatric surgery: the indications in metabolic disease. *Dig Surg.* 2014;31(1):6-12. doi:10.1159/000351440
22. Simonnet A, Chetboun M, Poissy J, et al. High prevalence of obesity in severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) requiring invasive mechanical ventilation [published online ahead of print, 2020 Apr 9]. *Obesity (Silver Spring).* 2020;10.1002/oby.22831. doi:10.1002/oby.22831
23. Lighter J, Phillips M, Hochman S, et al. Obesity in patients younger than 60 years is a risk factor for Covid-19 hospital admission [published online ahead of print, 2020 Apr 9]. *Clin Infect Dis.* 2020;ciaa415. doi:10.1093/cid/ciaa415
24. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, et al. Presenting Characteristics,



Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. JAMA. Published online April 22, 2020.

doi:10.1001/jama.2020.6775

25. Kass DA, Duggal P, Cingolani O. Obesity could shift severe COVID-19 disease to younger ages. Published: May 04, 2020. Lancet [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31024-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31024-2)

26. Qingxian, Cai and Chen, Fengjuan and Fang, Luo and Xiaohui, Liu and Tao, Wang and Qikai, Wu and Qing, He and Zhaoqin, Wang and Yingxia, Liu and Jun, Chen and Lei, Liu and Lin, Xu, Obesity and COVID-19 Severity in a Designated Hospital in Shenzhen, China (3/13/2020). <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3556658>

27. Christopher M. Petrilli, Simon A. Jones, Jie Yang, Harish Rajagopalan, Luke F.O'Donnell, Yelena Chernyak, Katie Tobin, Robert J. Cerfolio, Fritz Francois, Leora I. Horwitz

Factors associated with hospitalization and critical illness among 4,103 patients with COVID-19 disease in New York City medRxiv 2020.04.08.20057794;

doi:<https://doi.org/10.1101/2020.04.08.20057794>

28. Peng YD, Meng K, Guan HQ, et al. Clinical Characteristics and Outcomes of 112 Cardiovascular Disease Patients Infected by 2019-nCoV Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi. 2020;48(0):E004. doi:10.3760/cma.j.cn112148-20200220-00105

29. Groups at Higher Risk for Severe Illness. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/groups-at-higher-risk.html>

30. Guan WY, Ni ZY, Hu Y, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. N Engl J Med 2020.

31. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet 2020; 395:497.

32. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet 2020; 395:1054.

33. Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus–infected pneumonia in Wuhan, China. JAMA 2020.

34. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72,314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA 2020.

35. Ruan Q, Yang K, Wang W, et al. Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China. Intensive Care Med 2020.)



36. Joint Statement Roadmap for Resuming Elective Surgery after COVID-19 Pandemic 41720update por American College of Surgeons, American Society of Anesthesiologists, Association of periOperative Registered Nurses, American Hospital Association.

<https://www.asahq.org/about-asa/newsroom/news-releases/2020/04/joint-statement-on-elective-surgery-after-covid-19-pandemic>

37. Recomendaciones de la Asociación Española de Cirugía.

https://www.aecirujanos.es/Documentos-de-posicionamiento-y-recomendaciones-de-la-AEC-en-relacion-con-la-cirugia-y-COVID19_es_1_152.html

38. Recomendaciones del Colegio Americano de Cirugía (ACS).

<https://www.facs.org/covid-19>

39. Recomendaciones de la Sociedad Americana de cirujanos gastrointestinales y endoscopistas. <https://www.sages.org/category/covid-19/>

40. <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2019/09/consenso-intersocietario-cirugia-cariatica-y-metabolica.pdf>