



Associação Brasileira de  
Cirurgia Pediátrica  
Fundada em 30 de janeiro de 1964



Sociedade Brasileira  
de Anestesiologia

São Paulo, 23 de março de 2021

O momento cirúrgico para cirurgias eletivas em crianças que se recuperaram da Covid-19 é ainda bastante controverso. Há pouquíssimos dados relativos a esta questão na literatura, todos de qualidade de evidência bastante limitada (pequenos estudos retrospectivos de coorte) e a maioria voltada para quadros de adultos, que apresentam apresentação e complicações diferentes da Covid-19.

Em adultos mais de metade dos pacientes operados que tiveram diagnóstico perioperatório de Covid-19 tiveram complicações respiratórias e mortalidade significativa, dados que originaram uma preocupação séria também com relação à população pediátrica, que tem a detecção clínica pré-operatória da doença mais difícil, já que crianças relatam precariamente seus sintomas, podem apresentar sintomas atípicos e têm uma grande proporção de pacientes oligo e assintomáticos.

Um único estudo na Inglaterra demonstrou uma incidência pós-operatória de Covid-19 de 1,4% em crianças operadas sem testagem prévia ou diagnóstico clínico pré-operatório de Covid-19 (7 crianças, cirurgias de urgência). Quatro delas desenvolveram pneumonia, duas necessitaram de ventilação invasiva e um paciente apresentou SRAG (síndrome respiratória aguda grave), com um óbito (Okonkwo et al 2020). Estes dados geram, claro, preocupação quanto ao risco da manipulação cirúrgico-anestésica de pacientes pediátricos portadores da Covid-19, mesmo que inadvertida, em especial em regiões geográficas de alta, em especial porque não é bem estabelecido o tempo de recuperação fisiológica plena pós doença.

Diretrizes quanto aos prazos para cirurgia eletiva após um quadro de Covid-19 foram disponibilizadas conjuntamente pelas Sociedades Brasileira e Americana de Anestesiologia (Nunes et al 2020), mas não são direcionadas a pacientes pediátricos.

A Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica busca resumir aqui os dados disponíveis com relação a pacientes pediátricos, a fim de basear o aconselhamento dos pais pelos profissionais e o planejamento de trabalho das equipes de cirurgia.

1. Crianças têm um risco menor de contrair a Covid-19 que adultos. Constituem 1-5% dos pacientes diagnosticados com Covid-19, a maioria com formas leves. Entre crianças também é maior a proporção de pacientes assintomáticos. Estas características diminuem a chance de detecção clínica da doença e aumentam, em teoria, a possibilidade de crianças assintomáticas ou oligo sintomáticas serem operadas em vigência da Covid -19, oferecendo risco de contaminação da equipe médica e um risco ainda mal definido de complicações pós-operatórias. Adicionalmente, a população pediátrica pode apresentar uma síndrome inflamatória sistêmica pós-Covid, que é tardia e cursa tipicamente com afecção cardíaca (síndrome Kawasaki-like, PIMS – pediatric inflammatory multisystemic



Associação Brasileira de  
Cirurgia Pediátrica  
Fundada em 30 de janeiro de 1964



Sociedade Brasileira  
de Anestesiologia

syndrome), tendo implicações óbvias no ato anestésico. Implicações da síndrome SIMS com relação a cirurgias eletivas posteriores não estão ainda estudadas, e é comum que as crianças portadoras da síndrome não tenham tido um diagnóstico clínico prévio de Covid-19, dificultando a avaliação do tempo entre doença primária e complicação. A grande maioria das crianças com síndrome SIMS tem o diagnóstico de Covid-19 retrospectivo, a partir de testes séricos.

2. Em pacientes sintomáticos ou sob suspeita epidemiológica (história de contato) é aconselhável adiar intervenções não emergenciais até a confirmação ou não da doença através de coleta de swab nasofaríngeo para PCR.
3. A testagem de acompanhantes é controversa. A maioria das instituições testa adultos assintomáticos no caso de internação hospitalar prevista, afasta sistematicamente adultos com sintomas e não testa os adultos acompanhantes em casos de cirurgia ambulatorial sem previsão de internação. Um único estudo brasileiro não detectou qualquer caso de acompanhante adulto assintomático positivo em testagens pré-operatórias sistemáticas, o que está de acordo com a relativa raridade de adultos assintomáticos e sem história epidemiológica de exposição (Jesus et al 2020).
4. No caso de crianças que tiveram PCR (swab nasofaríngeo) positivo para SARS-COV2, com ou sem sintomas, o prazo de adiamento de cirurgias eletivas não está bem estabelecido, sendo sugeridos prazos de 14 dias (pacientes assintomáticos e oligo sintomáticos que serão submetidos a cirurgias de pequeno porte sem implicações sérias sobre a via aérea) a 12 semanas (6 semanas para pacientes que tiveram doença sintomática com afecção pulmonar sem complicações nem internação e 12 semanas para aqueles que tiveram doença grave, necessitaram de assistência ventilatória ou terapia intensiva). São períodos empíricos e definidos primariamente para adultos. A variação nos prazos depende da gravidade da afecção viral, da presença de sequelas, do grau previsto de agressividade metabólica e respiratória da cirurgia proposta, do nível de urgência necessária para o procedimento e de uma decisão conjunta caso a caso entre as equipes de cirurgia e anestesia. Os pacientes devem ter se recuperado clinicamente por completo (assintomáticos). No caso de sequelas, as implicações devem ser avaliadas caso a caso. Não é considerada necessária PCR para SARS-COV2 em pré-operatório de crianças que se recuperaram da covid-19 nos últimos 90 dias.
5. É aconselhável a avaliação quanto à eventual presença do vírus na ausência de sintomas (swab nasofaríngeo para PCR e detecção SARS-COV2) em um prazo





Associação Brasileira de  
Cirurgia Pediátrica  
Fundada em 30 de janeiro de 1964



menor ou igual a 72h antes da cirurgia, mesmo em pacientes assintomáticos, principalmente nos casos de internação hospitalar e em regiões de alta prevalência da Covid-19, embora este seja um aspecto controverso. Um estudo inglês não detectou diferenças estatísticas no desenvolvimento de doença no período perioperatório em famílias que não respeitaram isolamento conforme aconselhado em período pré-operatório, mas o poder da amostra examinada é discutível (Okonkwo et al 2020). Mesmo nos pacientes com exame negativo a ausência de sintomas ou contato conhecido com pacientes portadores deve ser confirmada através de questionário específico no ato da internação ou confirmação do procedimento agendado. A literatura a respeito da presença da positividade da PCR para SARS-COV2 em checagem sistemática de crianças assintomáticas em período pré-operatório é escassa. Um estudo inglês sugere a incidência de 2,6% de positivos (Okonkwo et al 2020) e um estudo brasileiro de 5,4% de positivos (Jesus et al 2020), ambos testando os pacientes em até 72 horas pré-operatórias.

6. Não há diretrizes publicadas quanto à abordagem cirúrgica eletiva pós-SIMS. É razoável que estes pacientes só sejam submetidos a cirurgias eletivas após um prazo mais alongado (mínimo de 6 semanas), após resolução plena de alterações em enzimas cardíacas e após avaliação cardiológica detalhada, incluindo ecocardiografia e eletrocardiografia, com planejamento conjunto pré-operatório entre cirurgião, anestesiológico e cardiopediatra.

#### REFERÊNCIAS:

1. Soneru CN, Nunez K, Petersen TR, Lock R. Anesthetic concerns for pediatric patients in the era of COVID-19. *Paediatr Anaesth* 2020, doi [10.1111/pan.13924](https://doi.org/10.1111/pan.13924) (ahead of print, acesso gratuito)
2. Lee-Archer P, von Ungern-Sternberg B. Pediatric anesthetic implications of COVID-19—A review of current literature. *Paediatr Anaesth* 2020, doi [10.1111/pan.13889](https://doi.org/10.1111/pan.13889) (ahead of print, acesso gratuito).
3. Okonkwo I, Howie A, Parry C, Shelton CL, Cobley S, Craig R et al. The safety of pediatric surgery between COVID-19 surges: na observational study. *Anaesthesia* 2020, 75:1605-13 (acesso gratuito).



Associação Brasileira de  
Cirurgia Pediátrica  
Fundada em 30 de janeiro de 1964



Sociedade Brasileira  
de Anestesiologia

4. Velly L, Gayat E, Quintard H, Weiss E, de Jong A, Cuvillon P et al. Guidelines: anaesthesia in the contexto of Covid-19 pandemic. *Anaesth Crit Care Pain Med* 2020, 39:395-415 (acesso gratuito)
5. Matava CT, Kovatsis PG, Summers JL, Castro P, Denning S, Yu J et al. Pediatric Airway management in coronavirus disease 2019 patients: consensus guidelines from the Society for pediatric anesthesia's pediatric difficult intubation collaborative and the canadian pediatric anesthesia Society. *Anesth Analg* 2020, 131:61-73 (acesso gratuito)
6. Jesus LE, Justiniano R, Rezende GC, Ferreira L, Dekermacher S. Covid-19 e cirurgias eletivas pediátricas: o que temos vivido. *Revista CIPERJ* 2020, 8(2):4-7 (acesso livre em <https://ciperj.org/revista-ciperj>)
7. Nunes RR, Diego LAS, Detoni PB, Azevedo MP, Carraretto AR (Tradução e revisão). Declaração conjunta da Sociedade americana de anesthesiologistas e fundação para a segurança do paciente de anestesia a respeito de cirurgia eletiva e anestesia para pacientes pós-infecção Covid-19 (<https://www.sbahq.org/covid-19-declaracao-conjunta-da-asa-e-da-apsf-traduzida>, acesso em 18 fevereiro 2021)

**Dra. Maria do Socorro Mendonça de Campos**

Presidente da Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica

**Dra. Lisieux Eyer de Jesus**

Diretora de publicações da Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica

**Dr. Augusto Key Karazawa Takaschima**

Diretor presidente da Sociedade Brasileira de Anestesiologia

**Dr. Marcos Antonio Costa de Albuquerque**

Diretor vice-presidente da Sociedade Brasileira de Anestesiologia

**Dr. Luis Antonio dos Santos Diego**

Diretor de Defesa Profissional da Sociedade Brasileira de Anestesiologia

**Dra. Maria Angela Tardelli**

Diretora científica da Sociedade Brasileira de Anestesiologia

**Dra. Mariana Fontes Lima**

Presidente do Comitê Anestesia em Pediatria

**Dra. Cláudia Helena Ribeiro da Silva**

Membro do Comitê Anestesia em Pediatria

**Dr. Pedro Paulo Vanzillotta**

Membro do Comitê Anestesia em Pediatria