



Recomendaciones de la Sociedad Chilena de Coloproctología y estrategias en el manejo de la patología coloproctológica durante la epidemia de COVID-19

La Sociedad Chilena de Coloproctología se suma a las iniciativas en la búsqueda de mejorar el balance que maximice la seguridad de los pacientes y su pronóstico, minimizando el riesgo de exposición hospitalaria de contaminación cruzada y maximizar la protección del equipo de salud.

Cada Servicio de Cirugía y Equipos de Coloproctología viven escenarios diferentes y cada unidad aplicará las recomendaciones según su realidad epidemiológica y capacidad de resolución.

Toda recomendación es basada en la mejor evidencia actual, pudiendo modificarse, toda vez que la evidencia se modifique, obligando a estar revisándola permanentemente.

Existen evidencias que adquirir COVID-19 en periodo postoperatorio es de alto riesgo de complicaciones y mortalidad, sin embargo, el postergar cirugías electivas en el ámbito neoplásico o de urgencia puede desencadenar un peor pronóstico oncológico o secuelas invalidantes a largo plazo.

OBJETIVO GENERAL

Colaborar en la mejor toma de decisiones y selección de pacientes para cirugías programadas como de urgencia, relacionado con un plan a desarrollar en cada institución dependiendo de sus recursos disponibles.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimular el uso de medidas de protección generales y de Equipamiento de Protección Personal (EPP) recomendados. Cada institución maneja protocolos institucionales que deben ser respetados.
- Entregar recomendaciones según patologías específicas.
- Recomendar normativas en el manejo perioperatorio de los pacientes quirúrgicos.

PACIENTES CON CIRUGÍAS PROGRAMADAS ELECTIVAS

Toda cirugía electiva diferible debe ser postergada. Su reprogramación futura dependerá de la capacidad de cada institución y de la evolución de la pandemia.

Si la cirugía programada electiva es no diferible, se recomienda aplicar Test PCR SARS-Cov-2, de tal forma que si es (+), extremar las medidas de protección. Si es (-) seguir con las medidas estándares.

Patologías benignas electivas postergables:

- Pólipos asintomáticos grandes de apariencia benigna que no pudieron extirparse colonoscópicamente.
- Carcinoides colorrectales.
- Displasias o DALM en Colitis Ulcerativa Idiopática.
- Indicaciones profilácticas en afecciones hereditarias.
- Enfermedad diverticular con indicación de cirugía electiva.
- Patología proctológica no séptica de cualquier tipo.

Patología maligna electiva postergable:

Existe evidencia que muestran que la evolución y crecimiento del CCR es lento, siendo lo ideal el operar dentro de las 6 semanas de diagnosticado, pudiendo empeorar su pronóstico oncológico si es operado después de 3 meses desde su diagnóstico.

En pacientes confirmados con COVID-19 se debe privilegiar el manejo de la infección por sobre lo oncológico.

- CCR en Etapas I y II son postergables
- CCR en Etapa IV:
 - Resecables: puede realizarse Qt 3-4 ciclos (FOLFOX) con igual pronóstico oncológico
 - No resecables: Quimioterapia (FOLFOX con o sin biológicos)
- CCR en Etapa III evitar postergar, sobre todo sintomáticos (dolor, sangrado, etc.)

Existen enfoques terapéuticos alternativos que pueden colaborar en la postergación de cirugías sin deterioro en el pronóstico oncológico, sin embargo, depende de las capacidades locales y del grado de colapso hospitalario.

- Cáncer rectal medio/bajo T3-4 N (+), se recomienda algún esquema de neoadyuvancia con beneficios demostrados, ya sea protocolos de radioterapia largo o corto, asociados a quimioterapia preoperatorios (Estudio polaco, Bujko; Estudio RAPIDO, Van del Valk) que permiten postergar más de 8 semanas la cirugía.
- Cáncer de colon en Etapa III T4, podría realizarse Qt neoadyuvante (FoxTROT 4 ciclos). Depende de la decisión del comité oncológico y recursos locales.

PACIENTES CON NECESIDAD DE CIRUGÍAS NO POSTERGABLES

Realizar screening de COVID-19 a todos los pacientes, realizando historia clínica buscando factores de riesgo, PCR SARS-Cov-2 y TAC tórax en pacientes sintomáticos.

Un alto porcentaje de pacientes infectados y/o con riesgo de transmisión (cercano al 50%), se encuentran en periodo pre-sintomático y no trazables. Por esta razón y ante la imposibilidad de realizar PCR SARS-Cov-2 o ante una urgencia quirúrgica, a pesar de estar en presencia de un paciente asintomático, recomendamos considerar siempre todas las medidas de precaución recomendadas asumiendo que pueda estar infectado.

El riesgo de contaminación fecal no está claro en la actualidad, sin embargo, se recomienda tomar las precauciones necesarias ante la exposición a deposiciones.

Condiciones no postergables:

- CCR obstructivo o semi-obstructivo sin posibilidad de stent por su contraindicación o imposibilidad técnica en la institución.
- CCR sangrante con requerimiento de transfusiones con falla o imposibilidad de manejo endoscópico.
- CCR perforado o sepsis secundaria.
- Cáncer de recto con esquema de neoadyuvancia corto en curso.
- Cáncer rectal muy avanzado sin respuesta a neoadyuvancia.
- Patología proctológica séptica, tales como abscesos o Enfermedad de Fournier.
- Colitis isquémica grave.
- Colitis ulcerosa severa, fulminante o megacolon tóxico.

RECOMENDACIONES OPERATORIAS Y PERIOPERATORIAS GENERALES

- Mantener las normativas locales y el uso de EPP recomendado institucionalmente. Se recomiendan las siguientes medidas de protección:
 - Pacientes COVID (-):
 - Mascarilla quirúrgica y protección ocular cerrada
 - Pacientes COVID (+):
 - Mascarilla N95
 - Protección ocular cerrada
 - Traje de protección corporal que cubra cuello y cara en forma sellada.
- En lo posible procurar el uso de pabellones con presión negativa.
- Mantener la menor cantidad de personal dentro del pabellón.

Recomendaciones técnicas quirúrgicas:

- Minimizar el riesgo de sangrado y necesidad de transfusiones.
- Usar equipos de energía con la menor potencia posible para minimizar la pirolisis de tejidos y aerolización secundaria.

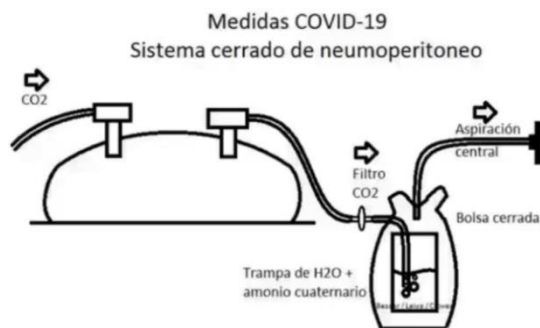
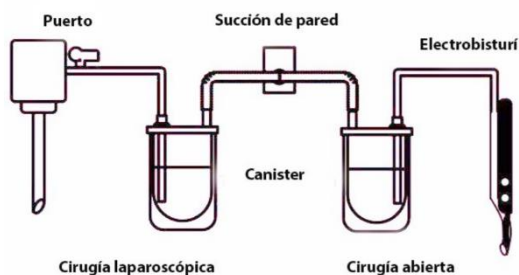
- En relación con la vía de abordaje, seguimos las recomendaciones de la Sociedad de Cirujanos de Chile:

A pesar de existir alguna evidencia de que el escape de neumoperitoneo a altas presiones podría aumentar el riesgo de contagio por aerolización, en la actualidad existe información insuficiente para recomendar fuertemente la cirugía abierta o laparoscópica.

El equipo quirúrgico debe elegir la vía de abordaje que minimice el tiempo operatorio, maximice la seguridad del paciente y equipo de salud, y contribuya a liberar la mayor cantidad de recursos hospitalarios posibles. También debe tener en cuenta la vía mas apropiada dependiendo del estatus del paciente, competencias del equipo quirúrgico y recursos físicos y humanos con que cuente en su realidad local.

Si se tienen todas las condiciones y recomendaciones para minimizar la aerolización, preferir la vía laparoscópica ya que implica menor utilización de recursos sanitarios propios de una cirugía mínimamente invasiva, esto es menor tiempo de hospitalización, menor necesidad de kinesioterapia, etc.

- Si se utilizará técnica laparoscópica se recomienda las siguientes medidas:
 - Verificar indemnidad de las válvulas de los trocares.
 - Utilizar presión baja de neumoperitoneo (menor a 12 mmHg).
 - Utilizar 2 tubos de aspiración, uno laparoscópico y otro para evacuar el neumoperitoneo y el humo generado por electrobisturí, con sistema de evacuación sellado, tales como “trampa de agua” o de fábrica.



- La evacuación del neumoperitoneo debe ser siempre por el trócar destinado para ello, manteniendo siempre cerrada la válvula del resto de los trócares.
 - Minimizar el cambio de pinzas o instrumental para evitar la aerolización al entrar y salir.
 - Evacuar totalmente el neumoperitoneo al remover trocares, extraer pieza operatoria o conversión a cirugía abierta.
 - Evitar técnica mano-asistida.
- Evitar técnicas que implican alto flujo de aerolización tales como TaTME y TAMIS, debido a que en el momento de encuentro entre ambos campos se produce alto flujo de aerosoles.

- Evitar anastomosis de alto riesgo, prefiriendo ostomías debido a que una dehiscencia anastomótica implica el consumo gran recursos sanitarios, confusión del origen de cuadro inflamatorio postoperatorio y alta mortalidad en casos de complicación en pacientes contagiados con COVID-19.

- **Postoperatorio:**
 - Pacientes COVID-19 (-):
 - Traslado a pieza común
 - Reducir visitas
 - Control estricto de temperatura. En casos febriles, además de descartar complicación quirúrgica, solicitar Test COVID-19
 - Pacientes COVID-19 (+):
 - Aislamiento
 - Protección estricta según normas institucionales (mascarilla N95, protección ocular y facial, guantes, delantal manga larga, etc.)
 - En lo posible aplicar protocolos ERAS
 - Hospitalizaciones abreviadas

- **Colonoscopías:** debido a la detección de virus en deposiciones y al ser un procedimiento con algún grado de producción de aerolización, la recomendación es evitarlas en casos postergables, tales como seguimiento de pólipos o cáncer ya operado, indicándose solo en casos de urgencia.

Bibliografía

Brindle M, Gawande A. Managing COVID-19 in Surgical Systems. Ann Surg. 2020; accepted (on-line).

Correia M. et al. The Surgeons and the COVID-19 pandemic. Rev Col Bras Cir; 2020;47(1)

Aminian A, Safari S, Razeghian_Jahromi A, Ghorbani M, Delaney CP. Covid-19 Outbreak and Surgical Practice: Unexpected Fatality in Perioperative Period. Ann Surg. 2020; accepted (on-line).

Min Hua Zheng et al. Minimally invasive surgery and novel coronavirus outbreak. Lessons learned in China and Italy. Ann Surg 2020; accepted (on-line)

COVID-19 and Surgery. Resources for the Surgical Community. American College of Surgeons.

COVID-19: Elective Case Triage Guidelines for Surgical Care. American College of Surgeons.

Yu GY et al. Several suggestions of operation for colorectal cancer under the outbreak of Corona Virus Disease 19 in China. Chinese Journal of Gastrointestinal Surgery. 2020;23(3):9

Chinese expert consensus on the treatment strategies for colorectal cancer patients during epidemic of covid-19. Chinese Journal of Practical Surgery. March 2020.

Pellino G et al. How COVID-19 Outbreak Is Impacting Colorectal Cancer Patients in Italy: A Long Shadow Beyond Infection. DCR, 2020, accepted (on-line)

Spinelli A et al. COVID-19 pandemic: perspectives on an unfolding crisis. Br J Surg 2020, march on-line.

Mintz Y. et al. A low cost, safe and effective method of smoke evacuation in laparoscopic surgery for suspected coronavirus patients. Ann Surg 2020, april

Bujko K. et al. Long-course oxaliplatin-based preoperative chemoradiation vs. 5x5 Gy and consolidation chemotherapy for cT4 or fixed cT3 rectal cancer: Results of a randomised phase III study. Ann Oncol. 2016;27:834-42.

Van del Valk M et al. Compliance and tolerability of short-course radiotherapy followed by preoperative chemotherapy and surgery for high-risk rectal cancer. Results of the international randomized RAPIDO-trial. Radiotherapy and Oncology 147 (2020) 75–83

DIRECTORIO
SOCIEDAD CHILENA DE COLOPROCTOLOGÍA

Santiago, 13 de abril del 2020