



## **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. Por otro lado, el curso de la epidemia puede llevar a que esta guía deba ser revisada 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 Rápido COVID-19, 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 (+), en que la neoadyuvancia es de elección, recomendando esquema largo y postergando su cirugía en 12 semanas. Evitar esquemas neoadyuvantes cortos (Rt 5 días) exclusivos ya que obliga a cirugías impostergables en 1 semana, recomendando agregar varios ciclos de FOLFOX y esperar por 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**

- 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.
- Realizar screening de COVID-19 a todos los pacientes, realizando historia clínica buscando factores de riesgo, test preoperatorios, idealmente PCR (4-6 horas) y TAC tórax en sintomáticos.
- 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.
- Se recomienda realizar cirugías abiertas evitando la vía laparoscópica, esto debido a que en casos de COVID-19 confirmados o sospechosos existe alguna evidencia de que el escape de neumoperitoneo a altas presiones podría aumentar el riesgo de contagio por aerolización. Se ha detectado virus en sangre, contenido intestinal y deposiciones. Existen pacientes cuyos exámenes de screening son inicialmente (-), sin embargo, algunos días después son COVID-19 confirmados y en estado grave, lo que lleva a recomendar fuertemente a la cirugía abierta en todos los casos, utilizando 2 aspiraciones para aspiración del humo generado por el electrobisturí.
- Si se utilizará técnica laparoscópica se recomienda las siguientes medidas:
  - Verificar indemnidad de las válvulas de trocares.
  - Utilizar presión baja de neumoperitoneo.
  - Utilizar insufladores con sistemas de evacuación sellado de CO2 y humo.
  - Apagar insuflador al realizar incisiones complementarias para extraer piezas operatorias.
  - Retiro de humo conectando el orificio de insuflación a mangueras de succión y sello de agua.
- 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 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 suggestion 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

DIRECTORIO  
SOCIEDAD CHILENA DE COLOPROCTOLOGÍA

Santiago, 29 de marzo del 2020