



Calle O'Donnell, 16. 1º Izq  
28009, Madrid  
+34 913 190 400  
aec@asociacioncirujanos.es

[www.aecirujanos.es](http://www.aecirujanos.es)

**O QUE OS CIRURGIÕES DEVEM SABER EM CASOS  
DE PATOLOGIA ONCOLÓGICA NO CONTEXTO DA  
PANDÊMICA DE COVID-19 (SARS COV-2)?**

**RECOMENDAÇÕES DO GRUPO "Cirugia-AEC-COVID19"  
DA ASSOCIAÇÃO ESPANHOLA DE CIRURGIÕES (AEC)**

● *Em resposta à rápida evolução que os hospitais enfrentam em relação à pandemia do COVID-19 e às dúvidas que surgem sobre o desempenho de doentes com cancro que precisam de cirurgia, a Associação Espanhola de Cirurgiões (AEC) deseja responder às perguntas que surgem nessa situação.*

● *Dada a mudança no ambiente da pandemia na Espanha, essas propostas estão sujeitas às recomendações do Ministério da Saúde e Comunidades Autônomas e às evidências disponíveis.*

## **Análise da situação e tomada de decisão**

Na situação em que nos encontramos com uma pandemia de COVID-19, os doentes com cancro correm mais risco do que outros tipos de doentes cirúrgicos de contrair a infecção, tanto pela patologia subjacente quanto pela imunossupressão associada aos tratamentos que recebem (quimioterapia e cirurgia) <sup>1-4</sup>.

O objetivo atual desses doentes é minimizar o risco de contrair a infecção e evitar as possíveis complicações associadas à cirurgia, bem como fazer uso adequado dos recursos disponíveis e proteger o pessoal de saúde envolvido em seu tratamento.

Para a tomada de decisão, foi desenvolvida uma escala (pendente de validação) com cinco fases na evolução da pandemia do COVID 19, com base na literatura<sup>5</sup> e na experiência acumulada em nosso ambiente e após análise internacional da situação. Essa escala é dinâmica, podendo seguir uma direção ascendente durante a propagação da infecção por SARS-CoV-2 e uma descendente no momento em que os hospitais estão recuperando a normalidade.

### ● **Fase I. Cenário quase normal**

- *Admissões* - doentes admitidos COVID-19 <5% sem a necessidade de emergências definidas.
- *Recursos* - sem impacto nos recursos hospitalares.

- *Ação cirúrgica*: sem impacto na atividade normal.

### ● **Fase II. Cenário de alerta leve**

- *Admissões* - doentes admitidos COVID-19 com ocupação de 5-25% dos leitos hospitalares e leitos de UTI.
- *Recursos* - nenhum impacto sobre os recursos do hospital, mas que implica ter o hospital alerta para as portas de emergências pandêmicas e definidas para doentes respiratórios e outros doentes.

- *Ação cirúrgica*: atividade restrita a:

- o Oncológico  
Avaliar ações com doentes com cancro semelhantes à fase III em caso de previsão de curva ascendente
- o Emergências

### ● **Fase III. Cenário de alerta médio**

- *Admissões* - doentes admitidos no COVID-19 com ocupação de 25 a 50% dos leitos hospitalares e leitos de UTI.
- *Recursos* - impacto nos recursos hospitalares com o alerta do hospital para as portas de emergência pandêmicas e definidas para doentes respiratórios e outros doentes, e UTIs e instalações reservadas para doentes COVID 19.

- *Ação cirúrgica*: atividade restrita a:

- o Oncológicos que não podem ser adiados porque sua sobrevivência é comprometida nos próximos 3 meses.
- o Oncológicos que não podem ser submetidos a tratamento neoadjuvante para retardar os processos cirúrgicos.
- o Oncológicos que não envolvem longas estadias na UTI.
- o Emergências.

• **Fase IV. Cenário de alerta alto**

- *Admissões* - doentes admitidos no COVID-19 com ocupação de 50 a 75% dos leitos hospitalares e leitos de UTI.
- *Recursos* - impacto principal nos recursos, profissionais e leitos hospitalares da UTI.

- *Ação cirúrgica*: atividade restrita a:  
o Emergências.

• **Fase V. Cenário de emergência**

- *Admissões* - doentes admitidos no COVID-19 com ocupação de mais de 75% dos leitos hospitalares e leitos de UTI.
- *Recursos* - impacto principal nos recursos, profissionais e leitos hospitalares da UTI. Capacidade da UTI e suporte ventilatório limitado ou recursos limitados da sala de operações ou trajetória COVID dentro do hospital em uma fase que cresce rapidamente.

- *Ação cirúrgica*: atividade restrita a:  
o Emergências em doentes que podem não sobreviver se a cirurgia não for realizada dentro de algumas horas, realizando uma triagem pré-operatória com base no comitê de ética.

A seguir, são apresentadas uma série de questões relacionadas ao tratamento de doentes com cancro na situação atual da pandemia de COVID-19.

**1.- É necessário realizar uma triagem pré-operatória de todos os doentes com cancro que serão submetidos à cirurgia?**

A Organização Europeia de CanCer (ECCO) indicou que em doentes com cancro que estão recebendo tratamento ativo (quimioterapia, radiação ou cirurgia) é de extrema importância que os sistemas de saúde garantam um exame rápido para a detecção da doença de COVID-19<sup>6</sup>.

A recomendação atual em áreas de alta incidência de COVID 19 é a detecção de infecção em todos os doentes oncológicos antes de uma intervenção cirúrgica, a fim de reduzir o risco que a cirurgia acarretaria em um doente infectado (Fase II-V).

A triagem pré-operatória da infecção por SARS-CoV-2 inclui histórico epidemiológico (contatos com casos nos últimos 14 dias); detecção de sintomas característicos como febre, sintomas respiratórios e outros sintomas característicos desta infecção, como anosmia ou ageusia; e o teste de detecção de SARS-CoV-2 por meio de PCR em uma amostra nasofaríngea. No caso de discrepância clínico-analítica ou em doentes com PCR indeterminada, a TC de tórax urgente pode ser útil no diagnóstico de COVID 19 devido à sua alta sensibilidade<sup>7,8</sup>.

No entanto, o teste de detecção por PCR está sujeito à disponibilidade em cada centro, dentro da ordem de prioridades em que o hospital está naquele momento e deve fazer uso racional dos recursos disponíveis. Caso não possa ser realizada devido à falta de recursos ou priorização, a triagem foi proposta através da realização de uma tomografia computadorizada de tórax no pré-operatório e, na sua falta, ultrassonografia ou radiografia de tórax.

As publicações no momento não descrevem qual é a melhor atitude em relação ao tipo de triagem e aos resultados obtidos em doentes que necessitam de cirurgia oncológica em áreas onde a incidência de infecção por SARS-CoV-2 ainda é baixa (Fase I).

**2.- Os doentes com cancro têm maior probabilidade de desenvolver COVID-19?**

Os doentes com cancro são mais suscetíveis à infecção do que as pessoas sem cancro, devido ao processo maligno em si e ao estado de imunossupressão causado pelos tratamentos recebidos, como quimioterapia ou cirurgia. Portanto, esses doentes podem ter maior risco de COVID-19 e pior prognóstico<sup>1-4</sup>.

Portanto, atualmente, doentes com cancro e suas famílias devem conhecer e aplicar medidas de proteção de contato e tomar precauções extremas para evitar contrair a infecção.

### **3.- Como podemos decidir se adiamos ou não a cirurgia em um processo oncológico na presença da pandemia de COVID-19?**

Nas circunstâncias atuais, as decisões sobre a continuação da cirurgia eletiva para um processo oncológico devem ser baseadas em:

- Incidência de infecção por SARS-CoV-2: fase em que estamos e curva de crescimento rápido<sup>9</sup>.
- Disponibilidade de recursos hospitalares locais: leitos de internação disponíveis para doentes com cancro em módulos separados dos doentes com COVID-19, leitos de UTI e disponibilidade de suporte ventilatório e equipamento de proteção individual.
- Avaliação do benefício da cirurgia na redução da progressão da doença e no desenvolvimento de complicações graves urgentes contra o risco de infecção por SARS-CoV-2 e suas sérias conseqüências (internação hospitalar, complicações pós-operatórias, mortalidade).
- Avaliação individual, de acordo com as características do tumor, do risco de atrasar o procedimento por 6 a 8 semanas ou mais, quando a infecção por COVID-19 é menos prevalente.
- Avaliação da morbidade associada ao procedimento cirúrgico e a necessidade potencial de permanência na UTI e suporte ventilatório.

A decisão de adiar ou não a cirurgia deve ser tomada através do Comitê Multidisciplinar de cada hospital e, sempre que possível, utilizando tecnologias virtuais. As decisões devem ser tomadas individualmente para cada doente, a fim de estabelecer critérios de risco de acordo com as circunstâncias locais, a prevalência de COVID-19 e a disponibilidade de alternativas não cirúrgicas em caso de atraso da cirurgia, se possível no ambiente hospitalar.

Os doentes devem ser informados de que a decisão do tratamento se baseia no consenso de uma equipe multidisciplinar, levando em consideração o risco de infecção por coronavírus, os recursos locais da época, as características do tumor e os resultados esperados. atraso no tratamento.

### **4.- A taxa de complicações é maior nos doentes com cancro e no COVID-19?**

Embora a literatura disponível seja escassa nesse cenário, um estudo da China, de onde vem a maior parte da literatura publicada, observou que os doentes com cancro apresentaram maior risco de complicações graves, em termos da necessidade de admissão na unidade de atendimento intensivo para ventilação mecânica e aumento da mortalidade, em comparação com doentes sem cancro, e a deterioração também é mais rápida e mais grave que a última<sup>1</sup>.

### **5.- Como deve ser tratado um doente com cancro NÃO infectado com COVID-19?**

Em doentes sem infecção conhecida pelo COVID-19 e quando a situação logística permitir, a cirurgia pode ser considerada, avaliando, como sempre, a situação epidemiológica. No entanto, as decisões devem ser individualizadas após considerar os objetivos gerais do tratamento, o estágio do tumor e as condições gerais do doente.

Na cirurgia colo-rectal, recomenda-se evitar a anastomose primária em doentes em risco (anastomoses ultra-baixas, diabéticos, radioterapia pré-operatória, doentes frágeis ou idosos), ambos devido ao alto risco de uma complicação adicional da infecção por COVID-19 para o doente e para evitar sintomas sépticos que pode roubar recursos necessários do sistema de saúde <sup>10</sup>.

As evidências limitadas disponíveis no momento não permitem recomendações específicas para cada linha de tumor, mas a bibliografia em anexo pode ser consultada.

#### **6.- Como deve ser tratado um doente com cancro e infecção por COVID-19?**

Nos doentes infectados com COVID-19, o tratamento da infecção deve ser priorizado em relação ao cancro, exceto em situações urgentes (perfuração, obstrução, sangramento). Portanto, o tratamento cirúrgico ou quimioterápico deve ser adiado. Se a cirurgia for necessária, ela deve envolver o procedimento mínimo necessário e com menor possibilidade de complicações pós-operatórias (avaliar anestesia regional, uso de stents, estômatos derivados).

#### **7.- O doente oncológico está em processo de cirurgia com quimioterapia neoadjuvante, apresenta maior risco de complicações?**

O principal tratamento contra o cancro associado à imunossupressão é a quimioterapia, portanto, os doentes que a recebem podem ser considerados uma população vulnerável a complicações graves após a infecção pelo COVID-19. Por esse motivo, os doentes em tratamento quimioterápico devem tomar precauções extremas para evitar o contágio e avaliar a relação risco / benefício de continuar sua administração durante o período de contenção da expansão do vírus.

Em relação ao tratamento adjuvante, há evidências limitadas das conseqüências do atraso ou interrupção do tratamento quimioterápico versus os benefícios da prevenção potencial da infecção por COVID-19. As decisões clínicas devem ser individualizadas, levando em consideração fatores como o risco de recorrência do tumor se a quimioterapia adjuvante for atrasada, modificada ou descontinuada, o número de ciclos de quimioterapia adjuvante já concluídos e a tolerância do doente ao tratamento.

Para doentes com tumores sólidos, a terapia adjuvante com intenção curativa provavelmente deve ser administrada, apesar da ameaça de infecção por COVID-19 durante o tratamento. Para doentes com doença metastática, atrasos no tratamento podem levar a uma piora do estado geral e à perda da janela da oportunidade terapêutica <sup>11</sup>.

#### **8.- Um doente oncológico que está aguardando cirurgia com quimioterapia neoadjuvante, é melhor operar ou administrar outro ciclo de quimioterapia para adiar a cirurgia?**

Embora cada caso deva ser avaliado individualmente, levando em consideração o estado geral do doente, sua situação oncológica e o risco de cirurgia (ambos devido à possibilidade de complicações pós-operatórias e à situação em cada hospital), seria aconselhável durante o período de contenção da expansão do vírus fornecer um ciclo adicional de quimioterapia antes

da cirurgia, para que possa ser adiado sem perder a janela terapêutica e esperar que a infecção por COVID-19 seja menos prevalente.

Ensaio clínico em cancro de cólon, nos quais foi avaliada a administração de quimioterapia neoadjuvante (FOxTROT)<sup>12</sup>, ou em cancro rectal, em que foi estudado o uso da quimioterapia de consolidação pré-cirúrgica<sup>13-15</sup>, pode apoiar esses tipos de decisão. Também nos casos de câncer esofagogástrico, a Associação de Cirurgia Gastrointestinal Superior da Grã-Bretanha e Irlanda (AUGIS) recomenda que, nos casos em que se espera uma recuperação prolongada, a quimiorradioterapia seja considerada como tratamento neoadjuvante ou mesmo definitivo nesses tumores<sup>16</sup>.

No entanto, existem recomendações conflitantes de diferentes sociedades médicas sobre o não início de tratamentos quimioterápicos potencialmente imunossupressores em doentes nos quais o atraso de duas a três semanas não representa um certo risco para o doente<sup>17</sup>.

### **9. Como lidar com as peças de ressecção?**

As peças cirúrgicas são consideradas amostras infecciosas, devendo ser manuseadas como tal e entregues ao departamento designado de acordo com o protocolo estabelecido por cada Hospital.

### **10. Como o doente com cancro deve ser monitorado?**

Durante o período de maior transmissão, o número de visitas médicas no local deve ser minimizado. Pode ser razoável adiar temporariamente as consultas de acompanhamento temporariamente ou mesmo após o término da epidemia, ou marcar essas consultas por telefone ou telemática sempre que possível. Os testes endoscópicos ou radiológicos para monitorar o doente com câncer sem tratamento ativo podem estar atrasados neste momento.

Se você precisar entrar em contato com o médico pessoalmente para um problema específico ou agravamento dos sintomas, tente fazer a revisão em consultas ambulatoriais para evitar ir ao hospital.

Em doentes com obstrução pré-operatória, sangramento, perfuração ou estadiamento tardio, o exame endoscópico pode ser concluído dentro de 6 meses após a cirurgia, com acompanhamento subsequente após o controle da pandemia.

### **11.- Que apoio psicológico podemos dar a esses doentes?**

Doentes com patologia oncológica experimentam incerteza sobre a evolução de sua doença e medo de contágio pela infecção por COVID-19 nessa situação de emergência de saúde. A equipe médica deve reconhecer a pressão psicológica dos doentes e de suas famílias e responder suas perguntas com as melhores evidências disponíveis em todos os momentos. Se necessário, serão recomendados cuidados psicológicos ou psiquiátricos específicos.

Não se deve esquecer que os profissionais de saúde também apresentam sintomas de depressão, insônia e ansiedade nessa situação, que deve ser tratada adequadamente.

Este documento foi preparado com a bibliografia citada abaixo e recomendações publicadas por sociedades científicas (American College of Surgeons, American Society Clinical Oncology, Sociedade Espanhola de Oncologia Médica, Associação Espanhola de Coloproctologia).

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, Li C, Ai Q, Lu W, Liang H, Li S, He J. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol.* 2020;21:335-7.
2. Xia Y, Jin R, Zhao J, Li W, Shen H. Risk of COVID-19 for cancer patients. *Lancet Oncol.* 2020 Mar 3. pii: S1470-2045(20)30150-9.
3. Wang H, Zhang L. Risk of COVID-19 for patients with cancer. *Lancet Oncol.* 2020 Mar 3. pii: S1470-2045(20)30149-2.
4. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cancer-in-general/coronavirus-and-cancer>
5. American College of Surgeons. COVID-19: Recommendations for Management of Elective Surgical Procedures 2020. <https://www.facs.org/about-acsc/covid-19/information-for-surgeons> (accessed March 27, 2020).
6. <https://www.ecco-org.eu/Global/News/Latest-News/2020/03/NEWS-Statement-on-COVID-19-from-the-European-Cancer-Organisation-Board-of-Directors>
7. [www.serau.org](http://www.serau.org) Indicaciones de pruebas de imagen urgentes en COVID-19
8. [www.seram.es](http://www.seram.es) Guía básica de indicaciones de pruebas de imagen en la infección COVID-19 (V1. 21/3/2020)
9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30753-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30753-4)
10. <https://aecp-es.org/index.php/recomendaciones>
11. Ueda M, Martins R, Hendrie PC, McDonnell T, Crews JR, Wong TL, McCreery B, Jagels B, Crane A, Byrd DR, Pergam SA, Davidson NE, Liu C, Stewart FM. Managing Cancer Care During the COVID-19 Pandemic: Agility and Collaboration Toward a Common Goal. *J Natl Compr Canc Netw.* 2020 Mar 20:1-4. doi: 10.6004/jnccn.2020.7560
12. Matthew T. Seymour, Dion Morton, and on behalf of the International FOxTROT Trial Investigators. FOxTROT: an international randomised controlled trial in 1052 patients (pts) evaluating neoadjuvant chemotherapy (NAC) for colon cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2019 37:15\_suppl, 3504-3504
13. Marco MR, Zhou L, Patil S, Marcet JE, Varma MG, Oommen S, Cataldo PA, Hunt SR, Kumar A, Herzig DO, Fichera A, Polite BN, Hyman NH, Ternent CA, Stamos MJ, Pigazzi A, Dietz D, Yakunina Y, Pelossof R, Garcia-Aguilar J. Timing of Rectal Cancer Response to Chemoradiation Consortium.Consolidation mFOLFOX6 Chemotherapy After

Chemoradiotherapy Improves Survival in Patients With Locally Advanced Rectal Cancer: Final Results of a Multicenter Phase II Trial.

14. Nasrolahi H, Mirzaei S, Mohammadianpanah M, Bananzadeh AM, Mokhtari M, Sasani MR, Mosalaei A, Omidvari S, Ansari M, Ahmadloo N, Hamed SH, Khanjani N. Efficacy and Feasibility of Adding Induction Chemotherapy to Neoadjuvant Chemoradiation in Locally Advanced Rectal Cancer: A Phase II Clinical Trial. *Ann Coloproctol*. 2019 Oct;35(5):242-248. doi: 10.3393/ac.2018.09.06
15. Nilsson PJ, van Etten B, Hospers GA, Pålman L, van de Velde CJ, Beets-Tan RG, Blomqvist L, Beukema JC, Kapiteijn E, Marijnen CA, Nagtegaal ID, Wiggers T, Glimelius B. Short-course radiotherapy followed by neo-adjuvant chemotherapy in locally advanced rectal cancer--the RAPIDO trial. *BMC Cancer*. 2013 Jun 7;13:279. doi: 10.1186/1471-2407-13-279
16. <https://www.augis.org/wp-content/uploads/2020/03/Surgical-Priority-in-Oesophageal-and-Gastric-Cancer.pdf>
17. [https://seom.org/images/Recomendaciones\\_SEOM\\_COVID19\\_1903.pdf](https://seom.org/images/Recomendaciones_SEOM_COVID19_1903.pdf)

#### **Artículos específicos**

- Lung Cancer Study Group, Chinese Thoracic Society, Chinese Medical Association; Chinese Respiratory Oncology Collaboration. [Expert recommendations on the management of patients with advanced non-small cell lung cancer during epidemic of COVID-19 (Trial version)]. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi*. 2020 Mar 3;43(0):E031. Chinese.
- Zhao Z, Bai H, Duan JC, Wang J. [Individualized treatment recommendations for lung cancer patients at different stages of treatment during the outbreak of 2019 novel coronavirus disease epidemic]. *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi*. 2020 Mar 3;42(0):E007. Chinese.
- Yang L, Xu HY, Wang Y. [Diagnostic and therapeutic strategies of lung cancer patients during the outbreak of 2019 novel coronavirus disease (COVID-19)]. *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi*. 2020 Mar 2;42(0):E006. Chinese.
- Xu Y, Liu H, Hu K, Wang M. [Clinical Management of Lung Cancer Patients during the Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Disease (COVID-19)]. *Zhongguo Fei Ai Za Zhi*. 2020 Feb 20;23. Chinese.
- Li X, Liu M, Zhao Q, Liu R, Zhang H, Dong M, Xu S, Zhao H, Wei S, Song Z, Chen G, Chen J. [Preliminary Recommendations for Lung Surgery during 2019 Novel Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic Period]. *Zhongguo Fei Ai Za Zhi*. 2020 Feb 20;23. Chinese.



- Zhang Y, Xu JM. [Medical diagnosis and treatment strategies for malignant tumors of the digestive system during the outbreak of novel coronavirus pneumonia]. Zhonghua Zhong Liu Za Zhi. 2020 Feb 29;42(0):E005. Chinese.
- Wu F, Song Y, Zeng HY, Ye F, Rong WQ, Wang LM, Wu JX. [Discussion on diagnosis and treatment of hepatobiliary malignancies during the outbreak of novel coronavirus pneumonia]. Zhonghua Zhong Liu Za Zhi. 2020 Feb 28;42(0):E004. Chinese.
- Li Y, Qin JJ, Wang Z, Yu Y, Wen YY, Chen XK, Liu WX, Li Y. [Surgical treatment for esophageal cancer during the outbreak of COVID-19]. Zhonghua Zhong Liu Za Zhi. 2020 Feb 27;42(0):E003. Chinese.
- Liu BL, Ma F, Wang JN, Fan Y, Mo HN, Xu BH. [Health management of breast cancer patients outside the hospital during the outbreak of 2019 novel coronavirus disease]. Zhonghua Zhong Liu Za Zhi. 2020 Feb 26;42(0):E002. Chinese.
- Yu GY, Lou Z, Zhang W. [Several suggestion of operation for colorectal cancer under the outbreak of Corona Virus Disease 19 in China]. Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi. 2020 Feb 19;23(3):9-11. Chinese.
- Luo Y, Zhong M. Standardized diagnosis and treatment of colorectal cancer during the outbreak of corona virus disease 2019 in Renji hospital]. Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi. 2020 Mar 25;23(3):211-216. doi: 10.3760/cma.j.cn.441530-20200217-00057.
- Hu XH, Niu WB, Zhang JF, Li BK, Yu B, Zhang ZY, Zhou CX, Zhang XN, Gao Y, Wang GY. [Treatment strategies for colorectal cancer patients in tumor hospitals under the background of corona virus disease 2019]. Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi. 2020 Mar 25;23(3):201-208. doi: 10.3760/cma.j.cn.441530-20200217-00058. Chinese.

**Asociación Española de Cirujanos**