



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

www.aecirujanos.es

¿QUÉ DEBEMOS SABER LOS CIRUJANOS EN LOS CASOS DE PATOLOGÍA ONCOLÓGICA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 (SARS COV-2)?

**RECOMENDACIONES DEL GRUPO "Cirugía-AEC-COVID19"
DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE CIRUJANOS (AEC)**

- *En respuesta a la rápida evolución a la que se enfrentan los hospitales en relación con la pandemia por COVID-19, y a las dudas que surgen sobre la actuación en pacientes oncológicos que necesitan cirugía, la Asociación Española de Cirujanos (AEC) quiere dar respuesta a las preguntas que se plantean en esta situación.*
- *Dado el entorno cambiante de la pandemia en España, estas propuestas están sujetas a las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Comunidades Autónomas y a la evidencia disponible.*

Análisis de situación y toma de decisiones

En la situación en la que nos encontramos de pandemia por COVID-19, los enfermos oncológicos tienen más riesgo que otros tipos de pacientes quirúrgicos de contraer la infección, tanto por su patología de base como por la inmunosupresión asociada a los tratamientos que reciben (quimioterapia y cirugía)¹⁻⁴.

El objetivo actual en estos pacientes es minimizar el riesgo de que contraigan la infección y evitar las posibles complicaciones asociadas a una cirugía, así como hacer un uso adecuado de los recursos disponibles y proteger al personal sanitario implicado en su tratamiento.

Para la toma de decisiones se ha elaborado una escala (pendiente de validación) con cinco fases en la evolución de la pandemia por COVID 19, basada en la literatura⁵ y en la experiencia acumulada en nuestro entorno y tras analizar la situación a nivel internacional. Esta escala es dinámica, pudiendo seguir un sentido ascendente durante la expansión de la infección por SARS-CoV-2, y descendente en el momento en que los hospitales vayan recuperando la normalidad.

<ul style="list-style-type: none"> • Fase I. Escenario casi-normal <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ingresos</i> - pacientes ingresados COVID-19 <5% sin existir la necesidad de urgencias definidas - <i>Recursos</i> - no impacto en los recursos del hospital - <i>Acción quirúrgica</i>: no impacto en la actividad normal • Fase II. Escenario de alerta leve <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ingresos</i> - pacientes ingresados COVID-19 con ocupación del 5-25% de las camas del hospital y de las camas de UCI - <i>Recursos</i> - no impacto en los recursos del hospital pero que conlleva tener el hospital alerta ante la pandemia y puertas de urgencias definidas para pacientes respiratorios y resto de pacientes - <i>Acción quirúrgica</i>: actividad restringida a: <ul style="list-style-type: none"> ○ Oncológicos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorar acciones con los pacientes oncológicos similares a la fase III en caso de previsión de curva ascendente ○ Urgencias • Fase III. Escenario de alerta media <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ingresos</i> - pacientes ingresados COVID-19 con ocupación del 25-50% de las camas del hospital y de las camas de UCI - <i>Recursos</i> - impacto en los recursos del hospital con el hospital alerta ante la pandemia y puertas de urgencias definidas para pacientes respiratorios y resto de pacientes, y UCIs y plantas reservadas para pacientes COVID 19 - <i>Acción quirúrgica</i>: actividad restringida a: <ul style="list-style-type: none"> ○ Oncológicos que no puedan ser retrasados porque su supervivencia se compromete dentro de los 3 próximos meses ○ Oncológicos que no puedan someterse a tratamiento neoadyuvante para retrasar los procesos quirúrgicos ○ Oncológicos que no conlleven estancias largas en UCI ○ Urgencias • Fase IV. Escenario de alerta alta <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ingresos</i> - pacientes ingresados COVID-19 con ocupación del 50-75% de las camas del hospital y de las camas de UCI - <i>Recursos</i> - impacto clave en los recursos del hospital, profesionales y camas de UCI - <i>Acción quirúrgica</i>: actividad restringida a: <ul style="list-style-type: none"> ○ Urgencias • Fase V. Escenario de emergencia <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ingresos</i> - pacientes ingresados COVID-19 con ocupación de más 75% de las camas del hospital y de las camas de UCI - <i>Recursos</i> - impacto clave en los recursos del hospital, profesionales y camas de UCI. Capacidad de UCI y soporte ventilatorio limitado o recursos de quirófano limitados o la trayectoria de COVID dentro del hospital en una fase que aumenta rápidamente. - <i>Acción quirúrgica</i>: actividad restringida a: <ul style="list-style-type: none"> ○ Urgencias en pacientes que podrían no sobrevivir si la cirugía no se realiza en pocas horas, realizando un triaje preoperatorio basado en el comité de ética

A continuación, se exponen una serie de cuestiones relacionadas con el tratamiento de los pacientes oncológicos en la situación actual de pandemia por COVID-19.

1.- ¿Es necesario realizar un cribado preoperatorio de todos los pacientes oncológicos que van a ser sometidos a cirugía?

La European CanCer Organisation (ECCO) ha indicado que en pacientes con cáncer que están recibiendo tratamiento activo (quimioterapia, radiación o cirugía) es de suma importancia que los sistemas de salud garanticen un examen rápido para la detección de enfermedad COVID-19⁶.

La recomendación actual en zonas de alta incidencia de COVID 19 es la detección de la infección en todos los pacientes oncológicos antes de una intervención quirúrgica con el objetivo de reducir el riesgo que supondría una cirugía en un paciente infectado (Fase II-V).

El screening preoperatorio de infección por SARS-CoV-2 incluye la historia epidemiológica (contactos con casos en los últimos 14 días); la detección de síntomas característicos tales como la fiebre, síntomas respiratorios y otros síntomas característicos de esta infección como la anosmia o la ageusia; y la prueba de detección de SARS-CoV-2 mediante PCR en muestra nasofaríngea. En caso de discrepancia clínica-analítica o en pacientes con PCR indeterminada el TAC de tórax urgente puede ser de utilidad en el diagnóstico de COVID 19 por su elevada sensibilidad^{7,8}.

No obstante, el test de detección mediante PCR está sujeto a la disponibilidad en cada centro, dentro del orden de prioridades en que se encuentre el hospital en esos momentos y debiendo hacer un uso racional de los recursos disponibles. En caso de no poderse realizar por falta de recursos o priorización de los mismos, se ha planteado el screening mediante la realización de un TAC de tórax preoperatorio y, en su defecto, de una ecografía o de una radiografía de tórax.

Las publicaciones por ahora no describen cuál es la mejor actitud en cuanto al tipo de screening y los resultados obtenidos en los enfermos que precisan cirugía oncológica en las zonas donde la incidencia de infección por SARS-CoV-2 es todavía baja (Fase I).

2.- ¿Tienen los pacientes con cáncer más probabilidad de desarrollar COVID-19?

Los pacientes con cáncer son más susceptibles a la infección que las personas sin cáncer debido tanto al proceso maligno en sí como al estado de inmunosupresión causado por los tratamientos recibidos, como la quimioterapia o la cirugía. Por lo tanto, estos pacientes pueden tener un mayor riesgo de COVID-19 y tener un peor pronóstico¹⁻⁴.

Por ello, en el momento actual, los pacientes con cáncer y sus familias deberían conocer y aplicar las medidas de protección de contacto y extremar las precauciones para evitar contraer la infección.

3.- ¿Cómo podemos decidir si posponer o no la cirugía en un proceso oncológico en presencia de la pandemia por COVID-19?

En las circunstancias actuales, las decisiones sobre si proceder con cirugía electiva de un proceso oncológico deben basarse en:

- Incidencia de infección por SARS-CoV-2: fase en la que nos encontramos y curva de crecimiento rápido⁹.

- Disponibilidad de recursos hospitalarios locales: camas de hospitalización disponibles para pacientes oncológicos en módulos separados de los pacientes con COVID-19, camas de UCI y disponibilidad de soporte ventilatorio y equipos de protección individual.
- Valoración del beneficio de la cirugía en cuanto a reducir la progresión de la enfermedad y el desarrollo de complicaciones graves urgentes frente al riesgo de infección por SARS-CoV-2 y sus consecuencias graves (ingreso hospitalario, complicaciones posoperatorias, mortalidad).
- Valoración individual según características del tumor del riesgo de retrasar el procedimiento 6-8 semanas o más, cuando la infección por COVID-19 sea menos prevalente.
- Valoración de la morbilidad asociada al procedimiento quirúrgico y la potencial necesidad de estancia en UCI y soporte ventilatorio.

La decisión sobre si posponer o no la cirugía debe hacerse por medio del Comité Multidisciplinar de cada hospital y siempre que sea posible utilizando tecnologías virtuales. Las decisiones deben tomarse de forma individualizada para cada paciente con el fin de establecer criterios de riesgo según las circunstancias locales, la prevalencia de COVID-19 y la disponibilidad de alternativas no quirúrgicas en caso de retrasar la cirugía si es posible en el contexto hospitalario.

Se debe informar a los pacientes que la decisión sobre el tratamiento se basa en el consenso de un equipo multidisciplinar, teniendo en cuenta el riesgo de infección por coronavirus, los recursos locales en ese momento, así como las características del tumor y los resultados esperados del retraso del tratamiento.

4.- ¿Es mayor el índice de complicaciones en pacientes con cáncer y COVID-19?

Aunque la literatura disponible es escasa en este escenario, un estudio de China, de donde procede la mayoría de la literatura publicada, observó que los pacientes con cáncer tenían un mayor riesgo de complicaciones graves, en cuanto a necesidad de ingreso en la unidad de cuidados intensivos para ventilación mecánica y un aumento en la mortalidad, en comparación con los pacientes sin cáncer, siendo además el deterioro más rápido y grave que éstos últimos¹.

5.- ¿Cómo debe tratarse un paciente con cáncer NO infectado por COVID-19?

En pacientes sin infección conocida por COVID-19 y cuando la situación logística lo permita, podría plantearse la cirugía debiendo valorar, como siempre la situación epidemiológica. No obstante, las decisiones deben individualizarse después de considerar los objetivos generales del tratamiento, el estadio tumoral, así como el estado general del paciente.

En cirugía colorrectal se recomienda evitar la anastomosis primaria en pacientes de riesgo (anastomosis ultrabajas, diabéticos, radioterapia preoperatoria, pacientes frágiles o añosos) tanto por el alto riesgo de complicación sobreañadida de infección

por COVID-19 para el paciente como para evitar cuadros sépticos que puedan sustraer recursos necesarios en el sistema de salud ¹⁰.

La escasa evidencia disponible en el momento actual no permite hacer recomendaciones específicas para cada estirpe tumoral, pero puede consultarse la bibliografía anexa.

6.- ¿Cómo debe tratarse un paciente con cáncer e infección por COVID-19?

En pacientes infectados por COVID-19, debería priorizarse el tratamiento de la **infección** sobre el oncológico, a excepción de situaciones urgentes (perforación, obstrucción, sangrado). Se debería, por tanto, posponer el tratamiento quirúrgico o quimioterápico. En caso de necesitar cirugía, ésta debe conllevar el procedimiento mínimo necesario y con menor posibilidad de complicaciones postoperatorias (valorar anestesia regional, uso de stent, estomas derivativos).

7.- Un paciente oncológico pendiente de cirugía con quimioterapia neoadyuvante, ¿tiene más riesgo de complicaciones?

El principal tratamiento oncológico asociado a inmunosupresión es la quimioterapia, por lo que los pacientes que la reciben, pueden considerarse una población vulnerable a complicaciones graves tras la infección por COVID-19. Por ello, los pacientes sometidos a tratamiento quimioterápico, deberán extremar las precauciones para evitar el contagio y valorar la relación riesgo/beneficio de continuar su administración durante el periodo de contención de expansión del virus.

En cuanto al tratamiento adyuvante, existe evidencia limitada de cuáles pueden ser las consecuencias de retrasar o interrumpir el tratamiento quimioterápico frente a los beneficios de la potencial prevención de la infección por COVID-19. Las decisiones clínicas deben individualizarse teniendo en cuenta factores como el riesgo de recurrencia del tumor si la quimioterapia adyuvante se retrasa, modifica o interrumpe, el número de ciclos de quimioterapia adyuvante ya completados y la tolerancia del paciente al tratamiento.

Para los pacientes con tumores sólidos, probablemente se debería administrar la terapia adyuvante con intención curativa, a pesar de la amenaza de infección por COVID-19 durante el tratamiento. Para los pacientes con enfermedad metastásica, los retrasos en el tratamiento pueden llevar a un empeoramiento del estado general y a la pérdida de la ventana de oportunidad terapéutica ¹¹.

8.- Un paciente oncológico pendiente de cirugía con quimioterapia neoadyuvante, ¿es mejor operarlo o administrar otro ciclo de quimioterapia para posponer la cirugía?

Aunque cada caso debe valorarse de forma individualizada, teniendo en cuenta el estado general del paciente, su situación oncológica y el riesgo de la cirugía (tanto por

la posibilidad de aparición de complicaciones postoperatorias como por la situación de cada hospital), sería recomendable durante el periodo de contención de expansión del virus administrar un ciclo de quimioterapia adicional antes de la cirugía para poder retrasarla sin perder la ventana terapéutica y esperar que la infección por COVID-19 sea menos prevalente.

Ensayos clínicos en cáncer de colon en los que se valoró la administración de quimioterapia neoadyuvante (FOxTROT)¹² o en cáncer de recto en los que se estudió el uso de quimioterapia de consolidación prequirúrgica¹³⁻¹⁵ pueden avalar este tipo de decisiones. También en casos de cáncer esófagogástrico, la Association of Upper Gastrointestinal Surgery of Great Britain and Ireland (AUGIS) recomienda que en aquellos casos donde se espera una recuperación prolongada, se debe considerar quimioradioterapia como tratamiento neoadyuvante o incluso definitivo en estos tumores¹⁶.

No obstante, existen recomendaciones contradictorias de diferentes sociedades médicas en cuanto a no iniciar tratamientos de quimioterapia potencialmente inmunosupresora en pacientes en los que la demora de 2-3 semanas no suponga un riesgo cierto para el paciente¹⁷.

9. ¿Cómo manejar las piezas de resección?

Las piezas quirúrgicas se consideran muestras infecciosas, por lo que deben manejarse como tal y se entregarán al departamento asignado según el protocolo establecido por cada Hospital.

10. ¿Cómo debe hacerse el seguimiento del paciente oncológico?

Durante el período de mayor transmisión, se deben minimizar el número de visitas médicas presenciales. Puede ser razonable posponer las visitas de seguimiento de rutina temporalmente o incluso hasta después de que termine la epidemia, o realizar esas citas de forma telefónica o telemática siempre que sea posible. Pueden retrasarse las pruebas endoscópicas o radiológicas del seguimiento del paciente oncológico sin tratamiento activo en este momento.

Si se necesita contactar con el médico de forma presencial por un problema específico o por empeoramiento de los síntomas, se debe intentar que la revisión sea en consultas externas ambulatorias para evitar que acuda al hospital.

En pacientes con obstrucción preoperatoria, sangrado, perforación o estadificación tardía, el examen endoscópico podría completarse dentro de los 6 meses posteriores a la cirugía, llevando a cabo el seguimiento posterior una vez controlada la pandemia.

11.- ¿Qué apoyo psicológico podemos dar a estos pacientes?

Los pacientes con patología oncológica experimentan en esta situación de emergencia sanitaria incertidumbre ante la evolución de su enfermedad y miedo al contagio de la infección por COVID-19. El personal médico debe reconocer la presión psicológica de los pacientes y de sus familias y responder a sus preguntas con la mejor evidencia disponible en cada momento. En caso necesario, se recomendará atención psicológica o psiquiátrica específica.

No hay que olvidar que los profesionales sanitarios experimentan también en esta situación síntomas de depresión, insomnio y ansiedad que deben ser atendidos adecuadamente.

Este documento se ha elaborado con la bibliografía que se cita a continuación y recomendaciones publicadas por sociedades científicas (American College of Surgeons, American Society Clinical Oncology, Sociedad Española de Oncología Médica, Asociación Española de Coloproctología).

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-acscovid-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 Indicaciones de pruebas de imagen urgentes en COVID-19
8. 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, Pelosof 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, Pahlman 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

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.