



Recomendaciones de la Sociedad de Cirujanos de Chile, para la organización de Servicios de Cirugía, en zonas de alta y baja afectación por COVID-19

- + Estas recomendaciones están sujetas a revisión, según la situación global del hospital, necesidades diarias y a las indicaciones de la autoridad sanitaria.
- + Cada servicio las implementará de acuerdo a su realidad epidemiológica local.
- + Considerar en forma individualizada cada una de estas recomendaciones, teniendo en consideración la disponibilidad actual y futura de camas críticas, recursos humanos calificados y disponibilidad de centros de referencia.

Objetivo general

Proteger a los pacientes con patología quirúrgica oncológica y no oncológica, y al personal de la salud, de los riesgos de infección por SARS COV-2, y asegurar la continuidad de las prestaciones médicas asistenciales.

Generalidades

- Se deberán realizar turnos que aseguren la atención de pacientes hospitalizados y de las urgencias que acudan a policlínico de especialidades, de tal modo evitar la sobrecarga de las unidades de emergencia. Para esto, se recomienda dividir el servicio en grupos que no coincidan entre sí y establecer sistema de trabajo en periodos de 7 días, evitando así la propagación y/o cuarentena entre los médicos.
- Todos los médicos deben estar ubicables y disponibles para colaborar con la atención de salud o si fuera necesario cubrir las ausencias inesperadas por enfermedad o cuarentena.

Atención ambulatoria

- Revisión de los casos citados a través de consulta telefónica, por un (a) cirujano (a) responsable, quien determinará cuáles de ellas son impostergables. En aquellas que la postergación del control no ponga en peligro la vida del paciente o determinar aparición de secuelas, se podrán recalendarizar.
- Los pacientes post operados recientes y neoplásicos confirmados, serán atendidos con las precauciones establecidas por los distintos establecimientos.

Para evitar los desplazamientos de la población y su exposición al riesgo de contagio, se recomienda al paciente asistir solo. En caso de imposibilidad asistir solo con un acompañante.

Cirugía programada

- Se recomienda la suspensión de toda actividad quirúrgica programada que no implique un riesgo de daño, secuela temporal o deterioro permanente en la salud.
- Recomendar suspender cirugías de patologías quirúrgicas benignas no agudas, sean estas menores, mayores ambulatorias o que requieran hospitalización.
- Cambiar los procedimientos diagnósticos urgentes que requieren hospitalización a entornos ambulatorios, si es posible.
- La priorización en la resolución quirúrgica de pacientes oncológicos requiere considerar múltiples factores. **Por tal razón, los pacientes con cáncer serán analizados caso a caso por los equipos locales.** En las consideraciones a tomar en cuenta se debe incluir: comorbilidades, eventual necesidad de camas críticas, disponibilidad de pabellones, disponibilidad de equipo médico cualificado, riesgo quirúrgico asociado y pronóstico de la enfermedad según su estadio oncológico.
- Las recomendaciones internacionales categorizan la mayor parte de la cirugía oncológica como electiva, Sin embargo, la necesidad actual de priorizarlas tiene como objetivo evitar un colapso del sistema sanitario.
- No hay referencias específicas en relación al riesgo de contagio con coronavirus en el postoperatorio, de pacientes oncológicos, pero la experiencia internacional indica una elevada tasa de complicaciones, con alta letalidad en pacientes que desarrollan SARS Cov-2 grave.

Priorización de Cirugías

Para la priorización de pacientes, se sugiere utilizar la clasificación propuesta por el Colegio Americano de Cirugía (American College of Surgeons) “Elective Surgery Acuity Scale (ESAS)”, para la cual:

+Pacientes con cáncer de bajo riesgo, que no se encuentren en riesgo vital, se recomienda posponer cirugía (evaluación de riesgo por equipo multidisciplinario).

+Para la mayoría de los cáncer o pacientes altamente sintomáticos la recomendación es no posponer.

Las consideraciones generales para la evaluación particular de cada caso, deberán considerar al menos:

- Capacidad de operación de los centros asistenciales y la necesidad médica de cada paciente, al momento de evaluar cada caso.
- La capacidad operativa de cada centro, debe ser definida por las autoridades administrativas locales y nacionales, teniendo en cuenta el estado de la red asistencial y el contexto local (capacidad hospitalaria).

El riesgo de contagio con SARS COV-2 debe ser considerado como uno más de los riesgos para los pacientes que requieren cirugía.

Escala de riesgo de cirugía electiva (ESAS - Elective Surgery Acuity Scale)

Niveles	Definición	Establecimiento	Ejemplos	Acción
1a	Cirugía de bajo riesgo Paciente con buen Performance status Cirugía ambulatoria Enfermedad que no amenaza la vida	Centro atención ambulatoria Hospital con CMA Hospital sin casos COVID-19	Tunel carpiano Endoscopia Colonoscopia	Postergar procedimiento o realizar cirugía ambulatoria
1b	Cirugía de bajo riesgo Paciente regular o mal performance status	Centro atención ambulatoria Hospital con CMA Hospital sin casos COVID-19		Postergar procedimiento o realizar cirugía ambulatoria
2a	Cirugía de mediano riesgo Paciente con buen performance status	Centro atención ambulatoria Hospital con CMA Hospital sin casos COVID-19	Cáncer de bajo riesgo HNP Cólico ureteral	Postergar cirugía si es posible o considerar cirugía ambulatoria
2b	Cirugía de mediano riesgo Paciente regular o mal performance status	Centro atención ambulatoria Hospital con CMA Hospital sin casos COVID-19		Postergar cirugía si es posible o considerar cirugía ambulatoria
3a	Cirugía de alto riesgo Paciente con buen performance estatus	Hospital	La mayoría de los cáncer Paciente altamente sintomático	No postergar cirugía
3b	Cirugía de alto riesgo Paciente regular o mal performance estatus	Hospital		No postergar cirugía

Propuestas de manejo de algunos tipos de cáncer considerados en GES

Problema Nº 8: Cáncer de mama en personas de 15 años o más.

No se deben postergar ante las siguientes situaciones:

+Cáncer de comportamiento biológico más agresivo (Triple negativo o Her2 positivo), que hayan terminado neo-adyuvancia o cuando se indicó cirugía como tratamiento inicial.

+Cáncer inflamatorio

+Pacientes jóvenes (menores de 40 años)

+Cáncer estadio clínico II y III que no van a neo-adyuvancia

+Todos los demás pacientes con cáncer de mama, el manejo quirúrgico debe ser discutido en comité multidisciplinario

Problema Nº 27: Cáncer Gástrico

No se deben postergar ante las siguientes situaciones:

+Pacientes con tumores complicados o con alto riesgo de complicación , obstrucción o sangrado (sin posibilidad o fracaso a manejo médico o endoscópico)

+Pacientes que hayan completado la neoadyuvancia

+Pacientes con tumores indiferenciados no candidatos a neoadyuvancia

+Discutir caso a caso la posibilidad de postergación de la cirugía.

Problema Nº 70: Cáncer colorectal en personas de 15 años o más

No se deben postergar ante las siguientes situaciones:

+Cáncer de colon complicado: obstructivo, perforado o con hemorragia masiva

+Cáncer de recto que haya completa neoadyuvancia

+Cáncer colorrectal altamente sintomático

+Pacientes jóvenes con tumores avanzados, con alta probabilidad de curación.

+Pacientes con metástasis hepáticas resecables y que hayan completado su terapia neoadyuvante.

*Discusión caso a caso en comité

Cáncer de pulmón en pacientes mayores de 15 años

+Todo paciente con cáncer pulmón no debe ser postergado.

+Seguir recomendaciones GES

Cáncer de Tiroides diferenciado y medular en personas de 15 años y más

+Cáncer medular de tiroides no debe ser postergado.

+Para todos el resto de cáncer de Tiroides considerar cirugía prioritaria ante riesgo de complicación.

+Discusión caso a caso en comité.

Aquellas patologías no consideradas en GES, deben ser evaluadas caso a caso por comité oncológico respectivo, teniendo en consideración las recomendaciones establecidas para las cirugías programadas, señaladas anteriormente.