

Recomendaciones de actuación patología colorrectal de la AACP ante COVID-19

Documento 1 V1 marzo 2020

Autores: Juan J. Segura-Sampedro, María Luisa Reyes, Álvaro García-Granero, Fernando de la Portilla

INDICE

- **Generalidades**
- **Píldoras sobre la cirugía laparoscópica colorrectal**
- **Manejo del neumoperitoneo durante la cirugía laparoscópica**
- **Indicaciones de colostomía**
- **Cribado preoperatorio y principios del tratamiento**
- **Espécimen y eliminación residuos**

Este texto se basa en la **última literatura producida principalmente en China** a raíz de la pandemia de SARS-Cov-2. Se trata de un **documento dinámico que será actualizando** conforme exista mayor evidencia disponible.

La investigación actual ha demostrado que la neumonía por COVID19 se puede transmitir a través de infecciones asintomáticas, y se ha confirmado que se transmite a través de microgotas y contacto. Al mismo tiempo, el virus se ha aislado en las heces y la sangre de los pacientes, y no se ha excluido la transmisión fecal-oral o en aerosol.



El virus se ha aislado en las heces y sangre de los pacientes

Se ha informado de una tasa de infección nosocomial de más del 43%. Por lo tanto, la prevención y el control de las infecciones nosocomiales en los casos quirúrgicos es una tarea importante.

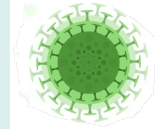
Durante la cirugía colorrectal se generan gran cantidad de aerosoles y se trata de una cirugía en que es necesaria la apertura de la pared intestinal y exposición de su contenido al aire ambiente. Por lo tanto, realizar una cirugía de manera segura y efectiva para pacientes con cáncer colorrectal durante el período epidémico es de capital importancia.



La cirugía colorrectal no sólo existe la posibilidad de general aerosoles sino también la apertura del intestino y exposición al aire ambiente es muy frecuente

Existen ciertas recomendaciones referidas a la cirugía laparoscópica colorrectal que por tanto debieran tenerse en cuenta.

Cirugía laparoscópica oncológica colorrectal



La cirugía abierta y la cirugía laparoscópica para la cirugía radical por cáncer colorrectal no han demostrado ser diferentes en términos de seguridad quirúrgica y efectividad oncológica.

En comparación con la laparotomía, la cirugía laparoscópica tiene ciertas ventajas como pueden ser el menor contacto entre el cirujano y los órganos del paciente, así como la consabida recuperación precoz del paciente con menor dolor postoperatorio.

Las características de la cirugía mínimamente invasivas pueden reducir efectivamente el tiempo de ingreso de pacientes y sus familias en el hospital, lo que a su vez puede reducir la posibilidad de infección nosocomial.

En la situación actual existe riesgo de que pacientes o portadores asintomáticos provoquen una exposición ocupacional e infección cruzada al personal médico durante la cirugía.

Debido a que la apertura del colon puede exponer el contenido intestinal y generar aerosoles, las características relativamente cerradas de la cirugía laparoscópica pueden reducir el contacto del operador con el contenido de la cavidad abdominal y, básicamente, eliminar el aerosol generado por el equipo eléctrico y dispersarse en el aire. Basado en lo anterior parecería razonable intentar realizar la anastomosis íntegramente por vía laparoscópica. Esta afirmación es fruto de una reflexión y no de la evidencia científica.



Para evitar exponer el contenido intestinal al exterior y por tanto entrar en contacto con un posible aerosol fecal, parecería razonable intentar realizar la anastomosis íntegramente por vía laparoscópica.

Es importante reseñar que hablamos de equipos con experiencia laparoscópica. En casos complejos en que la cirugía laparoscópica pudiera prolongarse en exceso, no se ha de olvidar que el tiempo de intubación puede incrementar las posibilidades de infección nosocomial tanto del paciente como del anestesista. Será de vital importancia individualizar riesgos y beneficios en cada caso.

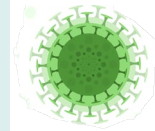
Medidas de manejo para el neumoperitoneo durante la cirugía laparoscópica

El humo generado durante la cirugía laparoscópica puede contener componentes químicos nocivos y patógenos transmitidos por vía sanguínea. El aerosol producido por el dispositivo de energía laparoscópica se mezclará con la sangre que emana durante el corte y la separación del tejido, y los contenidos intestinales expuestos durante la apertura intestinal y la anastomosis. Será de vital importancia el control de la salida de CO₂ del abdomen mediante dispositivos, pues al ser expulsado a alta presión puede generar aún más dispersión que en la cirugía abierta.



El SARS-Cov-2 puede salir con la circulación de CO₂ en la cavidad abdominal en aerosol, lo que aumenta la probabilidad de infecciones nosocomiales.

En vista de este grave problema, **se recomienda:**



- Inspección detallada del equipo laparoscópico, el equipo de aspiración, etc. antes de la cirugía para asegurarse de que todo el equipo esté en un estado de funcionamiento normal
- Revisar cuidadosamente el agujero del trocar para detectar fugas de aire, , serán de especial utilidad trócares con autosellado tipo Hasson y realizar la incisión del tamaño del orificio apropiado.
- El orificio del trocar habrá de estar conectado a succión de presión negativa con sello de agua.
- Antes de realizar la incisión de asistencia para la extracción de la pieza se ha de apagar el insuflador y vaciar el neumoperitoneo mediante la presión negativa conectada al sello de agua.
- Durante el uso de bisturí eléctrico se habrá de utilizar un dispositivo de aspiración de humos para evitar la inspiración por parte del personal en todo momento.

En el caso particular de las cirugías NOTES y TATME se ha de tener en cuenta que en estos procedimientos existe un punto en el que se produce una gran evacuación de aerosol al realizar la apertura en el NOTES y al comunicar un canal de trabajo con otro en el TATME. Es por esto que durante la epidemia los autores recomiendan evitar siempre que sea posible estas técnicas por el alto riesgo de dispersión mediante aerosol y exposición al virus del personal de quirófano con el consiguiente riesgo de infección cruzada.



Evitar la utilización de TaTME y TAMIS, por la alta posibilidad de aerosoles

Indicaciones de Colostomía

La fiebre es uno de los principales síntomas del SARS-Cov-2, y también es la manifestación principal de la dehiscencia de sutura después de una anastomosis en pacientes con cáncer colorrectal.



En la situación actual, la infección por COVID-19 debe formar parte del algoritmo diagnóstico en la fiebre postoperatoria.

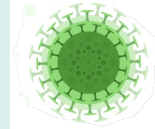
Para las infecciones pulmonares posoperatorias no filiadas, se han de realizar las pruebas de detección del COVID-19. La eficiencia del diagnóstico y la distribución racional de los recursos médicos juegan un papel vital.

Se recomienda en este contexto ser precavidos en la realización de anastomosis, tanto por el alto riesgo de complicación sobreañadida con SARS-Cov-2 para el paciente como para evitar cuadros sépticos que puedan sustraer recursos necesarios en el sistema de salud.



Se recomienda ser precavidos en la realización de anastomosis, tanto por el alto riesgo de complicación como por el consumo de recursos sanitarios que pueda generar la misma

Se recomienda evitar la anastomosis primaria en pacientes de riesgo (anastomosis ultrabajas, diabéticos, radioterapia preoperatoria, pacientes frágiles, añosos...). También **se ha de tener en cuenta que en las áreas afectadas por la epidemia**, la atención postoperatoria para el manejo del estoma podría aumentar el riesgo de infección para el personal médico y el propio paciente. Por lo tanto, la indicación del estoma debe ser



cuidadosamente valorada respecto a los riesgos quirúrgicos y la posibilidad de autocuidados del paciente y por tanto individualizada en cada caso.

Cribado preoperatorio y principios de tratamiento:

Se ha de realizar un estricto proceso de detección antes de la cirugía para reducir el riesgo de infección hospitalaria. Como se ha mencionado, la tasa actual de infección nosocomial de la nueva transmisión de neumonía por coronavirus alcanza el 43%. Se recomienda clasificar a los pacientes en 3 grupos:

- **Pacientes infectados por SARS-Cov-2:** En pacientes afectados el tratamiento de la neumonía se ha de priorizar sobre el oncológico a excepción de situaciones de emergencia como la perforación o la oclusión. En casos de oclusión se recomiendan las medidas menos agresivas como el uso de stent o de ser necesario el estoma derivativo.
- **Pacientes con sospecha de infección:** Serán observados y tratados de forma aislada. En caso de emergencia, los principios del tratamiento son los mismos que los de los pacientes infectados.
- **Pacientes no infectados:** Los pacientes sin antecedentes de contacto epidemiológico y no infectados después de haber sido estudiados. Mientras la epidemia no esté bajo control y considerando el largo período de incubación de la infección del SARS-Cov-2, se recomienda usar máscaras y habitaciones individuales así como limitar acompañantes.

Condiciones quirúrgicas:

Para los pacientes confirmados y con sospecha, la cirugía debe realizarse en un quirófano independiente designado a tal efecto con presión negativa. Se ha de verificar el funcionamiento de todo el equipo relacionado antes de la cirugía, y la anestesia general se ha de realizar mediante intubación traqueal. La estrecha cooperación durante la operación será fundamental para mejorar la eficiencia, reducir el flujo de personal y asegurar el quirófano.



Para los pacientes confirmados y con sospecha, la cirugía debe realizarse en un quirófano independiente designado a tal efecto con presión negativa

Para pacientes no infectados, se puede realizar de acuerdo con los requisitos de la cirugía convencional.

Espécimen y eliminación de residuos

Las piezas quirúrgicas se considerarán muestras infecciosas y se entregarán al departamento asignado por cada Hospital.



AACP

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE COLOPROCTOLOGÍA

