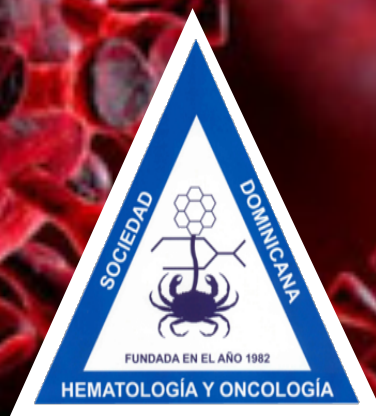


# GUÍA DE RECOMENDACIONES Y PRIORIZACIÓN DE ACTUACIÓN SOBRE EL MANEJO DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EN LOS TIEMPOS DE LA PANDEMIA POR COVID 19.

Segunda Revisión. 5 de Mayo 2020



***Redacción, Coordinación:***  
**Dr. Eduard Ramón Valdez**

***Comité de Análisis***  
**Directivas Sociedades:**  
**SODOHEMO**  
**SODOCO**  
**SDRO**

***Revisión y Corrección***  
**Dr. Francisco García**

**1ra Revisión, 18 de abril 2020**  
**2da Revisión, 5 de mayo 2020**



#### Directiva SODOCO

Dr. Mario Furcal	Presidente	Dra. Versania Cruz Susana	Vocal-Secretaría
Dr. Jorge Ymaya	Vice-presidente	Dr. Samuel Montero	Vocal
Dra. Mirna Santiago	Secretaria	Dr. Samuel Álvarez	Vocal
Dr. Eduard Valdez	Tesorero	Dra. Yudelis Montilla	Representante Región Sur
Dr. Ángel Taverasa	Educación	Dr. Juan Jiménez Bloise	Representante Región Cibao
Dr. Luis Pérez Mojica	Vocal-Tesorería	Dr. Manuel Soto	Vocal
Dra. Yolaine Vasquez	Vocal-Educación	Dr. Ricardo Domingo	Asesor



#### Directiva SODOHEMO

Dr. Alexis Yadir Ramirez Marmol	Presidente	Dr. Rafael Gutierrez Pilarte	Vocal-Secretario de ética
Dr. Manuel Escarraman	Vice-presidente	Dra. Estania García	Vocal-Secretaría de asuntos científicos
Dra. Jazmín García Villavicencio	Secretaria general	Dra. Naly Cruz	1er Vocal
Dra. Tomanna Peña,	Secretaria de actas y correspondencias	Dra. Martha Irene Estévez	2do Vocal
Dr. Rogelio Prestol Puesan	Secretario de Finanzas	Dr. Angle Garabot	3er Vocal
Dr. Miguel Monanci Roque	Secretario de Coordinación de asuntos especiales	Dra. Carolina Méndez	4to Vocal



Sociedad Dominicana de Radioterapia Oncológica

#### Directiva SDRO

Dr. Luis Moreno Sánchez	Presidente
Dr. Dr. Rafael Herrera	Vice-presidente
Dra. Dra. Jazmín García	Secretaria
Dr. Dra. Yeimi Ruiz	Tesorero
Dr. Dra. Nathalie González	Encargada de Actas y Correspondencia
Dra. Laura Quiróz	Vocal
Dr. Carlos Bautista Dra.	Vocal

## PREFACIO

Ante la difícil situación que vive el mundo y nuestro país, con los estragos que está causando la afectación por el COVID 19 en el sistema de salud dominicano, las sociedades de oncología de la República Dominicana, fruto de que los pacientes con cáncer han visto afectados sus manejos, una preocupación real, manifestada por la gran mayoría de nuestros oncólogos, con respecto a las mejores estrategias de manejo de los pacientes con cáncer en el contexto de la pandemia por COVID 19, ya que se trata de un grupo muy vulnerable para las complicaciones de esta infección, por lo que conscientes de nuestras responsabilidades como sociedades científicas especializadas, hemos decidido contribuir con todos nuestros miembros, procediendo a la elaboración de estas guías de recomendaciones y priorización de actuación sobre el manejo de los pacientes oncológicos en los tiempos de la pandemia. Las mismas las dejamos en sus manos para su valoración, esperando que estas les sirvan como un marco de referencia en las tomas de las diferentes decisiones a las que nos deberemos enfrentar en lo adelante con nuestros pacientes afectados de cáncer y sus familiares.

Se trata de un material de una importancia inconmensurable ya que representa un consenso, y es fruto de una ardua labor de planificación y coordinación entre las juntas directivas de las sociedades oncológicas del país.

La metodología utilizada para la realización de estas guías, fue la siguiente:

- 1- Una búsqueda sistemática y el posterior análisis meticuloso de la mejor información que sobre el tema existen en las fuentes en la bibliografía médica desde diciembre 2019 hasta abril 2020.
- 2- Igual tomamos como referentes las guías y protocolos elaborados por el Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana, así como las guías de manejos de diferentes sociedades especializadas del país y de otras latitudes.

Estas guías **NO** son, ni pretenden ser protocolos rígidos de actuación para el manejo de casos específicos, aclarando que estas guías han de ser utilizadas, solo como un marco de orientación en el contexto del manejo de la situación actual de crisis y por lo tanto, insistimos en que la decisión final sobre el manejo de cada caso a tratar, debe ser tomado por el profesional a cargo y siempre en la medida de lo posible apoyado por los comités de tumores multidisciplinarios y según la realidad particular de cada institución hospitalaria, en la que le corresponda a cada profesional desenvolverse, sea pública o privada, de igual manera se incluyeron los tumores sólidos más frecuentes.

Finalmente, deseamos hacer un justo reconocimiento público al apoyo recibido por todos los miembros de las sociedades oncológicas, en especial de aquellos que ocuparon parte de su tiempo en los diálogos, que se han sostenido sobre el tema en las diferentes vías de comunicación y a aquellos que realizaron el llenado de las encuestas, en especial a nuestros cirujanos oncólogos, sus sabias observaciones fueron de gran valía para las conclusiones a las que llegamos.

Externamos por igual nuestro agradecimiento al DR. JOSE RAMIREZ, director de la institución escuela y pionera en el tratamiento de pacientes oncológicos en República Dominicana, nuestro Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter (IOHP), ya que desatendiendo sus ocupaciones estuvo presente en todas las secciones de trabajo, lo que nos permitió hacer uso en este proyecto de la experiencia acumulada por el IOHP en el manejo del cáncer en República Dominicana.

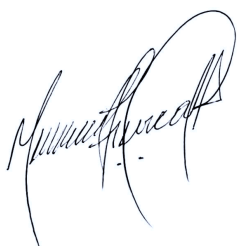
Debemos por igual, agradecer a la DRA. NALY CRUZ, directora del Instituto Oncológico Regional del Cibao (IORC) y directora médica del Centro de Radioterapia del

Cibao y a la DRA. TOMANNA PEÑA de SAVIACARE y de RADONIC, destacadas radio-oncólogas, por sus importantes precisiones en los puntos referentes a sus especialidades.

En la misma medida debemos agradecer por su inagotable capacidad de colaboración, entrega y dedicación al DR EDUARD VALDEZ, quien con el dinamismo, liderazgo y diligencia que le caracteriza se convirtió en el motor inspirador para la materialización de este proyecto, llevando la voz cantante y estando siempre dispuesto a sacrificar horas de su tiempo, para invertir las en la búsqueda de información, traducción, redacción y organización de todo el material científico utilizado en esta titánica labor.

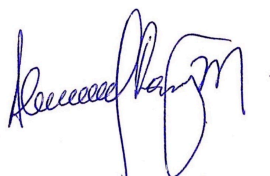
Agradecemos también el apoyo desinteresado que mostraron este proyecto los doctores JULIO JIMÉNEZ, cirujano torácico del IOHP y CEDIMAT y miembro de la directiva de la Sociedad Dominicana de Cirugía Torácica y a IVETTE RODRIGUEZ, encargada de la Unidad funcional de cáncer de pulmón del INCART quienes, con sus respectivos e importantes aportes hicieron posible la realización de las guías en el acápice de cáncer de pulmón.

Esperamos, y es nuestro interés como juntas directivas de las sociedades oncológicas especializadas del país, 2019-2021, que estas guías sean de utilidad y que se constituyan en un primer intento para tener a la mano un recurso a ser utilizado en esta pandemia para el mejor beneficio de los pacientes oncológicos y que a medida que transcurran los hechos y evolucionen las evidencias científicas, las mismas puedan ser mejoradas, modificadas, sustituidas y ampliadas en sus diferentes aspectos, con las bien intencionadas observaciones, críticas y recomendaciones que esperamos y sabemos les harán todos los miembros de la familia oncológica del país.



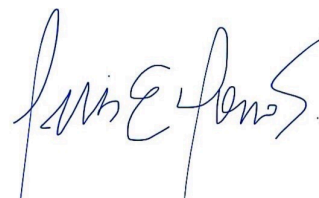
**Dr. Mario Furcal Aybar**

**Sociedad Dominicana de  
Cirugía Oncológica (SODOCO)**



**Dr. Alexis Yadir Ramírez Mármol**

**Sociedad Dominicana de Hematología y  
Oncología (SODOHEMO)**



**Dr. Luis Moreno Sánchez**

**Sociedad Dominicana de  
Radioterapia Oncológica  
(SDRO)**

## **GUÍAS DE RECOMENDACIONES Y PRIORIZACION DE ACTUACIÓN SOBRE EL MANEJO DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EN LOS TIEMPOS DE LA PADEMIA POR COVID-19.**

Desde el inicio del brote de COVID 19 en Wühan, China hasta su posterior propagación a otros lugares del mundo, hasta llegar donde nos encontramos hoy en día, los pacientes que mas se han visto afectados, no por la infección en si, sino por su fragilidad inmunológica, y los altos riesgos que conlleva un paciente inmunocomprometido, son los pacientes con cáncer, y en especial aquellos que ameritan cirugías, debido a múltiples factores, dentro de ellos podríamos mencionar los siguientes:

- Centros saturados de pacientes con afecciones ventilatorias, la mayoría con infecciones del COVID 19,
- Las restricciones implementadas por los gobiernos en diferentes naciones,
- El stress social y emocional de la población y los pacientes que les conlleva a rechazar las cirugías por temor.

Todas las sociedades médicas en el mundo entero, han tenido que moverse rápidamente para buscar una solución a estos pacientes con cáncer, en virtud de que de algunos de no recibir su tratamiento oportuno, podría progresar su enfermedad e inclusive desarrollar metástasis y llegar a un estadio clínico de su enfermedad que no fuese susceptible de recuperación de su enfermedad oncológica, en tal sentido nos hemos propuesto llevar a cabo una revisión de las diferentes recomendaciones internacionales que se han emitido, con la finalidad de crear un documento nacional que nos ayude a orientar el proceso a realizar con estos pacientes.<sup>1</sup>

Para el 5 de mayo del 2020, un total de 3,584,17 casos a nivel mundial se habían reportado, con una mortalidad de 251,580 mortalidad y 1,167,991 recuperados. En República Dominicana, tenemos a la misma fecha, 8480 casos identificados, 354 fallecidos y 1,905 recuperados, según el boletín 47 del Ministerio de salud pública de la República Dominicana.

En Italia, el 20 por ciento de los pacientes que han fallecido, han tenido cáncer, según Giuseppe Curigliano, MD, PhD, quien el 17 de marzo publicó "El tratamiento de pacientes con cáncer y la contención de COVID-19: experiencias de Italia."<sup>2</sup>

Existen varios grupos de pacientes oncológicos que son los mas vulnerables ante una posible infección de COVID 19, estos grupos corresponden a los pacientes que están actualmente en tratamiento de quimioterapia o radioterapia por cáncer de pulmón, pacientes con cáncer, según Richard Schilsky, director médico de ASCO.<sup>3</sup>

### **ABORDAJE GLOBAL DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Durante la pandemia de COVID-19, la relación beneficio / riesgo del tratamiento contra el cáncer puede necesitar reconsiderarse en ciertos pacientes.

Se han identificado dos grupos de pacientes: "pacientes sin terapia" (A) que han completado un tratamiento o tienen la enfermedad bajo control (sin terapia); y pacientes en tratamiento (tratamiento curativo neoadyuvante o adyuvante o tratamiento para la enfermedad metastásica) (B). Los pacientes con "enfermedad activa" pueden ser elegibles para cirugía, quimioterapia y / o radioterapia, terapia biológica, terapia endocrina e inmunoterapia (ya sea en el adyuvante o en el entorno metastásico). Para todos los pacientes (A y B) es obligatorio proporcionar educación en salud: a) Evitar lugares concurridos; b) Use PPE cuando asista al hospital para visitas y

tratamientos; c) Lávese las manos correctamente de acuerdo con las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS); d) No tener contactos con amigos y familiares con síntomas de COVID-19 o que vivan en zonas endémicas; e) Garantice el distanciamiento social con todas las personas: protéjase para proteger a los demás.<sup>4</sup>

Para los pacientes que reciben tratamiento activo (B), que viven en zonas epidémicas, los hospitales deben identificar vías específicas para garantizar el momento del tratamiento con intención curativa y, cuando sea posible, también para pacientes con enfermedad metastásica.<sup>4</sup>

Las visitas ambulatorias para pacientes con cáncer deben reducirse al nivel más seguro y factible sin poner en peligro la atención del paciente. Para los pacientes que reciben tratamiento oral para los cuales el monitoreo se puede hacer de forma remota, se debe proporcionar el suministro de medicamentos durante al menos 3 cursos para reducir el acceso al hospital. El monitoreo de sangre para esos pacientes se puede realizar en laboratorios locales cerca de casa. Sugerimos la implementación de servicios de telemedicina.

Recomendamos retrasar todas las visitas de seguimiento. Se debe usar una vigilancia más intensiva durante el tratamiento para pacientes con cáncer de pulmón o que recibieron cirugía pulmonar previa, y para pacientes mayores o aquellos con otras comorbilidades. Deben tomarse medidas intensivas para evitar la propagación nosocomial. Debe haber procedimientos de evaluación estrictos y seguros para evaluar cualquier síntoma de COVID-19 y la urgencia y necesidad de hospitalización.

Con el fin de regular el acceso a los "Centros de Cáncer", establecerán la detección de "áreas de puntos de control" para la identificación temprana de personas potencialmente infecciosas. El personal clínico responsable del área del punto de control debe estar capacitado y usar EPP. Las personas que cumplen con los criterios para enfermedades altamente transmisibles que requieren aislamiento, como el nuevo COVID-19 u otras infecciones emergentes, deben ser colocadas en una sala de examen privada lo antes posible, según la guía de control infeccioso que se encuentra en los sitios web de la OMS y los CDC. Deben ser probados y transferidos a áreas dedicadas de COVID-19.<sup>4</sup>

En tal sentido, es indispensable llevar a cabo los siguientes puntos:

- a- Individualizar los casos a tratar, definiendo el menor riesgo para el paciente, priorizando el tratamiento del cáncer, siempre y cuando el paciente lo consienta.
- b- Tratar de utilizar medicamentos subcutáneos u orales y/o tratamientos ambulatorios, tratando de no comprometer al máximo su sistema inmunológico.
- c- Definir a nivel nacional centros especializados en cáncer y/o áreas institucionales que puedan dar todas las respuestas a estos pacientes, tomando todas las medidas de lugar, tanto para el paciente como para el personal institucional, médico y paramédico.
- d- Posponer quimioterapias adyuvantes y/o cirugías electivas en pacientes con cánceres controlados o que pudiese establecerse otro tratamiento a corto tiempo con seguimientos cortos, durante el período de cuarentena si no poseen las condiciones previas.
- e- Descartar en todo paciente a tratar la posibilidad de Infección por el virus del COVID 19, en caso de someter a cirugía, quimioterapia o inmunoterapia o radioterapia realizar pruebas de detección de la presencia del virus, imagenologías específicas, en virtud de que hay pacientes asintomáticos en cuanto a pruebas de laboratorio en las que han reportado falsos negativos y que

sin embargo por estudios de imágenes de radiología convencional o tomografía axial computarizada ya tienen los hallazgos típicos de la neumonía por SARS-CoV 2, este es un grupo de paciente en los que la evidencia científica ha demostrado claramente que si no se descubre o se sospecha de manera razonable que están infectados pueden desarrollar tasas de morbilidad y mortalidad mas altas que el resto al ser sometidos a cualquiera de los tratamientos. De tener todos los recursos disponibles, antes de cada ciclo se debería de realizar la prueba del virus del COVID-19.<sup>4</sup>

- f- Discutir dentro de comité de tumores virtual, las casos a tratar, para valorar el mejor curso terapéutico a seguir de los pacientes, apegados al consenso, en especial aquellos casos que se difiera u opte por otro tratamiento diferente al protocolo normal.

### **PROPUESTAS DE ABORDAJE QUIRURGICO DURANTE CUARENTENA:**

La realidad de ubicar un escenario quirúrgico para cada paciente deberá de enfocarse en la situación que se encuentre su centro u hospital o región actualmente, ya que los centros y hospitales generales están centrados en el ahorro de materiales, las unidades de cuidados intensivos se encuentran ocupadas por pacientes infectados en su mayoría, dejando poco espacio disponible para atender otras contingencias que pudieran requerir su disponibilidad., así como el personal humano y la infraestructura del centro que permita crear áreas de aislamiento reales o quirófanos especializados en casos de coronavirus sospechosos o ya confirmados por las pruebas y las manifestaciones clínicas características de la enfermedad, con ello disminuyendo el riesgo de infección de los pacientes oncológicos durante su internamiento y/o procedimiento.

Las decisiones deben tomarse de forma individualizada para cada paciente con el fin de establecer criterios de riesgo según las circunstancias locales, valorando riesgo beneficio en torno a su situación oncológica 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, valoración de UCI, riesgo propio de la cirugía y sobre todo protección al personal de salud del equipo a trabajar. Se debe informar a los pacientes que la decisión sobre el tratamiento se basa en el consenso de un equipo multidisciplinario, 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.

La decisión sobre si posponer o no la cirugía debe hacerse por medio del Comité Multidisciplinario de cada hospital y siempre que sea posible utilizando tecnologías virtuales.

Se han diferenciado tres escenarios diferentes para evaluar la condición específica en la que esta el paciente en el momento concreto en el que nos toca brindarle la atención médica:

### **Fases o Etapas de situación por COVID 19<sup>5</sup>**

- **Fase I. Configuración semi-urgente** (fase de preparación): Pocos pacientes con COVID-19, los recursos hospitalarios no están agotados, la institución todavía tiene capacidad de ventilación en la UCI y la trayectoria de COVID-19 no está en fase de escalada rápida.
- **Fase II. Ajustes urgentes:** Muchos pacientes con COVID-19, UCI y capacidad de ventilación limitada, o suministros limitados.

- **Fase III.** Todos los recursos hospitalarios se destinan a pacientes de COVID 19, sin capacidad de ventilación o UCI, o suministros agotados. Pacientes en quienes es probable la muerte en cuestión de horas si la cirugía difiere.

En tal sentido, el accionar de cada uno se basará en la fase que se encuentre, por ende recomendamos lo siguiente:

- Fase I: Accionar de acuerdo a los protocolos establecidos, con la salvedad de que debe descartarse el COVID 19 por prueba o por clínica.
- Fase II y III: Las siguientes recomendaciones para valoración.

Clasificaremos los pacientes en tres Grupos de Prioridades<sup>6</sup>:

- **Prioridad A:** Los pacientes tienen una afección que pone en peligro la vida de inmediato, es clínicamente inestable o completamente intolerable y para quien incluso un breve retraso alteraría significativamente el pronóstico del paciente. Asumiendo un tratamiento eficaz, a estos pacientes se les da la máxima prioridad incluso si los recursos se vuelven escasos, lo que requiere un tratamiento urgente para preservar la vida o controlar el avance de la enfermedad o el alivio sintomático.
- **Prioridad B:** Los pacientes que no tienen afecciones que ponen en peligro la vida de inmediato, pero para quienes el tratamiento o los servicios no deben retrasarse indefinidamente hasta el final de la pandemia. La mayoría de los pacientes caerán bajo la Prioridad B. Si las condiciones en una ubicación geográfica solo permiten que los pacientes con Prioridad A reciban tratamiento, entonces el tratamiento para los pacientes con Prioridad B puede retrasarse por un período de tiempo definido durante la pandemia. Un breve retraso (por ejemplo, 6-12 semanas) no afectaría el resultado general para estos pacientes. Retrasos más largos podrían afectar los resultados en algunos pacientes de Prioridad B y puede ser necesario un triaje para justificar qué pacientes deben someterse a tratamiento versus un retraso adicional. Los pacientes dentro de la categoría Prioridad B serán subestratificados según lo definido por cada subespecialidad:
  - B1 (prioridad más alta), menos de 4 semanas
  - B2 (prioridad de nivel medio) de 4-8 semanas
  - B3 (prioridad más baja). Un poco más de 8 semanas
- **Prioridad C:** Los pacientes para quienes ciertos tratamientos o servicios pueden diferirse indefinidamente hasta que la pandemia termine sin afectar negativamente los resultados.

## RECOMENDACIONES A SER APLICADA DURANTE TIEMPOS DE COVID-19

Mama <sup>6,7,8</sup>		
PRIORIDAD A		
Screening	Opción 1	Opción 2
Abscesos Gigantes	Drenaje	
Condición Oncológica	Opción 1	Opción 2
1- Pacientes con enfermedad progresiva a pesar de la quimioterapia, angiosarcomas o Tumor Phyllodes Malignos 2- Pacientes con complicaciones mayores (necrosis de colgajos, rechazos de implantes, grandes hematomas) de cirugías de mama.	1-2 Cirugía correspondiente. <ul style="list-style-type: none"> <li>Las cirugías oncoplásticas se limitarían a colocación de expansores (Valoración)</li> </ul>	1- RTE ante imposibilidad o riesgo quirúrgico.
Mama		
PRIORIDAD B		
Screening	Opción 1	Opción 2
1- BI-RADS 4 o 5 y resonancia magnética mamaria para la evaluación de la enfermedad o la evaluación previa a la quimioterapia. 2- Las biopsias para lesiones de menor sospecha (BI-RADS 4a) pueden posponerse o biopsiarse.	1-2 Biopsias sonodirigidas de primera intensión.	1-2 Biopsia abierta.
Condición Oncológica	Opción 1	Opción 2
1- DCIS (EC 0) con microinvasión con ER negativos. 2- DCIS (EC 0) ER negativo de volumen grande/DCIS (EC 0) de alto grado/DCIS (EC 0) Palpable/ Cualquier DCIS (EC 0) con descarga por el pezón sanguinolenta. 3- cancer invasivos T1-2, N0 M0 (EC I-IIa). Triple Negativos/Her2+ 4- Post neoadyuvancia Triple negativos/HER2+ invasivos después de 4-8 semanas.	1-4 Cirugía correspondiente. <ul style="list-style-type: none"> <li>Las cirugías oncoplásticas se limitarían a colocación de expansores o prótesis.</li> </ul>	1-4 RTE ante imposibilidad o riesgo quirúrgico.

Mama		
PRIORIDAD C		
Screening		
1- Los pacientes de categoría 3 de BIRADS. 2- Los portadores de la mutación BRCA menores de 40 años.	1- Control cada 6 meses. 2- Control cada 6 meses	
Condición Oncológica	Opción 1	Opción 2
1- Atipia, cirugía profiláctica / reducción de riesgos y enfermedad mamaria benigna. 2- DCIS : todas las biopsias principales que demuestren que el DCIS debe tener el status hormonal. 3- ER positivo DCIS (EC 0) 4- ER negativo DCIS (EC 0) grado bajo o intermedio de pequeño volumen. 5- DCIS (EC 0) ER positivo con microinvasión 6- ER Positivo cáncer de mama invasivo Etapa I-IIa pacientes Premenopausica 7- ER positivo cáncer de mama invasivo, Etapa I-IIa pacientes posmenopáusicas. 8- Cáncer de mama invasivo triple negativo / HER2 positivo T0-4 N1-3 M0-1 (EC IIB-IV) 9- Pacientes que recibieron neoadyuvancia ER positivos Her2neg con respuesta parcial o completa 10- Si el paciente también es HER2 positivo.	1- Diferida 2- Realizar Inmuno 3- Puede tratarse con terapia endocrina (Tamoxifeno versus inhibidor de aromatasa a discreción de la oncología médica) evaluar en 2 meses. 4- Observación, reevaluar en 1 mes, de progresar Cirugía. 5- Puede tratarse con terapia endocrina (Tamoxifeno versus inhibidor de aromatasa a discreción de la oncología médica) evaluar en 2 meses. 6- Supresión ovárica y terapia endocrina (Tamoxifeno versus inhibidor de aromatasa a discreción de oncología médica) evaluar en 2 meses. Si califica para quimioterapia puede iniciarse. 7- Puede tratarse con terapia endocrina (Tamoxifeno versus inhibidor de aromatasa a discreción de oncología médica) evaluar en 2 meses. Si califica para quimioterapia puede iniciarse. 8- Quimioterapia Neoadyuvante. 9- Extender a Terapia Endocrina 10- Agregar tratamiento anti-Her2	1-7 Si tumoración en el seguimiento progresa (4 sem) Cirugía. 8. RTE 9. RTE individualizando cada caso.

**PUNTOS A TENER EN CUENTA**

- 1- Cirugía a ofrecer corresponderá a la que tenga los mejores resultados que controle su situación clínica actual (Emergencias), de tener todos los recursos y medidas disponible, se puede proceder como Protocolo normal, en pacientes COVID-19 negativos.
- 2- Pacientes COVID-19 positivos, su prioridad es solucionar su infección, siempre y cuando no sea una emergencia.
- 3- Utilizar equipos de protección individual (EPI) para todo el personal del quirófano.
- 4- Dar a conocer al paciente los riesgos de afección y de contagio del paciente de ser negativo.
- 5- Considerar perfil biomolecular, que califiquen.
- 6- De ser positivo explicar los riesgos quirúrgicos vs riesgos de no cirugía e implementar los protocolos quirúrgicos para este tipo de pacientes.

- 7- Tratar paciente NEGATIVO debe llevarse a un ambiente seguro libre de SARS-CoV 2.
- 8- Todo paciente sometido a una Cirugía de alto riesgo o ASA 3 o 4 , necesita garantizarse disponibilidad de UCI para ese paciente en área libre de SARS-CoV2.
- 9- Valorar el uso de anestesia regional en los casos que sea posible en consenso con el servicio de anestesiología.
- 10- Hay casos particulares que podrían cambiarse de PRIORIDAD (subir o bajar), esto a criterio del comité de tumores de su institución, de no tener puede recurrir al Comité Tumoral Intersociedades Oncológicas que se ha habilitado virtualmente.
- 11- Todo paciente que amerite cirugía y su zona de labor no esta apta para la misma, debe de buscar un lugar apto para la cirugía, de no tener opciones, el paciente debe de ser referido a un centro que califique para realizar dicho procedimiento.
- 12- Todo paciente se les debe de explicar todos las opciones y consecuencias, para que ellos entiendan la situación y ellos decidan que hacer, bajo la situación actual, lo mismo debe de estar contemplado en el consentimiento informado.
- 13- No se recomienda el uso de inmunoterapia.

<b>CABEZA Y CUELLO<sup>7</sup></b>		
<b>PRIORIDAD A</b>		
<b>Condición Oncológica</b>	<b>Opción 1</b>	<b>Opción 2</b>
1- Pacientes con condiciones de emergencias obstrucción de vías aéreas superiores y/o tracto digestivo, sangrados profusos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía inmediata*</li> </ul>	1-RTE hemostática / desobstructiva.
<b>PRIORIDAD B</b>		
1- Pacientes con Ca de Laringe postneoadyuvancia con planes de rescate	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía a discutir por comité</li> </ul>	
<b>PRIORIDAD C</b>		
1- Pacientes con tumoraciones orofaringe, Laringe 2- Pacientes en neoadyuvancia o concomitante	1- Si respuesta es similar entre cirugía y radiación, Radiación. 2- Mantener en tratamiento sistémico.	1- Cirugía en casos no aceptar radiación. 2- Cirugía si hay intolerancia o progresión

#### **PUNTOS A TENER EN CUENTA**

- 1- Cirugías de vías aéreas superiores son de alto riesgo de contaminación para el personal de salud, por lo que recomendamos tomar todas las medidas de seguridad para el equipo completo, y discutir previamente la planificación, en caso de pacientes positivos para SARS-CoV2.
- 2- Cirugía a ofrecer corresponderá a la que tenga los mejores resultados que controle su situación clínica actual (Emergencias), de tener todos los recursos y medidas disponibles, se puede proceder como Protocolo normal, en pacientes COVID-19 negativos.
- 3- Pacientes COVID-19 positivos, su prioridad es solucionar su infección, siempre y cuando no sea una emergencia.
- 4- Utilizar equipos de protección individual (EPI) para todo el personal del quirófano.
- 5- Dar a conocer al paciente los riesgos de infección y de contagio del paciente de ser negativo.
- 6- De ser positivo explicar los riesgos quirúrgicos vs riesgos de no cirugía e implementar los protocolos quirúrgicos para este tipo de pacientes
- 7- Tratar paciente NEGATIVO debe llevarse a un ambiente seguro libre de SARS-CoV 2
- 8- Todo paciente sometido a una Cirugía de alto riesgo o ASA 3 o 4, necesita garantizarse disponibilidad de UCI para ese paciente en área libre de SARS-CoV2.
- 9- Hay casos particulares que podrían cambiarse de PRIORIDAD (subir o bajar), esto a criterio del comité de tumores de su institución, de no tener puede recurrir al Comité Tumoral Intersociedades Oncológicas que se ha habilitado virtualmente.
- 10- Todo paciente que amerite cirugía y su zona de labor no está apta para la misma, debe de buscar un lugar apto para la cirugía, de no tener opciones, el paciente debe de ser referido a un centro que califique para realizar dicho procedimiento.
- 11- Todo paciente se les debe de explicar todas las opciones y consecuencias, para que ellos entiendan la situación y ellos decidan que hacer, bajo la situación actual, lo mismo debe de estar contemplado en el consentimiento informado.

<b>TIROIDES 6,9</b>		
<b>Screening</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesiones nodulares &gt;2.5 mm TIRADS-US 3</li> <li>• Lesiones nodulares &gt;1.5 mm TIRADS-US 4</li> <li>• Lesiones nodulares &gt;1 cm TIRADS-US 5</li> <li>• Resultados Bethesda 3-4 asintomáticos</li> </ul>	Biopsia Sonodirigida	
	Biospia Sonodirigida	
	Biopsia Sonodirigida	
	Reevaluar en 2 meses	
<b>PRIORIDAD A</b>		
<b>Condición Oncológica</b>	<b>Opción 1</b>	<b>Opción 2</b>
1- Bocio que es altamente sintomático o presenta compresión que obstruye la vía aérea. 2- Cáncer de Tiroides que producen infiltración de las vías aéreas y/o nervios laríngeos sintomáticos (ej.: Disnea)	1-2 Cirugía	
<b>PRIORIDAD B</b>		
1- Cáncer de tiroides diferenciados que puede modificar su resultados a largo plazo o con invasión local (p. ej., tráquea, nervio laríngeo recurrente) y presencia o no de ganglios cervicales. 2- Cáncer de Tiroides indiferenciados que (tumor o recurrencia de crecimiento rápido, enfermedad local-regional rápidamente progresiva, incluidos los ganglios linfáticos). 3- Enfermedad de Graves que ha fallado en la terapia médica.	1- Cirugía. 2- Cirugía 3- Valorar conjunto Endocrinología situación clínica.	
<b>PRIORIDAD C</b>		
Pacientes con Carcinomas de tiroides Diferenciados.	• Observación 2 meses.	

#### **PUNTOS A TENER EN CUENTA**

- 1- Cirugías de vías aéreas superiores son de alto riesgo de contaminación para el personal de salud, por lo que recomendamos tomar todas las medidas de seguridad para el equipo completo, y discutir previamente la planificación, en caso de pacientes positivos para SARS-CoV2.
- 2- Cirugía a ofrecer corresponderá a la que tenga los mejores resultados que controle su situación clínica actual (Emergencias), de tener todos los recursos y medidas disponible, se puede proceder como Protocolo normal, en pacientes COVID-19 negativos.
- 3- Pacientes COVID-19 positivos, su prioridad es solucionar su infección, siempre y cuando no sea una emergencia.
- 4- Utilizar equipos de protección individual (EPI) para todo el personal del quirófano.
- 5- Dar a conocer al paciente los riesgos de afección y de contagio del paciente de ser negativo.
- 6- De ser positivo explicar los riesgos quirúrgicos vs riesgos de no cirugía e implementar los protocolos quirúrgicos para este tipo de pacientes.
- 7- Tratar paciente NEGATIVO debe llevarse a un ambiente seguro libre de SARS-CoV 2.
- 8- Todo paciente sometido a una Cirugía de alto riesgo o ASA 3 o 4 , necesita garantizarse disponibilidad de UCI para ese paciente en área libre de SARS-CoV2.
- 9- Hay casos particulares que podrían cambiarse de PRIORIDAD (subir o bajar), esto a criterio del comité de tumores de su institución, de no tener puede recurrir al Comité Tumoral Intersociedades Oncológicas que se ha habilitado virtualmente.
- 10- Todo paciente que amerite cirugía y su zona de labor no esta apta para la misma, debe de buscar un lugar apto para la cirugía, de no tener opciones, el paciente debe de ser referido a un centro que califique para realizar dicho procedimiento.
- 11- Todo paciente se les debe de explicar todos las opciones y consecuencias, para que ellos entiendan la situación y ellos decidan que hacer, bajo la situación actual, lo mismo debe de estar contemplado en el consentimiento informado.

<b>ESOFAGO, ESTOMAGO, INTESTINO DELGADO<sup>7</sup></b>		
<b>PRIORIDAD A</b>		
<b>Condición Oncológica</b>	<b>Opción 1</b>	<b>Opción 2</b>
1- Pacientes con obstrucción esofágica. 2- Pacientes con obstrucción de la salida gástrica o sangrados profusos con múltiples transfusiones y perforación visceral. 3- Obstrucción intestino delgado	1- Ostomía nutricional 2- Cirugía 3- Cirugía	<b>1-</b> Valorar dilatación endoscópica y control de sangrados en casos específicos o Valorar RTE.
<b>PRIORIDAD B</b>		
1- Pacientes con neoadyuvancia con mala respuesta o progresión o intolerancia.	Cirugía abierta o Laparoscópica.	
<b>PRIORIDAD C</b>		
1- Las lesiones Esofago o Estómago de cT1a 2- Las lesiones Esofago o Estómago cT1b. 3- Las lesiones Esofago o Estómago cT2 o superior y los tumores con ganglios positivos. 4- Pacientes post Neoadyuvancia.	1- Valorar resección endoscópica 2- Resección 3- Neoadyuvancia Sistémica. 4- Continuar Tratamiento sistémico.	1- Resecar si no hay Endoscopia. 2- Resección 3- Si Paciente no responde o progresa considerar cirugía 2- Si Paciente no responde o progresa considerar cirugía.

#### **PUNTOS A TENER EN CUENTA**

- 1- Cirugías de vías aéreas superiores son de alto riesgo de contaminación para el personal de salud, por lo que recomendamos tomar todas las medidas de seguridad para el equipo completo, y discutir previamente la planificación, en caso de pacientes positivos para SARS-CoV2.
- 2- Cirugía a ofrecer corresponderá a la que tenga los mejores resultados que controle su situación clínica actual (Emergencias), de tener todos los recursos y medidas disponibles, se puede proceder como Protocolo normal, en pacientes COVID-19 negativos.
- 3- Pacientes COVID-19 positivos, su prioridad es solucionar su infección, siempre y cuando no sea una emergencia.
- 4- Utilizar equipos de protección individual (EPI) para todo el personal del quirófano.
- 5- Dar a conocer al paciente los riesgos de infección y de contagio del paciente de ser negativo.
- 6- De ser positivo explicar los riesgos quirúrgicos vs riesgos de no cirugía e implementar los protocolos quirúrgicos para este tipo de pacientes.
- 7- Tratar paciente NEGATIVO debe llevarse a un ambiente seguro libre de SARS-CoV 2.
- 8- Todo paciente sometido a una Cirugía de alto riesgo o ASA 3 o 4, necesita garantizarse disponibilidad de UCI para ese paciente en área libre de SARS-CoV2.
- 9- Hay casos particulares que podrían cambiarse de PRIORIDAD (subir o bajar), esto a criterio del comité de tumores de su institución, de no tener puede recurrir al Comité Tumoral Intersociedades Oncológicas que se ha habilitado virtualmente.

- 10- No recomendamos el uso del Laparoscopia en pacientes COVID 19 positivos, de usarse tomar todas las medidas estrictas concernientes.
- 11- Valorar el uso de anestesia regional en los casos que sea posible en consenso con el servicio de anestesiología.
- 12- Todo paciente que amerite cirugía y su zona de labor no esta apta para la misma, debe de buscar un lugar apto para la cirugía, de no tener opciones, el paciente debe de ser referido a un centro que califique para realizar dicho procedimiento.
- 13- Todo paciente se les debe de explicar todos las opciones y consecuencias, para que ellos entiendan la situación y ellos decidan que hacer, bajo la situación actual, lo mismo debe de estar contemplado en el consentimiento informado.

<b>COLON Y RECTO<sup>5,7</sup></b>		
<b>PRIORIDAD A</b>		
<b>Condición Oncológica</b>	<b>Opción 1</b>	<b>Opción 2</b>
1- Pacientes con obstrucción parcial o total y/o perforación visceral. Anemia persistente con múltiples transfusiones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía</li> </ul>	
<b>PRIORIDAD B</b>		
1- Pacientes con cáncer de colon no metastásico y asintomático. 2- Pacientes con cáncer de recto con neoadyuvancia y pobre respuesta (operable). 3- Pacientes con cáncer de recto temprano que no califiquen para Quimioterapia. 4- Pacientes con cáncer de colon y metástasis resecable abdominal única. 5- Pólipos malignos, con o sin resección endoscópica previa	1-5 Cirugía	1-3 RTE ante imposibilidad o riesgo quirúrgico. 4-Radiocirugía (RTE) ante imposibilidad o riesgo quirúrgico.
<b>PRIORIDAD C</b>		
1- Pacientes con Neoadyuvancia de Recto y respuesta clínica y patológica completa >60 años o con alguna comorbilidad (diabetes, asmático, EPOC). 2- Indicaciones profilácticas para afecciones hereditarias. 3- Pólipos asintomáticos grandes y de apariencia benigna. 4- Carcinoides de colon pequeños y asintomáticos. 5- Carcinoides rectales pequeños y asintomáticos.	1- Observar por 4 semanas con seguimiento. 2-5 Vigilancia cada 2 meses	1- Cirugía definitiva según protocolo, de tener las condiciones óptimas.

#### **PUNTOS A TENER EN CUENTA**

- 1- Las ostomías deben de realizarse en casos muy especiales, ya que hay estudios que reportan liberación de carga viral a través de las flatulencias. (Pacientes COVID-19)
- 2- Cirugía a ofrecer corresponderá a la que tenga los mejores resultados que controle su situación clínica actual (Emergencias), de tener todos los recursos y medidas disponibles, se puede proceder como Protocolo normal, en pacientes COVID-19 negativos.
- 3- Pacientes COVID-19 positivos, su prioridad es solucionar su infección, siempre y cuando no sea una emergencia.
- 4- Utilizar equipos de protección individual (EPI) para todo el personal del quirófano.
- 5- Dar a conocer al paciente los riesgos de infección y de contagio del paciente de ser negativo.
- 6- De ser positivo explicar los riesgos quirúrgicos vs riesgos de no cirugía e implementar los protocolos quirúrgicos para este tipo de pacientes.
- 7- Tratar paciente NEGATIVO debe llevarse a un ambiente seguro libre de SARS-CoV 2.
- 8- Todo paciente sometido a una Cirugía de alto riesgo o ASA 3 o 4, necesita garantizarse disponibilidad de UCI para ese paciente en área libre de SARS-CoV2.
- 9- Hay casos particulares que podrían cambiarse de PRIORIDAD (subir o bajar), esto a criterio del comité de tumores de su institución, de no tener puede recurrir al Comité Tumoral Intersociedades Oncológicas que se ha habilitado virtualmente.
- 10- No recomendamos el uso de Laparoscopia en pacientes COVID 19 positivos, de usarse tomar todas las medidas estrictas concernientes.

- 14- Valorar el uso de anestesia regional en los casos que sea posible en consenso con el servicio de anestesiología. Todo paciente que amerite cirugía y su zona de labor no esta apta para la misma, debe de buscar un lugar apto para la cirugía, de no tener opciones, el paciente debe de ser referido a un centro que califique para realizar dicho procedimiento.
- 15- Todo paciente se les debe de explicar todos las opciones y consecuencias, para que ellos entiendan la situación y ellos decidan que hacer, bajo la situación actual, lo mismo debe de estar contemplado en el consentimiento informado.

HEPATO-BILIAR-PANCREATICO <sup>7,10,11,12</sup>		
PRIORIDAD A		
Condición Oncológica	Opción 1	Opción 2
1- Ictericia por Tumoración 2- Ascitis Tumoral	1- Derivación por endoscópica (Stent) / Percutaneo 2- Drenaje (Paracentesis) sonodirigida	
PRIORIDAD B		
Páncreas	<p><b>Localizado Resecable</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía si posee las facilidades y recursos disponibles.</li> <li>• Si la cirugía no es posible o representa riesgo elevado, RTE hipofraccionada neoadyuvante o Quimio-Radioterapia neoadyuvante</li> </ul> <p><b>Localmente avanzado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proponer quimioterapia según la condición general del paciente.</li> <li>• Valorar un descanso o mantenimiento en caso de estabilidad.</li> </ul> <p><b>Metastásico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quimioterapia según el estado general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proponer quimioterapia neoadyuvante en la espera en Localizado Resecable.</li> <li>• Valorar Quimio-radiación</li> </ul>
Carcinoma Hepatocelular	<p><b>Resecable</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía si es posible, solo en entornos seguros,</li> <li>• Colangiocarcinoma perihilar: Valorar beneficio de la cirugía según momento/riesgos.</li> <li>• Colangiocarcinoma intrahepático &lt;2 cm: diferir.</li> <li>&gt;2cm: Valorar beneficio cirugía / riesgos según momento y centro.</li> </ul> <p><b>No resecable o metastásicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quimioterapia según la situación clínica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la cirugía no es posible o representa riesgo elevado, RTE hipofraccionada neoadyuvante o Quimio-Radioterapia externa neoadyuvante</li> </ul>
HEPATO-BILIAR-PANCREATICO		
Condición Oncológica	Opción 1	Opción 2
Carcinoma Hepatocelular	<p><b>Accesible a tratamiento curativo (BCLC 0 / A)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer los tratamientos de ablación locoregionales caso por caso (RF, MW).</li> </ul> <p><b>Etapa intermedia o avanzada (BCLC B / C)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento oral (sorafenib /regorafenib /cabozantinib) de mantenimiento con teleconsulta para el manejo de los efectos secundarios.</li> <li>• Discutir los tratamientos locoregionales caso por</li> </ul>	

	<p>caso (RF, MW).</p> <p><b>No operable o metastásico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento oral (sorafenib / regorafenib / cabozantinib).</li> <li>• Discutir los tratamientos locoregionales caso por caso después de la epidemia.</li> </ul>	
<b>Colorrectal metastásico</b>	<p><b>Resecable</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el entorno y las condiciones del hospital lo permiten se deben operar, porque son los pacientes que más se benefician de la cirugía.</li> </ul> <p><b>Potencialmente resecable</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quimioterapia.</li> </ul> <p><b>No resecable</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quimioterapia.</li> </ul> <p><b>Paciente Oligomestásico:</b> Si la cirugía no es posible o representa riesgo elevado, considerar Radiocirugía.</p>	<p><b>Resecable</b></p> <p>Aplazamiento de la cirugía hasta el final del período epidémico (+/- quimioterapia según las características neoplásicas) si las condiciones del hospital no permiten realizar intervenciones quirúrgicas electivas.</p> <p>Se pueden valorar la cirugía de baja morbilidad o la termoablación en plazos habituales (según situaciones locales).</p>
<b>PRIORIDAD C</b>		
-----	-----	

#### PUNTOS A TENER EN CUENTA

- 1- Cirugía a ofrecer corresponderá a la que tenga los mejores resultados que controle su situación clínica actual (Emergencias), de tener todos los recursos y medidas disponible, se puede proceder como Protocolo normal, en pacientes COVID-19 negativos.
- 2- Pacientes COVID-19 positivos, su prioridad es solucionar su infección, siempre y cuando no sea una emergencia.
- 3- Utilizar equipos de protección individual (EPI) para todo el personal del quirófano.
- 4- Dar a conocer al paciente los riesgos de afección y de contagio del paciente de ser negativo.
- 5- De ser positivo explicar los riesgos quirúrgicos vs riesgos de no cirugía e implementar los protocolos quirúrgicos para este tipo de pacientes.
- 6- Tratar paciente NEGATIVO debe llevarse a un ambiente seguro libre de SARS-CoV 2.
- 7- Todo paciente sometido a una Cirugía de alto riesgo o ASA 3 o 4 , necesita garantizarse disponibilidad de UCI para ese paciente en área libre de SARS-CoV2.
- 8- Hay casos particulares que podrían cambiarse de PRIORIDAD (subir o bajar), esto a criterio del comité de tumores de su institución, de no tener puede recurrir al Comité Tumoral Intersociedades Oncológicas que se ha habilitado virtualmente.
- 9- Valorar el uso de anestesia regional en los casos que sea posible en consenso con el servicio de anestesiología.
- 10- Todo paciente que amerite cirugía y su zona de labor no esta apta para la misma, debe de buscar un lugar apto para la cirugía, de no tener opciones, el paciente debe de ser referido a un centro que califique para realizar dicho procedimiento.
- 11- Todo paciente se les debe de explicar todos las opciones y consecuencias, para que ellos entiendan la situación y ellos decidan que hacer, bajo la situación actual, lo mismo debe de estar contemplado en el consentimiento informado.

<b>MELANOMA<sup>7</sup></b>		
<b>PRIORIDAD A</b>		
<b>Condición Oncológica</b>	<b>Opción 1</b>	<b>Opción 2</b>
-----	-----	
<b>PRIORIDAD B</b>		
1- Melanomas T3 / T4 (> 2 mm de grosor) 2- Melanomas T1 / T2 (≤2 mm de grosor). 3- Lesiones con sospechas clínicas de melanoma.	1- Cirugía 2- Cirugía 3- Deben de tratar de realizar excisión.	1- La biopsia del ganglio linfático centinela, se reservan durante 3 meses. 2- Las disecciones Ganglionares profiláticas se harían diferidas hasta 3 meses.
<b>PRIORIDAD C</b>		
1- Enfermedad clínica en estadio III. 2- Lesiones Metastásicas (III/IV)	1- Terapia sistémica neoadyuvante. 2- Terapia sistémica neoadyuvante. Considerar Radiación Paliativa en enfermedad voluminosas. 3- Considerar Radiocirugía según volumen de Metástasis cerebral	1- Si el paciente no es adecuado para terapia sistémica y los recursos lo permitan considerese Cirugía. 2- Si el paciente no es adecuado para terapia sistémica y los recursos lo permitan considerese Cirugía en casos especiales.

#### **PUNTOS A TENER EN CUENTA**

- 1- Cirugía a ofrecer corresponderá a la que tenga los mejores resultados que controle su situación clínica actual (Emergencias), de tener todos los recursos y medidas disponible, se puede proceder como Protocolo normal, en pacientes COVID-19 negativos.
- 2- Pacientes COVID-19 positivos, su prioridad es solucionar su infección, siempre y cuando no sea una emergencia.
- 3- Utilizar equipos de protección individual (EPI) para todo el personal del quirófano.
- 4- Dar a conocer al paciente los riesgos de afección y de contagio del paciente de ser negativo.

- 5- De ser positivo explicar los riesgos quirúrgicos vs riesgos de no cirugía e implementar los protocolos quirúrgicos para este tipo de pacientes.
- 6- Tratar paciente NEGATIVO debe llevarse a un ambiente seguro libre de SARS-CoV 2.
- 7- Todo paciente sometido a una Cirugía de alto riesgo o ASA 3 o 4 , necesita garantizarse disponibilidad de UCI para ese paciente en área libre de SARS-CoV2.
- 8- Hay casos particulares que podrían cambiarse de PRIORIDAD (subir o bajar), esto a criterio del comité de tumores de su institución, de no tener puede recurrir al Comité Tumoral Intersociedades Oncológicas que se ha habilitado virtualmente.
- 9- Valorar el uso de anestesia regional en los casos que sea posible en consenso con el servicio de anestesiología.
- 10- Todo paciente que amerite cirugía y su zona de labor no esta apta para la misma, debe de buscar un lugar apto para la cirugía, de no tener opciones, el paciente debe de ser referido a un centro que califique para realizar dicho procedimiento.
- 11- Todo paciente se les debe de explicar todos las opciones y consecuencias, para que ellos entiendan la situación y ellos decidan que hacer, bajo la situación actual, lo mismo debe de estar contemplado en el consentimiento informado.

<b>SARCOMAS<sup>7,13</sup></b>		
<b>PRIORIDAD A</b>		
<b>Condición Oncológica</b>	<b>Opción 1</b>	<b>Opción 2</b>
1- Sarcomas retroperitoneales e intraperitoneales	• Cirugía	
<b>PRIORIDAD B</b>		
1- Pacientes con recurrencias local o metastásica con posibilidad de control de la enfermedad a largo plazo. 2- Pacientes con tumoraciones partes blandas resecables ulceradas o en vía de ulceración, sangrantes. 3- GIST (tubo digestivo) de bajo grado y/o sangrante	1- Valorar en comité. 2-3 Cirugía	1- Se puede considerar el uso de quimioterapia neoadyuvante para sarcomas de alto grado en cualquier sitio o para enfermedad recurrente si se puede administrar de forma segura en un entorno ambulatorio (monodroga) como un medio para diferir la intervención quirúrgica.
<b>PRIORIDAD C</b>		
1- Sarcomas de Tejido Blando no metastásico. 2- GIST alto grado	1- Si hay una indicación de radioterapia, planifique hacerlo antes de la operación. Esto se puede administrar en un entorno ambulatorio de menor riesgo y retrasará el tiempo de la cirugía durante aproximadamente 3-4 meses. 2- Se puede considerar el uso de GIST localizado de imatinibina neoadyuvante como terapia puente, incluso si no existe una indicación formal de terapia neoadyuvante, siempre que la mutación sea sensible.	En todo caso de tener los recursos y disponibilidad la cirugía es factible considerarla.

**PUNTOS A TENER EN CUENTA**

- 1- Cirugía a ofrecer corresponderá a la que tenga los mejores resultados que controle su situación clínica actual (Emergencias), de tener todos los recursos y medidas disponible, se puede proceder como Protocolo normal, en pacientes COVID-19 negativos.

- 2- Pacientes COVID-19 positivos, su prioridad es solucionar su infección, siempre y cuando no sea una emergencia.
- 3- Utilizar equipos de protección individual (EPI) para todo el personal del quirófano.
- 4- Dar a conocer al paciente los riesgos de afección y de contagio del paciente de ser negativo.
- 5- De ser positivo explicar los riesgos quirúrgicos vs riesgos de no cirugía e implementar los protocolos quirúrgicos para este tipo de pacientes.
- 6- Tratar paciente NEGATIVO debe llevarse a un ambiente seguro libre de SARS-CoV 2.
- 7- Todo paciente sometido a una Cirugía de alto riesgo o ASA 3 o 4 , necesita garantizarse disponibilidad de UCI para ese paciente en área libre de SARS-CoV2.
- 8- Hay casos particulares que podrían cambiarse de PRIORIDAD (subir o bajar), esto a criterio del comité de tumores de su institución, de no tener puede recurrir al Comité Tumoral Intersociedades Oncológicas que se ha habilitado virtualmente.
- 9- Valorar el uso de anestesia regional en los casos que sea posible en consenso con el servicio de anestesiología.
- 10- Todo paciente que amerite cirugía y su zona de labor no esta apta para la misma, debe de buscar un lugar apto para la cirugía, de no tener opciones, el paciente debe de ser referido a un centro que califique para realizar dicho procedimiento.
- 11- Todo paciente se les debe de explicar todos las opciones y consecuencias, para que ellos entiendan la situación y ellos decidan que hacer, bajo la situación actual, lo mismo debe de estar contemplado en el consentimiento informado.

<b>PULMON<sup>14,15</sup></b>		
<b>PRIORIDAD A</b>		
<b>Condición Oncológica</b>	<b>Opción 1</b>	<b>Opción 2</b>
1- Derramen Pleurales 2- Derrames Pericardicos 3- Síndrome de Vena Cava superior, Compresión Medular y otras urgencias.	1- Drenaje con Cáteter (ambulatorio) Luego Pleurodesis. 2- Drenaje sonodirigido. 3- Radioterapia	
<b>PRIORIDAD B</b>		
<b>Adenocarcinoma de Celulas no pequeñas</b> <i>Etapas tempranas</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Tumores periféricos &lt;2cm, a &gt;1cm de la pared costal y que estén fuera del “no fly zone” (2cm de la traquea, bronquios principales y estructuras vasculares).</li> <li>2- Tumores a &lt; 2.5 cm de la pared torácica.</li> <li>3- Tumores moderadamente centrales (dentro de los 2 cm del árbol bronquial, tráquea, grandes vasos, esófago, corazón, pericardio o plexo braquial, o que el Centro el volumen a irradiar colinde con la pleura mediastinal o pericardio).</li> <li>4- Los tumores &gt;5cm.</li> <li>5- Tumores centrales/ ultracentrales que no califiquen para SABR.</li> <li>6- En pacientes EC Ib , II (posquirúrgico).</li> </ol> <i>Enfermedad Localmente avanzada</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Estadio Clínico III</li> </ol>	<i>Etapas tempranas</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Radioterapia/Radiocirugía.</li> <li>2- Radioterapia/Radiocirugía</li> <li>3- Radioterapia/Radiocirugía</li> <li>4- Valorarse en Comité de Tumores.</li> <li>5- Radioterapia/Radiocirugía</li> <li>6- Valorarse en Comité de Tumores.</li> </ol> <b>Adenocarcinoma</b> Limitar 4 ciclos , esquema de Carboplatino + Pemetrexed , + vitamina B12 + Acido fólico, Utilizando estimulante de colonia de granulocitos posterior a quimioterapia de forma profiláctica. <b>Ca. Epidermoide</b> Limitar a 4 Ciclos de Carboplatino + Paclitaxel cada 21 días	
	<i>Enfermedad Localmente avanzada</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Quimio-Radioterapia definitivo. Concomitancia desde el 1er día ,</li> </ol>	

<p><i>Enfermedad Metastásica</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- EC IV, sin mutaciones driver.</li> <li>2- Pacientes con mutaciones driver, EGFR, ALK, ROS1.</li> <li>3- CA. EPIDERMOIDE:</li> </ol>	<p>lo cual implica que el paciente solo va a recibir 2 ciclos concomitante con Radioterapia. Radioterapia radical sola +/- Quimioterapia secuencial en pacientes selectos. Utilizando secuencias cada 21 días por 4 ciclos , con estimulante de colonia de granulocitos. En adenocarcinoma utilizar esquema de Carboplatino + Pemetrexed + Estimulante de Colonia de Granulocitos profiláctico, en escamoso, utiizar esquema de no ameriten ingreso hospitalario y minimicen el numero de visitas, Carboplatino + Paclitaxel.</p> <p><i>Enfermedad Metastásica</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Quimioterapia 4 ciclos. Carboplatino mas Pemetrexed. limitar a 4 ciclos que se repiten cada 28 días mas estimulantes de colonia de granulocitos. Posteriormente Pemetrexed de mantenimiento con igual esquema. Pacientes con comorbilidades, mayores de 65 años, limitar los combos de tratamiento que incluyan quimioterapia sola o inmunoterapia sola. Valorar monodroga con inmunoterapia dependiente del estatus de PDL1 y disponibilidad del tratamiento, ajustando esquemas. Evidencia del uso de Pembrolizumab 400mg ev cada 6 semanas en vez de cada 3 semanas, Nivolumab cada 4 semanas en vez de cada 2 semanas, En SEGUNDA LINEA: Atezolizumab a dosis de 1,680mg ev cada 4 semanas.</li> <li>2- Limitarse a su tratamiento TKI.</li> </ol>	
--	---	--

	3- Carbopaclitaxel cada 4 sem + estimulante de colonias de granulocitos	
<b>Carcinoma de Pulmón de células pequeñas</b> <i>Limitados</i> 1- Tumores T1-T2 2- El riesgo de N+ es mayor en tumores centrales/ ultracentrales. 3- Pacientes que no califican para concurrencia.  Avanzado 4- Pacientes etapa avanzada	<i>Limitados</i> 1- Considerar RTE +/- QT como alternativa a cirugía. 2- Considerar un RTE hipofraccionamiento adaptado en estos casos. 3- RTE con el ciclo 1 o 2 de la QT en pacientes con buen estado general o después de la inducción.  <i>Avanzado</i> 4- Concomitancia esquema de cisplatino + Etopósido, considerar presentación oral de etopósido, utilizando soporte con estimulante de colonia de granulocitos	
<b>PRIORIDAD C</b>		
-----	-----	

#### PUNTOS A TENER EN CUENTA

- 1- Cirugía a ofrecer corresponderá a la que tenga los mejores resultados que controle su situación clínica actual (Emergencias), de tener todos los recursos y medidas disponible, se puede proceder como Protocolo normal, en pacientes COVID-19 negativos.
- 2- Pacientes COVID-19 positivos, su prioridad es solucionar su infección, siempre y cuando no sea una emergencia.
- 3- Utilizar equipos de protección individual (EPI) para todo el personal del quirófano.
- 4- Dar a conocer al paciente los riesgos de afección y de contagio del paciente de ser negativo.
- 5- De ser positivo explicar los riesgos quirúrgicos vs riesgos de no cirugía e implementar los protocolos quirúrgicos para este tipo de pacientes.
- 6- Tratar paciente NEGATIVO debe llevarse a un ambiente seguro libre de SARS-CoV 2.
- 7- Todo paciente sometido a una Cirugía de alto riesgo o ASA 3 o 4 , necesita garantizarse disponibilidad de UCI para ese paciente en área libre de SARS-CoV2.
- 8- Hay casos particulares que podrían cambiarse de PRIORIDAD (subir o bajar), esto a criterio del comité de tumores de su institución, de no tener puede recurrir al Comité Tumoral Intersociedades Oncológicas que se ha habilitado virtualmente.
- 9- Valorar el uso de anestesia regional en los casos que sea posible en consenso con el servicio de anestesiología.
- 10- Todo paciente que amerite cirugía y su zona de labor no esta apta para la misma, debe de buscar un lugar apto para la cirugía, de no tener opciones, el paciente debe de ser referido a un centro que califique para realizar dicho procedimiento.
- 11- Todo paciente se les debe de explicar todos las opciones y consecuencias, para que ellos entiendan la situación y ellos decidan que hacer, bajo la situación actual, lo mismo debe de estar contemplado en el consentimiento informado.

#### OTROS TIPOS DE CANCERES

Discutir en Comité de tumores

**RECOMENDACIONES GENERALES DE ACTUACION Y ORGANIZACION BÁSICA A SERVICIOS DE CIRUGÍAS ONCOLÓGICAS DEPENDIENDO DE LA AFECTACIÓN POR LA PANDEMIA POR COVID-19 (SARS COV-2)<sup>16,19</sup>**

**Objetivo**

- Estas medidas están sujetas a revisión, según la situación global del hospital necesidades diarias y a las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública.
- Cada servicio de cirugía podrá implementarlas en función de sus circunstancias.
- Proteger a los pacientes ingresados y al personal de salud de los riesgos de la infección por SARS Cov -2 y asegurar la actividad asistencial vital.

<b>Recomendaciones de Protecciones. The University of Kansas of Health</b>			
	<b>Cuidados para pacientes negativos a COVID 19</b>	<b>Cuidados para pacientes sospechosos a COVID 19</b>  <b>Siempre que el contacto deba de estar a menos de 3 pie, paciente debe de usar mascarilla.</b>	<b>Procedimientos con aerosolización en pacientes sospechosos o positivos a COVID 19</b>
Quando?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes sin síntomas de COVID 19.</li> <li>- Proximidad a menos de 6 pies de paciente por mas de un 1min</li> </ul>	Paciente con síntomas de COVID 19 y/o prueba pendiente o positivo	Procedimiento con aerosolización
Donde?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clinicas ambulatorias.</li> <li>- Departamento de Emergencias.</li> <li>- Unidades de Cuidados Agudos.</li> <li>- Unidades de Cuidado Intenivos</li> <li>- Area de procedimientos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clinicas ambulatorias.</li> <li>- Departamento de Emergencias.</li> <li>- Unidades de Cuidados Agudos.</li> <li>- Unidades de Cuidado Intenivos</li> <li>- Area de procedimientos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clinicas ambulatorias.</li> <li>- Departamento de Emergencias.</li> <li>- Unidades de Cuidados Agudos.</li> <li>- Unidades de Cuidado Intenivos</li> </ul>
Protección requerida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mascarilla quirúrgica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protectores faciales, lentes.</li> <li>- Mascarillas quirurgicas</li> <li>- Batas</li> <li>- Guantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protectores faciales, lentes.</li> <li>- Mascarillas N95</li> <li>- Mascarillas quirurgicas</li> <li>- Batas</li> <li>- Guantes</li> </ul>
<b>El lavado de mano es siempre mandatorio, antes y despues de cada proceso o procedimiento.</b>			

Adaptado y traducido de: The University of Kansas of Health. The American College of Surgeons

## **Cirugía programada**

1. Verificar que el centro a operar califica con los protocolos actuales con fines de cirugía (UCI, EPP, zonas de control COVID 19, etc)
2. Revisar todas las cirugías electivas programadas para minimizar, posponer o cancelar las intervenciones no imprescindibles hasta que el pico de la epidemia se considere superado. De encontrarse en un área o institución viable para cirugías con menor riesgos, realizar las mismas mesuradamente y con todos los controles necesarios para evitar un contagio del personal de salud y del paciente.
3. Cancelar todas las intervenciones de cirugía menor o cirugía mayor ambulatoria no oncológicas,
4. Programar únicamente los procedimientos que en caso de posponerse pusieran en peligro de forma inminente la vida del paciente o provocasen secuelas significativas. Ver recomendaciones por tipos de cáncer.
5. Toda cirugía de emergencia no oncológica en pacientes oncológicos (colecistitis, apendicitis, trauma, etc)
6. Todo paciente a cirugía debe descartarse COVID-19 (PCR, IGM/IGG -Prueba Rápida, Radiografía de tórax vs Tomografía de Tórax).

## **Hospitalización**

1. Pase de visita en planta: Mantener todas las medidas de protección establecidas.
2. Minimizar las estancias de pacientes ingresados evitando estancias innecesarias; reducir al mínimo imprescindible los ingresos.
3. Reducir al máximo la coincidencia de facultativos en la misma sala y fomentar que un mismo grupo reducido de facultativos pase visita a todos los pacientes ingresados al menos durante una semana y el resto no entren en contacto con los pacientes hospitalizados.
4. Permitir una persona en la habitación con el paciente, utilizando medidas mínimas (mascarillas y guantes o Clorhexidina para el lavado de las manos)

## **Consultas externas/Ambulatorios**

Las consultas externas estarán sujetas a la situación local de su centro u hospital, entendiendo que nuestra población es oncológica, priorizando los mismos, tratando de evaluarles, dar seguimientos a los tratamientos que se les están administrando viendo la efectividad del mismo, así como valorar pacientes posquirúrgicos por la indicación que ha motivado su operación.

- 1- Condicionar el área de consulta y evaluarla con la finalidad de considerar el flujo de aires necesario y área de consulta amplia con finalidad de permitir que el aire circule lo mejor posible, valorar los filtros de las unidades de aire acondicionados y/o realizar modificaciones que las garanticen.
- 2- Revisar todas las citas de consultas externas para minimizar la asistencia presencial de pacientes en la sala de espera de consultas. Valorar la transformación en consulta telefónica todas las citas posibles y posponer las

- citas que requieran atención presencial en los casos en los que dicha demora no ponga en peligro la vida del paciente o pueda provocar contagios.
- 3- Contactar telefónicamente con los pacientes para dar los resultados de análisis anatomopatológicos, pruebas de laboratorio o pruebas radiológicas y evitar visitas innecesarias de pacientes al hospital.
  - 4- En los casos en los que sea imprescindible la consulta presencial, se recomienda contactar con el paciente antes de que acuda al hospital para confirmar que no tiene síntomas (fiebre o síntomas respiratorios), confirmar que no ha estado en contacto con un caso diagnosticado de COVID-19 o que no viene de una zona de alta incidencia; confirmar que es imprescindible la consulta presencial. Atender al paciente en un área alejada de la zona de hospitalización utilizando medidas de protección de aislamiento de contacto en el caso de exploraciones o curas de heridas. Los pacientes deben entrar solos en el hospital sin acompañante.
  - 5- En las salas de esperas, se debe garantizar el distanciamiento entre los pacientes, uso de mascarillas y soluciones para lavar las manos, restringir cuando sea posible el acompañamiento de familiares, de asistir deben cumplir con los mismo requerimientos que le paciente.
  - 6- Pacientes que han recibido quimiorapia recientemente, mayores de edad o con alguna condición mórbida conocida (diabéticos, mayores de 60 años, hipertensos), deben de ser aislados, o sea citarlos a primera hora según el grado de riesgos ante una infección por COVID-19.
  - 7- Rotular los asientos a usar para, garantizar el distanciamiento físico. Colocar en la entrada del consultorio una alfombra con Solución Lejía (Solución de lejía. Para preparar una solución de lejía, mezclar 1 cucharada de lejía con 1 cuarto de galón de agua (4 tazas). Para más suministro, agregar ¼ de taza de lejía a 1 galón (16 tazas) de agua) o con Hipoclorito.<sup>17</sup>
  - 8- Utilizar en la consulta vestimentas específicas (scrubs o Pijamas) cubiertas con batas, de evaluar algún paciente sospechoso o positivo para COVID 19, colocar una bata desechable que le cubra, utilizar mascarillas N95 tanto usted como el paciente, luego de que el paciente salga del consultorio.
  - 9- Debe de entrenar al personal asistente de oficina para tener presente las siguientes medidas:
    - a. Debe utilizar mascarilla, ropa tipo scrub (no ropa habitual) bien cubierta, utilizar gorros, gafas, zapatos de goma.
    - b. Instruir el cuidado de cambio de vestimenta para llegar o retirarse de la oficina.
    - c. Limpiar superficies periódicamente de escritorios, asientos, telefono, equipo computarizado.
    - d. Los escritorios deben de estar sin elementos en su superficies, para facilitar la limpieza del mismo y evitar la contaminación ante cualquier eventualidad.
    - e. Verificar la continua existencia de material para lavado de manos.
    - f. Controlar el número de pacientes y acompañantes, separados a una distancia de 2 mts.
    - g. Si la sala de espera es pequeña o compartida, pedir a los pacientes que esperen en una área cercana que no sea de riesgo.
    - h. Limitar el numero de pacientes a ver por día, de tal manera que le permita cronometrar las citas a ver.

- 10- Al ver cada paciente, debe de limpiar el area, escritorio, asientos, camillas, tener precaución con los documentos que les lleve.
- 11- Es responsabilidad del médico, garantizar que estas medidas se lleven a cabo.
- 12- Debe de aislar todos los materiales utilizados como guantes, batas, mascarillas en una bolsa de plastico para su descarte.

### **CRIBADO DE PACIENTES ONCOLOGICOS A SOMETER A TRATAMIENTO<sup>16</sup>**

La Asociación Española de Cirujanos ha hecho en su guía de recomendaciones los siguientes apuntes: La European Cancer Organization (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-19.

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.

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 la radiografía de tórax vs TAC de tórax urgente puede ser de utilidad en el diagnóstico de COVID 19 por su elevada sensibilidad.

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.

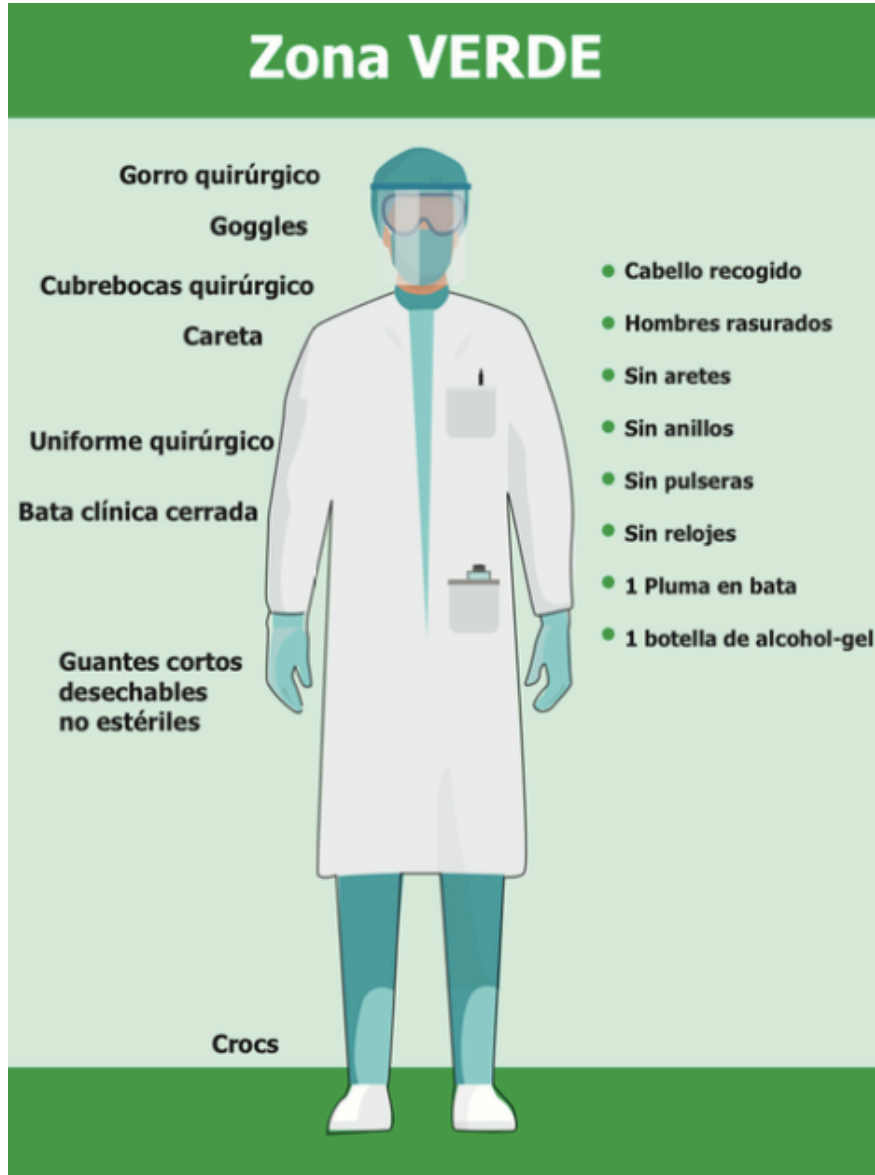
La SAGES y la EAES aconsejan extremar las medidas de protección individual en todas las intervenciones quirúrgicas durante la pandemia independientemente del estatus del paciente. Existen pocas dudas sobre la indicación de realizar una prueba preoperatorio en los casos de alto riesgo (fiebre >37,5 C, tos, disnea o exposición a pacientes con tales síntomas o infectados), aunque algunos centros prefieren solicitar una RT-PCR y/o una TAC torácica a todos los pacientes 24 horas antes de la cirugía electiva, que debe retrasarse en caso de positividad. En quirófano, debe minimizarse el número de personas y la circulación en el mismo. Es preciso extremar las medidas de protección, particularmente en los gestos que generan la formación de aerosoles, como la manipulación de la vía aérea (permanecer fuera del quirófano -excepto el personal estrictamente necesario y adecuadamente protegido- durante los 10 minutos anteriores y siguientes a la intubación y a la extubación) o la laparoscopia. También si se usa un bloqueador bronquial, por la presencia de un circuito abierto en el ventilador.

En cuanto al mejor abordaje quirúrgico, la laparoscopia aporta ventajas sobre la función respiratoria y la estancia hospitalaria, por lo que sería de elección siempre que se tenga la experiencia adecuada y que se tomen una serie de precauciones conducentes a reducir el riesgo de exposición del personal a las fugas de neumoperitoneo durante la intervención o al vaciado del aire al final de la misma:

- Verificar el buen funcionamiento del sistema
- Incisiones ajustadas al diámetro de los trócares (si se dispone de ellos, mejor con balón)
- Aspirar el humo mediante el aspirador y/o a través de filtros
- Vaciar completamente el neumoperitoneo con las mismas precauciones antes de realizar una incisión de asistencia o de retirar los trócares.

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). 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.

**Código de Vestimenta en Centros de Salud según las áreas.<sup>18</sup>**



Adaptado de : Hernandez, J. (2020) Código de Vestimenta Hospitalaria ante COVID Versión 1.1 Hospital para el niño poblano. Puebla, México.

Llegada al hospital únicamente con el material indispensable para la realización de sus actividades.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No aretes</li> <li>• No relojes</li> <li>• No anillos</li> <li>• No dijes</li> <li>• Uso de Crocs o zapato cerrado, dorso liso</li> <li>• Mujeres con cabello recogido</li> <li>• Hombres sin barba y cabello corto</li> <li>• Corroborar equipo</li> <li>• Uniforme quirúrgico limpio</li> <li>• Gorro quirúrgico</li> <li>• Goggles o lentes</li> <li>• Careta</li> <li>• Cubrebocas quirúrgico</li> <li>• Guantes de látex</li> <li>• Bata clínica</li> <li>Aseo de manos</li> <li>• Conclorhexidina+alcohol 30 seg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colocación de guantes de látex</li> <li>Colocación de uniforme quirúrgico</li> <li>Colocación de bata clínica</li> <li>Colocación de cubrebocas quirúrgico</li> <li>Colocación de gorro quirúrgico</li> <li>Colocación goggles</li> <li>Colocación de careta</li> <li>Aseo de manos</li> <li>• Conclorhexidina+alcohol 30 seg</li> <li>Evitar ajustes de cubrebocas y googles</li> <li>Lavado de guantes en los 5 momentos</li> <li>En caso de ruptura de guantes:</li> <li>• Lavado de manos con clorhexidina+alcohol 30 seg.</li> <li>• Colocación de nuevo par de guantes de látex desechables</li> </ul>

## SALIDA

<p>Aseo de manos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclorhexidina+alcohol 30 seg</li> </ul> <p>Voy al área sucia de salida</p> <p>Retiro careta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclinar cabeza adelante</li> <li>• Retirla desde la parte posterior</li> <li>• Colocarla en la solución con cloro</li> <li>• Evitar salpicaduras</li> </ul> <p>Aseo de manos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclorhexidina+alcohol 30 seg</li> </ul> <p>Retiro goggles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocarlos en la solución con cloro</li> <li>• Evitar salpicaduras</li> </ul> <p>Aseo de manos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con clorhexidina+alcohol 30 seg</li> </ul> <p>Retiro de gorro quirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retirar lenta y cuidadosamente</li> <li>• Procurar que la parte interna quede hacia afuera</li> </ul> <p>Aseo de manos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclorhexidina+alcohol 30 seg</li> </ul> <p>Retiro de cubrebocas quirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar ambas cintas detrás de las orejas</li> <li>• Retirar cuidadosamente</li> <li>• Desechar en tánico del área sucia</li> </ul>	<p>Aseo de manos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclorhexidina+alcohol 30 seg</li> </ul> <p>Retiro de bata clínica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retirar lenta y cuidadosamente</li> <li>• Procurar que la parte interna quede hacia afuera</li> </ul> <p>Aseo de manos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclorhexidina+alcohol 30 seg</li> </ul> <p>Retiro de uniforme quirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parte interna queda fuera y enrollándolo</li> </ul> <p>Aseo de manos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclorhexidina+alcohol 30 seg</li> </ul> <p>Retiro de zapatos de uso hospitalario</p> <p>Aseo de manos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclorhexidina+alcohol 30 seg</li> </ul> <p>Colocar ropa sucia y zapatos dentro de bolsa plástica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavado inmediato en casa.</li> </ul> <p>Aseo de manos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclorhexidina+alcohol 30 seg</li> </ul> <p>Retiro lento y cuidadoso de guantes</p> <p>Aseo de manos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con clorhexidina+alcohol 30 seg</li> </ul>
--	--



Adaptado de : Hernandez, J. (2020) Código de Vestimenta Hospitalaria ante COVID Versión 1.1 Hospital para el niño poblano. Puebla, México.

COLOCACIÓN	
<p>Material en área limpia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guantes</li> <li>• Botas</li> <li>• Bata</li> <li>• Mascarilla N95</li> <li>• Goggles cerrados</li> <li>• Gorro</li> <li>• Careta</li> </ul> <p>Fuera TODOS los artículos personales</p> <p>Aseo de manos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con clorhexidina+alcohol 20 seg</li> </ul> <p>Colocación guantes internos</p> <p>Colocación botas desechables</p> <p>Colocación bata</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nudo a un costado</li> <li>• Cubre todo el torso</li> <li>• Guantes sobre puños</li> </ul> <p>Colocación mascarilla N95</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrir nariz y boca</li> <li>• Doblar sobre puente nasal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cinta superior superior coronilla</li> <li>• Cinta inferior en nuca</li> <li>• Corroborar sellado con 2 inhalaciones Colocar goggles</li> <li>• Ajuste perfecto</li> </ul> <p>Colocar gorro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrir ambas orejas</li> </ul> <p>Colocar careta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bien ajustada alrededor de cabeza</li> </ul> <p>Colocación guantes externos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobre puños de bata</li> <li>• Sin exponer piel</li> </ul> <p>Verificación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Levantar brazos 90°</li> <li>• Girar 360°</li> </ul> <p><b>Evitar ajustes al revisar pacientes</b></p> <p>Retiro de guantes externos en los 5 momentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavado guantes internos con clorhexidina+alcohol</li> <li>• Recolocación de guantes externos</li> </ul>

## RETIRO

<p><b>Voy al área sucia</b></p> <p>Desinfección guantes externos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con clorhexidina+alcohol por 20 seg</li> </ul> <p>Retiro lento y cuidadoso de guantes externos</p> <p><b>Inspección de guantes internos buscando rupturas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avisar si hay ruptura</li> </ul> <p>Desinfección de guantes internos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con clorhexidina+alcohol por 20 seg</li> </ul> <p>Retiro lento y cuidadoso de bata</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deshacer nudo a un costado</li> <li>• Traccionar bata desde el pecho</li> <li>• Conservar guantes internos colocados</li> <li>• Enrollar bata para que parte interna quede afuera</li> <li>• Desechar bata en tanico del área sucia</li> </ul> <p>Desinfección de guantes internos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con clorhexidina+alcohol por 20 seg</li> </ul> <p>Retirar careta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclinar cabeza adelante</li> <li>• Retirla desde la parte posterior</li> <li>• Que la parte externa del gorro no toque piel</li> <li>• Colocarla en solución con cloro</li> <li>• Evitar salpicaduras</li> </ul> <p>Desinfección de guantes internos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con clorhexidina+alcohol por 20 seg</li> </ul> <p>Retirar gorro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclinar cabeza adelante</li> <li>• Retirlo desde la parte posterior</li> <li>• Que la parte externa del gorro no toque piel</li> <li>• Desecharlo en tanico del área sucia</li> </ul>	<p>Desinfección de guantes internos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con clorhexidina+alcohol por 20 seg</li> </ul> <p>Retirar goggles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclinar cabeza adelante</li> <li>• Retirarlos desde la parte posterior</li> <li>• Colocarlos en la solución con cloro</li> <li>• Evitar salpicaduras</li> </ul> <p>Desinfección de guantes internos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con clorhexidina+alcohol por 20 seg</li> </ul> <p>Retirar mascarilla N95</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclinar cabeza adelante</li> <li>• Retirar tira de nuca</li> <li>• Retirar tira de coronilla</li> <li>• Evitar que toque parte externa la piel</li> <li>• Desecharla en tanico del área sucia</li> </ul> <p>Desinfección de guantes internos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con clorhexidina+alcohol por 20 seg</li> </ul> <p>Retiro de botas, una por una</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desecharlas en tanico del área sucia</li> <li>• El zapato descubierto toca sólo el piso del área limpia</li> </ul> <p>Desinfección de guantes internos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con clorhexidina+alcohol por 20 seg</li> </ul> <p>Retiro de guantes internos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lento</li> <li>• Sin tocar parte externa del guante</li> <li>• Desecharlos en tanico de área limpia</li> </ul> <p>Aseo de manos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con clorhexidina+alcohol por 20 seg</li> </ul>
---	--



Adaptado de : Hernandez, J. (2020) Código de Vestimenta Hospitalaria ante COVID  
 Versión 1.1 Hospital para el niño poblano. Puebla, México.

<b>COLOCACIÓN</b>	
<p>Materiales área limpia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 pares de Guantes cortos internos y largos externos</li> <li>• 2 pares de botas (si hay disponible)</li> <li>• Bata</li> <li>• Impermeable</li> <li>• Mascarilla N95</li> <li>• Cubrebocas quirúrgico</li> <li>• Goggles cerrados</li> <li>• Gorro</li> <li>• Careta</li> </ul> <p>Fuera TODOS los artículos personales</p> <p>Aseo de manos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con clorhexidina+alcohol 20 seg</li> <li>• Colocación guantes internos</li> <li>• En caso de haber 2 pares de botas desechables (colocar el primer par aquí, de lo contrario, omitir este paso).</li> <li>• Colocación mascarilla N95</li> <li>• Cubrir nariz y boca</li> <li>• Doblar sobre puente nasal</li> <li>• Cinta superior superior coronilla</li> <li>• Cinta inferior en nuca</li> <li>• Corroborar sellado con 2 inhalaciones</li> </ul> <p>Colocación de cubrebocas quirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar el cubrebocas de las bandas elásticas</li> <li>• Colocar las cintas por detrás de las orejas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doblar sobre puente nasal</li> </ul> <p>Colocar goggles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajuste perfecto</li> </ul> <p>Colocación bata</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nudo a un costado</li> </ul> <p>Cubre todo el torso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guantes sobre puños</li> <li>• Colocar gorro</li> <li>• Cubrir ambas orejas</li> </ul> <p>Colocación de impermeable (Overall)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empezar por el pantalón</li> <li>• Colocar la chamarra y abrochar botones</li> <li>• Colocar el gorro y jalar las cintas para fijarlo a la cara</li> <li>• Cintas dentro del traje</li> <li>• Colocación de botas</li> <li>• Cubriendo el pantalón del hazmat</li> </ul> <p>Colocar careta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bien ajustada alrededor de cabeza</li> <li>• Colocación guantes externos largos</li> <li>• Sobre puños de bata sin exponer piel</li> </ul> <p>Verificación</p> <p>Levantar brazos 90°</p> <p>Girar 360°</p> <p>Evitar ajustes al revisar pacientes</p> <p>Retiro de guantes externos largos en los 5 momentos</p>

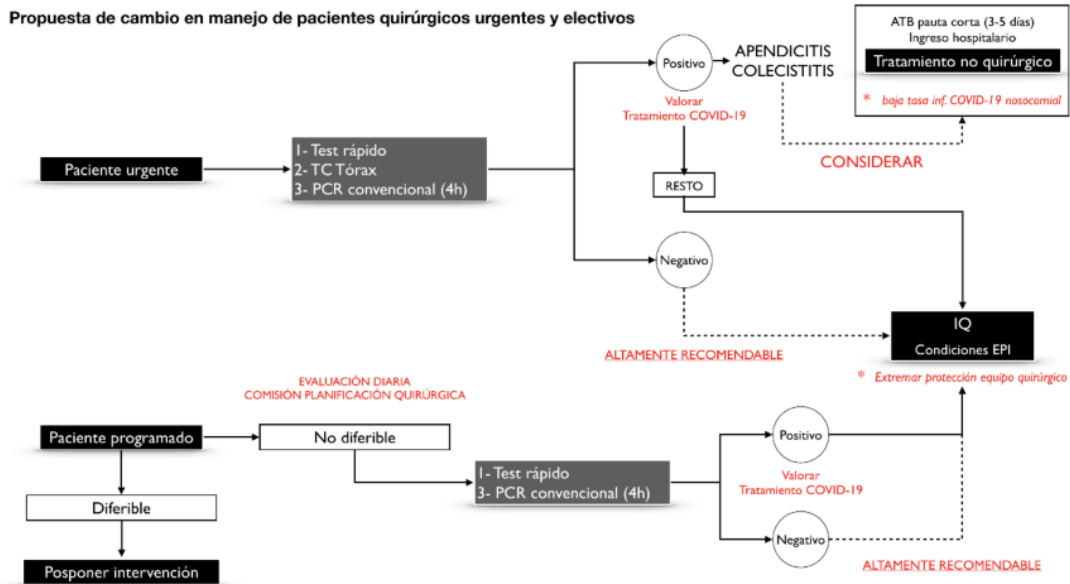
## RETIRO

<p>Voy al área sucia</p> <p>Desinfección guantes externos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con clorhexidina+alcohol por 20 seg</li> </ul> <p>Retiro lento y cuidadoso de guantes externos</p> <p>Inspección de guantes internos buscando rupturas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avisar si hay ruptura</li> </ul> <p>Retiro cuidadoso de botas externas</p> <p>Desajustar las cintas</p> <p>Retirar cuidadosamente</p> <p>Desinfección de guantes internos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con clorhexidina+alcohol por 20 seg</li> </ul> <p>Retiro lento y cuidadoso de hazmat</p> <p>Desajustar las cintas del gorro</p> <p>Bajar el gorro cuidadosamente para no retirar el primero</p> <p>Desabrochar botones</p> <p>Quitar la chamarra y pantalón procurando que la parte interna quede afuera</p> <p>Desinfección de guantes internos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con clorhexidina+alcohol por 20 seg</li> </ul> <p>Retiro lento y cuidadoso de bata</p> <p>Deshacer nudo a un costado</p> <p>Traccionar bata desde el pecho</p> <p>Conservar guantes internos colocados</p> <p>Enrollar bata para que parte interna quede afuera</p> <p>Desechar bata en tanico del área sucia</p> <p>Desinfección de guantes internos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con clorhexidina+alcohol por 20 seg</li> </ul> <p>Retirar careta</p> <p>Inclinar cabeza adelante</p> <p>Retirla desde la parte posterior</p> <p>Que la parte externa del gorro no toque piel</p> <p>Colocarla en solución con cloro</p> <p>Evitar salpicaduras</p> <p>Desinfección de guantes internos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con clorhexidina+alcohol por 20 seg</li> </ul>	<p>Retirar gorro</p> <p>Inclinar cabeza adelante</p> <p>Retirlo desde la parte posterior</p> <p>Que la parte externa del gorro no toque piel</p> <p>Desecharlo en tanico del área sucia</p> <p>Desinfección de guantes internos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con clorhexidina+alcohol por 20 seg</li> </ul> <p>Retirar goggles</p> <p>Inclinar cabeza adelante</p> <p>Retirarlos desde la parte posterior</p> <p>Colocarlos en la solución con cloro</p> <p>Evitar salpicaduras</p> <p>Desinfección de guantes internos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con clorhexidina+alcohol por 20 seg</li> </ul> <p>Retiro de botas, una por una</p> <p>Desecharlas en tanico del área sucia</p> <p>El zapato descubierto toca sólo el piso del área limpia</p> <p>Desinfección de guantes internos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con clorhexidina+alcohol por 20 seg</li> </ul> <p>Retiro de cubrebocas quirúrgico</p> <p>Tomar ambas cintas detrás de las orejas</p> <p>Retirar cuidadosamente</p> <p>Desechar en tánico del área sucia</p> <p>Desinfección de guantes internos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con clorhexidina+alcohol por 20 seg</li> </ul> <p>Retirar mascarilla N95</p> <p>Inclinar cabeza adelante</p> <p>Retirar tira de nuca</p> <p>Retirar tira de coronilla</p> <p>Evitar que toque parte externa la piel</p> <p>Desecharla en tanico del área sucia</p> <p>Desinfección de guantes internos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con clorhexidina+alcohol por 20 seg</li> </ul> <p>Retiro de guantes internos</p> <p>Retirar lentamente sin tocar parte externa del guante</p> <p>Desecharlos en tanico de área limpia</p> <p>Aseo de manos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con clorhexidina+alcohol por 20 seg</li> </ul>
---	---

# Consideraciones para una protección óptima del cirujano<sup>19</sup>

Antes, durante y después de la operación.

**Figura 1. Propuesta genérica del manejo preoperatorio e intraoperatorio de pacientes quirúrgicos.**



Tomado de: Documento de Posicionamiento y Recomendaciones del grupo de trabajo Cirugía-AEC-COVID-19 . Asociación Española de Cirujanos.  
[https://www.aecirujanos.es/files/noticias/152/documentos/dossier\\_v\\_1\\_11.pdf](https://www.aecirujanos.es/files/noticias/152/documentos/dossier_v_1_11.pdf)

Actualmente hay cantidades crecientes de información sobre la protección del trabajador de la salud, incluso en la sala de operaciones. Esta sección reúne la información, los datos y las recomendaciones más recientes para el personal en la sala de operaciones, así como también cómo minimizar el riesgo de infección por el virus del COVID 19 después. En esta sección, se abordan los siguientes problemas:

- 1- Uso de equipo de protección personal (en el quirófano, incluida la colocación / colocación apropiada del EPP).
- 2- Riesgos de intubación.
- 3- Cuestiones específicas de riesgo operativo
- 4- Después de la operación / abandonar el quirófano y abandonar la instalación.

## Uso de equipo de protección personal

Los Centros para el Control de Enfermedades recomiendan:

- 3- El uso de equipo de protección personal para cada procedimiento quirúrgico realizado en un paciente con infección confirmada por COVID-19 o un paciente donde hay sospecha de infección.
- 4- El uso de mascarillas N95 o mascarilla que ofrezcan alto nivel de protección debe de ser usado cuando se realice o presente para un procedimiento que genere aerosol (ej. Intubación) en un paciente con infección confirmada por COVID-19 o un paciente donde hay sospecha de infección.

- 5- Mascarillas y protectores faciales desechables deben de ser retirado y descartados apropiadamente según las políticas locales.
- 6- Realiza lavado de manos despues de descartar las mascarillas.
- 7- La prueba de ajuste es primordial para garantizar el ajuste adecuado de la máscara.
- 8- Existe una clara posibilidad de que el equipo de protección personal, incluidas las máscaras aceptables (tales como la máscara N95) puede ser escasa. Se alienta a las instituciones de salud a desarrollar protocolos para preservar los suministros de máscaras y equipos de protección.

## Secuencia de control de sellado antes de cada uso<sup>20</sup>



1. Coloque el respirador en la mano con la pieza nasal situada en la zona de las yemas de los dedos; las cintas ajustables deberán colgar a ambos lados de la mano.



2. Coloque el respirador bajo el mentón, con la pieza nasal en la parte superior.



3. Tire de la cinta superior, pasándola sobre la cabeza, y colóquela en la zona alta de la parte posterior de la cabeza. Tire de la cinta inferior, pasándola sobre la cabeza, y colóquela debajo de la anterior, situándola a ambos lados del cuello, por debajo de las orejas.



4. Ponga las yemas de los dedos de ambas manos en la parte superior de la pieza nasal, moldeándola al contorno de la nariz utilizando dos dedos de cada mano por cada costado. El objetivo es adaptar la pieza nasal del respirador al contorno de la nariz (si solo se pellizca la pieza nasal con una mano, es posible que el desempeño del respirador se afecte). Asegúrese de que no haya elementos extraños que puedan interferir en el ajuste del respirador a la cara (vello de la barba, por ejemplo).



5. Cubra la parte frontal del respirador con ambas manos sin modificar su posición en la cara.
  1. Control de sellado positivo: espire con fuerza. Si el respirador está sellado correctamente sobre la cara, no se percibirá fuga de aire. De lo contrario, ajuste la posición del respirador y la tensión de los tirantes nuevamente.
  2. Control de sellado negativo: inhale con fuerza. Si el sellado es adecuado, la presión negativa generada debe provocar que el respirador colapse sobre la cara. En caso contrario, ajuste la posición del respirador y la tensión de los tirantes nuevamente.

### DONNING PROCEDURE



Figure 1. Donning procedure of PPE in sterile OR environment



## DOFFING PROCEDURE



### Riesgos de intubación

- La aerosolización y la transmisión de gotas del virus COVID-19 son riesgos importantes para la cirugía de personal.
- El riesgo de aerosolización y transmisión de gotas aumenta con procedimientos como la intubación endotraqueal, traqueostomía, endoscopia gastrointestinal y durante la evacuación de neumoperitoneo y aspiración de fluidos corporales durante procedimientos laparoscópicos.
- Los cirujanos y el personal no necesarios para la intubación deben permanecer fuera de la sala de operaciones hasta que se complete la inducción e intubación

con anestesia para pacientes con o con sospecha de tener contagio de COVID-19.

- Se recomiendan quirófanos de presión negativa y / o antesalas cuando estén disponibles. Una revisión hace referencia al artículo que presenta datos sobre el uso y la efectividad de los quirófanos de presión negativa.
- Un estudio reciente en el New England Journal of Medicine muestra cuánto tiempo COVID-19 puede permanecer infeccioso en diferentes superficies (por ejemplo, cartón 1 día, plástico 3-4 días).
- Los EPP apropiados deben usarse según la política local, en pacientes COVID-19 positivos.

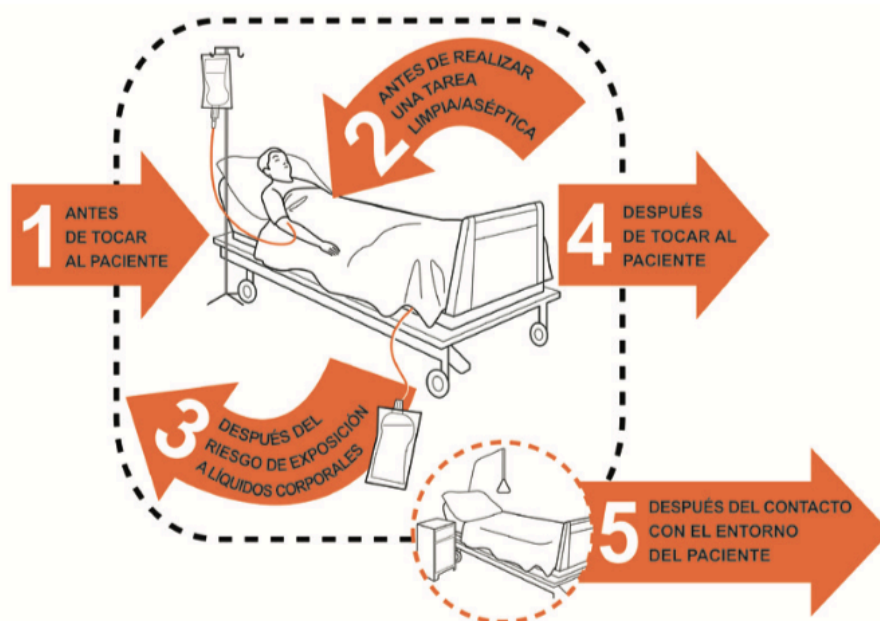
#### **Cuestiones específicas de riesgo durante la cirugía**

- Tener un número mínimo de personal en la sala de operaciones, incluso durante la intubación, así como en todo. No hay visitantes ni observadores.
- Use el evacuador de humo cuando se use electrocauterización.
- Considere evitar la laparoscopia (recomendaciones SAGES).
- Las consideraciones de traqueotomía son importantes debido al alto riesgo de aerosolización.
- Las Piezas quirúrgicas a patología debe manejarse con mucho cuidado, por el riesgo que conllevaría.

#### **Después de la operación / recuperación**

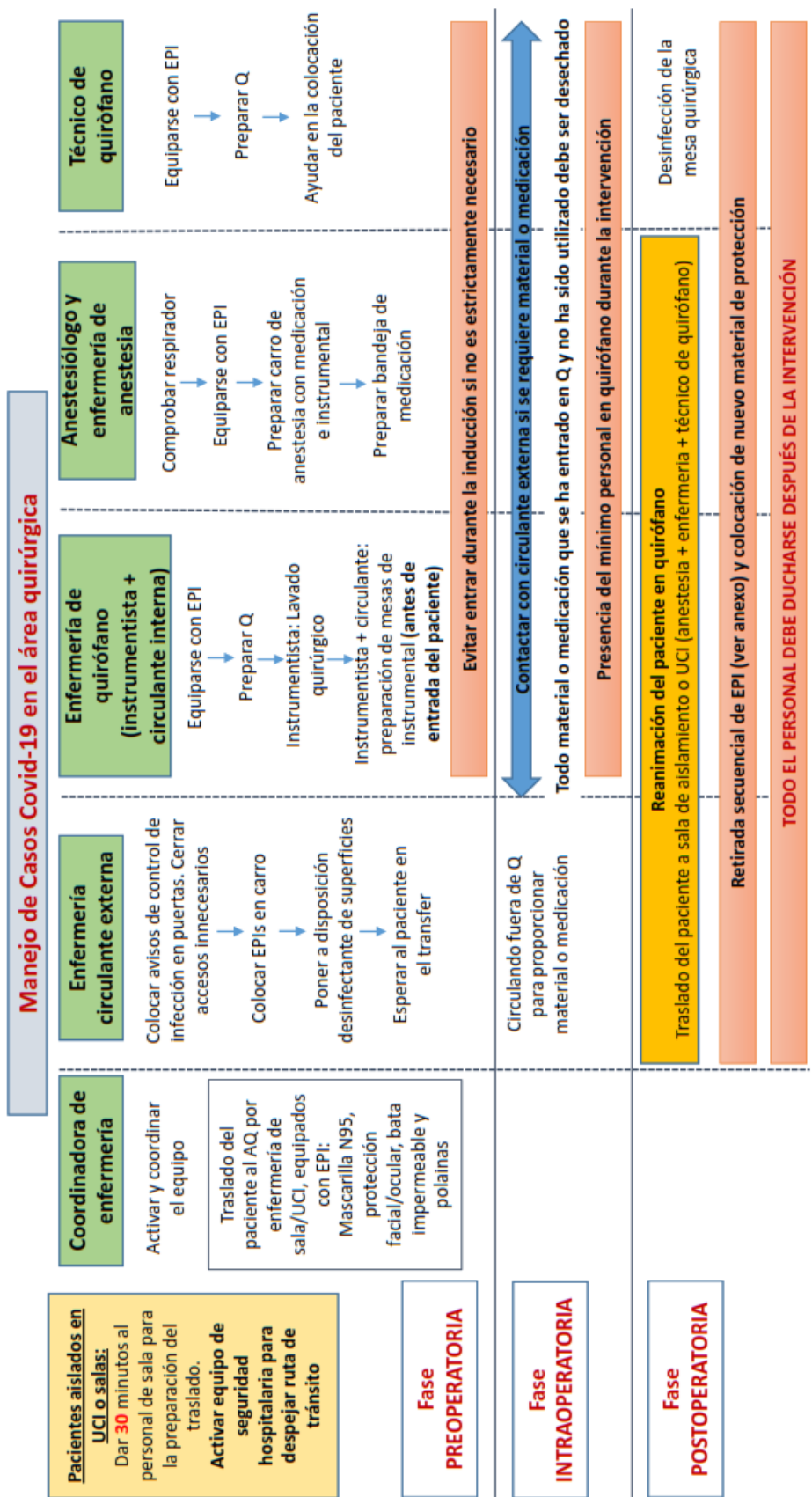
- Si es necesario transportar a un paciente con sospecha que tiene infección por COVID-19 a un área de recuperación externa o unidad de cuidados intensivos, se debe considerar la transferencia a un número mínimo de personal de transporte que esté esperando fuera de la sala de operaciones. El personal debe usar equipo de protección personal según lo recomendado. El equipo de protección personal no debe ser el mismo que se usa durante el procedimiento.
- Las recomendaciones para la protección del cirujano antes y después de separarse de un paciente con o con sospecha de infección por COVID-19 varían de una institución a otra. Aquí se presentan selecciones desde estas perspectivas:
  - No utilice vestimentas del hogar en los centros de atención.
  - Cambiase la ropa y guardela en un una bolsa de ropa y guárdela. Utilice preferiblemente scrubs (pijamas médicas).
  - Después de concluir su labor, retirese toda la vestimenta usada en el centro, incluyendo calzados, báñese en el centro, y luego se viste con la ropa del hogar para retirarse.
  - Antes de abordar su vehículo o transporte al salir del centro lávese las manos.

**Figura 6. Los cinco momentos de la higiene de las manos recomendados por la Organización Mundial de la Salud**



### **Proceso para regresar al hogar.**

- Las instituciones o los sistemas de atención médica o usted mismo, si lo considera, pueden proporcionar un alojamiento en un hotel por si no pueden o lo prefiere, para no ir a su hogar y disminuir los riesgos de transmisión de sus personas cercanas, después de salir del centro de atención.
- Esté atento al hecho de que la contaminación viral de las superficies es un medio conocido de transmisión de la infección.
- Mantenga desinfectante de manos y / o guantes desechables para uso de cajeros automáticos, máquinas expendedoras, bombas de gasolina y transferencia de artículos al momento de la compra.
- Limpie su teléfono celular con frecuencia antes, durante y después de las actividades de atención al paciente. Los teléfonos celulares se pueden guardar en una bolsa Ziploc durante las actividades laborales. El teléfono se puede usar mientras está en la bolsa.
- Considere quitarse la ropa y lavarla al llegar a casa.
- Considere reducir el contacto físico con los miembros de la familia y lávese las manos con frecuencia.
- Limpie las superficies duras en el hogar con una solución desinfectante eficaz (por ejemplo, 60% de alcohol).



AQ: área quirúrgica; Q: quirófano; EPI: equipo de protección individual

Modificado de Ti LK et al. Can J Anesth. 2020

## **Orientación para la traqueostomía quirúrgica y el cambio del tubo de traqueostomía durante la pandemia de COVID-19<sup>21</sup>**

### **Traqueostomía de emergencia (obstrucción inminente de la vía aérea, estado desconocido de COVID-19)**

Manejar al paciente como tal COVID-19 positivo. Dados los síntomas respiratorios, cumplirán los criterios de sospecha de COVID-19 y no habrá tiempo para realizar pruebas en esta situación.

#### ***Causa reversible de obstrucción de las vías respiratorias.***

- Sería preferible la intubación en lugar de la traqueostomía, siga la guía difícil de la vía aérea. Evite el uso de oxígeno de alto flujo / AIRVO
- El personal de la vía aérea más experimentado (anestesta) presente debe manejar la vía aérea para maximizar el éxito al primer intento.
- El personal de vías aéreas más capacitado (ORL/Cirujano) para traqueotomía si es necesario.
- Reduzca los miembros innecesarios del equipo al personal esencial.

#### ***Causa irreversible de obstrucción de las vías respiratorias, es decir (masa laríngea)***

Causa irreversible de obstrucción de las vías respiratorias donde la intubación no es apropiada, traqueostomía según el procedimiento quirúrgico estándar a continuación. En este momento, puede no ser aconsejable para la reducción de la laringe en aquellos en los que se desconoce el estado de COVID-19

#### ***Traqueostomía electiva***

- La prueba COVID-19 se realizará en todos los pacientes antes de la traqueostomía electiva.
- La traqueostomía es un procedimiento de alto riesgo debido a la generación de aerosoles, puede ser prudente retrasar la traqueostomía hasta que la enfermedad activa de COVID-19 haya pasado, de ser posible. Valorar por un comité la idoneidad del procedimiento.
- Si COVID negativo después de la prueba, proceda según el procedimiento operativo estándar (máscara quirúrgica resistente a los fluidos, bata quirúrgica, guantes y protección para los ojos).

#### ***Procedimiento quirúrgico estándar para traqueostomía en paciente con COVID 19 positivo / estado desconocido.***

- El anestesta más experto y el otorrinolaringólogo o cirujano que realiza la anestesia y el procedimiento, para garantizar que el procedimiento sea seguro, preciso y rápido.
- Reduzca los miembros innecesarios del equipo al personal esencial.
- Preparación y bata: Use la máscara FFP3. Se debe usar protección para los ojos / la cara para realizar una traqueotomía o cambiar un tubo de traqueotomía debido al riesgo de secreciones respiratorias o fluidos corporales. Una de las siguientes opciones son adecuadas: mascarilla quirúrgica con visera integrada visera completa / visera. Se debe usar una bata desechable resistente a los fluidos. Si se usa una bata no resistente a los fluidos, se debe usar debajo un

delantal de plástico desechable. Se debe usar una bata estéril desechable para la traqueostomía quirúrgica. Los guantes deben ser apropiados para permitir la palpación, el uso de puntos e instrumentos quirúrgicos. Considere usar el sistema Eclipse o “doble enguantado”. La traqueostomía no fenestrada con manguito debe usarse para evitar la aerosolización del virus. Se debe hacer todo lo posible para no perforar el manguito del tubo endotraqueal al realizar la traqueostomía. El avance inicial del tubo endotraqueal debe realizarse antes de realizar la ventana de traqueostomía. Si es posible, detenga la ventilación mientras se realiza una ventana en la tráquea y verifique que el manguito aún esté inflado antes de reanudar la ventilación. La ventilación debe cesar antes de la inserción del tubo de traqueostomía y garantizar la colocación rápida y precisa del tubo de traqueostomía con un rápido inflado del manguito.

- Confirme la colocación con CO2 de marea final.
- Asegúrese de que no haya fugas del manguito y que el tubo esté asegurado en su posición.
- Se debe colocar HME (intercambiador de calor y humedad) en la traqueostomía para reducir la eliminación del virus si se desconecta el tubo anestésico.
- Evite desconectar HME pero, si es necesario, desconecte distalmente a HME.
- Cuidados post traqueotomía RCoA sugiere evitar los circuitos húmedos humidificados, ya que teóricamente reducirá los riesgos de contaminación de la habitación si hay una desconexión inesperada del circuito.
- Evite cambiar el tubo de traqueostomía hasta que COVID-19 haya pasado, tendrá que revisar con enfermedades infecciosas.
- Manguito para permanecer inflado y verificar si hay fugas.
- Haga todo lo posible para no desconectar el circuito.
- Solo se debe usar succión cerrada en línea.

## **Traqueostomía y cambios en el tubo de traqueostomía en negativo confirmado o no sospechado COVID 19**

Equipamiento y bata:

- Use mascarilla quirúrgica resistente a fluidos.
- Se debe usar protección para los ojos / la cara para realizar una traqueotomía o cambiar un tubo de traqueotomía debido al riesgo de secreciones respiratorias o fluidos corporales.
- Una de las siguientes opciones son adecuadas:
  - Mascarilla quirúrgica con visera integrada visera completa / visera.
  - Bata quirúrgica habitual para traqueotomía y delantal desechable de un solo uso para cambio de tubo.
  - Los guantes deben ser apropiados para permitir la palpación, el uso de puntos e instrumentos quirúrgicos.
  - Considere usar el sistema Eclipse o “doble enguantado”.

## **Recomendaciones Radioterapia Oncológica<sup>22</sup>**

El tratamiento de los pacientes oncológicos que en muchos casos presentan compromiso del sistema inmunológico, aunado al hecho de que suelen ser mayores de 60 años, con comorbilidades asociadas, los hace más susceptibles al contagio de COVID-19, siendo las posibles complicaciones de mayor gravedad al compararlas con el resto de la población, por lo cual se hace imprescindible el cumplimiento estricto de los protocolos de prevención para evitar la transmisión.

Además de las medidas que se puedan tomar en cada hospital, clínica y/o centro de radioncología, toda la infraestructura sanitaria pública y privada dependerá estrictamente de las informaciones y medidas que estipule el Ministerio de Salud Pública.

### **Acceso al Centro de Radioncología:**

- Aquellos pacientes que lo ameriten acudirán con un (1) solo acompañante.
- La recepcionista (con medidas de protección adecuadas), preguntará si el paciente o su acompañante han presentado fiebre y/o síntomas respiratorios, también verificará si ha tenido viajes recientes al exterior identificando el país o países. En caso negativo continuarán hacia el área de tratamiento, en caso positivo les dará una mascarilla y los derivará a las instancias de salud establecidas previamente por las autoridades nacionales.
- El acceso de los pacientes y acompañantes (en caso de ameritar este último) se debe realizar por una única vía de entrada.

### **Consultas:**

- Los pacientes nuevos serán valorados siguiendo los criterios habituales, antes de ser evaluados por el Radioncólogo, éstos últimos revisarán los documentos y en caso de ser necesario solicitará los estudios pertinentes antes de realizar la consulta.
- Las consultas intra-tratamiento para valorar toxicidad se realizarán cuando el paciente la solicite, y/o cuando los Técnicos de Radioncología notifiquen al Radioncólogo la presencia de síntomas relacionados con el tratamiento, y/o cada 11 sesiones según criterio del Radioncólogo responsable del paciente.
- Las consultas post-tratamiento se suspenden hasta nuevo aviso, programándose la misma vía telefónica, quedando a criterio del Radioncólogo la pauta a seguir: nueva fecha, solicitar estudio de extensión o presencia física.

### **Pacientes en Tratamiento Ambulatorio:**

- Se regulará al máximo la hora de tratamiento y la hora de llegada al Centro de Radioncología para evitar aglomeraciones en la sala de espera.
- En la sala de espera la distancia entre los pacientes debe ser mínimo 1 metro o 2 asientos de por medio.

### **Pacientes Ingresados:**

- Los Técnicos de Radioncología preguntarán al personal de planta la situación en la que se encuentra el paciente antes de proceder a su traslado al área de tratamiento, notificándole previamente al Radioncólogo, quien registrará en el expediente correspondiente cualquier eventualidad.

### **Pacientes con sospecha de infección por COVID-19:**

Se detendrá el tratamiento hasta tener resultado de la prueba diagnóstica. En caso de ser una situación clínica que no permita la suspensión del tratamiento se procederá a realizarlo en las mismas condiciones de un paciente infectado, extremando las medidas de seguridad.

### ***Pacientes Infectados por COVID-19:***

Siguiendo el criterio del Radioncólogo, se limitará el tratamiento a casos urgentes:

- Compresión medular, hemorragias incoercibles, síndrome de vena cava superior que no haya cedido a tratamiento médico previo, dolor que no ceda a tratamiento médico ambulatorio.

### ***Considerar tratamientos hipofraccionados.***

La suspensión de tratamiento en aquellos casos no urgentes se realizará según criterio del Radioncólogo.

Sugerimos revisar la guía: Entrega oportuna de radioterapia radical – pautas para el manejo de las interrupciones no programadas del tratamiento 4<sup>ta</sup> edición ([https://www.rcr.ac.uk/system/files/publication/field\\_publication\\_files/bfco191\\_radiotherapy-treatment-interruptions.pdf](https://www.rcr.ac.uk/system/files/publication/field_publication_files/bfco191_radiotherapy-treatment-interruptions.pdf)).

Se prestará especial atención a los pacientes que estén recibiendo irradiación torácica.

Considerar que un paciente infectado con COVID-19 podría transmitirlo al personal que labora en el Centro de Radioncología, acarreando ausentismo laboral y por consiguiente comprometiendo la continuidad laboral del centro y tratamiento de otros pacientes.

En caso de no poder suspenderse el tratamiento, el (los) paciente (s) será (n) tratado (s) en último lugar.

Medidas de Limpieza General y Responsables de las mismas en el Centro de Radioncología:

- Consultorios (mesa, computadora, sillas y área de examen físico): Personal de limpieza y/o el propio Radioncólogo, posterior a la evaluación de cada paciente o mínimo cada hora.
- Recepción de Radioncología: Personal de limpieza y/o las propias recepcionistas.
- Bunker: Técnicos de Radioncología.
- Braquiterapia: Personal de limpieza, Técnicos de Radioncología y/o personal de enfermería.
- El resto cada uno su puesto de trabajo.

### ***Medidas Generales de Protección al Personal:***

Los Radioncólogos y Técnicos de Radioncología deberán extremar las normas de seguridad (uso de mascarillas, lavado de manos, uso de guantes, limpieza del espacio de trabajo, etc.).

- Se deben colocar mascarilla quirúrgica durante el contacto con pacientes que tengan clínica respiratoria.
- Se limita el acceso a un (1) sólo acompañante en la sala de espera y consulta.
- Los trabajadores con fiebre y/o clínica respiratoria se abstendrán de acudir al sitio de trabajo, notificando con antelación a la instancia correspondiente. En cada caso se seguirán las instrucciones emanadas por las instancias de salud gubernamentales.
- Los trabajadores con sintomatología inespecífica leve sin criterios de riesgo, evitarán el contacto con pacientes sensibles, extremarán las medidas higiénico-sanitarias, utilizarán en todo momento mascarilla quirúrgica y se realizarán los estudios que indiquen las instancias de salud

gubernamentales, extremando en todo caso las precauciones higiénico sanitarias y monitorización estrecha de su evolución.

- Se suspenden las reuniones físicas de discusión de casos, y de ser necesario se realizarán por vía telefónica o remota.
- Hasta nuevo aviso se prohíbe la asistencia de visitantes médicos.

#### **Recursos Humanos:**

Se recomienda teletrabajo desde domicilio.

Sin alterar la recepción y tratamiento de pacientes se recomienda distribuir a los Radioncólogos para que asistan físicamente una o dos (1-2) veces por semana, procurando en lo posible que los grupos no coincidan.

Las delimitaciones y aprobaciones de tratamiento de los pacientes las podrá realizar cualquier Radioncólogo, siguiendo y respetando las medidas establecidas en cada centro.

Los controles de calidad de cada delimitación y planificación se mantendrán según estime cada centro.

#### **Recursos Materiales e Insumos:**

Disponibilidad constante de medios de protección suficientes (guantes, mascarillas, batas) y gel antiséptico.

## **PREPARACIÓN DE LA CLÍNICA / CENTRO / UNIDADES DE ONCOLOGÍA<sup>23</sup>**

La siguiente guía es para todas las prácticas de cáncer a considerar, con o sin informes de transmisión local de COVID-19.

### **Preparación del personal**

- Brinde al personal de la clínica capacitación adicional sobre el reconocimiento de síntomas, los procedimientos de detección y el uso de las Precauciones estándar y el equipo de protección personal (EPP).
- Es posible que se deba obtener / obtener PPE adicional, ya que el personal que generalmente no lo usa puede ser requerido para realizar tareas donde sea apropiado.
- Brinde capacitación al personal de la clínica sobre cómo obtener la prueba de SARS-COV2 para los pacientes de acuerdo con las pautas de prueba actuales.
- Identifique los servicios de salud mental por teléfono en su comunidad, si están disponibles, y esté preparado para derivar a los pacientes y sus familias, y al personal cuando sea apropiado.

### **Preparación clínica:**

- Establezca estaciones de triaje fuera de la instalación, clínica u oficina con distancia social de seis pies de distancia para detectar a los pacientes y visitantes en busca de síntomas de COVID-19 y fiebre antes de ingresar.
- Limite el acceso a la instalación a través de un punto de entrada, si es posible.
- El acceso a las instalaciones debe excluir a los proveedores, servicios auxiliares mínimos, limitaciones en la mayoría o la totalidad de los visitantes, y nadie menor de 18 años. Considere los servicios de soporte remoto o virtual.
- Instale barreras o mecanismos de distanciamiento social en los escritorios delanteros si el examen no se realiza fuera de la instalación.

- Convierta el área de espera para permitir el distanciamiento de al menos seis pies. Esto puede requerir una reducción en las visitas o un mayor intervalo entre visitas para permitir un área de espera reducida o eliminada.
- Convierta a través de un rediseño simple, cualquier suite de infusión abierta actual en espacio semiprivado con al menos seis pies de distancia entre pacientes y / o use cortinas disponibles como barrera entre pacientes.
- Suspenda o muévase a una plataforma virtual, todas las actividades grupales y de pacientes en el sitio (yoga, seminarios educativos, grupos de apoyo, etc.).

**Programación del paciente:**

- Posponer las visitas de seguimiento de rutina de pacientes que no están en tratamiento activo contra el cáncer. Esto incluye visitas de supervivencia de 6 meses y 12 meses.
- En lugar de las visitas de seguimiento de rutina, deben iniciarse breves controles remotos para garantizar que los pacientes que reciben terapias de mantenimiento tengan suficientes suministros de medicamentos y brinden instrucciones sobre cuándo deben llamar a su proveedor.
- Para la atención de supervivencia, los controles remotos serán más importantes cuanto más tiempo existan las restricciones de la pandemia. Se debe identificar una línea de tiempo en los próximos meses para instituir la telecomunicación directa para los registros de supervivencia.
- Proporcionar comunicación y educación a los pacientes a través de la telecomunicación directa, sitios web y portales de pacientes con respecto al virus COVID-19 y la justificación de los cambios en los horarios de visitas será esencial.
- Se puede considerar la recolección domiciliar de muestras de laboratorio de rutina en lugar de las visitas de pacientes a la clínica. La evaluación de los resultados de las pruebas de laboratorio puede realizarla el equipo de atención médica y comunicarse a través de las telecomunicaciones.
- Para las áreas que aún no se han visto afectadas por la transmisión local generalizada, el aplazamiento de las visitas no urgentes debe utilizarse para permitir una programación más inmediata de las visitas urgente.

**TERAPIA INMUNOSUPRESIVA**

En este momento, no hay evidencia directa para apoyar el cambio o la suspensión de la quimioterapia o inmunoterapia en pacientes con cáncer. Por lo tanto, no se recomienda suspender rutinariamente la terapia anticancerígena o inmunosupresora crítica. El balance de posibles daños que pueden resultar de retrasar o interrumpir el tratamiento versus los posibles beneficios de posiblemente prevenir o retrasar la infección por COVID-19 es muy incierto. Las decisiones clínicas deben ser individualizadas que consideren factores como el riesgo de recurrencia del cáncer si la terapia se retrasa, modifica o interrumpe; el número de ciclos de terapia ya completados; y la tolerancia del paciente al tratamiento. Sin embargo, se deben considerar los siguientes puntos de práctica:

- Para los pacientes en remisión profunda que reciben terapia de mantenimiento, suspender la quimioterapia puede ser una opción.
- Algunos pacientes pueden cambiar la quimioterapia de IV a terapias orales, lo que disminuiría la frecuencia de las visitas a la clínica, pero requeriría una

mayor vigilancia por parte del equipo de atención médica para asegurarse de que los pacientes estén tomando sus medicamentos correctamente.

Las decisiones sobre la modificación o la suspensión de la quimioterapia deben incluir la consideración de la indicación para la quimioterapia y los objetivos de la atención, así como la ubicación del paciente en el curso del tratamiento y su tolerancia al tratamiento. Por ejemplo, la evaluación de riesgo / beneficio para continuar con la quimioterapia en pacientes con cáncer de pulmón de células pequeñas extenso no tratado es diferente de la de los pacientes en mantenimiento con pemetrexed para NSCLC metastásico.

- Si la transmisión local afecta a un centro oncológico en particular, las opciones razonables pueden incluir dar un descanso de quimioterapia durante dos semanas, organizar la infusión en una unidad satélite no afectada o coordinar el tratamiento con otra instalación que no esté afectada.
- Considere si la infusión en el hogar de medicamentos de quimioterapia es médica y logísticamente factible para el paciente, el equipo médico y los cuidadores.
- En algunos entornos, los retrasos o la modificación del tratamiento adyuvante pueden presentar un mayor riesgo de control de la enfermedad comprometido y supervivencia a largo plazo que en otros.
- Los factores de crecimiento profilácticos que se usarían en los regímenes de quimioterapia de alto riesgo, así como los antibióticos profilácticos, pueden ser de valor potencial para mantener la salud general del paciente y hacerlos menos vulnerables a posibles complicaciones de COVID-19.
- En los casos en que el beneficio absoluto de la quimioterapia adyuvante puede ser bastante pequeño, y donde hay opciones no inmunosupresoras disponibles (por ejemplo, terapia hormonal en ER + cáncer de mama en estadio temprano), el riesgo de infección con COVID-19 puede considerarse como un factor adicional a pesar de las diferentes opciones disponibles para el paciente.

### **FIEBRE NEUTROPÉNICA Y NEUTROPENIA**

ASCO reconoce que hay dos aspectos para el cuidado de pacientes con posible fiebre neutropénica en relación con COVID-19: profilaxis y cuidado agudo.

- Profilaxis: puede ser razonable que a los pacientes con riesgo de fiebre neutropénica se les recete factor de crecimiento para regímenes de tratamiento con un nivel más bajo de riesgo esperado (por ejemplo, riesgo > 10%) para minimizar el riesgo de fiebre neutropénica y la posible necesidad de emergencia. atención, con instrucciones para el monitoreo del recuento de neutrófilos y contacto regular con su equipo de atención médica.
- Atención aguda: puede ser razonable en la situación actual recetar antibióticos empíricos a pacientes febriles y neutropénicos pero clínicamente estables, según lo determinado por teleevaluación o por teléfono. Siempre que sea posible, es mejor realizar una evaluación adicional fuera del departamento de emergencias.

## **ANEXO**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS NEGATIVOS VIRUS SARS-COV-2 (COVID-19) O NO DETECTADOS.**

#### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del paciente: \_\_\_\_\_

Cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del Representante legal: \_\_\_\_\_

Cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

#### **DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN**

El propósito de esta información adicional es que usted esté informado sobre los riesgos de su tratamiento e intervención quirúrgica en esta situación actual excepcional para que pueda tomar la decisión, libre y voluntaria, de autorizar o de rechazar el tratamiento a realizar. en estas circunstancias excepcionales durante la PANDEMIA del COVID-19.

EL Dr./Dra. \_\_\_\_\_ y todo el personal están siguiendo de cerca esta situación y han implementado medidas preventivas razonables para reducir la propagación del virus SARS-Cov 2 (COVID-19). Sin embargo, dada la naturaleza del virus, entiendo que existe un riesgo inherente de infectarse con virus SARS-Cov 2 (COVID-19) en virtud de proceder con este tratamiento:

- Quimioterapia/Inmunoterapia/ Biológicos/Inhibidores de puntos control (CDK4/6)**
- Radioterapia**
- Cirugía Oncológica**

Es necesario que informe al médico si tiene o ha tenido síntomas/signos de sospecha de infección por virus SARS-Cov 2 (COVID-19) en los últimos 14 días: síntomas de enfermedad respiratoria o dificultad al respirar, tos seca, secreción nasal, dolor de garganta, fiebre > 37,3° C, u otros síntomas relacionados con la covid-19 que usted considere señalar, además si ha mantenido contacto con personas con sospecha de infección/síntomas o enfermos de virus SARS-Cov 2 (COVID-19) , y por último, si no ha respetado la CUARENTENA obligatoria del ESTADO DE ALARMA, salvo situaciones consideradas excepcionales.

#### **RIESGOS GENERALES EN RELACIÓN A LA PANDEMIA POR COVID-19**

En el contexto actual de alta prevalencia de infección del virus del COVID-19 en nuestro entorno, y a pesar de las pruebas de cribado clínico, radiológico y microbiológico practicado tanto al personal sanitario como al paciente, no es posible descartar al 100% con absoluta certeza que usted pudiera tener una infección asintomática por virus SARS-Cov 2 (COVID-19).

En caso de que sea virus SARS-Cov 2 (COVID-19) positivo (DETECTADO), y a la luz de las evidencias procedentes de estudios y publicaciones preliminares con un número limitado de casos, la probabilidad de las complicaciones relacionadas con el tratamiento oncológico es más elevada. Las complicaciones adicionales que pudieran aparecer en el supuesto de que su estado fuera de portador asintomático, no identificado ni por la clínica ni por la prueba de laboratorio y radiológica, incluyen todas las observadas en la enfermedad COVID-19.

En el caso particular de usted, quien presenta un diagnóstico de cáncer o de algún tipo de tumor, al momento de recibir uno de los tratamientos, si se contagia podría desarrollar complicaciones

mas severas que otros grupos de la población y aun mas si padece de Diabetes, Hipertensión, obesidad u otra condición mórbida.

Estos tratamientos oncológicos pueden provocarle alteración de su sistema inmunológico.

Para disminuir al máximo la posibilidad de que usted sea portador de la enfermedad, le solicitaremos un estudio completo serológico o inmunológico unos días antes del tratamiento o procedimiento para descartar infección aún activa por virus SARS-Cov 2 (COVID-19) y una imagen de tórax. A partir de ese momento usted deberá permanecer confinado para evitar cualquier tipo de contacto hasta el día del tratamiento a recibir.

Para contribuir a que el tratamiento **Sistémico (Quimioterapia/Inmunoterapia/ Biológicos/Inhibidores de puntos control (CDK4/6))/ Radioterapia/Cirugía Oncológica** se realice en condiciones de mayor seguridad, en el centro se ha diseñado un circuito específico para atención a pacientes, que diferencia claramente los circuitos de atención a pacientes no COVID-19. Con ello queremos reducir el riesgo de infección tanto como sea posible. Así, entre otras medidas, usted no podrá salir a pasear fuera de su habitación ni recibir visitas, en caso de un ingreso; y los acompañantes se limitarán a uno, siempre el mismo, que no debería entrar y salir del hospital durante su acompañamiento. La entrada de personal en su habitación, en número y frecuencia estrictamente necesarios para garantizar una buena atención, se hará con los correspondientes equipos de protección individual.

En condiciones normales los protocolos estrictos de higiene y esterilización permiten asegurar la bioseguridad necesaria al paciente y equipo sanitario. En esta circunstancia excepcional derivada de la PANDEMIA del COVID-19, dado el alto riesgo de transmisión infecciosa del virus, la cercanía física del personal sanitario al paciente para los tratamientos e intervención quirúrgica y la generación inevitable de aerosoles en quirófano aún con todos los medios de protección, seguridad e higiene disponibles, NO es posible asegurar un RIESGO NULO de transmisión del virus SARS-Cov 2 (COVID-19).

Es importante que conozca el riesgo de infección por el virus SARS-Cov 2 (COVID-19) y la posibilidad de desarrollar complicaciones pulmonares en este contexto de pandemia por COVID-19, la cual hasta podría desencadenar su fallecimiento. Incluso si le hicieron una prueba para el virus SARS-Cov 2 (COVID-19) y recibió un resultado **NO DETECTADO** (negativo), las pruebas en algunos casos pueden no detectar el virus del COVID-19, aún estando infectado o puede haber contraído virus del COVID-19 después de la prueba. Si tiene una infección por COVID-19, incluso no teniendo ningún síntoma, proceder con este tratamiento **Sistémico (Quimioterapia/Inmunoterapia/ Biológicos/Inhibidores de puntos control (CDK4/6))/ Radioterapia/Cirugía Oncológica** podría dar lugar a una mayor probabilidad de complicaciones y excepcionalmente incluso muerte.

La posible exposición al virus del COVID-19 antes / durante / después de su tratamiento **Sistémico (Quimioterapia/Inmunoterapia/ Biológicos/Inhibidores de puntos control (CDK4/6))/ Radioterapia/Cirugía Oncológica** puede dar como resultado lo siguiente: un diagnóstico positivo al virus SARS-Cov 2 (COVID-19), cuarentena prolongada / autoaislamiento, pruebas adicionales, hospitalización que puede requerir tratamiento médico, ingreso en cuidados intensivos. La enfermedad por COVID-19 puede causar riesgos añadidos, algunos de los cuales pueden no conocerse actualmente, además de los riesgos descritos en este documento, así como los riesgos para cada tratamiento oncológico per se.

#### **DECLARACIONES Y FIRMAS**

- He sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, de la situación de la infección comunitaria por el virus SARS-Cov 2 (COVID-19) en relación al tratamiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse, por el tratamiento propiamente dicho o por complicaciones asociados al mismo pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.

- Consiento la realización de dicho tratamiento, siendo consciente y asumiendo los riesgos de la posible infección por el virus SARS-Cov 2 (COVID-19) que pudiese sufrir, a pesar del cribado y de todas las precauciones establecidas en los protocolos internos del centro u hospital.
- He leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído convenientes y pertinentes y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, con sólo comunicarlo al equipo médico.

Paciente		Acompañante (Testigo)
Médico(a)		

**Revocación del consentimiento:**

REVOCO el consentimiento anteriormente dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / que padece el paciente.

Paciente		Acompañante (Testigo)
Médico(a)		

## REFERENCIAS

- 1- Stahelp (2020). How to risk-stratify elective surgery during the COVID-19 pandemic? *Patient Safety in Surgery* . 14:8. <https://doi.org/10.1186/s13037-020-00235-9>
- 2- Giuseppe Curigliano (2020). El tratamiento de pacientes con cáncer y la contención de COVID-19: experiencias de Italia. Fuente: <https://dailynews.ascopubs.org/doi/10.1200/ADN.20.200068/full/#.XnKKhzmUx1R.twitter>
- 3- Talha Khan Burki (2020). Cancer guidelines during the COVID-19 pandemic. Retrieved from [www.thelancet.com/oncology](http://www.thelancet.com/oncology). [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30217-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30217-5)
- 4- European Society of Medical Oncology (ESMO) (2020). Cancer patient management during the covid-19 pandemic. Retrieved from <https://www.esmo.org/guidelines/cancer-patient-management-during-the-covid-19-pandemic>
- 5- American College of Surgeons (2020) COVID 19: Elective Case Triage Guidelines for Surgical Care: Colorectal Cancer Surgery. Retrieved from : <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/elective-case/colorectal-cancer>
- 6- Recommendations for Prioritization, Treatment and Triage of Breast Cancer Patients During the COVID-19 Pandemic (2020). The COVID-19 Pandemic Breast Cancer Consortium: Representatives from the American Society of Breast Surgeons (ASBrS), the National Accreditation Program for Breast Centers (NAPBC), the National Comprehensive Care Network (NCCN), the Commission on Cancer (CoC), and American College of Radiology (ACR). Retrieved from: <https://www.breastsurgeons.org/news/?id=45>
- 7- Society of Surgical Oncology (2020) SSO COVID 19 Disease-Site specific management resources Retrieved from <https://www.surgonc.org/resources/covid-19-resources/>

- 8- Coles C (2020). Guidelines on radiation therapy for breast cancer during the COVID-19 pandemic. Retrieved from [www.rcr.ac.uk/cancer-treatmentwnt-documents](http://www.rcr.ac.uk/cancer-treatmentwnt-documents)
- 9- **BAETS statement on COVID-19 and Thyroid Cancer Services (2020)**. Retrieved from <https://www.entuk.org/sites/default/files/BAETS%20Statement%20Thyroid%20Cancer%20-%20Covid%20%281%29.pdf>
- 10- Gerum S, Jensen A, Roeder F (2019) Stereotactic body radiation therapy in patients with hepatocellular carcinoma: A mini-review. *World J Gastrointest Oncol* 2019 May 15; 11(5): 367–376.
- 11- Wo J, Dawson L, Zhu A, Hong T. (2014) An Emerging Role for Radiation Therapy in the Treatment of Hepatocellular Carcinoma and Intrahepatic Cholangiocarcinoma. *Surg Oncol Clin N Am* 23(2014):353-368
- 12- Mukherjee S, Jones C. (2020) Considerations for treatment of pancreatic cancer within the United Kingdom during the COVID-19 pandemic. Retrieved from [www.rcr.ac.uk/cancer-treatment-documents](http://www.rcr.ac.uk/cancer-treatment-documents)
- 13- Shah C, Verma V, Takiar R, Vajapey R, Amarnath S, et al. (2016) Radiation Therapy in the Management of Soft Tissue Sarcoma. A Clinician’s Guide to Timing, Techniques, and Targets. *Am J Clin Oncol*. 2016 Dec;39(6):630-635.
- 14- Luana Calabrò (2020) Challenges in lung cancer therapy during the COVID-19 pandemic. *Lancet Respir Med*. 2020 Apr 9
- 15- Remon J, Passiglia F, Ahn MJ. Immune checkpoint inhibitors in thoracic malignancies: review of the existing evidence by an IASLC expert panel and recommendations. *J Thorac Oncol*. 2020
- 16- Asociación Española de Cirujanos (2020) Documento de Posicionamiento y Recomendaciones del grupo de trabajo Cirugía-AEC-COVID-19. [https://www.aecirujanos.es/files/noticias/152/documentos/dossier\\_v\\_1\\_11.pdf](https://www.aecirujanos.es/files/noticias/152/documentos/dossier_v_1_11.pdf)
- 17- Boston Public Health Commissio (2020) Infectious Disease Bureau. Cleaning and Disinfecting to Prevent COVID-19, Mass. USA
- 18- Hernandez, J. (2020) Código de Vestimenta Hospitalaria ante COVID Versión 1.1 Hospital para el niño poblano. Puebla, México.

- 19- COVID 19: Considerations for Optimum Surgeon Protection. The American College of Surgeon. <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/surgeon-protection>
- 20- N95 Respirator process: <http://www.who.int/csr/resources/publications/epps-oms.pdf>.
- 21- Tracheostomy guidance during the COVID-19 Pandemic. <https://www.entuk.org/tracheostomy-guidance-during-covid-19-pandemic>
- 22- Recomendaciones Generales de la Sociedad Dominicana de Radioterapia Oncológica para Centros de Radioncología ante COVID-19 SDRO. Marzo 2020.
- 23- CDC Coronavirus. (2020). Retrieved from [https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/how-covid-spreads.html?CDC\\_AA\\_refVal=https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/about/index.html](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/how-covid-spreads.html?CDC_AA_refVal=https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/about/index.html)