



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

Versión. 1.0 Mar 20

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

Este texto é baseado na literatura mais recente produzida principalmente na China após a pandemia de SARS-Cov-2. É um documento dinâmico que será atualizado à medida que houver mais evidências disponíveis

Pesquisas atuais mostraram que a pneumonia por COVID19 pode ser transmitida através de infecções assintomáticas e foi confirmado que é transmitida por gotículas e contato. Ao mesmo tempo, o vírus foi isolado das fezes e do sangue dos doentes e a transmissão aerossol ou fecal-oral não foi excluída.



O vírus foi isolado nas fezes e no sangue dos doentes

Foi relatada uma taxa de infecção hospitalar superior a 43%. Portanto, a prevenção e controle de infecções hospitalares em casos cirúrgicos é uma tarefa importante.

Durante a cirurgia colo-rectal, são geradas grandes quantidades de aerossóis e é uma cirurgia que requer a abertura da parede intestinal e a exposição de seu conteúdo ao ar ambiente. Portanto, a realização de cirurgia com segurança e eficácia para pacientes com câncer colo-rectal durante o período epidêmico é de suma importância.



Na cirurgia colo-rectal, existe não apenas a possibilidade de gerar aerossóis, mas também a abertura do intestino e a exposição ao ar ambiente é muito frequente

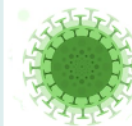
Existem certas recomendações sobre cirurgia colo-rectal laparoscópica que devem ser levadas em consideração.

Cirurgia oncológica colo-rectal laparoscópica

A cirurgia aberta e a cirurgia laparoscópica para cirurgia radical para cancro colo-rectal não demonstraram ser diferentes em termos de segurança cirúrgica e eficácia oncológica.

Comparada à laparotomia, a cirurgia laparoscópica tem certas vantagens, como menos contato entre o cirurgião e os órgãos do doente, bem como a bem conhecida recuperação precoce do doente com menos dor pós-operatória.

As características da cirurgia minimamente invasiva podem reduzir efetivamente o tempo de internação de doentes e familiares no hospital, o que, por sua vez, pode reduzir a possibilidade de infecção hospitalar.



Na situação atual, existe o risco de doentes ou portadores assintomáticos causarem exposição ocupacional e infecção cruzada ao pessoal médico durante a cirurgia.

Como a abertura do cólon pode expor o conteúdo intestinal e gerar aerossóis, os recursos relativamente fechados da cirurgia laparoscópica podem reduzir o contato do operador com o conteúdo da cavidade abdominal e basicamente eliminar o aerossol gerado por equipamentos elétricos e dispersar no ar. Com base no exposto, parece razoável tentar realizar a anastomose inteiramente laparoscópica. Esta afirmação é resultado de reflexão e não de evidência científica.



Para evitar expor o conteúdo intestinal para o exterior e, portanto, entrar em contato com um possível spray fecal, parece razoável tentar realizar a anastomose totalmente laparoscópica.

É importante notar que estamos a falar de equipas com experiência laparoscópica. Em casos complexos em que a cirurgia laparoscópica pode ser prolongada excessivamente, não se deve esquecer que o tempo de intubação pode aumentar as chances de infecção hospitalar tanto para o doente quanto para o anestesista. Será de vital importância individualizar riscos e benefícios em cada caso.

Medidas de manejo para el neumoperitoneo durante la cirugía laparoscópica

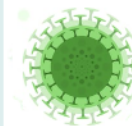
O fumo gerado durante a cirurgia laparoscópica pode conter componentes químicos nocivos e patógenos transmitidos pelo sangue. O aerossol produzido pelo dispositivo de energia laparoscópica se misturará com o sangue que emana durante o corte e a separação do tecido e com o conteúdo intestinal exposto durante a abertura intestinal e a anastomose. Será de vital importância controlar a produção de CO₂ do abdome usando dispositivos, uma vez que a expulsão a alta pressão pode gerar ainda mais dispersão do que na cirurgia aberta.



O SARS-Cov-2 pode ser expulso com a circulação de CO₂ na cavidade abdominal pelo aerossol, o que aumenta a probabilidade de infecções nosocomiais.

Em vista desse grave problema, recomenda-se:

- Inspeção detalhada de equipamentos laparoscópicos, equipamentos de aspiração, etc. antes da cirurgia para garantir que todo o equipamento esteja em um estado operacional normal
- Verifique cuidadosamente o orifício do trocarte para detectar vazamentos de ar. Os trocartes autosselantes Hasson serão especialmente úteis e farão a incisão apropriada no tamanho do orifício.
- A porta do trocarte deve ser conectada à sucção de pressão negativa com um selo de água.
- Antes de efetuar a incisão de assistência para extração da peça, o insuflador deve ser desligado e esvazie o pneumoperitônio usando a pressão negativa conectada ao selo de água.
- Durante o uso de um bisturi elétrico, um dispositivo de aspiração de fumaça deve ser usado para evitar inspiração da equipe em todos os momentos.



No caso particular das cirurgias NOTES e TATME, deve-se levar em consideração que nesses procedimentos há um ponto em que ocorre uma grande evacuação do aerossol ao abrir o NOTES e ao comunicar um canal de trabalho com outro no o TATME. É por isso que, durante a epidemia, os autores recomendam evitar essas técnicas sempre que possível, devido ao alto risco de dispersão em aerossol e exposição ao vírus do pessoal da sala de operações, com o conseqüente risco de infecção cruzada.



Evite o uso de TaTME e TAMIS, devido à alta possibilidade de aerossóis

Indicaciones de Colostomía

A febre é um dos principais sintomas da SARS-Cov-2 e também é a principal manifestação de deiscência de sutura após anastomose em pacientes com cancro colo-rectal.



Na situação atual, a infecção por COVID-19 deve fazer parte do algoritmo de diagnóstico na febre pós-operatória.

Para infecções pulmonares pós-operatórias não afiliadas, o COVID-19 deve ser rastreado. A eficiência do diagnóstico e a distribuição racional de recursos médicos desempenham um papel vital.

Nesse contexto, recomenda-se ser cauteloso na realização da anastomose, tanto pelo alto risco de complicações adicionadas ao paciente com SARS-Cov-2 quanto por evitar sintomas sépticos que possam subtrair os recursos necessários do sistema de saúde.



Recomenda-se ser cauteloso na realização da anastomose, tanto pelo alto risco de complicação quanto pelo consumo de recursos de saúde que a realização da mesma pode gerar.

Recomenda-se evitar a anastomose primária em doentes em risco (anastomoses ultra baixas, diabéticos, radioterapia pré-operatória, doentes idosos frágeis ...). Também deve-se ter em mente que, em áreas afetadas pela epidemia, os cuidados pós-operatórios para o manejo do estoma podem aumentar o risco de infecção para o pessoal médico e o próprio paciente. Portanto, a indicação do estoma deve ser cuidadosamente avaliada quanto aos riscos cirúrgicos e à possibilidade de autocuidado do paciente e, portanto, individualizada em cada caso.

Cribado preoperatorio y principios de tratamiento:

Um rigoroso processo de triagem deve ser realizado antes da cirurgia para reduzir o risco de infecção hospitalar. Como mencionado, a atual taxa de infecção hospitalar por nova transmissão de pneumonia por coronavírus atinge 43%. Recomenda-se classificar os pacientes em 3 grupos:



- Doentes infectados com SARS-Cov-2:

Nos doentes afetados, o tratamento da pneumonia deve ser priorizado em relação ao cancro, exceto em situações de emergência, como perfuração ou oclusão. Nos casos de oclusão, são recomendadas medidas menos agressivas, como o uso de um stent ou, se necessário, do estoma derivado.

- Doentes com suspeita de infecção:

serão observados e tratados isoladamente. Em emergências, os princípios de tratamento são os mesmos dos doentes infectados

- Doentes não infectados:

Doentes sem histórico de contato epidemiológico e não infectados após o estudo. Embora a epidemia não esteja sob controle e considerando o longo período de incubação da infecção por SARS-Cov-2, é recomendável usar máscaras e salas individuais, bem como limitar os acompanhantes.

Condições cirúrgicas:

Para doentes confirmados e suspeitos, a cirurgia deve ser realizada em uma sala de cirurgia independente, designada para esse fim com pressão negativa. A operação de todo o equipamento relacionado deve ser verificada antes da cirurgia e a anestesia geral deve ser realizada com intubação traqueal. A cooperação estreita durante a operação será essencial para melhorar a eficiência, reduzir o fluxo de pessoal e proteger a sala de operações.



Para doentes confirmados e suspeitos, a cirurgia deve ser realizada em uma sala de cirurgia independente, designada para esse fim com pressão negativa.

Para doentes não infectados, isso pode ser realizado de acordo com os requisitos da cirurgia convencional.

Eliminação de amostras e resíduos

As peças cirúrgicas serão consideradas amostras infecciosas e serão entregues ao departamento designado por cada Hospital.