



## PUERTO RICO ADVANCED HEAD AND NECK CANCER PATIENT/SURGERY GUIDELINES 2020

El impacto de cáncer de cabeza y cuello a nivel mundial es significativo. Este ocupa la sexta causa más común de cáncer en hombres. El registro de cáncer de Puerto Rico reportó que entre los años 2006 al 2010 hubo 1,919 casos de cáncer de cavidad oral y orofaringe en Puerto Rico. Sólo en el 2010 se diagnosticaron 410 tumores escamosos de cabeza y cuello en Puerto Rico. De la misma manera, en el 2010, se reportaron 848 casos de cáncer de tiroides, mientras que durante el periodo entre los años 2006 al 2010 se reportaron 3,275 casos de cáncer de tiroides. El cáncer de cavidad oral y de faringe es el 4to cáncer más común entre los varones y el cáncer de tiroides es el 3er cáncer más común entre las mujeres puertorriqueñas.

Durante la pandemia actual de COVID-19, los hospitales y distintos proveedores de salud se han encontrado con la difícil tarea de tomar decisiones para conservar recursos críticos como camas de hospital y camas de cuidado crítico, ventiladores, productos de transfusión, así como el equipo de protección personal que es esencial para evitar la exposición innecesaria de los pacientes y del personal médico (doctores, enfermeros, terapistas respiratorios y personal ancilar) al COVID-19. De esta manera, también se disminuye la transmisión intrahospitalaria del coronavirus. Las recomendaciones actuales de parte de la mayoría de los Colegios y Academias Profesionales de las distintas especialidades quirúrgicas (entre ellas el "American College of Surgeons" y la Academia Americana de Otorrinolaringología - Cirugía de Cabeza y Cuello) incluyen, por el momento, evitar las cirugías puramente electivas al mismo tiempo que han provisto guías para el manejo de cirugías no-emergentes, pero con cierto grado de urgencia.

En la literatura de cáncer de cabeza y cuello está bien establecido que tiempos de espera prolongados para cirugía y tratamiento contribuyen a un aumento en el estadio de cáncer del paciente, peor calidad de vida, peores resultados oncológicos y disminución en la supervivencia del paciente a 5 años. Tomando esto en cuenta, las recomendaciones del Capítulo de Puerto Rico del *American College of Surgeons*, y el *American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery*, el grupo de cirujanos de cáncer de cabeza y cuello de Puerto Rico, la Sociedad de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello de Puerto Rico y la facultad de la Sección de Otorrinolaringología del Departamento de Cirugía de la Universidad de Puerto Rico exponen las siguientes recomendaciones:

1. Postponer las cirugías en aquellos pacientes que, según el juicio clínico, el retraso no represente un riesgo a la salud a corto o a largo plazo (Ej. masas o tumores benignas, malignidades indolentes o de progresión lenta, etc.)
2. Proceder con cirugía en aquellos pacientes con tumores agresivos o con síntomas clínicos significativos (i.e. dolor, dificultad para tragar, progresión de cambios en la voz, progresión del tumor acelerada, etc.)
3. Todo paciente, sin excepción, que necesite una cirugía de urgencia mientras dure la pandemia del COVID-19 debe tener un cernimiento apropiado de sintomatología asociada de COVID-19 al igual una prueba para establecer su status infeccioso respecto al coronavirus 24 a 48 horas antes de la cirugía. También basado en la experiencia de otros países se recomienda una placa de pecho 24 horas antes y toma de oximetría de pulso con saturación antes de inducir la anestesia. Conociendo el hecho de que un porcentaje significativo de los pacientes infectados son asintomáticos, es nuestra responsabilidad hacer el mejor esfuerzo de detectar a esos pacientes positivos antes de intervenir quirúrgicamente.

4. Paciente COVID-19 negativo: cirugía debe proceder con equipo de protección adecuado que incluye mascarilla N95, ‘surgical face shields’, batas quirúrgicas apropiadas, “shoe and leg covers”, etc. y tomando las medidas para minimizar la aerosolización innecesaria de fluidos corporales.
5. Paciente COVID-19 positivo: cirugía deber ser pospuesta hasta que el paciente tenga resolución de su enfermedad confirmada con una prueba de COVID-19 negativa, idealmente de 2-4 semanas luego de fecha original de su cirugía.
6. **Cirugía de emergencia sin status de COVID-19 disponible o COVID-19 positivo: PAPR para todo el equipo de sala de operaciones tomando las medidas para evitar la aerosolización innecesaria de fluidos corporales, sala quirúrgica con presión negativa donde esté disponible o el uso de un ‘high-volume HEPA filter’. El realizar un procedimiento de emergencia sin status de COVID-19 o COVID-19 positivo representa un riesgo alto para todo el personal de sala de operaciones y SE REQUIERE PAPR para todos los que estén en el caso.**
7. Se deberán evitar las traquetomías en pacientes entubados positivos para COVID-19 durante períodos de inestabilidad respiratoria.
8. Se considerará proceder con traquetomías en pacientes con estatus respiratoria estable pero no antes de 3 semanas luego de su entubación y luego de una prueba negativa para COVID-19. No se recomienda el proceder con traquetomía de manera temprana.
9. En casos COVID-19 positivos o con COVID-19 sin determinar se debe evitar el uso instrumentos que causen destrucción de tejidos (electrocauterio, bipolar, harmónica, etc.).

#### Elective Surgery Acuity Scale (ESAS)

*Reprinted by the national ACS with permission: Sameer Siddiqui MD, FACS, St. Louis University*

Tiers/ Description	Definition	Locations	Examples	Action
Tier 1a	Low acuity surgery/healthy patient outpatient surgery Not life-threatening illness	HOPD ASC Hospital with low/no COVID-19 census	Carpal tunnel release Penile prosthesis EGD Colonoscopy	Postpone surgery or perform at ASC
Tier 1b	Low acuity surgery/unhealthy patient	HOPD ASC Hospital with low/no COVID-19 census		Postpone surgery or perform at an ASC
Tier 2a	Intermediate acuity surgery/healthy patient Not life threatening but potential for future morbidity and mortality. Requires in hospital stay	HOPD ASC Hospital with low/no COVID-19 census	Low risk cancer Non urgent spine Ureteral colic	Postpone surgery if possible or consider ASC
Tier 2b	Intermediate acuity surgery/unhealthy patient	HOPD ASC Hospital with low/no COVID-19 census		Postpone surgery if possible or consider ASC
Tier 3a	High acuity surgery/healthy patient	Hospital	Most cancers Highly symptomatic patients	Do not postpone
Tier 3b	High acuity surgery/unhealthy patient	Hospital		Do not postpone

**Leyenda:** HOPD – Hospital Outpatient Department

ASC – Ambulatory Surgery Center

## References:

1. COVID-19: Guidance for triage of non-emergent surgical procedures: <https://www.facs.org/about-acs/covid-19/information-for-surgeons/triage>
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) on how to prepare: "Interim Guidance for Healthcare <https://www.facs.org/about-acs/covid-19/information-for-surgeons>
3. **Michael T. Werner, Ryan M. Carey, MD, W. Greer Albergotti, MD, John N. Lukens, MD, Robert M. Brody, MD. Impact of the COVID-19 Pandemic on the Management of Head and Neck Malignancies Accepted Paper: Otolaryngology - Head and Neck Surgery.**
4. **Saibene Alberto Maria, MD MA, Allevi Fabiana, MD PHD, Federico Biglioni, MD, Felisati Giovanni, MD. Role and management of a Head and Neck department during the COVID-19 Outbreak in Lombardy. Accepted Paper: Otolaryngology - Head and Neck Surgery.**
5. **Givi B, Schiff BA, Chinn SB, et al. Safety Recommendations for Evaluation and Surgery of the Head and Neck During the COVID-19 Pandemic Safety Recommendations for Evaluation and Surgery of the Head and Neck During the COVID-19 Pandemic. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. Published online March 31, 2020. doi:10.1001/jamaoto.2020.0780. of a Head and Neck.**
6. Yang, Xiaobo et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Resp Med* 2020 (in press).
7. Guan, Wei-Jie et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *New Eng J Med* 2020 (in press).
8. Wu, Chaomin et al. "Risk Factors Associated with Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China." *JAMA internal medicine*, e200994. 13 Mar. 2020.
9. Chen, Jun et al. "Clinical progression of patients with COVID-19 in Shanghai, China." *The Journal of infection*, S0163-4453(20)30119-5. 19 Mar. 2020.
10. Murthy, Srinivas et al. "Care for Critically Ill Patients With COVID-19." *JAMA*, 10.1001/jama.2020.3633. 11 Mar. 2020.
11. Choi KW, Chau TN, Tsang O, et al. Outcomes and Prognostic Factors in 267 Patients with Severe Acute Respiratory Syndrome in Hong Kong. *Ann Intern Med*. 2003;139:715-723.
12. Patel ZM, Fernandez-Miranda J, Hwang PH, et al. PRECAUTIONS FOR ENDOSCOPIC TRANSNASAL SKULL BASE SURGERY DURING THE COVID-19 PANDEMIC. *Neurosurgery*, in press. 2020.
13. Wei, William I et al. "Safe tracheostomy for patients with severe acute respiratory syndrome." *The Laryngoscope* vol. 113,10 (2003): 1777-9

Documento preparado por el Dr. Laureano Giráldez Rodríguez y Dr. Yamil Castillo Beauchamp, Catedráticos de la Sección de Otorrinolaringología – Universidad de Puerto Rico

*Yamil Castillo Beauchamp, MD FACS; Laureano A. Giráldez Rodríguez, MD FACS; Laureano J Giráldez Casanovas, MD; Pablo Mojica MD; Antonio Riera-March MD; Pedro Rullan, MD; Edgar Domenech*

*MD; Jose Sanchez Mendiola MD; Luis Valledor MD; Carlos Gonzalez Aquino, MD FACS; Juan Carlos Portela, MD; Felix Seda, MD (Sociedad de Otorrinolaringología - Cirugía de Cabeza y Cuello)*

**Relevo de responsabilidad:** Este protocolo está basado en la información que se conoce a la fecha de su redacción. Este protocolo podrá sufrir modificaciones de acuerdo a como se vaya adquiriendo nueva información.