

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL

COVID-19. Pautas y propuesta de guía clínica para el paciente oncológico de cabeza y cuello.

COVID-19. Guidelines and proposal of a clinical guide for head and neck cancer patients.

Autores: Dr. Blas Jorge González Manso*

Dr. Julio Romero Rodríguez**

Dr. Enrique Pérez Abreu***

Dra. Ela Martha Hernández Pérez de Prado ****

Dr. Henry Cruz Jauregui****

Dr. César Luis Rodríguez Medina*****

*Especialista de segundo grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Auxiliar. Master en Medicina Natural y Tradicional. Hospital General Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos

**Especialista de segundo grado en Cirugía Maxilofacial. Jefe de servicio de Cirugía Maxilofacial. Profesor auxiliar. Master en urgencias estomatológicas. Profesor adjunto curso de implantología universidad de Santiago de Compostela, España. Hospital General Dr. Gustavo Aldereguía Lima

***Especialista de segundo grado en Cirugía Maxilofacial. Hospital General Dr. Gustavo Aldereguía Lima

****Doctor en Estomatología General Básico. Residente de primer año en Cirugía Maxilofacial. Hospital General Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos

*****Especialista de primer grado en Estomatología General Integral. Residente de primer año en Cirugía Maxilofacial. Hospital General Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos

Correspondencia: Dr. Blas Jorge González Manso. Ave 5 de septiembre esquina 47. Hospital General Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. blas.jorge@gal.sld.cu

Resumen

Fundamento: El servicio de Maxilofacial del Hospital General Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos no cuenta con una guía clínica que oriente a su personal médico sobre el manejo adecuado de la atención al paciente oncológico en tiempos de COVID-19.

Objetivo General: Proponer una guía clínica para la organización de la atención médica del paciente oncológico de cabeza y cuello en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Dr. Gustavo Aldereguía Lima en tiempos de pandemia de COVID-19.

Método: Se realiza un estudio descriptivo observacional de corte transversal El período de estudio comprendió desde marzo 2020 a marzo 2021. El universo estuvo comprendido por 48 pacientes oncológicos de cabeza y cuello.

Resultados: En el período estudiado fueron atendidos 48 pacientes oncológicos, con ligero predominio del sexo masculino (52.08%) y el grupo de edades más afectado fue el de 70-79 años. El diagnóstico tumoral más frecuente fue el carcinoma basal con un 58.33% predominando el sexo masculino. Las etapas clínicas en que se encontraban los pacientes al momento del diagnóstico fueron etapa I y II con una marcada prevalencia de la etapa I. El único tratamiento recibido fue el quirúrgico según los datos ofrecidos con un 41.67%. No se reportaron pacientes fallecidos.

Conclusiones: Ante la situación de afectación en el tratamiento de los pacientes se diseñó un algoritmo para la atención y manejo en oncología de cabeza y cuello priorizando según la urgencia o no del tratamiento y la prioridad en la cirugía.

Palabras claves: coronavirus, oncología de cabeza y cuello, maxilofacial

Abstract

Background: The Maxillofacial service of the General Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos does not have a clinical guide that leads medical staff on the proper management of cancer patient care in times of COVID-19.

General Objective: To propose a clinical guide for the organization of medical care for head and neck cancer patients in the Maxillofacial Surgery service of the General Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima in times of the COVID-19 pandemic.

Method: A descriptive, observational, cross-sectional study is carried out. The study period ranged from March 2020 to March 2021. The universe was comprised of 48 head and neck cancer patients.

Results: In the studied period, 48 cancer patients were treated, with a slight predominance of males (52.08%) and the age group most affected was that of 70-79 years. The most frequent tumor diagnosis was basal carcinoma, with 58.33% predominantly male. The clinical stages in which the patients were found at the time of diagnosis were stage I and II, with a marked prevalence of stage I. The only treatment received was surgical, according to the data provided, with 41.67%. No deceased patients were reported.

Conclusions:

Given the situation of affectation in the treatment of patients, an algorithm was designed for care and management in head and neck oncology, giving priorities according to the urgency or not of the treatment and the priority in surgery.

Keywords: Coronavirus, Head and Neck Oncology, Maxillofacial

INTRODUCCIÓN

Se conoce como cáncer de cabeza y cuello (CACYC) al grupo de neoplasias que comparten un origen anatómico similar; la mayoría se originan de la mucosa que recubre el epitelio del tracto aerodigestivo. (1) En el mundo en el 2020; el cáncer de cabeza y cuello alcanzó una cifra de 1 518 133 que representa el 7.87% de todos los cánceres. según datos del Observatorio Global de Cáncer (GCO por sus siglas en inglés) en su último reporte de marzo de 2021. (2) En América Latina se diagnosticaron 1 470 274 nuevos casos y 713 414 muertes. En Cuba en el año 2020 se diagnosticaron 46 794 nuevos casos de cáncer, con 27 189 fallecidos. (3,4)

El año 2019 el gobierno de República Popular de China informó sobre un brote de una enfermedad respiratoria causada por un nuevo coronavirus en Wuhan, el cual se expandió rápidamente hacia diferentes partes del mundo y que más tarde fue nombrada COVID-19 (por sus siglas en inglés) por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El brote de la nueva enfermedad se ha convertido en una catástrofe sanitaria histórica en el mundo, donde ya ha causado una enorme cantidad de fallecidos. (5) En Cuba se detectaron los primeros 3 casos de coronavirus, en turistas italianos que se encontraban en Trinidad, Santi Spiritus. A un año de iniciarse la pandemia, el país acumulaba un total de 59 919 casos confirmados; se acumularon 365 fallecidos. A partir de esa fecha el número de casos reportados ha ido en ascenso vertiginoso. (7)

Los estomatólogos, otorrinolaringólogos y cirujanos maxilofaciales, son los más expuestos, debido a que su área de trabajo son las vías aerodigestivas superiores, sitio que se reconoce como la vía de transmisión. (6) La situación actual por la que está atravesando el mundo con la COVID-19 se encuentra en concomitancia con otra que igualmente aporta a las estadísticas millones de casos por año como lo es el cáncer de cabeza y cuello. El hospital de Cienfuegos no está ajeno a esa situación, donde aún en condiciones adversas la atención médica a los pacientes oncológicos no puede detenerse. El servicio de Maxilofacial de éste, no cuenta con una guía clínica que oriente a su personal médico sobre el manejo adecuado de la atención al paciente oncológico en tiempos de pandemia. En éste contexto se desarrolla la Guía clínica que contribuye a orientar al personal del Servicio de Cirugía Maxilofacial hacia una adecuada toma de decisiones en cuanto al manejo del paciente oncológico que precisa de atención médica oportuna.

Problema científico: ¿cómo organizar la atención al paciente oncológico de cabeza y cuello en tiempos de pandemia de COVID-19 en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos?

Objetivo general: Proponer una guía clínica para la organización de la atención médica del paciente oncológico de cabeza y cuello en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Dr. Gustavo Aldereguía Lima en tiempos de pandemia de COVID-19.

Objetivos específicos: Caracterizar clínica-epidemiológica de los pacientes oncológicos de cabeza y cuello desde marzo 2020 hasta marzo 2021

Describir el algoritmo para la atención y manejo del paciente oncológico de cabeza y cuello

MATERIAL Y MÉTODO

Lugar: Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba

Período de estudio: marzo 2020-marzo 2021

Tipo de estudio: Descriptivo observacional de corte transversal

Universo: 48 Pacientes oncológicos de cabeza y cuello operados. Se trabajó con todo el universo.

Criterios de inclusión: Todos los pacientes oncológicos de cabeza y cuello atendidos en el período de marzo 2020-marzo 2021 en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba

Criterios de exclusión: Datos insuficientes

Variables:

Sociodemográficas: Edad y Sexo.

Clínicas: topografía, diagnóstico, etapa clínica, tratamiento recibido y estado vital

Modo de recolección de datos: Los datos se recolectaron del reporte de cáncer en el departamento de Estadística del Hospital General Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos.

Técnica estadística utilizada: Tablas de frecuencia.

Software utilizado: SPSS (versión 22) y Excel 2016.

Resultados

TABLA 1. Distribución de la población examinada según edad y sexo. Hospital General Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Marzo 2020- marzo 2021

Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No	%
	No	%	No	%		
20-29	0	0	1	4.35	1	3.57
30-39	0	0	0	0	0	0
40-49	3	12	3	13.04	6	12.50
50-59	7	28	4	17.39	11	22.92
60-69	5	20	5	21.74	10	20.83
70-79	7	28	7	30.43	14	29.17
> 79	3	12	3	13.04	6	12.50
Total	25	52.08	23	47.92	48	100

FUENTE: Reporte anual de cáncer. Departamento de estadística.

La presente tabla permite apreciar la distribución por sexo y grupo de edades de los pacientes oncológicos atendidos en el servicio de cirugía maxilofacial durante el período marzo 2020-marzo 2021. Fueron atendidos un total de 48 pacientes con diagnóstico tumoral, con un ligero predominio del sexo masculino. Los grupos de edades más afectados fueron los pacientes en la séptima década de vida seguidos por la quinta y sexta década respectivamente.

TABLA 2. Distribución de la población examinada según diagnóstico y topografía de la lesión. Hospital General Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Marzo 2020- marzo 2021

Diagnóstico	Topografía	Sexo		Total	
		Masculinos	Femeninos	No.	%
Carcinoma basal	Piel de otras partes de la cara	14	11	25	52.08
	Labio	0	1	1	2.08
	Parpado	0	1	1	2.08
	Piel de cuero cabelludo y el cuello	0	1	1	2.08
Adenocarcinoma	Vestíbulo de boca	0	1	1	2.08
Carcinoma baso escamoso	Piel de otras partes de la cara	1	1	2	2.08

Carcinoma epidermoide	Labio	3	1	4	8.33
	Lengua	0	2	2	4.17
	Mucosa de la boca	1	0	1	2.08
	Piel	1	0	1	2.08
	Piel de otras partes de la cara	5	4	9	18.75
Total				48	100

FUENTE: Reporte anual de cáncer. Departamento de estadística.

La tabla 2 muestra la relación entre las variables topografía, diagnóstico y sexo de la población estudiada, la cual permite observar que la mayor cantidad de lesiones fueron diagnosticada como carcinoma basal con un total de 25 casos para un 52.08%, el género más afectado continúa siendo el masculino.

TABLA 3. Distribución de la población examinada según etapa clínica, tratamiento recibido y estado vital.

Etapa clínica	Tratamiento recibido				Estado vital			
	Cirugía		Sin Tto		Vivo		Fallecido	
	No.	%	No	%	No	%	No	%
Etapa I	19	40.43	28	59.57	47	91.92	0	0
Etapa II	1	100	0	0	1	2.08	0	0
Total	20	41.67	28	58.33	48	100	0	0

FUENTE: Reporte anual de cáncer. Departamento de estadística.

La tabla muestra el tratamiento recibido asociado al estadio de la enfermedad tumoral y el estado vital de cada paciente al momento de recogida de los datos. Es de destacar que todos los pacientes se encuentran vivos. Las etapas clínicas que se diagnosticaron fueron la etapa I con 47 pacientes lo que representa el 91.92% de los casos y etapa II con 1 paciente. De los pacientes en etapa I sólo 19 recibieron tratamiento quirúrgico lo que representa el 40.43%, no se recogieron datos de otra modalidad de tratamiento oncoespecífico.

Discusión

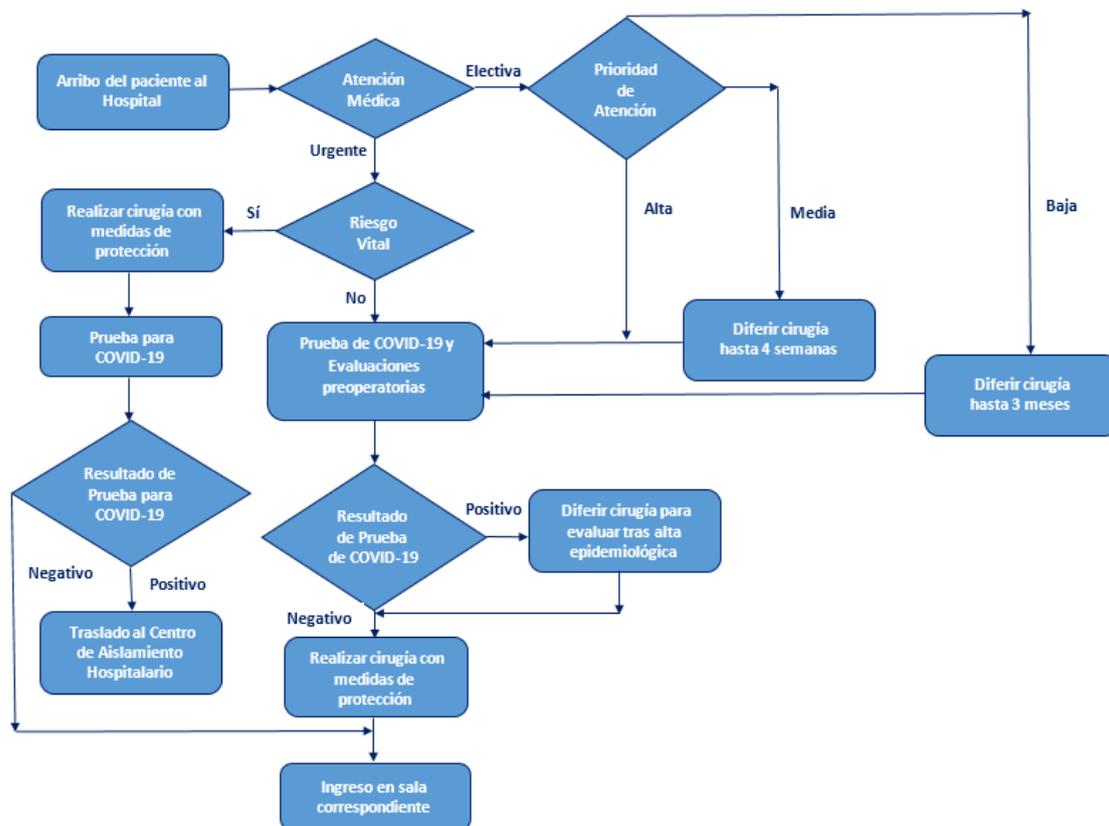
Moreno (7) en su estudio de carcinoma epidermoide de lengua en Perú (2000-2005) observó que predominaba el sexo femenino con un 60%, que la edad promedio fue de 64 años, y que al momento del diagnóstico se encontraba en una etapa II el 32% de los pacientes lo cual difiere en su totalidad de éste estudio.

Melgares Ramos (8) en su estudio de los tumores malignos de los párpados 54,1 % fueron masculinos y 45,9 % femeninos, la variedad histopatológica predominante fue el carcinoma basocelular (47,8 %) y el tratamiento de elección fue la cirugía coincidiendo con el estudio realizado.

El predominio del sexo masculino en este estudio se cree debido a que son estos los más expuestos a los factores de riesgo que pueden condicionar la aparición de este tipo de lesiones. El predominio de edades avanzadas se considera relacionado al mayor tiempo de exposición a factores de riesgo, así como a la mayor dificultad para modificar modos y estilos de vida a ésta edad.

El carcinoma basal tuvo una alta frecuencia en este estudio al ser este el tumor epitelial más frecuente en la región de cabeza y cuello producto de ser una zona extremadamente expuesta al principal factor de riesgo para esta patología que es la exposición a las radiaciones ultravioletas. En este caso el sexo más afectado continúa siendo el masculino.

Aunque la cirugía es el tratamiento de elección en las etapas iniciales el porcentaje reducido de procedimientos quirúrgicos en el periodo de tiempo estudiado se debe a una disminución drástica y necesaria de los turnos quirúrgicos provocada por la pandemia de la Covid-19 al ser esta una enfermedad emergente y no contar con guías para el manejo de los pacientes en esta situación epidémica. Por lo que se propone un algoritmo a seguir para la atención de los pacientes.



Urgencias de riesgo vital: Es indicación de cirugía inmediata aquellas intervenciones de urgencias que compromete la vida del paciente, debido a afecciones potencialmente mortales, como hemorragias severas, sepsis grave y obstrucciones de las vías respiratorias superiores por tumor cérvico-facial, y revascularización colgajo libre. Como no es posible realizar un análisis previo de infección por COVID-19 dada la necesidad inmediata de realizar la cirugía, debe tratarse al paciente como un paciente infectado y por consecuencia, el equipo debe cumplir con todos los protocolos estrictos de prevención y control de infecciones además de la práctica de precauciones estándar de rutina para realizar el procedimiento quirúrgico. (9,10).

Urgencias sin riesgo vital o Electivas de prioridad alta: Dentro de este grupo se incluyen aquellas intervenciones que requieren pronta realización, cuya postergación influiría negativamente en el pronóstico de las afecciones y del paciente. Dentro de este grupo se incluyen biopsias de lesiones potencialmente malignas, cirugías de tumores malignos, infecciones oncológicas profundas de cabeza y cuello que no provocan compromiso de la vía aérea, luego de 6 semanas de espera, en el carcinoma espinocelular de la cavidad oral. Tumor de glándulas salivales, de alto grado de malignidad y progreso. T3 y T4 Melanóma. Carcinoma espino celular, de rápido crecimiento cutáneo y enfermedad regional. Cirugía de rescate, para enfermedad persistente. Los pacientes que requieran este tipo de intervenciones deberán ser sometidos a pruebas de detección de COVID-19 y evaluaciones preoperatorias que incluyen pruebas de laboratorio para SARS-CoV-2 y Rx de tórax, con la finalidad de evitar una exposición innecesaria al virus; donde un resultado negativo, permitirá realizar la cirugía con las medidas de protecciones adecuadas; mientras que, si el resultado arroja positivo, se deberá realizar la notificación, derivación y manejo por parte del

centro de referencia respectivo. (9) y luego de su alta epidemiológica realizar la cirugía. (11)

Prioridad intermedia: Son aquellos procedimientos quirúrgicos diferible hasta 4 semanas, que requieren ser efectuados prontamente, sin embargo, pueden aplazarse teniendo en consideración los posibles riesgos que esto conlleva. Dentro de este grupo encontramos las cirugías de tumores benignos y quistes maxilares, cirugía oncológica oro-maxilofacial incluyendo carcinoma epidermoide cutáneo facial (controlando extensión y ritmo de crecimiento del tumor). (10) La gran mayoría de las lesiones faciales se pueden evaluar y tratar en una primera instancia por médicos de urgencia. Se recomienda aplazar estos procedimientos, sin embargo, debe existir un monitoreo constante de los factores de riesgo, los cuales, en caso de ser desfavorables para el paciente, obligarían a realizar los procedimientos quirúrgicos necesarios; para lo cual los pacientes deberán ser sometidos a pruebas de detección de COVID-19. En aquel caso donde el examen resulte negativo, se puede realizar la intervención quirúrgica bajo rigurosas medidas de protección. Si, por el contrario, el paciente resulta positivo, se debe notificar y derivar a su centro de referencia hasta alta epidemiológica y luego realizar su cirugía con todos los medios de protección. (9,5)

Prioridad Baja: Son procedimientos electivos, diferible hasta 3 meses, cuya postergación no afecta en el pronóstico de la cirugía. Se incluyen lesiones patológicas benignas, biopsias con sospecha de patologías benignas, carcinoma basocelular cutáneo, tumores glandulares con sospecha de malignidad no confirmada o confirmada de bajo grado, cirugía de lesiones quísticas maxilares (10). En estos procedimientos, se recomienda reprogramar los tratamientos quirúrgicos. Lo importante es evitar las reuniones presenciales, por lo que una alternativa efectiva es comunicarse con los pacientes a través de una consulta telefónica, una videollamada o una consulta en línea. (9)

Los pacientes programados para cirugía durante el período de incubación de COVID-19, aunque en apariencia están sanos, no están libres de la infección por SARS-CoV-2 y por lo tanto, ya inició la replicación viral y los cambios inmunológicos asociados. Lei y colaboradores reportaron que en 34 pacientes sometidos a cirugía electiva durante el período de incubación de COVID-19, todos desarrollaron neumonía a corto plazo después de la cirugía, 44.1% requirieron ingreso a UCI y 20.5% murieron después de la admisión a UCI, siendo las principales complicaciones ARDS, choque, arritmia y falla cardíaca aguda, por lo que la cirugía puede acelerar o exacerbar la progresión de COVID-19. Si bien los pacientes en período de incubación de COVID-19 que ingresaron a UCI después de la cirugía fueron de mayor edad, estuvieron sometidos a cirugías más complicadas y presentaron mayor frecuencia de comorbilidad, se recomienda que todo paciente programado para cirugía tenga un período de aislamiento de 14 días o bien se excluya la infección en el paciente antes de ser considerado para cirugía electiva durante la pandemia de COVID-19. (12)

Se recomienda realizar un triage prequirúrgico, y prueba en casos sospechosos, el traslado del paciente al quirófano deberá realizarse de manera aislada, establecer un quirófano exclusivo (de preferencia con presión negativa), personal instruido y exclusivo para quirófano COVID-19, establecer áreas para colocación y para retiro de equipo de protección personal (bata impermeable,

maskarilla, gafas, pantalla de cobertura facial, gorro, guantes largos, calzado exclusivo) siguiendo los protocolos establecidos. Se recomienda intubación de secuencia rápida para evitar aerolización y el uso de videolaringoscopia. El manejo ventilatorio recomienda volúmenes bajos 4-8 mL/kg peso ideal, presión meseta inspiratoria < 30 cmH₂O, PEEP menor de 8 cmH₂O y maniobras de reclutamiento cada 30 minutos. En el transoperatorio evitar procedimientos laparoscópicos, si se llevan a cabo evitar fugas por trocares, flujo bajo de CO₂, presión baja de neumoperitoneo, y en el uso de cauterio, aspiración de humo quirúrgico. (12)

En este contexto, es importante evitar una pérdida de recursos al proporcionar el acceso a procedimientos idénticos ofrecidos por diferentes especialidades como, por ejemplo: procedimientos redundantes entre la cirugía maxilofacial y la odontología general. (9)

Lo primero que se debe realizar es una anamnesis relevante a todo tipo de pacientes, que incluya el historial de viajes a lugares afectados por COVID-19, la presencia de síntomas como fiebre, falta de aliento, tos y pérdida del olfato y/o gusto. Las respuestas positivas a cualquiera de las preguntas anteriores deben generar sospecha, y estos pacientes deben ser derivados para realizarles el examen de detección para SARS-CoV2; de confirmarse el contagio deberán recibir tratamiento adecuado según su cuadro clínico. Desde el punto de vista de la estadía intrahospitalaria de los pacientes, debe existir una organización tal, que cada uno se encuentre lo más aislado posible de otro. (9)

Ante todo paciente de urgencia vital que no deja tiempo para realizar la prueba de COVID-19 debe ser tratado como infeccioso, por lo que se deben cumplir los siguientes requerimientos: (9)

- El personal responsable de la transferencia debe usar doble mascarilla quirúrgica, así como gorra, bata y guantes. (9)
- El transporte de pacientes hospitalizados debe limitarse estrictamente a los elevadores de transferencia de pacientes hospitalizados para evitar una posible infección cruzada de COVID-19. Los pacientes deben colocarse en habitaciones individuales bien ventiladas, cuyas puertas deben mantenerse cerradas en todo momento y con la entrada y salida limitada al mínimo. (9)
- Antes de ingresar a la sala de operaciones, cada miembro del personal debe ponerse el equipo de protección personal: además de guantes estériles y protección ocular, deben utilizar batas impermeables, doble mascarilla quirúrgica (9)
- El equipo quirúrgico no debe estar presente en la sala de operaciones durante la intubación, la que debe ser realizada por un anestesista experimentado para limitar el número de intentos y también de una manera que genere la menor tos posible por parte del paciente. El equipo quirúrgico debe ingresar al quirófano 20 minutos después de la intubación con el equipo de protección adecuado para minimizar la transmisión basada en aerosoles. (9)
- Un enjuague previo al procedimiento podría reducir la carga de coronavirus en la saliva. Se ha demostrado que la povidona yodada tiene una actividad virucida significativa durante aproximadamente tres horas y recientemente se ha

recomendado cubrir la cavidad oral y las fosas nasales tanto del paciente como del equipo operativo antes del procedimiento (9)

Durante la cirugía. El número de miembros del personal en la sala de operaciones debe limitarse al mínimo. (9)

Protección del personal sanitario. El uso de equipo de protección individual debe seleccionarse adecuadamente y utilizarse apropiadamente. Es preciso capacitar al personal sobre cómo ponerse, retirar y desechar el equipo de protección individual (EPI). Para ahorrar recursos, la protección personal del equipo debe elegirse según el procedimiento planificado y el estado de infección del paciente.
Tabla 4

Tabla 4. Equipamiento de protección individual (EPI) para los profesionales sanitarios, modificado de World Health Organization (WHO) y European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) modificada de acuerdo con los recursos disponibles

Situación	Actividad	Tipo de EPI
Unidad de hospitalización de		
Paciente hospitalizado/sala de exploración de	Cualquier actividad que no incluya contacto con pacientes COVID-19+	Doble Mascarilla quirúrgica
Paciente hospitalizado/sala de exploración de	Actividad directa en pacientes COVID-19+	Doble Mascarilla Quirúrgica o equivalente Sobrebata, Guantes quirúrgicos Gorro Protección ocular (gafas con sellado / máscara facial)
Paciente hospitalizado/sala de exploración de	Procedimientos generadores de aerosoles en pacientes COVID-19+	Doble Mascarilla Quirúrgica / equivalente Sobrebata Guantes quirúrgicos desechable Protección ocular (gafas con sellado / máscara facial) Delantal
Quirófano (con presión negativa)	Cualquier tipo de cirugía realizada en pacientes COVID-19+	Doble Mascarilla Quirúrgica/ equivalente Bata quirúrgica estéril impermeable Guantes quirúrgicos estériles Gorro quirúrgico desechable doble Protección ocular (gafas con sellado / máscara facial)

Unidad ambulatoria		
Sala de consulta	Examen clínico de pacientes que no presentan síntomas respiratorios	Doble Mascarilla quirúrgica Guantes
Sala de consulta	Clínica de paciente sospechoso (con síntomas respiratorios) o confirmado de COVID-19+	Doble Mascarilla Quirúrgica/ equivalente Sobrebata Guantes quirúrgico Gorro Protección ocular (gafas con sellado / máscara facial)

Recomendaciones: durante la pandemia, la actividad de cirugía oral y maxilofacial se puede mantener en el sistema de salud con un funcionamiento efectivo y seguro. Para ello, se deben realizar todos los esfuerzos y obtener los recursos que sean necesarios para conseguirlo. Las sugerencias de este documento podrían incluso servir como base para afrontar futuros brotes de SARS-COVID-19 u otras crisis de sanitarias por venir de potenciales patógenos no conocidos. Las recomendaciones y sugerencias tienen que contar necesariamente con cierta flexibilidad en su aplicación en base a las necesidades específicas de cada paciente, su situación clínica, el entorno epidemiológico donde se realiza el procedimiento (nivel de alerta sanitaria), las condiciones y equipamientos disponibles en cada hospital y las pruebas diagnósticas de PCR y de serología al alcance del centro o consulta.

Conclusiones

Durante el primer año de la pandemia en Cienfuegos marzo 2020-marzo 2021 fueron diferidos más del 50% de los casos oncológicos del Servicio de Cirugía Maxilofacial. El tumor más frecuente resultó ser el carcinoma basocelular, afectando en su mayoría al sexo masculino en etapa I. Ante ésta situación de afectación en el tratamiento de los pacientes se diseñó un algoritmo para la atención y manejo en oncología de cabeza y cuello priorizando según la urgencia o no del tratamiento y la prioridad en la cirugía.

Referencias

1. Gallegos-Hernández JF. Cáncer de cabeza y cuello. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2015; 14(1).
2. OMS. GLOBOCAN 2020 World. World Health Organization, International Agency of Research on Cancer.
3. OMS. GLOBOCAN 2020 Latin America. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer.
4. OMS. GLOBOCAN 2020 Cuba. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer.
5. Monje Gil F, Cebrián Carretero JL, López-Cedrún Cembranos JL, Redondo Alamillos M, Valdés Beltrán A, Almeida Parra F, et al. Manejo de pacientes en cirugía oral y maxilofacial durante el periodo de crisis y de control posterior de la pandemia de COVID-19. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*. 2020; 42(2).
6. Morales Navarro D. Acciones del personal de salud del área estomatológica en relación a la COVID-19. *Revista de Estomatología*. 2020.
7. MORENO GIRALDO KF. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del carcinoma de lengua en el Servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial del Hospital Nacional Guillermo Almendra Irigoyen (2000-2005). Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Universidad del Perú. Decana de América, Unidad de Posgrado.
8. Melgares Ramos MdlÁ, Pardo Lora C, Salazar Rodriguez S, Silveira Melgares Y. Comportamiento de los tumores malignos de los párpados en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. *Revista Cubana de Oftalmología*. 2013; 26(2).
9. Melián Rivas A, Wallach Weinstein, Boin Bakit C, Carrasco Soto R. Recomendaciones en la Atención de Pacientes en Cirugía Maxilofacial Durante la Pandemia de COVID-19 (SARS-CoV-2). *Int. J. Odontostomat*. 2020; 14(4).
10. SECOM CyC. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial y de Cabeza y Cuello en el periodo de crisis y de control posterior de la pandemia de Covid-19. Madrid: Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial y de Cabeza y Cuello, Junta Directiva de la SECOMCyC.
11. Kornecki Radzinski F. COVID 19 y la Cirugía Bucocomaxilofacial. 2020.
12. Acosta-Nava VM, Alcántara-Muñoz MdR, Arenas-Venegas AD, Carapia-Sadurni A, Carrillo-Córdoba JR, Carrillo-Esper R, et al. Guía de recomendaciones para el manejo perioperatorio de pacientes con infección por SARS-CoV-2 (COVID-19). *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2020; 43(3).