

Original

Gestión de recursos en la unidad de mama en tiempos de pandemia.

Resource management in the breast department during COVID-19.

Salas Murillo J, Pérez Quintero R, Martínez Mojarro R, Balongo García R

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

RESUMEN

Los pacientes con cáncer son más susceptibles a las infecciones y es debido al estado inmunosupresor sistémico causado por la malignidad y los tratamientos. La heterogeneidad de la bibliografía publicada muestra que actualmente no existe un enfoque de “talla única” para el manejo de pacientes con cáncer de mama durante esta pandemia. Las grandes disparidades en la práctica clínica subrayan la gestión compleja de muchas situaciones clínicas y organizativas diferentes y requieren pautas consensuadas basadas en la evidencia.

Palabras clave: cáncer de mama, Covid-19, gestión de recursos.

ABSTRACT

Cancer patients are more susceptible to infections and it is due to the systemic immunosuppressive status caused by malignancy and treatments. The heterogeneity of the published literature shows

that currently there are different approach to the management of of this pathology during Covid-19. Large disparities in clinical practice underscore the complex management of many different clinical and organizational situations and require consensus evidence-based guidelines.

Key words: breast cancer, Covid-19, resource management.

INTRODUCCIÓN

Ante la llegada de la pandemia a comienzos del 2020, y las nuevas oleadas con aumento de casos tras la llegada del otoño, y tras la festividad de la navidad, la enfermedad asociada al síndrome respiratorio agudo severo debido a coronavirus 2 (SARS-CoV-2) (COVID-19) desafía seriamente a todos los sistemas y profesionales de la salud a nivel mundial. La respuesta a esta pandemia ha provocado una interrupción repentina de la atención médica de rutina precisando una reorganización de recursos sanitarios para una adecuada gestión. Ello se traduce en restricciones en la disponibilidad de quirófanos, consultas, pruebas de imagen y otras actividades así como una reducción de los médicos disponibles a causa de la derivación a otras unidades para atender a los pacientes infectados por SARS-CoV-2 o a la propia infección de los mismos.

CORRESPONDENCIA

Juana Salas Murillo
Hospital Juan Ramón Jiménez
21001 Huelva
j_s_murillo@hotmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Salas Murillo J. Gestión de recursos en la unidad de mama en tiempos de pandemia. . Cir Andal. 2021;32(2): 150-54. DOI: 10.37351/2021322.8

Debido a esto, la mayoría de las sociedades de senología y patología mamaria a nivel mundial han establecido unas recomendaciones sobre el diagnóstico y manejo de estos pacientes. No obstante las decisiones se tomarán teniendo en cuenta estas recomendaciones, dependiendo de la situación en la que se encuentre el centro y de forma individualizada, consensuada en los Comités Multidisciplinares, que continuarán funcionando de forma no presencial, vía telemática, semanal o quincenalmente según el centro.

Como especialistas, nuestro principal objetivo es atender a los pacientes con cáncer de mama en un entorno multidisciplinario, capaz de brindar un tratamiento de alto nivel en el menor tiempo y de acuerdo con los indicadores de calidad establecidos. Sin embargo, la extraordinaria situación mundial actual requiere una reorganización urgente y una asignación de recursos sanitarios sin comprometer los resultados de los pacientes, y esto siempre mediante la adaptación continua en base a la situación geográfica y los resultados de las investigaciones que van adaptando sus recomendaciones. A pesar de que la pandemia ha afectado a todo el país, hay dos circunstancias en las cuales se puede facilitar la organización de programas de cirugía oncológica: 1) Áreas geográficas de baja incidencia de COVID-19, en las cuales hay disponibilidad de recursos para programas oncológicos, 2) Hospitales libres de COVID-19 que facilitan el mantenimiento de estos programas¹.

En este manuscrito proporcionamos orientación acerca del manejo de pacientes con cáncer de mama y asesoramos sobre cómo clasificar, priorizar y organizar procedimientos diagnósticos y tratamientos en base a la bibliografía existente. Las recomendaciones de expertos basadas en el consenso no pretenden reemplazar las pautas actuales, sino adaptar la atención del cáncer de mama durante la pandemia, utilizando un marco basado en valores para establecer prioridades (Tabla 1). Estas recomendaciones comenzaron durante la primera oleada de casos al comienzo de la pandemia, basándose sobre todo en la experiencia de China y han continuado hasta la actualidad siendo cada vez más precisas y basadas en recomendaciones de expertos a nivel mundial.

Tabla 1. Recomendaciones generales para el manejo del cáncer de mama durante la pandemia basadas en recomendaciones de expertos

- Se realizarán las intervenciones quirúrgicas imprescindibles.
- Se debe favorecer la cirugía en régimen CMA y en un tiempo.
- Se recomienda demorar la reconstrucción postmastectomía, la cirugía de reducción de riesgo y la simetrización de la mama contralateral.
- En caso de la no disponibilidad de quirófano, se recomienda atrasar la cirugía y valorar neoadyuvancia.
- En caso de cirugía, se recomienda priorizar. De mayor a menor riesgo se plantearía cirugía en: pacientes receptor estrogénico negativo, HER 2 positivo, pacientes premenopáusicas receptor estrogénico positivo y en carcinoma ductal in situ de alto grado.
- En mujeres > 70 años postmenopáusicas sin diagnóstico histológico previo ó con receptor estrogénico positivo, se puede valorar neoadyuvancia directamente sin cirugía.
- Los instrumentos y apósitos quirúrgicos deben procesarse siguiendo los protocolos de Medicina Preventiva de cada centro como material infeccioso tipo III.
- Si la paciente es COVID 19 +:
 - *Demorar la cirugía hasta resolución de la infección por COVID 19 si es posible
 - *Si se trata de una cirugía urgente o no demorable se recomienda uso de Equipo de Protección Individual (EPI)

ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL RIESGO DE CONTAGIO

-Necesidad de confirmar antes de la cirugía la negatividad de los pacientes tanto para síntomas como en test ARN COVID-19.

-Visita prequirúrgica del paciente en los Servicios de Cirugía y de Anestesia el mismo día, manteniendo distancia de seguridad y, si es posible, con el acompañante en la sala de espera.

-La cirugía debe ser lo menos agresiva posible y, cuando se pueda, en régimen de cirugía mayor ambulatoria, especialmente en las pacientes mayores, para reducir en lo posible la estancia en el hospital.

-Minimizar las visitas en el postoperatorio utilizando suturas reabsorbibles y drenajes solo cuando sean imprescindibles.

-La reconstrucción autóloga debe ser diferida.

-En los hospitales en los que la cirugía del cáncer de mama esté más limitada, deberían seleccionarse los casos en los que es más difícil justificar un retraso, como el fin de la terapia neoadyuvante en enfermas en que se considera que no es posible o recomendable prolongar dicho tratamiento.

CRIBADO Y DIAGNÓSTICO^{1,3}

Debido a la previsible reducción de recursos y para garantizar la seguridad de los pacientes y el personal, el cribado mamográfico de la población debe suspenderse hasta que la pandemia haya remitido. Los procedimientos de diagnóstico en pacientes sintomáticos deben programarse de acuerdo con la disponibilidad y los recursos locales. Sin embargo, se deben hacer todos los esfuerzos para evitar el diagnóstico tardío en aquellos con síntomas sospechosos o hallazgos clínicos o de imagen [BIRADS 5 (prioridad alta) o BIRADS 4 (prioridad media)].

Múltiples propuestas han sido expuestas por diferentes sociedades como la de la Asociación española de cirujanos de la mama en la cual recomienda que los pacientes mayores y frágiles, especialmente si están en residencias, remitidas por tumores palpables, no deben ser evaluados hasta que la situación cambie. Los pacientes mayores de 70 con comorbilidad tampoco deben acudir al Hospital. Si los resultados no son benignos y se precisa de estudios complementarios, se valora en cada caso, se les piden las pruebas telemáticamente y se les cita para darles resultado.

TRATAMIENTO

Tratamiento locorregional en cáncer de mama temprano (CMT). Cirugía versus tratamiento sistémico primario (TSP)

En circunstancias normales, la terapia sistémica primaria (TSP) se usa cada vez más y se prefiere a la cirugía inicial, no solo para la enfermedad localmente avanzada sino también en el entorno del CMT. TPS incluye tanto quimioterapia neoadyuvante/primaria ± terapia anti-HER2 y terapia endocrina primaria/neoadyuvante. Durante la pandemia de COVID-19, las indicaciones de TPS en pacientes con

CMT puede reconsiderarse temporalmente teniendo en cuenta la disponibilidad de instalaciones y recursos sanitarios, el escenario pandémico, el número de visitas hospitalarias necesarias y los riesgos de comprometer el sistema inmunológico asociados con diferentes tipos de tratamientos^{4,5}. Por ejemplo, algunos pacientes con CMT que en circunstancias normales recibirían TSP podrían ser tratados con cirugía primaria, especialmente cuando un procedimiento limitado es factible en un entorno ambulatorio. Por el contrario, algunas pacientes que, en circunstancias normales, podrían tratarse con cirugía primaria, como las mujeres posmenopáusicas con enfermedad luminal A/B limitada, podrían tratarse con terapia endocrina primaria para retrasar los procedimientos invasivos y la hospitalización. En general se ha observado un aumento de las indicaciones quirúrgicas en CMT respecto a TSP⁵. Estas indicaciones son dadas de forma concisa por la Asociación Española de Cirujanos (AEC) refiriendo que se recomienda reservar el tratamiento neoadyuvante sólo para pacientes inoperables, evitando la indicación de neoadyuvancia con el objetivo de reducir el tamaño tumoral y evitar la mastectomía⁶. En el estudio publicado por Acea et al¹ en 2020 exponen que la actividad quirúrgica se ha reducido un 30% con respecto al año previo no observando un aumento del número de complicaciones, no aumentando las infecciones entre el personal sanitario. Expone la menor duración de cirugías y estancia hospitalaria al realizarse procedimientos más conservadores y en régimen ambulatorio. No observa retrasos en atención médica. Es importante resaltar que esta situación fue posible debido a la facilidad para el mantenimiento de programas oncológicos debido a un área geográfica con baja incidencia de COVID-19.

Cirugía

La priorización se guía por la magnitud del beneficio, la biología del tumor y el estadio junto con los escenarios clínicos (Tabla 2)⁷. Se debe dar preferencia al procedimiento quirúrgico mínimo más efectivo con el tiempo de recuperación más rápido, que reduzca los riesgos para el paciente individual y reduzca la necesidad de recursos de atención médica⁷. Por ello la Sociedad de Cirugía Oncológica ha creado guías de tratamiento quirúrgico de pacientes con cancer de mama basadas en una serie de recomendaciones:

1. Priorizar CDIS de alto grado si se dispone de quirófano. Si no, determinar los RE+ para HT.
2. Las mastectomías profilácticas, mastectomías de reducción de riesgo y patología benigna deben diferirse un mínimo de 3 meses salvo que la paciente presente abscesos de repetición que no mejoren con tratamiento médico.
3. La segunda parte de la reconstrucción en dos tiempos debe ser diferida un mínimo de tres meses. Se deben evitar las reconstrucciones inmediatas y se puede ofrecer la posibilidad de mastectomía con reconstrucción diferida.
4. Para los tumores triple negativo/HER2+ invasivo, los pacientes con T1N0M0 deben ser considerados de alta prioridad quirúrgica. Se recomendaría neoadyuvancia en T1 en el límite alto del tamaño (tumor >1,5- 2 cms) o si N+, por decisión del Comité de Patología Mamaria. Para tumores con receptor hormonal + y HER2- la cirugía es la terapia inicial de elección.

Tabla 2. Prioridades establecidas para el tratami. Prioridades según la biología del tumor y el estadio junto con los escenarios clínicos

Prioridad alta	Prioridad media	Prioridad baja
Complicación tras la cirugía con sangrado o necesidad de drenaje de absceso y/o hematoma	Cáncer de bajo riesgo. Tras evaluación en comité considerar neoadyuvancia/ tratamiento endocrino de acuerdo con estatus menopáusico y retraso de cirugía	Excisión de lesiones benignas
Complicación de cirugía reconstructiva	Discordancia entre biopsias siendo probable diagnóstico maligno	Cirugía para cáncer no invasivo (in situ) excepto para carcinoma ductal in situ de alto grado
Pacientes que han completado neoadyuvancia con quimioterapia	-	Discordancia entre biopsias siendo probable diagnóstico benigno
-	-	Cirugía reconstructiva inmediata o diferida con tejidos autólogos y/o implantes
Pacientes con cáncer invasivo en los que decisión es tomada por el comité.	-	Cirugía profiláctica para pacientes asintomáticos con alto riesgo
Excisión de recurrencias (dependiendo del fenotipo y extensión)		
Cáncer en embarazadas: individualizar cada caso dependiendo del estiaje y biología del tumor)	-	-
5. Después de quimioterapia neoadyuvante		
a. Carcinoma invasivo con receptor hormonal positivo		
-Si ha tenido una respuesta parcial o completa se puede continuar con la HT para retrasar la cirugía 4-8 semanas. Habría que llamar a las pacientes cada dos semanas para ver si existe progresión.		
-Si la paciente es ER+ y HER2+ se puede añadir tratamiento endocrino al tratamiento anti HER2 para retrasar la cirugía 4-8 semanas llamando a las pacientes cada mes para detectar progresiones de la enfermedad		
b. Triple negativo/HER2+ invasivo		
-Retrasar 4-8 semanas la posibilidad de cirugía que tiene que ser con carácter prioritario una vez normalizada la situación.		

En el caso de la cirugía urgente o no demorable englobamos a la enfermedad progresiva con tratamiento sistémico no controlada, Angiosarcomas, Tumor Phyllodes Maligno, pacientes embarazadas, pacientes con recidiva locorregional aislada temprana (dentro de los 48 meses desde el tratamiento primario), pacientes de alto riesgo con contraindicaciones para PST, o con ganglios positivos, o con enfermedad que muestre características biológicas de agresividad, entre otros.

Radioterapia

Más del 50% de los centros no alteraron su programa de radioterapia durante la pandemia de COVID-19, ya que se supone que la radioterapia no tiene efectos sistémicos en el paciente y, por lo tanto, no aumenta los riesgos relacionados con COVID-19. Sin embargo, aunque es posible que la radioterapia no aumente por sí misma la susceptibilidad de un paciente, las visitas diarias al hospital y las interacciones con los profesionales de la salud, y potencialmente con otros pacientes, aumentan los riesgos de exposición. Como tal, el hipofraccionamiento debe considerarse protector al reducir el número de visitas al hospital. En aquellas pacientes en las que se pueda, se valorará retrasar la irradiación hasta un máximo de 12 semanas tras la cirugía. Las guías internacionales proponen valorar la omisión de la irradiación en aquellos casos de pacientes mayores de 70 años, con un tumor inferior a 2 cm, Grado I, sin signos de mal pronóstico local, márgenes quirúrgicos no afectados, ausencia de afectación ganglionar, receptores hormonales positivos y HER2-negativo, y siempre de acuerdo con que la paciente asuma un mayor riesgo de recidiva local.

***CMT**

Las siguientes recomendaciones pueden ser consideradas y discutidas con los pacientes, en función de las circunstancias particulares de cada lugar:

1. Posponer la RT hasta 3 meses para los pacientes de alto riesgo y hasta 6 meses para los pacientes de bajo riesgo⁸.
2. Se debe utilizar un hipofraccionamiento moderado para la RT de mama/pared torácica y ganglios⁸.
3. Administre RT en 5 fracciones para todos los pacientes que requieran RT con tumores con ganglios negativos que no requieran refuerzo.
4. Debe omitirse la RT de refuerzo para reducir las fracciones y/o la complejidad en la gran mayoría de los pacientes, a menos que sean de 40 años o menos, o mayores de 40 años con factores de riesgo significativos de recaída local.
5. La RT parcial acelerada de la mama también se puede considerar para pacientes seleccionadas de bajo riesgo.
6. La omisión de la RT podría considerarse en pacientes de edad avanzada con bajo riesgo de recurrencia.

***Cáncer de mama avanzado (CMA)**

La radioterapia es urgente para las siguientes situaciones:

1. Compresión de la médula espinal.
2. Metástasis cerebrales y leptomenígeas.
3. Tratamientos paliativos (por ejemplo, de metástasis óseas) que no responden tratamiento médico

Quimioterapia^{8,9}

Algunas terapias sistémicas adyuvantes tienen un riesgo significativo de inmunosupresión que puede tener efectos perjudiciales durante la pandemia de COVID-19. Se pueden tomar algunas medidas para disminuir este posible efecto perjudicial. Cuando se utilizan regímenes de quimioterapia con riesgo intermedio/alto de inmunosupresión, como antraciclinas, docetaxel se pueden utilizar factores de crecimiento hematopoyético para disminuir el riesgo de neutropenia y neutropenia febril. El uso de esteroides debe limitarse a lo indispensable. Para disminuir el número de visitas al hospital, se prefieren los regímenes de dos o tres semanas, y a ser posibles tratamientos vía oral. En los casos en los que el uso de intravenosos y/o agentes con mayor riesgo de inmunosupresión son necesarios, se debe dar preferencia a las formulaciones liposomales de antraciclinas y regímenes de taxanos o compuestos de platino cada tres semanas.

***CMT**

Para CMT triple negativa, al decidir la adición de platino a las antraciclinas y taxanos, se debe tener en cuenta la mayor toxicidad hematológica y el consiguiente riesgo de inmunosupresión, considerando que el potencial beneficio adicional de estos agentes aún son controvertidos.

Para HER2+ en CMT, el uso de agentes anti-HER2 es muy recomendable en vista del beneficio de supervivencia y la ausencia de datos que sugieran algún efecto perjudicial de su uso durante esta pandemia.

Para CMT ER+/HER2 negativo, la decisión más difícil está relacionada con el uso de quimioterapia adyuvante. En los casos en que el beneficio de este tratamiento sea incierto, el balance riesgo/beneficio, durante esta pandemia, podría estar más a menudo a favor de no administrar quimioterapia.

***CMA**

El cáncer de mama avanzado/metastásico es una enfermedad incurable, con una mediana de supervivencia de unos 3 años. Además, la enfermedad metastásica conlleva en sí misma algún nivel de inmunosupresión. Por lo tanto, es esencial que todos los pacientes permanezcan bajo un tratamiento adecuado y una estrecha vigilancia durante la pandemia de COVID-19. Se deben considerar reducciones e interrupciones de dosis, siempre que los efectos secundarios sean importantes. En algunos casos de tratamientos prolongados y enfermedad estable, pueden considerarse pausas de tratamiento con una vigilancia activa y estricta.

Para CMA ER+/HER2-, la terapia endocrina es la opción preferida.

Para HER2+ se recomienda el uso de agentes anti-HER2, según las pautas.

Para triple negativos esquemas de quimioterapia trisemanales, preferencia oral.

CONCLUSION

Los pacientes con cáncer son más susceptibles a las infecciones y es debido al estado inmunosupresor sistémico causado por la malignidad y los tratamientos. La heterogeneidad de la bibliografía publicada muestra que actualmente no existe un enfoque de “talla única” para el manejo de pacientes con cáncer de mama durante esta pandemia. Las grandes disparidades en la práctica clínica subrayan la gestión compleja de muchas situaciones clínicas y organizativas diferentes y requieren pautas consensuadas basadas en la evidencia.

La segunda y tercera ola hacen que no haya todavía una nueva normalidad; la respuesta sanitaria sigue siendo reactiva más que proactiva.

Los hospitales están mejor preparados que en la primera ola (dotación, circuitos asistenciales y planes de contingencias) pero tendremos que desarrollar estrategias solventes para asumir:

-Carga pacientes con cáncer de mama y problemas asociados cuya atención se pospuso.(reconstrucciones, neoadyuvancias).

-Pacientes con cáncer de mama No COVID, agravados por reducción de diagnóstico e insuficiente seguimiento.

-Secuelas de la propia enfermedad.

Las necesidades no atendidas se cobrarán su cuota en morbimortalidad; pacientes no atendidas por desprogramación de consultas, procedimientos e intervenciones.

Y para finalizar, es importante reflexionar acerca de ¿dónde nos encontramos?, ¿serán las nuevas pautas el futuro? ¿Es esto un antes y un después en nuestro hábito laboral?

BIBLIOGRAFÍA

1. Acea B, García A, García L, Escribano C, Díaz C et al. Impact of the COVID-19 pandemic on a breast cancer surgery program. Observational case-control study in a COVID-free hospital. *Breast J.* 2020;00:1-3.
2. Ueda M, Martins R, Hendrie P, et al. Managing cancer care during COVID-19 pandemic: agility and collaboration toward a common goal. *J Natl Compr Canc Netw* 2020;18(4).
3. ASCO. Care of individuals with cancer during COVID-19. [Internet]. [Consultado 29 Nov 2020]. Disponible en: <https://www.asco.org/asco-coronavirus-information/care-individuals-cancer-during-covid-19>.
4. ECCO. Statement on COVID-19 from the European cancer organisation's board of directors. [Internet]. [Consultado 29 Nov 2020]. Disponible en: <https://www.ecco-org.eu/Global/News/Latest-News/2020/03/NEWS-Statement-on-COVID-19-from-the-European-Cancer-Organisation-Board-of-Directors>.
5. Gasparri ML, Gentilini OD, Lueftner D, Kuehn T, Kaidar-Person O et al. Changes in breast cancer management during the Corona Virus Disease 19 pandemic: An international survey of the European Breast Cancer Research Association of Surgical Trialists (EUBREAST). *The Breast.* 2020. 52: 110-115
6. AEC. Recomendaciones para la gestión de los pacientes con patología mamaria ante la pandemia por COVID-19. [Internet]. [Consultado 20 Nov 2020]. Disponible en: [https://www.aecirujanos.es/files/portalcontenidos/508/documentos/Patologia_Mamaria\(3\).pdf](https://www.aecirujanos.es/files/portalcontenidos/508/documentos/Patologia_Mamaria(3).pdf)
7. Azambuja E, Trapani D, Loibl S, Delaloge S, Senkus E et al. ESMO Management and treatment adapted recommendations in the COVID-19 era: Breast Cancer. *ESMO Open.* 2020. 5(3):793.
8. Van Maaren MC, Bretveld RW, Jobsen JJ, et al. The influence of timing of radiation therapy following breast-conserving surgery on 10-year disease-free survival. *Br J Canc.* 2017.117(2):179-188.
9. ASBrS. Recommendations for prioritization, treatment and triage of breast cancer patients during the COVID-19 pandemic: executive summary. [Internet]. [Consultado 20 Nov 2020]. Disponible en: https://www.breastsurgeons.org/docs/news/The_COVID-19_Pandemic_Breast_Cancer_Consortium_Recommendations_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf?01.