

Trabajo Original

Manejo del cáncer de mama en tiempos de pandemia COVID-19: experiencia local.

Management of breast cancer in COVID-19 pandemic: a local experience.

Felipe Mosella V.¹; Andrea Sepúlveda H.^{1,2}; Isabel Saffie V.¹; Verónica Toledo M.¹; Paola Ruiz de Viñaspre A.^{1,2}; Carla Berríos L.^{1,2}; Alonso Uribe O.^{1,2}; Paula Escobar O.^{1,2}.

¹ Unidad de Patología Mamaria, Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse y CRS Oriente.

² Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

Correspondencia: Dr. Felipe Mosella V
Email: dr.mosella@gmail.com

RESUMEN

La pandemia por COVID-19 ha generado un estancamiento mundial en la atención y resolución de todas las patologías graves y crónicas, debido al colapso de los sistemas de salud, a la dificultad de consulta, dada por la disminución de movilidad de las personas, por las cuarentenas establecidas y también por el temor de los pacientes al contagio en los centros de salud. Los enfermos oncológicos han visto canceladas sus atenciones, suspendidos o postergado sus tratamientos y diferidas sus cirugías. Esto no ha sido ajeno a las pacientes con cáncer de mama. En el presente trabajo, se reporta la experiencia de una Unidad de Patología Mamaria de un hospital público de Santiago de Chile y de las acciones realizadas para mantener la continuidad de atención en una comuna con una alta tasa de infección por SARS-CoV-2.

Palabras claves: COVID-19, cáncer de mama, pandemia, SARS-CoV-2.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has generated a global stagnation in the care and medical treatment of serious and chronic illnesses due to the collapse of the health systems, the difficulty of consulting due to decreased mobility caused by forced quarantines and also because of the fear of infection when attending a health center. Cancer patients have had their medical appointments canceled, their treatments suspended or postponed, and their surgeries delayed. Breast cancer patients have not been the exception. We report the experience of a Breast Pathology Unit of a public hospital in Santiago of Chile, and the actions carried out to maintain continuity of care in a community with a high infection rate of SARS-CoV-2.

Key words: COVID -19, breast cancer, pandemia, SARS-CoV-2.

INTRODUCCIÓN (debería quedar en página 18)

El cáncer de mama en Chile es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer, con una incidencia anual de 16 x 100.000 mujeres (GLOBOCAN 2018)¹. Es una de las patologías incluidas en la ley GES que garantiza la calidad y oportunidad de atención. Nuestra Unidad de Patología Mamaria, ubicada en Peñalolén, atiende a mujeres con sospecha de cáncer de mama del área oriente de Santiago y Rapa Nui.

Desde marzo, con la notificación de los primeros casos de SARS-CoV-2, comprendimos que difícilmente cumpliríamos los estándares y metas habituales, y que tendríamos que hacer algunos cambios, tal cual lo habían hecho otros países, que ya en ese momento comunicaban su experiencia^{2,3}.

Debido a esto, modificamos nuestra modalidad de atención en función de los cambios diarios que se iban generando en nuestra realidad local⁴.

Inicialmente se suspendieron los controles presenciales a pacientes mayores de 70 años para llegar paulatinamente a una atención mayoritariamente telemática. Los equipos de trabajo se dividieron para disminuir los riesgos de contagio y se fueron priorizando las cirugías hasta finalmente suspenderlas por completo durante casi tres meses.

En este artículo, se presenta la experiencia de manejo del cáncer de mama de nuestra unidad durante la pandemia, la forma de adaptación con la introducción de un modelo de atención distinta, los cambios en la manera de planificar los tratamientos y las dificultades que aún enfrentamos junto a nuestras pacientes⁵.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo en base a una planilla Microsoft Excel creada especialmente para el registro de las atenciones en el contexto de la pandemia por COVID-19, donde cada médico del equipo de la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Santiago Oriente se encargó de incorporar la información de sus pacientes. Se consideró el periodo comprendido entre el 1 de abril al 30 de junio de 2020. Posteriormente se realizó un análisis estadístico de los datos. Las variables evaluadas en este estudio fueron edad, diagnóstico, motivo de consulta, modalidad de atención y conducta terapéutica.

RESULTADOS (en siguiente columna)

Durante el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2020 y el 30 de junio de 2020, fueron citadas 1433 pacientes en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Santiago Oriente, en Santiago de Chile. De estas fueron evaluadas 1430 pacientes, lo que implica una pérdida de datos de 0,21% (3). De las pacientes evaluadas, el 82% (1173) correspondieron a atenciones remotas, mientras que el 12,9 % (184) de las atenciones fueron realizadas en forma presencial, con un 5,1% (73) de pacientes que no se presentaron o no respondieron a los intentos reiterados de monitoreo telefónico, durante el periodo señalado, éste considera 3 pacientes fallecidas (Figura 1). La mediana de edad de nuestras pacientes fue de 58 años, con un rango de edad entre 16 y 95 años. Del total de pacientes atendidos, el 75,2% de nuestras atenciones realizadas correspondieron a pacientes con diagnóstico conocido de cáncer de mama, incluidas aquellas pacientes en que se realizó la confirmación diagnóstica. El 12,2% de las atenciones correspondieron a lesiones benignas, 8,8% a lesión sospechosa de cáncer, 1,6% correspondieron a microcalcificaciones (MCC), 1,3% a hiperplasia ductal atípica (HDA) y 1% (13) a otras patologías: 6 lesiones papilares, 2 Tumor Phyllodes maligno, 1 hiperplasia lobulillar atípica (HLA), 1 distorsión de la arquitectura y 2 sin patología mamaria (Figura 2).

Con respecto a la distribución de atenciones, un 48,3% (n=653) corresponden a controles asintomáticos (pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en seguimiento (n=590), alta médica (n=54) y pacientes que requirieron renovación de receta y/o certificado médico (n=9), 17,6% (n=238) fueron entrega y discusión de resultados de imágenes, biopsias y exámenes de laboratorio; un 11,5% (n=155) corresponden a entrega de comité oncológico, un 10,1% (n=137) a ingresos, 7,4% a controles post tratamiento de quimioterapia, radioterapia, cirugía y/o hormonoterapia neoadyuvante, 4,4% (n=60) a controles sintomáticos y 0,4% (n=6) que no se obtiene información (Figura 3).

De los controles asintomáticos descritos en el gráfico anterior 613 pacientes (93,9%) correspondieron a atenciones remotas y 40 (6,1%) atenciones presenciales (Figura 4).

Del total de ingresos realizados (n=137) durante el periodo descrito, 76 (55,5%) pacientes tienen pendiente la resolución quirúrgica. Todas estas pacientes recibieron tratamiento neoadyuvante; 22 (28,9%) están en quimioterapia neoadyuvante (QMT NA), 37 (48,7%) en hormonoterapia neoadyuvante (HT NA), y 17 pacientes (22,4%) ya completaron su tratamiento neoadyuvante (Figura 5).

Ventajas de la telemedicina en tiempos de COVID-19

En estos tiempos en que se dificulta la atención de pacientes por saturación de los centros hospitalarios, por temor al contagio y exposición de pacientes, sobretodo afechos y con comorbilidades, es que ha sido necesaria la atención remota. No es la atención ideal, pero durante este periodo de teletrabajo recibimos retroalimentación de nuestras pacientes, y del equipo médico, detectando ciertas ventajas que compartimos a continuación:

1. Permite mantener una continuidad en la atención de las pacientes.
2. Genera alegría y contención en la paciente.
3. Permite educar y reforzar la continuidad de los tratamientos, principalmente de la hormonoterapia.
4. Permite despejar dudas, inquietudes que se suscitan en el tiempo, en relación con hormonoterapia, exámenes, horas de control, etc.
5. Permite gestionar atenciones futuras (citaciones médicas o psicológicas, realización de exámenes, renovación de recetas, entre otras).
6. Facilita atención de pacientes de carácter administrativo, como es descarte de patologías y altas a atención primaria (APS).
7. Permite detectar pacientes que necesiten atención prioritaria y/o presencial, y agendar en forma inmediata.
8. Permite continuar con la mayoría de las actividades de la Unidad de Patología Mamaria y que no corresponden a atenciones de pacientes. Ej: comité oncológico, comité quirúrgico, reuniones administrativas, etc.
9. Permite gestionar en forma rápida y efectiva tratamientos que deben ser recibidos por la paciente (radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia).
10. Facilita las charlas educativas individuales o grupales de distintos tópicos, sin necesidad de tener

que acudir al centro asistencial (ahorro de tiempo y dinero de la paciente).

11. Facilita la atención de pacientes postradas, que requieren asistir acompañadas, y/o con movilidad reducida o que habitan en zonas lejanas.

Desventajas de la telemedicina en tiempos COVID-19 (debería quedar en columna siguiente)

Durante estos tiempos de medicina a distancia también nos hemos encontrado con obstáculos o desventajas. Éstas, las podemos agrupar en 4 categorías:

1. Médicas:
 - i. Examen físico incompleto o no realizado, simplemente basado en imágenes, fotografías o reportes del paciente.
 - ii. No poder realizar tratamiento standard en contexto de la pandemia (diferir cirugías, radioterapias y quimioterapias por alta demanda hospitalaria en contexto COVID-19 y por riesgos de contagio de la población oncológica).
 - iii. Restricción en la toma de exámenes y realización de procedimientos habituales (imágenes de control, limpiezas de catéter, administración de bifosfonatos).
 - iv. Suspensión de screening en población de riesgo.
 - v. Acumulación de trabajo para meses post pandemia.
2. Tecnológicas:
 - i. CRS sin ficha electrónica y por lo tanto imposibilidad de tener toda la información del paciente de manera remota.
 - ii. Plataformas computacionales distintas que no funcionan de manera integrada y que no permiten realizar todas las solicitudes e informes de manera telemática.
 - iii. Teléfonos de pacientes no actualizados e imposibilidad de comunicación con ellas. Pacientes no familiarizadas o carentes de tecnología que no están acostumbradas a utilización de emails u otras formas de comunicación.
3. Socioemocionales:
 - i. Relación médico paciente virtual, dificultad de dar malas noticias por teléfono o telemedicina y no poder contener satisfactoriamente al paciente.
 - ii. Personal de salud estresado y confundido.

iii. Jornadas de trabajos sin límites, pacientes escriben y llaman durante horas no hábiles en que el personal está enfocado en labores de índole personal.

iv. Angustia de pacientes y equipo tratante por no poder realizar tratamientos a tiempo y diferirlos post pandemia.

4. Comunicación y coordinación:

i. Secretarías y personal administrativo no sabe cuáles consultas priorizar.

ii. Personal enfermo o en aislamiento preventivo genera descoordinación y cambios de última hora.

iii. Redistribución de personal a labores COVID-19.

5. Económicas: pacientes sin recursos para utilizar internet y por lo tanto imposibilidad de hacer video llamada, enviar o recibir archivos (imágenes, videos)

El futuro Post Pandemia

Si bien la pandemia por SARS-CoV-2 ha traído inconmensurables consecuencias mundiales a la salud física, psicológica, educación, cultura, economía y tantos otros aspectos de la vida, como cualquier crisis, también puede ser vista como una oportunidad para analizar y mejorar nuestras conductas, como por ejemplo, la manera en que manejamos los pacientes crónicos.

Chile es un país en vías de desarrollo, por lo que el sistema de salud pública mantiene en la mayor parte de su cadena un déficit de recursos que es fundamental considerar para priorizar y brindar la mejor calidad de atención posible. En este sentido, nuestra unidad manifiesta este déficit principalmente en falta de horas médicas, especialmente para las pacientes en control post tratamiento y pacientes con patologías benignas. Como es de esperar además, de seguro este problema se agravará posterior a la pandemia, por las postergaciones que se han debido realizar para adaptar el funcionamiento de nuestro centro a las necesidades de la emergencia sanitaria.

Todo lo anterior justifica la búsqueda de estrategias que permitan dar solución a las brechas de recursos incluyendo, por ejemplo, las soluciones que durante la pandemia se han utilizado para dar continuidad a la atención de pacientes.

El teletrabajo o trabajo a distancia, y la ficha electrónica, que hasta antes de esta crisis no habían sido implementados, serán a futuro un gran avance que permitirá descongestionar las listas de espera de controles, dando oportunidad de atención más expedita y pertinente.

Existen una serie de etapas en el proceso de diagnóstico y tratamiento del cáncer que pueden también ser atendidas de manera remota (como reuniones clínicas, comité oncológico, entrega de resoluciones, evaluación de exámenes, entre otros).

Con el objetivo principal de propiciar la comodidad de las pacientes y disminuir las trabas del sistema, sería de mucha utilidad favorecer el agendamiento remoto en los distintos servicios, complementos esenciales para el funcionamiento de nuestra unidad.

Implementación de un correo electrónico o teléfono para una comunicación fluida, será sin duda un aporte al proceso de manejo de la enfermedad y relación médico paciente.

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

El manejo actual del cáncer de mama requiere de la interacción coordinada de diferentes profesionales de la salud desde el momento del enfrentamiento diagnóstico. Este concepto interdisciplinario se hace crítico durante la planificación y ejecución de los tratamientos. En un centro público como el nuestro, de recursos acotados y en el que no se cuenta con todos estos especialistas in situ, se precisa de una comunicación expedita con prestadores del sistema público y privado para lograr articular la atención de nuestras pacientes, lo que diariamente nos presenta un desafío. Estas dificultades durante la Pandemia por COVID-19 se han acrecentado considerablemente y hemos tenido que adaptar el manejo con el fin de brindar una atención oportuna, segura, que no genere más riesgo de contagio y atendiendo a las limitaciones propias de la falta de infraestructura hospitalaria que se ha producido a nivel mundial.

A pesar de todas las dificultades enfrentadas, de los temores de las pacientes y del personal de salud y administrativo y las complicaciones logísticas, se ha generado un aprendizaje potente que nos ha permitido diseñar metodologías alternativas y complementarias a nuestro actuar médico habitual, poder mantener durante todo este período una

atención continua y adecuada de todas nuestras pacientes y de la mejor manera posible en estas circunstancias. Hemos logrado diagnosticar, controlar, indicar tratamientos y así generar un continuo y que no se afecte por este período tan inusual, por lo que consideramos fundamental destacar, que de no haber implementado esta modalidad de atención, veríamos un impacto en el pronóstico de la enfermedad, el cual puede ser evaluado en un futuro próximo.

Por último, los grandes desafíos que enfrentaremos pasada la pandemia serán la implementación del trabajo a distancia de manera más formal, organizada y coordinada, además de recuperar el tiempo perdido, especialmente en cuanto a la actividad quirúrgica, ya que los pabellones fueron cerrados de manera temporal y reconvertidos para atender pacientes COVID-19, lo que ha dejado una enorme lista de espera operatoria. El otro gran desafío será el deber imperativo de hacer un diagnóstico del impacto que este período dejará en la condición de salud de nuestras pacientes, especialmente recabar los resultados de aquellas que debieron esperar cirugías, ya sea en hormonoterapia o quimioterapia neoadyuvante, calculando el eventual aumento en la morbimortalidad por tratamientos postergados o suspendidos, con fines académicos pero también con el objetivo de describir poblaciones

de alta prioridad y ampliar las alternativas de manejo en cierto grupo de pacientes de riesgo quirúrgico o que por algún otro motivo deban diferir su cirugía.

REFERENCIAS

1. Data source: GLOBOCAN 2018. Graph production: Global Cancer Observatory. International Agency for Research on Cancer 2018
2. Brindel M. Managing COVID-19 in Surgical Systems. ANNALS OF SURGERY, Publish Ahead of Print DOI: 10.1097/SLA.0000000000003923
3. Al-Shamsi H. A Practical Approach to the Management of Cancer Patients During the Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: An International Collaborative Group. The Oncologist 2020;25:1–10 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2020). 30/06/20, de WHO Sitio web: <https://www.who.int/es/newsroom/detail/29-06-2020-covidtimeline>
4. Ministerio de salud de Chile. (2020). Reporte de casos COVID-19, de MINSAL Sitio web: <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/casos-confirmados-enchile-covid-19/>
5. Hospital Santiago Oriente Luis Tisné Brousse (2020), Hospital Santiago Oriente. Sitio web: <http://www.hsorient.cl/001.php>.

FIGURAS

Distribución atenciones según modalidad de atención

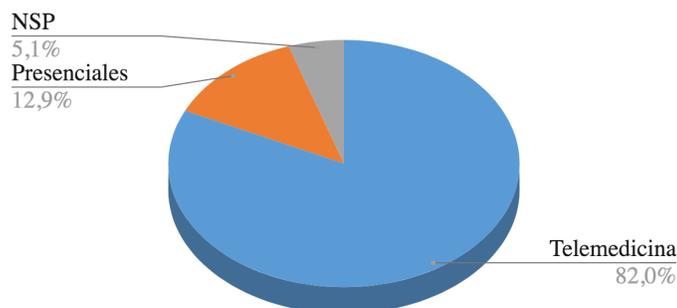


Figura 1. Distribución de atenciones según modalidad de atención.

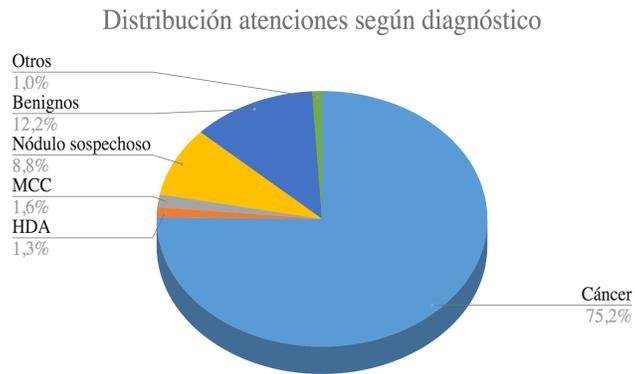


Figura 2. Distribución de atenciones según diagnóstico.



Figura 3. Distribución de atenciones.

Distribución de consultas asintomáticas según tipo de atención

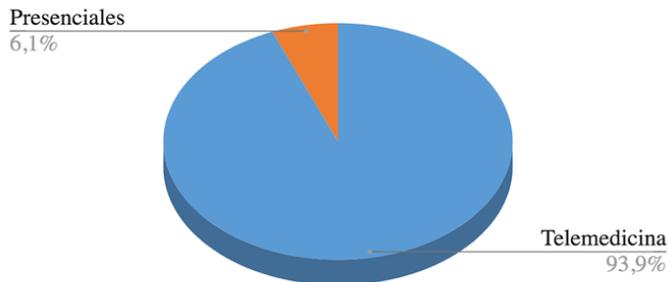


Figura N° 4. Controles asintomáticos según tipo de atención.

Figura 4. Controles asintomáticos según tipo de atención.

Resolución quirúrgica pendiente

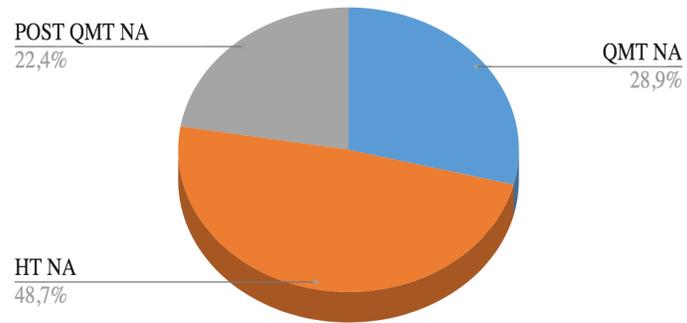


Figura 5. Pacientes en espera de resolución quirúrgica.