

Comunicaciones

2º Congreso de COVID-19

12-16 de abril de 2021

Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)

71. IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 SOBRE EL NÚMERO DE NUEVOS CASOS DE PACIENTES CON CÁNCER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

César A. Rodríguez Sánchez¹, Raquel E. González Hernández², Edel del Barco Morillo¹, Arantxa Amores Martín¹, Amalia Gómez Bernal¹, Belen Cigarral García¹, Rocio García Domínguez¹, Luis Figueroa Pérez¹, Alejandro Olivares Hernández¹ y Juan J. Cruz Hernández¹

¹Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Salamanca-IBSAL, Salamanca, España. ²Facultad de Medicina-USAL, Salamanca, España.

Palabras clave: COVID-19. Cáncer.

Introducción: La pandemia por COVID-19 ha provocado la mayor crisis sanitaria en los sistemas de salud de la época contemporánea, causando un colapso en numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Datos comunicados por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) estiman en aproximadamente un 20% el descenso de nuevos diagnósticos de cáncer durante la pandemia. Este descenso podría traducirse en diagnósticos tardíos y en una repercusión desfavorable sobre las cifras de Supervivencia de los pacientes con Cáncer.

Objetivos: Evaluar el impacto que ha tenido, sobre los nuevos diagnósticos de cáncer, la crisis sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19 en un Hospital Universitario de referencia para pacientes oncológicos.

Material y métodos: Se analizó, de manera retrospectiva, la base de datos de nuevos diagnósticos del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Salamanca (SOM/HUS) en los periodos comprendidos entre 15/03/2020 y 31/12/20 (periodo COVID) y las mismas fechas del año 2019 (periodo control). Se realizó un análisis global y por diferentes tipos de tumor.

Resultados: En el periodo comprendido entre 15/03/20 y 31/12/20 fueron registrados un total de 835 nuevos casos en el SOM/HUS frente a 1004 casos en el mismo periodo de 2019, lo que supone un descenso del 17% de nuevos diagnósticos. El análisis de los principales tipos de tumores muestra los descensos más marcados en cáncer de pulmón (-22%), cáncer colorrectal (-21%), cáncer de próstata (-26%) y

tumores hepatobiliopancreáticos (-55%). Por el contrario, el número de nuevos casos de cáncer de mama presentó un descenso de solo el 7% de nuevos diagnósticos. Un análisis por periodos de tiempo más detallado muestra que durante la primera ola (marzo '20-junio '20) se produjo el descenso más significativo (-41% de casos) con una recuperación en el periodo estival (+8% entre junio '20-sept '20) y un nuevo descenso de mucha menor magnitud (-14%) durante la segunda ola (sept '20-dic '20).

Conclusiones: Nuestros resultados confirman los comunicados por la SEOM en lo relativo al impacto desfavorable que la pandemia por COVID-19 ha tenido sobre los nuevos diagnósticos de cáncer y las potenciales repercusiones en supervivencia a medio plazo. El impacto es especialmente significativo en el caso de las neoplasias digestivas (cáncer de colon y hepatobiliopancreático), cáncer de pulmón y genitourinario; siendo de menor magnitud en cáncer de mama. La mayor magnitud del descenso de diagnósticos tuvo lugar en la primera ola COVID-19 (*se actualizarán los resultados con un año completo de seguimiento, incluyendo tercera ola por COVID-19).

164. ¿CÓMO AFECTÓ LA PRIMERA OLA DE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2 A LA UNIDAD DE MAMA?

Miriam Alcaide Lucena, Carlos Martínez Martínez y Carlos José Rodríguez González

Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España.

Palabras clave: Cáncer de mama. COVID-19. Pandemia.

Introducción: La pandemia por COVID-19 ha modificado nuestra actividad asistencial habitual en los últimos meses. Debido al colapso hospitalario se han suspendido consultas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas, con el objetivo también de reducir la exposición de pacientes al SARS-CoV-2 en el medio hospitalario. Sin embargo, esto ha provocado un retraso en la atención de otros problemas sanitarios. En los últimos meses nos hemos enfrentado a la pandemia por COVID-19 a nivel mundial, situación sin precedentes que nos ha obligado a adaptar nuestra forma de trabajo. Hemos vivido momentos de estrés que nos han llevado a elaborar protocolos que han sido modificados en muchos casos día a día, siempre basados en las recomendaciones del ministerio, y sociedades como Sociedad Española de Oncología Médica y la Asociación Española de Cirujanos. Además, promoviendo la seguridad del paciente se han cancelado consultas de especialistas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas no urgentes, por lo que se prevé retraso en los diagnósticos y por consiguiente un aumento de la lista de espera en los si-

guientes meses. Con este escrito queremos informar de nuestra experiencia en este periodo en la Unidad de Patología Mamaria en un hospital de segundo nivel, con una media de unas 200 pacientes intervenidas al año por cáncer de mama.

Material y métodos: Para ello comparamos las pacientes diagnosticadas e intervenidas durante los meses de marzo a mayo de 2020, con respecto al mismo periodo del año anterior. Nuestro hospital es de segundo nivel, ha presentado varias fases de alerta durante este periodo, actuando de manera diferente en cada una de ellas en cuanto a la actividad diagnóstica y quirúrgica se refiere: Fase I o escenario casi normal: del 01 al 14 de marzo. Fase II o escenario de alerta leve: del 15 al 25 de marzo, y del 20 abril al 31 de mayo. Fase III o alerta media: de 26 marzo al 19 abril. La actividad proporcionada por el PDPCM del área metropolitana sur de esta ciudad (Granada) se suspendió al iniciar el estado de alarma y se reinició de forma parcial el 18 de mayo. Como consecuencia el número de pacientes atendidas con respecto al año anterior en la misma fecha se ha reducido de forma considerable, hasta el 91%. De forma paralela el Servicio de Radiodiagnóstico del hospital, que ha reducido su actividad de forma parcial hasta en un 54% si se compara con el mismo periodo del año pasado. Al suspenderse el PDPCM, el diagnóstico realizado en estos meses se realiza en pacientes sintomáticas que consultan nódulos o secreción a través del pezón de nueva aparición, o bien recidiva en pacientes en seguimiento por Oncología, a diferencia de las pacientes de cribado poblacional que son asintomáticas en su mayoría. Todas estas pruebas no realizadas se demorarán más de lo habitual para ser atendidas, lo que se traduce en un retraso en el diagnóstico. En cuanto a la actividad de intervenciones realizadas en la Unidad de Radiodiagnóstico, si comparamos el número realizado hasta el 15 de marzo con respecto al año pasado podemos objetivar un alza de intervenciones realizadas en este servicio. Sin embargo, una vez instaurado en estado de alarma, esta actividad se vio muy disminuida hasta en un 53%. En cuanto a la actividad quirúrgica, dedicamos habitualmente tres consultas semanales a la patología mamaria, que durante la pandemia se realizaron de forma telefónica, excepto las pacientes recién diagnosticadas de cáncer de mama que se realizaba la primera visita de forma presencial. Previo a la pandemia, semanalmente disponemos de cinco quirófanos, de los cuales tres de ellos habitualmente se dedican a patología mamaria, interviniendo aproximadamente unas 200 pacientes al año. Durante la pandemia, esta actividad se ha visto disminuida de forma importante. A mediados del mes de marzo contábamos con 25 pacientes en lista de espera para intervención por cáncer de mama, que por el tipo de lesión se había decidido en el comité multidisciplinar realizar cirugía inmediata o bien habían finalizado el tratamiento neoadyuvante. En las dos primeras semanas, consideradas como fase II o alerta leve, se mantuvo la actividad en patología maligna, siendo intervenidas 14 pacientes. A partir de esta fecha, entrando ya en fase III o alerta media, se restringe la actividad quirúrgica a aquellos pacientes oncológicos que no puedan retrasar su tratamiento quirúrgico por compromiso de la supervivencia, o que no puedan tratarse con terapia neoadyuvante, según recomiendan las guías en ese momento. Se realiza una reunión extraordinaria del comité oncológico reevaluando estas pacientes. En esta fecha tenemos nueve pacientes sin intervenir decidiendo iniciar hormonoterapia neoadyuvante en cuatro pacientes con lesiones lumbinales menores de 3 cm. De las cinco pacientes restantes se intervinieron dos que habían finalizado el tratamiento neoadyuvante, un tumor multicéntrico lobulillar infiltrante

luminal B con indicación de mastectomía que la neoadyuvancia no iba a cambiar esta indicación en la que se realizó mastectomía anulando la reconstrucción inmediata, y una paciente intervenida de microcalcificaciones en enero que confirman el diagnóstico de un tumor ductal infiltrante pendiente de biopsia selectiva de ganglio centinela. La última paciente que completa esta serie rechazó acudir al hospital a los resultados de la Biopsia con Aguja Gruesa por miedo al contagio, retrasando el tratamiento más de tres meses. Posteriormente a esta fecha se diagnostican cuatro pacientes con cáncer de mama luminal que directamente se trataron con hormonoterapia neoadyuvante. A partir del 20 de abril recuperamos progresivamente la actividad ampliando el número de quirófanos e interviniendo los nuevos casos y aquellas pacientes que se incluyeron para hormonoterapia por necesidad. A final del mes de junio por la disminución de diagnósticos realizados contamos con tan solo dos pacientes para intervenir, con una actividad habitual de tres quirófanos a la semana, lo que permite que actualmente no exista demora de intervención más de una semana. Habitualmente en la era pre-COVID tenemos una espera de cuatro a cinco semanas para la intervención quirúrgica, debido al alto número de casos en nuestra población. La pandemia de COVID-19 ha cambiado drásticamente nuestra forma de trabajar y en consecuencia hemos adaptado los protocolos de atención a pacientes con cáncer por esta situación. Muchas cirugías no urgentes se han retrasado para preservar los recursos del hospital, al igual que las visitas de los pacientes a centros médicos para así reducir la exposición al SARS-CoV-2, lo que provoca un retraso en la atención de estos pacientes y un aumento de la lista de espera quirúrgica, que en este momento no hemos visto en nuestra unidad según los datos aportados en este trabajo, pero se espera en los próximos meses. El tratamiento del cáncer de mama durante la pandemia requiere un abordaje multidisciplinario y varía según la etapa, la biología del tumor, las comorbilidades, la edad, las preferencias de las pacientes y los recursos hospitalarios disponibles. Así en el cáncer de mama, en concreto, se apuesta por un mayor uso de terapia sistémica neoadyuvante debido al aplazamiento de las cirugías durante la pandemia. A pesar de las circunstancias, los comités multidisciplinarios deben seguir reuniéndose semanalmente en formato de videoconferencia, o bien presencial exponiendo al mínimo número de profesionales y siguiendo las medidas de seguridad, en nuestro hospital se hacía de forma presencial con tan solo un representante por especialidad. Todas las intervenciones quirúrgicas e irradiaciones deben ser llevadas a cabo con la máxima seguridad tanto para las pacientes como para el personal sanitario que participa.

Resultados: El número de pacientes atendidas en el PDPCM en los meses de marzo a mayo de 2020 se ha reducido en un 91,7%, y las pacientes atendidas en el Servicio de Radiodiagnóstico del hospital en un 54,2%. La actividad quirúrgica también se ha visto mermada en un 57,69% con respecto al mismo periodo del año anterior.

Conclusiones: La disminución de la actividad del PDPCM y radiología conllevan a un retraso diagnóstico que concluirá con un aumento de lista de espera y demora en el tratamiento, lo que posiblemente derive en un diagnóstico en estadios más avanzados de la enfermedad. Compartimos nuestros datos con el resto de comunidad científica para aportar nuestra experiencia, así como conocer las consecuencias de esta pandemia, que se resumen en nuestro caso en retraso diagnóstico que concluirá con un aumento de lista de espera y demora en el tratamiento, lo que posiblemente derive en aumento de complicaciones por el tratamiento en estadios más avanzados de la enfermedad.