

# COVID-19 Y CÁNCER DE MAMA. ¿DEBEMOS CAMBIAR LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN, CONTROL Y TRATAMIENTO O, INTELIGENTEMENTE, RACIONALIZAR NUESTRA PRÁCTICA?

*Usted no tendrá razón ni se equivocará  
por el hecho de que la multitud  
no esté de acuerdo con usted.*

*Tendrá razón porque sus datos  
y su razonamiento son correctos.*

Benjamin Graham

El 12 de diciembre de 2019 el mundo era rutinariamente normal y, muy escuetamente, las noticias mencionaban algunos casos de una rara neumonía viral observados en Wuhan, Provincia de Hubei, China.

Entre el 30 de diciembre y el 3 de enero de 2020, todo drásticamente cambió. Se denunció, primero en un chat, una rara epidemia y, posteriormente, fue desmentida en un documento por quien la denunció, el oftalmólogo chino Li Weliang, bajo coacción del gobierno de su país “acusándolo de difundir rumores falsos”.<sup>1</sup>

Dos días después, la Organización Mundial de la Salud (OMS) alertó sobre un brote de neumonía de etiología desconocida en Wuhan,<sup>2</sup> y recién el 7 de enero las autoridades chinas comunican que han identificado un nuevo virus causante de la nueva enfermedad: el 2019-nCoV.<sup>3</sup>

El 6 de febrero fallece por coronavirus Li Weliang. Y ahí reinó el caos: se multiplicaron los casos, se esparció la enfermedad por varios países y continentes y nuestro concepto de vida “normal” cambió, probablemente para siempre.

La primera prueba que demostró que el uso agresivo de las cuarentenas era el camino correcto fue publicada a fines de febrero por una comisión de la OMS que visitó varias ciudades chinas. Lamentablemente, el ejemplo chino no fue replicado en muchos países.<sup>4</sup>

El corolario final del inicio de este nuevo escenario mundial se da el 11 de marzo de 2020, cuando la OMS declara que el brote de la enfermedad, denominada COVID-19, es una pandemia.

¿Por qué este editorial? ¿A qué viene esta puesta en tema? Sencillamente, porque debemos aceptar que nuestra vida privada y social y nuestra práctica médica van a ser diferentes de ahora en más. Sería necio no aceptarlo, pero aceptarlo no significa someterse como manada –más adelante ahondaré en este concepto– en estos tiempos de exceso de información, de docenas de artículos científicos y recomendaciones publicados todos los días *online* (más de 6.000 en PubMed) y en redes sociales que combinan datos sólidos con rumores y noticias falsas.

Constantemente nos están inculcando que la humanidad se enfrenta a una enfermedad desconocida y amenazante que, a menudo, es grave y mortal, que los sistemas de salud están abrumados, que no existe un tratamiento comprobado y que las vacunas no estarán disponibles en un plazo corto de tiempo, que una situación como esta no se ha dado desde la pandemia de gripe en 1918.

Pero, ¿es esto una realidad incuestionable? ¿Es igual para todos los países con diferentes densidades demográficas, geografías, climas y políticas sanitarias? ¿Es igual para todas las provincias, ciudades, pueblos de nuestro país?

Y, yendo directamente a nuestra especialidad, ¿cómo debemos proceder ante este nuevo desafío? ¿Cambiando nuestras estrategias diagnósticas y terapéuticas? ¿Cambiando nuestras estrategias de prevención? ¿Debemos evitar el sub-tratamiento de los tumores por miedo a la pandemia del médico y/o de la paciente? ¿Debemos ponernos en la situación límite y al borde del conflicto ético de tener que decidir quién debe controlarse y/o tratarse y quién debe esperar?

Y, analizando lo personal y colectivo en nuestras actividades profesionales, ¿cómo debemos cuidarnos? ¿Cómo cuidar a las pacientes? ¿Qué nuevos conflictos legales podemos tener? ¿Cómo va a impactar este nuevo

escenario en nuestra salud mental y calidad de vida? ¿Qué recaudos podemos y debemos tomar?

Buscando respuestas, honesta y modestamente, voy a darles las mías basadas en más de 40 años de profesión, la mayoría de ellos ejerciendo la mastología, y teniendo la misma experiencia en la pandemia que todos ustedes, es decir, prácticamente nula, solo información con niveles de evidencia.<sup>5</sup> No soy epidemiólogo, tampoco infectólogo ni neumonólogo. Mi rol, como el de ustedes, es tratar a mis pacientes con cáncer de mama de la manera más correcta, tanto médica como éticamente, y evitar el contagio del equipo de trabajo.

Para responder a estas preguntas, necesito, primero, volver a la definición del término “manada”. Esta expresión fue utilizada en esta pandemia para explicar la política de algunos países, como el Reino Unido, donde el Primer Ministro la introdujo para indicar que quería lograr con la exposición generalizada la “inmunidad colectiva” de la mayoría de la población y evitar epidemias a futuro. No le fue bien, a tal punto que terminó en una unidad de cuidados intensivos víctima de la enfermedad y de su propia estrategia.

Yo, en realidad, quisiera usar otra acepción de este término, también conceptualizado como “comportamiento gregario”, que tiene que ver con “la tendencia a aceptar como válidos los razonamientos o las ideas de la mayoría sin analizar si son correctas desde un punto de vista lógico”. Y en este punto hoy, probablemente, los médicos estamos actuando guiados por muchas recomendaciones que son contradictorias, o establecidas para otras realidades u otras situaciones u otras instituciones, y no las racionalizamos pasándolas por el filtro de nuestra experiencia y sentido común.

La mejor forma de evitar el “efecto manada” es preguntarnos, ¿en qué datos nos basamos?, ¿hay algún estudio científico que lo confirme?, ¿hay algún estudio científico que lo desmienta?, ¿esos estudios son rigurosos?, ¿tiene sentido desde un punto de vista lógico?

Ustedes, probablemente, han leído las recomendaciones de varias organizaciones internacionales, consensos e, incluso, las publicadas por la SAM (5-10) sobre el manejo del cáncer de mama en esta situación.

Todas en general se basan en *diferentes escenarios* y en *diferentes etapas de la pandemia*, por lo que solo sirven como modelos para ser evaluados y adaptados a cada institución, con sus defectos y virtudes, con su estimación de insumos, de disponibilidad de camas de internación normal, para pacientes febriles (COVID+ o no) o de cuidados intensivos, de rotación del personal, de posibilidades de testeos seriados, de personal en cuarentena contagiado con o sin síntomas de la enfermedad.

Por ejemplo, el testeo sistemático depende de las posibilidades sanitarias del país o de la institución y de los grupos de riesgo que incluyamos; no obstante, esos criterios prioritarios se han ido ampliando por diversos motivos. A la fecha, la Organización Mundial de la Salud ha recomendado a todos los países la realización masiva del test.

Entonces, ¿qué debemos hacer o priorizar con estas recomendaciones? Creo que la respuesta es solo una: *racionalizarlas y aplicarlas personalizada e inteligentemente contemplando la dinámica de la pandemia y nuestra realidad en el momento de toma de conducta.*

En relación con el personal de la salud, la conducta es clara: debemos rotarlo, mantener equipos de trabajo independientes provistos de los equipos de prevención adecuados, que puedan continuar la atención en caso de contagios y tratar –de acuerdo con los medios disponibles– de testearlos rutinariamente. Debemos mantener, por videoconferencia, reuniones continuas, multidisciplinarias, asistenciales y de toma de decisión, de información, de prevención física y de apoyo psicológico individual y grupal.<sup>11-12</sup>

En relación con las pacientes, debemos: implementar el asesoramiento telefónico o por mail respecto de prioridades de consultas de control para equilibrar el costo-beneficio de postergar la visita a fin de bajar riesgo de contagio; aplicar el triage obligatorio; interrogar sobre antecedentes de posible exposición; dar indicación e información detallada de la conducta decidida por el equipo multidisciplinario y de riesgos relacionados entre los tratamientos y las posibles interurrencias del COVID; realizar el testeo previo a las pacientes que se someterán a tratamientos quirúrgicos y/o quimioterapia. Y, especialmente, tener siempre en cuenta en el análisis a los grupos de alto riesgo por edad, morbilidades asociadas o por inmunodepresión.

En relación con el diagnóstico, probablemente deberían postergarse los estudios de control, tamizaje o *screening* en mujeres asintomáticas y en algunas situaciones de lesiones previas categorizadas BI-RADS 3. En el res-

to de las situaciones, deberían hacerse los estudios indicados considerando cada caso individualmente.

En relación con el tratamiento, es necesario evaluar siempre el estado de situación de la institución y de etapa de complejidad de la pandemia y, si los dos parámetros son favorables, indicar los tratamientos convencionales tomando los recaudos antes expuestos de seguridad de la paciente y del equipo quirúrgico (triage, interrogatorio, testeo, etc.). Aquí hay que destacar que estamos hablando de cirugías oncológicas con o sin neoadyuvancia previa, tumores primarios favorables o avanzados que pueden incluir reconstrucciones inmediatas con expansores o prótesis o técnicas de mastoplastia que no incrementen en forma significativa los tiempos quirúrgicos y aumenten el gasto de insumos esenciales y, también, cualquier tipo de complicación que necesite ser resuelta en el quirófano. No es lógico en estos momentos incluir el tratamiento de patologías benignas, lesiones de riesgo potencial, cirugías de reducción de riesgo y reconstrucciones mamarias diferidas.

Hay que dedicar un párrafo especial a las pacientes portadoras de COVID asintomáticas y con cáncer de mama en relación con la conducta a tomar. Si bien el tema es cuestionado, es probable que lo más prudente sea dar unas “vacaciones terapéuticas” hasta que los testeos se negativicen y puedan empezarse los tratamientos en un escenario más seguro para evitar el incremento de complicaciones postoperatorias.<sup>13</sup>

No olvidar nunca lo fundamental que es proporcionar detalladamente a la paciente la información sobre las implicaciones de la pandemia, sobre las medidas de seguridad que tomamos, sobre la toma de decisión multidisciplinaria y sus motivos. Todo esto debe volcarse a la historia clínica, así como el consentimiento informado para su firma.

Debemos considerar que, dentro de un tiempo, es probable que haya situaciones puntuales que se analizarán legalmente en otro contexto y que el equipo de salud pueda encontrarse cuestionado por conductas tomadas en una situación excepcional que genera esta emergencia sanitaria mundial.

La epidemia del COVID comenzó en diciembre de 2019. En muchos países, la conmoción generada por hacer cuarentena se ha desvanecido, el

número de infectados está disminuyendo y se está discutiendo cómo levantar el bloqueo. Pero, ¿las apariencias son engañosas?, ¿se acerca una segunda ola? De ser así, ¿cuándo se produciría?

La ciencia continúa avanzando. Muy pronto, los primeros ensayos farmacológicos darán resultados, las primeras vacunas ya se están probando.

Una vez que se logre resolver la situación, ¿qué pasos urgentes habrá que dar en cáncer de mama? ¿Se podrá volver al punto de partida?

Deberíamos intentar volver rápidamente a la normalidad, aunque también aprovechar de las lecciones aprendidas de nuestras experiencias personales y grupales, para elaborar y definir planes de contingencia precisos por si se producen rebotes, hasta que podamos lograr la tan ansiada meta de poder inmunizar a toda la población.

*Dr. Eduardo González*

*Mastólogo*

*Ex Presidente de la Sociedad Argentina de Mastología*

## REFERENCIAS

1. Kamps B.S, Hoffmann C. Covid Reference. 3ra Edición. Steinhäuser Verlag. Esp. 2020, 3. <[www.covidreference.com](http://www.covidreference.com)>.
2. World Health Organization. <<https://www.who.int/csr/don/05-january2020-pneumonia-ofunkown-cause-china/en/>>.
3. Zhu N, Zhang D, Wang W *et al.* A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *NEJM* 2020. Epub ahead of print on January 24, 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2001017.
4. World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). <[www.who.int/publications-detail/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-\(COVID-19\)](http://www.who.int/publications-detail/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-(COVID-19))>.
5. Recomendaciones para equipos de salud: Argentina. gov.ar: <<https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/equipos-salud>>.
6. Ueda M, Martins R, Hendrie PC *et al.* Managing Cancer Care During the COVID-19 Pandemic: Agility and Collaboration Toward a Common Goal. *J Natl Compr Canc Netw* 2020; 18 (4): 1-4. doi: 10.6004/JNCCN.2020.7560.
7. Jill R Dietz, MD. Recommendations for Prioritization, Treatment and Triage of Breast Cancer Patients During the COVID-19 Pandemic: Executive Summary Version 1.0. The COVID-19 Pandemic Breast Cancer Consortium. The American Society of Breast Surgeons, 03-2020.
8. Recomendaciones para la gestión de los pacientes con patología mamaria ante la pandemia por COVID-19. Asociación Española de Cirujanos. <[www.aecirujanos.es](http://www.aecirujanos.es)>. Marzo 2020.

9. Breast Cancer Management During COVID-19. Society of Surgical Oncology, March 2020.
10. Protocolos y normas terapéuticas operativas durante la Pandemia COVID-19 para profesionales de la salud. Recomendaciones de la Sociedad Argentina de Mastología, abril 2020.
11. NCCN. Self-Care and Stress Management during the COVID-19 Crisis: Toolkit for Oncology Healthcare Professionals. NCCN.org/covid-19, 2020.
12. Brat G. Protecting Surgical Teams During the COVID-19 Outbreak: A Narrative Review and Clinical Considerations. *Ann Surg* 2020. In press.
13. Lei S, Jiang F, Su W *et al*. Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID-19 infection. *EClinicalMedicine*, 2020. Epub ahead of print. <<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100331>>.