

EDITORIAL

LA (DES) ATENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN TIEMPOS DE COVID-19.

El 31/12/2019, la Organización mundial de la salud (OMS) fue informada sobre casos de neumonía de causa desconocida en Wuhan (China). Un nuevo coronavirus, llamado SARS- COV-2, fue identificado como causa de Covid-19.

En los meses subsiguientes el virus se diseminó por todo el mundo y la OMS lo reconoce y declara la pandemia el 11/3/2020.¹

Al momento de escribir esta reseña, el planeta entero se encuentra sufriendo una pandemia como pocos imaginaban con casi 100 millones de infectados y más de 2 millones de muertos por covid.²

A la fecha, la Argentina ocupa el duodécimo lugar con más de 1.800.000 infectados, superando 46.000 fallecidos.²

Paralelamente, la American Cancer Society nos informa que solo en Estados Unidos se diagnostican 5.000 nuevos casos de cáncer por día.³

En Argentina, 14 personas por hora son diagnosticadas con cáncer, donde la incidencia de la enfermedad es de 212 casos por cada 100.000 habitantes, según lo informa el Instituto Nacional del Cáncer (INC). Dicho de otro modo, 129.000 argentinos son diagnosticados con la enfermedad por año.⁴ En cuanto al tipo más prevalente, el INC precisó que en 2018 el cáncer de mama representó el 17% de todos los tumores malignos detectados (21.000 casos), y casi un tercio de los cánceres femeninos.⁵

Las consultas totales por emergencias en centros médicos en nuestro país cayeron un 74% en abril de 2020 respecto al mismo periodo del año anterior (2019).

Cada año mueren en Argentina 100 mil personas por enfermedades cardiovasculares, según lo publica el Instituto Cardiovascular de Buenos Aires. La falta de consulta oportuna podría impactar sensiblemente en la mortalidad.⁶

En otros países del mundo también han sido reportados disminución del ingreso en terapias intensivas de pacientes con patología cardiovascular, lo que ha ocasionado mayor mortalidad.⁷

Otro ejemplo de desatención de patologías altamente prevalentes es el cáncer de colon.

Cada año se diagnostican en el país 13.000 casos. La combinación de pruebas de laboratorio con la colonoscopia permite diagnóstico temprano y acceso a tratamiento precoz. La caída en la cantidad de estudios realizados ha sido hasta ahora de un 80%, de prolongarse será inevitable que veamos mayor número de diagnósticos tardíos y peor pronóstico.⁷

Así podríamos seguir in extenso, viendo que el covid 19 compite y coexiste con muchas otras patologías altamente prevalentes y que no deberían ser desatendidas.

Esto nos posiciona, como dice Alexander Kutikov³ ante una batalla de dos frentes: la atención de la pandemia y de todas las otras patologías altamente prevalentes en el mundo como la enfermedad cardiovascular y el cáncer.

Es interesante revisar la historia y ver lo que ocurrió durante la pandemia de gripe española a principios del siglo 20.

Según los cálculos de la organización mundial de la salud, la gripe española se cobró entre 20 y 50 millones de vidas en el mundo.⁸

Un estudio de la Universidad de Harvard, publicado en 2020, estima que cerca del 0,5% de la población de EE.UU. de aquel entonces murió debido a la epidemia (cerca de 550.000 personas).

En cambio, en India fallecieron 17 millones de personas. También se observó, que en las castas más bajas la mortalidad fue de 61,6/100000 personas, mientras que entre los europeos fue inferior a 9/100000⁸

El daño causado por la pandemia estimuló el avance de la salud pública, y dio origen al desarrollo de la medicina social.

Jennifer Cole, antropóloga de la Universidad Royal Holloway de Londres, dice que la pandemia de gripe española junto con la guerra,

sembraron las bases de los estados de bienestar en muchos países del mundo.⁸

Más de un siglo después, las mismas diferencias se observan en nuestros días.

Pero vayamos al tema que nos convoca, la atención del cáncer de mama en tiempos de covid.

Harto repetir que es el cáncer más común alrededor del mundo y que anualmente lleva muchas vidas por su causa.

El 8/12/2020 en ocasión del SABCS 2020, las primeras sesiones científicas fueron dedicadas al manejo del cáncer de mama en tiempos de covid. Con tristeza escuchamos que, así como negros y latinos fueron los más afectados por covid, también lo fueron frente a la desatención del cáncer de mama. Algo así como “daños colaterales” de los que nadie habla.⁹

Durante muchos meses de la pandemia, se resintió significativamente la atención de los pacientes, disminuyeron los controles y los programas de screening en todo el mundo.

Las sociedades científicas, las guías en todo el mundo y los propios médicos aconsejamos posponer controles en pacientes asintomáticos, esperando “algunos meses” hasta que mejorase el panorama.

Se recomendó operar solo los casos urgentes, las pacientes en neoadyuvancia, los sarcomas, posponiendo los tumores luminales en especial en pacientes añosas, a quienes se sometió a neoadyuvancia hormonal. También se aconsejó posponer el tratamiento de carcinomas in situ y de lesiones de potencial incierto.¹

Se propuso posponer los tratamientos radiantes o quirúrgicos en estadios iniciales y promover de ser posible el hipofraccionamiento radiante.¹⁰⁻¹³

Muchos trabajos informan del retraso en los tratamientos.¹⁴

Por otro lado, vimos que los sectores más vulnerables de la población, se vieron más afectados en el acceso a la atención por trabas burocráticas y de circulación y menor acceso a la telemedicina.⁹

Podemos ejemplificar, para ser gráficos, lo ocurrido en nuestro hospital. El Instituto Roffo es un hospital monovalente, perteneciente a la UBA, dedicado solo a la atención de cáncer en adultos. Dado que no hubo colapso del sistema sanitario, no fue necesario recurrir a las camas para atención de pacientes covid.

Eso nos posiciona en un lugar “casi privilegiado” para la atención de pacientes oncológicos en medio de esta pandemia.

No obstante, el número de mamografías realizadas de marzo a diciembre de 2020 fue de 1600 comparado contra 2823 del mismo periodo de 2019, lo que significa un 43,4% menos.¹⁵

También se objetivó un marcado descenso en el número de procedimientos diagnósticos (punciones) respecto del 2019.¹⁵

De la misma manera que en la actividad privada el descenso fue más pronunciado en los primeros meses de la pandemia, observándose un importante aumento tanto en las consultas como en la realización de estudios en los meses de noviembre/diciembre.

Respecto de las cirugías, se operaron hasta octubre de 2020, 190 pacientes, contra 286 pacientes del año 2019. (disminución del 33,6%)¹⁶

Si pudimos objetivar, un menor tiempo a la fecha de cirugía, también reportado por centros de Estados Unidos, casi sin listas de espera habituales en instituciones públicas.¹⁶

A pesar de que los servicios del instituto permanecieron abiertos y con personal durante toda la pandemia, el aflujo de pacientes disminuyó, en especial las consultas iniciales.

Se priorizó la consulta virtual para los controles y asesoramiento genético.

La unidad funcional de tumores femeninos, funcionó todos los días para la atención de pacientes en tratamiento y consultas iniciales.

En muchos casos, los pacientes por temor a los contagios o vencidos por el sistema, las trabas burocráticas y a la circulación, se quedaron en sus casas.

También pudo objetivarse un franco descenso respecto del mismo periodo del año anterior en centros de imágenes de Caba, con aumento progresivo a medida que se flexibilizaron las cuarentenas. Esto se vio en el número de mamografías (disminución del 12%), ecografías (disminución de 15%) como procedimientos diagnósticos (disminución del 20%).¹⁷

En nuestro país tuvimos un pequeño “respiro” con disminución de casos hacia los últimos meses de 2020 pero a la fecha de escribir este informe el número de casos comienza a subir de forma alarmante y lejos estamos de tener inmunidad de rebaño o vacunación para un número importante de la población.

¿Cuánto podemos esperar? ¿Cuánto más podemos postergar los controles que mediante el diagnóstico temprano salvan vidas y disminuyen significativamente el gasto en salud?

¿Cuánto tiempo más podremos postergar la atención de los pacientes no operados o no irradiados, por ejemplo, durante el 2020?

El desafío es brindar atención a los pacientes de covid sin desatender las otras patologías prevalentes como el cáncer de mama.

Quizás, al momento de leer esta reseña, un gran porcentaje de nuestra población esté inmunizada y el covid 19 sea solo un mal sueño.

Al día de hoy, está claro que todas las proyecciones matemáticas que

se hicieron fueron erróneas. El virus se expandió por todo el mundo a diferentes ritmos, pero prácticamente sin dejar lugar en el planeta. Las cuarentenas estrictas y prolongadas sirvieron para acondicionar los sistemas de salud, pero finalmente el número de contagiados subió igual. Tampoco tuvieron éxito los que apostaron a “la inmunidad de rebaño” con multiplicación de casos sin llegar a la supuesta meta que daría que gran parte de la población estuviese infectada.

La lucha contra la pandemia se basó principalmente en el uso intensivo del recurso humano. Recurso mucho más precarizado que otros sectores de la economía.

Según Carissa F. Etienne, directora de la OPS, en su informe del 2/9/2020, en América se han enfermado 570.000 miembros del equipo de salud y más de 2.500 han fallecido. Esto posiciona a nuestro continente con el mayor número de contagiados en el mundo en el área de la salud.¹⁸

El personal de salud está estresado, no solo la primera línea de atención de covid, sino también todos los profesionales de otras áreas que vemos limitado nuestro accionar médico.

La Argentina cuenta con un recurso humano en salud que no se encuentra en muchos lados. Cuidémoslo, protejámoslo.

Según Jennifer Cole, antropóloga antes citada “Las pandemias parecen arrojar luz sobre la sociedad y las sociedades pueden emerger de ellas con un modelo más justo y equitativo”.⁸ Ojalá sea el caso y aprendamos algo de esta pandemia.

Necesitamos liderazgos con una visión “macro” capaces de ver y analizar el conjunto de los problemas de salud de nuestra sociedad. Con la grandeza de reconocer errores y corregir rumbos.

Parafraseando a Yuval Noah Harari, diría que *“A la hora de tomar decisiones, personalmente confiaría más en quienes admitan su ignorancia que en los que proclamen su infalibilidad”*.¹⁹

A todo el equipo de salud, gratitud por vuestro esfuerzo y sabiduría para reconocer sombras y buscar la luz.

Dra María Eugenia Azar

REFERENCIAS

1. Tartarone A, Lerosé R. COVID 19 and cancer care: what do international guidelines say? *Medical Oncology*. 2020; 37:80-84. ◀◀
2. www.worldometers.info Consultado el 23 de enero de 2021. ◀
3. Kutikov A, Weinberg DS, Edelman MJ, Horwitz EM, Uzzo RG, Fisher RI. A War on Two Fronts: Cancer Care in the Time of COVID-19. *Ann Intern Med*. 2020; 172(11):756-758. ◀◀
4. <https://gco.iarc.fr> ◀
5. El cáncer en números. www.argentina.gov.ar/inc ◀
6. www.infobae.com Consultado el 10 de enero de 2021. ◀
7. Yalamanchi R, Dasari BC, Narra L, et al. Cardiac Intensive care unit admissions during COVID-19 pandemic – A single center experience. *Indian J Crit Care Med* 2020; 24(11):1103-1105. ◀
8. www.bbc.news ◀◀◀
9. www.sabcs.org. 2020. Sesión científica 8/12/2020 ◀
10. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R. et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *NEJM* 2020; 382: 2049-2055. ◀
11. Gligorov J, Bachelot T, Pierga JY. et al. COVID-19 et personnes suivies pour un cancer du sein: recommandations françaises pour la pratique clinique de Nice-St Paul de Vence, en collaboration avec le Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), la Société d’Imagerie de la Femme (SIFEM), la Société Française de Chirurgie Oncologique (SFCO), la Société Française de Sénologie et Pathologie Mammaire (SFSPM) et le French Breast Cancer Intergroup-UNICANCER (UCBG). *Bull Cancer* 2020; 107(5): 528-537. ◀
12. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R. et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *NEJM* 2020; 382: 2049-2055. ◀
13. Gligorov J, Bachelot T, Pierga JY. et al. COVID-19 et personnes suivies pour un cancer du sein: recommandations françaises pour la pratique clinique de Nice-St Paul de Vence, en collaboration avec le Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), la Société d’Imagerie de la Femme (SIFEM), la Société Française de Chirurgie Oncologique (SFCO), la Société Française de Sénologie et Pathologie Mammaire (SFSPM) et le French Breast Cancer Intergroup-UNICANCER (UCBG). *Bull Cancer* 2020; 107(5): 528-537. ◀
14. Lerner Papautsky EL, Hamlish T. Patient reported treatment delays in breast cancer care during the COVID 19 pandemic. *Breast Cancer Research and Treatment* 2020; 184: 249-254. ◀
15. Moreau R, Kohan M. Comunicación personal. Mammografías e intervencionismo IAHR. 2019-2020. ◀◀
16. Caballero J, Estevez N. Comunicación personal. Cirugías departamento de mastología IAHR. 2019-2020. ◀
17. Lehrer, D. Comunicación personal. Cuadros comparativos de mamografías, ecografías y punciones CERIM. 2019-2020. ◀
18. Etienne C.F. Informe OPS 2/9/2020. www.PAHO.org ◀
19. Harari Y.N. 21 lecciones para el siglo XXI. 5 ed. Buenos Aires. Ed. Debate 2019. ◀