Calle O´Donnell, 16. 1º Izq
28009, Madrid
+34 913 190 400
aec@asociacioncirujanos.es

www.aecirujanos.es

RECOMENDACIONES PARA LA GESTIÓN DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA MAMARIA ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19. VERSION 1.0. MARZO 2020 (1)

Grupo de trabajo patología mamaria AEC-Covid-19 (*)

El cáncer de mama en nuestro medio es uno de los cánceres más frecuentes, pero afortunadamente en la mayoría de los casos no cursan de forma agresiva a corto-medio plazo. Pero los pacientes oncológicos, en general, tienen mayor riesgo de infección al estar inmunodeprimidos. De los datos que disponemos de China, estos pacientes tienen más riesgo de contagio por COVID-19, independiente del tipo de tumor, y cursan con cuadros más severos (2). Es importante, por lo tanto, extremar las medidas de prevención de la infección en nuestros pacientes oncológicos en aquellas zonas de mucho riesgo epidemiológico como es actualmente España.

Hasta la fecha no existe mucha literatura de COVID-19 y cáncer de mama, solo hemos encontrado tres publicaciones (3)(4)(5) de autores chinos, escritas en chino y revisadas por la Sociedad China de Oncología Médica Clínica (5), y una cuarta de COVID-19 y cáncer en general (2). Tras su traducción automática por Google Translate, y aunque no existe mucha experiencia en el tema, podemos deducir una serie de recomendaciones.

Estas recomendaciones se irán actualizando conforme exista mas experiencia en otros escenarios internacionales.

RECOMENDACIONES

Todas estas recomendaciones están dirigidas a que las pacientes acudan lo menos posible a los centros sanitarios sin que por ello disminuya de forma significativa su plan terapéutico, y deben ser adaptadas a la situación epidemiológica y a las posibilidades concretas de cada centro. Es imprescindible también sopesar mortalidad Covid-19 frente a mortalidad oncológica de cada paciente en particular.

1.- <u>Educación del paciente de su propio estado de salud</u>.

Los pacientes oncológicos tienen mayor riesgo de contagio al estar inmunodeprimidos, con lo cual debemos recordar/informar/insistir de todas las recomendaciones existentes para disminuir el riesgo de contagio

<u>2.- Pacientes nuevas:</u>

2.1 La mayor parte de los cánceres de mama son de buen pronóstico y no se asocian a una elevada mortalidad a corto plazo, por lo que en áreas epidémicas severas como es actualmente España, se sugiere diferir al máximo que sea posible tanto los diagnósticos como los tratamientos hospitalarios: pruebas de imagen, biopsias, cirugías, quimioterapia, o radioterapia... para disminuir el riesgo de contagio.

2.2 Neoadyuvancia:
Por norma general, 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 mastectomía.

En áreas epidémicas severas se recomienda un enfoque terapéutico sistémico primario adaptado al fenotipo tumoral para aquellas mujeres ya diagnosticadas, basado en las recomendaciones de cada comité multidisciplinar

3.- Cirugía:

Se contemplará en cada caso la situación epidemiológica del área de referencia y el nivel de la saturación estructural o personal del centro. Por norma general, siempre que sea posible, se mantendrán las indicaciones quirúrgicas según la decisión del Comité Mutidisciplinar siguiendo criterios oncológicos. En los escenarios en los que mantener la estrategia terapéutica habitual resulte imposible, considerar las siguientes recomendaciones:

3.1 Solamente se realizarán las intervenciones quirúrgicas imprescindibles (6) del cáncer de mama, tratamiento de la enfermedad locorregional.

3.2 Se debe favorecer la cirugía en régimen CMA y en un tiempo.

3.3 Se recomienda demorar la reconstrucción postmastectomía, la cirugía de reducción de riesgo y la simetrización de la mama contralateral.

3.4 En caso de no poder disponer de quirófano, se recomienda atrasar la cirugía y valorar neoadyuvancia (ver punto 2)

3.5 En caso de cirugía, si fuera necesario, se recomienda valorar la prioridad del tratamiento quirúrgico. De mayor a menor riesgo se plantearía cirugía en:

3.5.1 Pacientes con cáncer receptor estrogénico negativo

3.5.2 Pacientes con HER 2 positivo

3.5.3 Pacientes premenopáusicas receptor estrogénico positivo

3.5.4 Si se puede, carcinoma ductal in situ de alto grado

3.6 En mujeres > 70 años postmenopausicas sin diagnóstico histológico previo ó con receptor estrogenico positivo, se puede valorar neoadyuvancia directamente sin cirugía

3.7 Los instrumentos y apósitos quirúrgicos se deben procesarse siguiendo los protocolos de Medicina Preventiva de cada centro como material infeccioso tipo III (A)

* ***<u>Recomendaciones en cirugía mamaria en paciente COVID 19 +:</u>***

- Siempre que sea posible, demorar la cirugía hasta resolución de la infección por COVID 19. La mayoría de neoplasias mamarias pueden demorarse las 2-3 semanas requeridas.

- En los casos en que la intervención se considere imprescindible/urgente, se recomienda seguir las directrices de la AEC para cirugía en pacientes COVID 19 +, que se transcriben a continuación:

En caso de un paciente confirmado positivo, se debería utilizar un Equipo de Protección Individual (EPI) bajo la indumentaria quirúrgica para asegurar la adecuada protección del personal de quirófano. En casos no confirmados, pero con alta sospecha clínica, se debería asumir que son positivos y tomar las mismas medidas de protección para evitar una exposición innecesaria del personal.

A continuación se describen los elementos de protección mínimos básicos para poder realizar una intervención quirúrgica en condiciones adecuadas de seguridad.

Elementos del Equipo de Protección Individual (EPI)

El EPI será necesario en cualquier procedimiento considerado como "contacto estrecho", lo que incluye intervención quirúrgica, así como otros procedimientos de quirófano (intubación, anestesia regional, canalización de vías, etc.).

Equipo necesario:

1. Bata impermeable.

2. Mascarilla: La mascarilla quirúrgica convencional no ofrece protección si existen aerosoles. Son necesarias mascarillas tipo N95, o FFP2/FFP3 (filtran el 96 y 99% respectivamente). Es preferible la utilización de mascarillas sin válvula, ya que las mascarillas con válvula no protegen al paciente de nuestros microorganismos. Por tanto, en caso de disponer únicamente de mascarillas con válvula se colocará además una mascarilla quirúrgica por encima.

3. Gafas: Si en el procedimiento se producen aerosoles (asumimos que puede ser así, dependiendo del tipo de cirugía) es fundamental la cobertura ocular de pantalla completa. Si no, puede ser suficiente con pantalla parcial, para evitar salpicaduras o contaminación directa únicamente.

4. Pantalla de cobertura facial: No protege de los aerosoles, pero es necesaria cuando existe riesgo de salpicaduras (de sangre, vómito u otros líquidos biológicos). Puede ser una alternativa a las gafas protectoras o colocarse sobre ellas, según el riesgo. Este equipo puede resultar especialmente importante para manejar la vía aérea. La pantalla se coloca sobre la cabeza y posee un mecanismo de ajuste para su adecuada sujeción, en la parte posterior. En caso de utilizar gafas graduadas para la correcta visión, se deben mantener y colocar el dispositivo de protección sobre las mismas.

5. Guantes de nitrilo largos: es suficiente con un par.

6. Es conveniente que todo el personal con el pelo largo se lo recoja completamente en un moño bajo y lo sujete adecuadamente. Esto ayuda con la colocación del EPI y reduce las molestias y sudoración cuando se lleva puesto el equipo. Se recomienda también afeitarse la barba para favorecer la adecuada fijación y funcionamiento de las mascarillas.

7. El calzado debe ser exclusivo para la zona o actividad y no debe tener perforaciones.

8. Una vez puesta la equipación del EPI, se colocará sobre la misma el equipo estéril necesario para la intervención quirúrgica: se realizará el lavado quirúrgico con gel alcohólico sobre los guantes de base y se colocarán la bata y guantes estériles habituales.

Es fundamental que el equipo quirúrgico al completo haya realizado entrenamiento previo en colocación y retirada de EPIs antes de realizar un procedimiento real. Es asimismo muy importante la colaboración de todos los miembros del equipo quirúrgico entre sí. Debe haber personal entrenado disponible de reserva (de todos los estamentos) en caso de que se produzca algún imprevisto (el personal no tolere el EPI, presente mareo por exceso de calor, etc.).

PASOS:

1- Retirar TODOS los objetos personales de los bolsillos del pijama, así como cualquier accesorio (reloj, pendientes, bisutería, etc.) antes de la colocación del EPI.

2- Lavado de manos con solución hidroalcohólica.

3- Se despliega la bata impermeable y se colocan las mangas. Se sujetan los velcros de la parte posterior, primero el superior (cuello) y segundo el inferior (espalda), comprobando que cierre adecuadamente. Se realiza una lazada lateral a la altura de la cadera, nudo sencillo, accesible y fácil de deshacer. Se debe atar/meter por el traje cualquier cinta que quede suelta para evitar enganches.

4- A continuación, se coloca la mascarilla. Para su adecuada fijación lo ideal es sujetarla por la convexidad, aplicarla a la barbilla y pasar las cintas por detrás de la cabeza. Se recomienda cruzar las cintas para una mejor sujeción. Posteriormente se adapta la pieza metálica sobre el puente de la nariz. Comprobar estanqueidad.

5- Colocación de gafas o pantalla de protección. Las cintas de las gafas deben ajustarse aproximadamente al tamaño de nuestra cabeza antes de colocarlas para evitar la manipulación posterior. En primer lugar, se coloca la gafa sobre la cara y posteriormente se pasan las cintas por detrás de la cabeza. Cuidado de no enganchar y movilizar las de la mascarilla. Si la mascarilla se ha colocado adecuadamente y es estanca no se deben empañar las gafas de protección.

6- Colocarse un par de guantes de nitrilo (talla adecuada) por fuera del traje, cubriendo las mangas del mismo a la altura de los puños.

7- Colocación de gorro quirúrgico (si no se ha colocado otro previamente)

8- Mascarilla: es suficiente con la que se ha colocado ya si el nivel de protección es el adecuado.

9-Lavado (quirúrgico) con gel de alcohol sobre los guantes.

10- Colocación de bata quirúrgica habitual (con ayuda para atarla)

11- Colocación de guantes estériles habituales

12- Entrada a quirófano

***Instrucciones paso a paso para la retirada del EPI** (Doffing)*

Para la retirada del equipo es fundamental hacerlo de una forma calmada, despacio, evitando movimientos bruscos y con la supervisión de algún compañero entrenado. Lo ideal es que el personal que ha estado en quirófano se retire el EPI de uno en uno. Se debe realizar lo más apartado posible del paciente y cerca de la puerta. Debe haber disponible un contenedor grande para desechar los EPIs así como con desinfectante alcohólico para manos y superficies. Puede ser útil habilitar una sala "sucia" para retirarse el equipo, con espacio suficiente.

1- Retirarse la bata quirúrgica y guantes quirúrgicos como se hace habitualmente, evitar tocarla, plegarla con la parte externa (donde está la contaminación de sangre, salpicaduras, etc.) hacia dentro, y los guantes vueltos sobre si mismos. Desechar en el contenedor

2- Lavado con desinfectante (Vikron®; monopersulfato potásico, sulfato hidrógeno potásico y sulfato potásico o similar) de los guantes de base.

3- Retirar la pantalla protectora (si se lleva) cogiéndola por detrás, agachando la cabeza.

4- Lavado con Vikron® o similar.

5- Retirada de los guantes de base. Retirar el primero por la parte externa con un dedo, y el segundo por la parte interna (metiendo el dedo "limpio", entre el guante y el traje). Desechar al cubo con cuidado de no tocarlos, que no toquen nada ni caigan fuera. No lanzar (el cubo debe estar a corta distancia).

6- Lavado de manos con solución hidroalcohólica.

7- Retirada de la bata protectora. En primer lugar, soltar el nudo lateral (sólo con dos dedos si es posible).

A continuación, sin tocar nuestra piel del cuello, traccionar de la bata por la parte superior para despegar los velcros. Al ir retirando la bata es fundamental no tocar más que la cara interna de la misma, e ir plegándola sobre si misma para que la parte exterior quede envuelta y cubierta. Se debe levantar con cuidado para evitar que las cintas toquen nada e introducir en el contenedor.

8- Lavado de manos con solución hidroalcohólica

9- Retirada de las gafas: agachar la cabeza hacia adelante, cerrando los ojos y la boca. Coger las cintas de la parte posterior y retirar con cuidado. Colocar a parte en bandeja con desinfectante para su reutilización, si procede.

10- Lavado de manos con solución hidroalcohólica

11- Retirada de la mascarilla: De nuevo, agachando la cabeza y cerrando los ojos y la boca, se sujetan las cintas de la cabeza desde atrás, y se retira hacia delante y hacia abajo. NO se debe tocar la parte delantera de la mascarilla, ya que puede estar contaminada. Se desecha en el contenedor, cogiéndola únicamente por las cintas.

12- Lavado de manos con solución hidroalcohólica

13- Salida del quirófano

14- Desinfección del calzado, ya sea mediante introducción el mismo en desinfectante (pisando filtros) o retirada cuidadosa y desinfección por inmersión.

15- Lavado de manos completo hasta los codos.

16- Revisión y registro, para descartar alguna contaminación inadvertida, manchado del pijama, etc.

17- Es recomendable la ducha tras finalizar el proceso.

4. Citaciones a consulta

4.1 Revisión de historias con resultados radiológicos e histología. A las pacientes programadas para revisión, si se encuentran bien, se les debe retrasar lo más posible la cita. Para ello es preciso organizar, un servicio de atención a distancia de las pacientes, mediante teléfono, chat, correo electrónico...

4.2 Informar telefónicamente a la paciente. En caso de consulta presencial, a los enfermos con patología neoplásica que deban ser vistos se les atenderá teniendo en cuenta todas las medidas recomendadas: el cirujano deberá llevar mascarilla, se debe aumentar la distancia con el paciente y familiar, y solo un familiar acompañando al paciente.

4.3 Citar antes de la cirugía una única cita si es necesario

4.4 Si fiebre no acudir a la consulta y demorar la intervención.

4.5 Preparar, si no está disponible o adecuar la información (Consentimientos, técnica que se va a realizar, cuidados postoperatorios, etc), para enviarla por correo informático. No parece que acudir solamente a firmar el CI sea una necesidad en este momento. Si no pueden imprimir los formularios, dejarlos preparados, firmados y fechados para que la paciente los firme al ingreso

5. Patología probablemente benigna

5.1 Información online. Asistencia por correo electrónico. Redes sociales. Sería conveniente, disponer de algunos profesionales que pudieran contestar. ¿hacer cuenta de la sección de patología de la mama de la AEC?

5.2 Diferir todos los procedimientos diagnósticos y quirúrgicos.

5.3 En el caso de una imagen de baja sospecha (<BIRADS 4), se recomienda revisión en 1-2 meses y revaloración; en caso de alta sospecha de malignidad se realizará un diagnóstico histológico lo antes posible

6. Manejo de las heridas

6.1 Cierre heridas con suturas reabsorbibles

6.2 Limitar uso de drenajes

6.3 Educación sanitaria mediante vídeos online. Asistencia por mail-teléfono-consulta telematica (valorar plataforma para enviar fotos fácilmente)

6.4 Si se puede, entregar el material de curas necesario al alta. Así se limitan las salidas a farmacia, etc.

7. Control de la lista quirúrgica para tratar a las mujeres después de la pandemia.

9.- Estudios Anatomo-Patológicos

• Todas las muestras de tejido patológico después de las operaciones de biopsia invasiva se manejarán de acuerdo con los protocolos indicados por Medicina preventiva de cada centro

10.- Adyuvancia (A consensuar con SEOM)

10.1.1 en las pacientes que precisen quimioterapia: se puede diferir su inicio hasta 90 días después de la cirugía en los casos de riesgo moderado

10.1.2 Valorar emplear aquellos esquemas que supongan el menor número de visitas al hospital y menos toxicidad a la médula ósea; plantear la administración temporal de fármacos disponibles por vía oral como la capecitabina.

10.1.3 Los tratamientos con trastuzumab se puede diferir la dosis de trisemanal hasta cada 4-6 semanas sin que afecte a la eficacia del medicamento.

10.1.4 Para las pacientes que ya están en quimioterapia, si no se han producido reacciones adversas graves a la misma, se aconseja continuar en tratamiento en la medida de lo posible.

10.1.5 En pacientes que necesiten terapia hormonal retrasar una semanas el inicio de la medicación no afecta significativamente la eficacia general. En las pacientes que necesiten supresión ovárica, valorar una preparación de acción prolongada una vez cada tres meses en lugar de una vez al mes

11.- Neoadyuvancia

- Se recomienda seguir el plan original tanto como sea posible.
- En los casos de neoadyuvancia se puede plantear administrar algún ciclo más de lo previsto para poder diferir la cirugía, o bien continuar con terapias dirigidas (terapia endocrina, anti-HER2) o terapias fáciles de administrar (por ejemplo,capetitabina en triple negativo) para mantener la continuidad del tratamiento.
- En caso del triple negativo se puede considerar comenzar con capecitabina oral hasta que pueda ser realizada la intervención

12.-Radioterapia

La radioterapia puede ser demorada, de forma segura, durante 1-2 meses (algunos grupos de trabajo admiten hasta 3-4 meses de demora si es absolutamente imprescindible)

13. Comité multidisciplinar

Realizarlo en la medida de lo posible semanal o cada 15 días, por videoconferencia u otro sistema no presencial de forma preferente.

14. Protección al personal Sanitario.

Es preciso proporcionar equipos adecuados de protección a todos los miembros de la unidad de mama que lo puedan precisar

Referencias

1. Documentos de posicionamiento y recomendaciones de la AEC en relación con la cirugía y COVID-19. Consultado en https://www.aecirujanos.es/Documentos-de-posicionamiento-y-recomendaciones-de-la-AEC-en-relacion-con-la-cirugia-y-COVID19_es_1_152.html el 17 de marzo de 2020.
2. Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. Lancet Oncol. 2020;
3. Zhao L, Zhang L, Liu JW, Yang ZF, Shen WZ, Li XR. [The treatment proposal for the patients with breast diseases in the central epidemic area of 2019 coronavirus disease]. Zhonghua Wai Ke Za Zhi [Internet]. Zhonghua Wai Ke Za Zhi; 2020 Feb 25 [cited 2020 Mar 17];58(0):E005. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32096395
4. Liu BL, Ma F, Wang JN, Fan Y, Mo HN, Xu BH. [Health management of breast cancer patients outside the hospital during the outbreak of 2019 novel coronavirus disease]. Zhonghua Zhong Liu Za Zhi [Internet]. Zhonghua Zhong Liu Za Zhi; 2020 Feb 26 [cited 2020 Mar 17];42(0):E002. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32100979
5. Jiang ZF, Li JB. Ten hot issues of breast cancer under the novel coronavirus. Zhonghua Yi Xue Za Zhi [Internet]. Zhonghua Yi Xue Za Zhi; 2020 [cited 2020 Mar 17];100(0 PG-E002- E002):E002–E002. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32036640 NS
6. COVID-19: Recommendations for Management of Elective Surgical Procedures. American College of Surgeons. Consultado https://www.facs.org/about-acs/covid-19/information-for-surgeons el 17 de marzo de 2020.
7. **Noticias de la SESPM: Reflexiones sobre diez temas candentes.** Jiang Zefei 1 Li Jianbin 2 Zhonghua Yi Xue Za Zhi , 100 (0), E002 2020 Feb 10[Online ahead of print]. Revisión del artículo: José Ignacio Sánchez Méndez. Hospital Universitario La Paz. Madrid. Miembro de la Junta Directiva de SESPM. https://www.sespm.es/nuevo-coronavirus-diagnostico-y-tratamiento-del-cancer-de-mama-en-pacientes-con-neumonia/#. Consultado 17 de marzo del 2020

(*) Grupo de trabajo

Belen Merck, Sonia Rivas, Nuria Argudo, Pilar Matey, Lorenzo Rabadan…….etc (toda la sección)