

CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA EN EL MANEJO DE LA POBLACIÓN CHILENA QUE SE PRESENTE CON CÁNCERES DE ORIGEN GINECOLÓGICO.

schigo



PLAN DE ACCIÓN

CORONAVIRUS

COVID-19

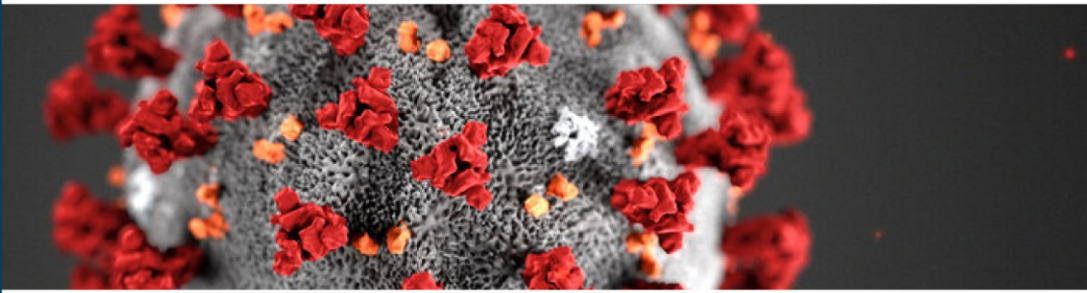




CORONAVIRUS

Fernando Heredia¹, Clemente Arab², Ana María Ciudad³, Luis Villanueva⁴, Roberto Altamirano⁵, Nicanor Barrena⁶, Raimundo Correa⁷, Patricio Gayán⁸, Omar Nazzari⁹.

1. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Sociedad Chilena de Ginecología Oncológica.
2. Presidente Sociedad Chilena de Ginecología Oncológica.
3. Radioterapeuta. Subdirectora Médica Instituto Nacional del Cáncer. Presidenta Sociedad Chilena de Cancerología.
4. Oncólogo Médico. Presidente Sociedad Chilena de Oncología Médica.
5. Ginecólogo Oncólogo Universidad de Chile, Hospital Clínico San Borja Arriaran, Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología.
6. Director académico Sociedad Chilena de Ginecología Oncológica
7. Unidad de Ginecología Oncológica Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B.
8. Ginecólogo Oncólogo, Instituto Nacional del Cáncer.
9. Servicio y Departamento Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Hospital Clínico "San Borja Arriarán". Past-President Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología



INTRODUCCION

Nuestro mundo enfrenta una crisis devastadora en el crecimiento de la pandemia asociada con el coronavirus (COVID-19) que ha incidido en una cantidad no despreciable de personas fallecidas en los últimos 2 meses a causa de esta enfermedad. Muchos países han tomado medidas e implementado estrategias para contener la propagación de esta enfermedad y el tremendo impacto que esto está teniendo en los trabajadores de la salud. En el contexto de esta pandemia, nosotros, en nuestro rol de brindar atención a todas aquellas mujeres que se presenten con condiciones premalignas o malignas propiamente tal originadas en el tracto genital femenino, creemos importante sugerir estrategias terapéuticas que compatibilicen la calidad de servicios médicos y la seguridad no sólo de nuestras pacientes y sus familias sino también del personal médico y el personal de colaboración asociado al proceso de atención.

Estas propuestas tienen como finalidad servir como sugerencia para el manejo y seguimiento durante la pandemia, entendiendo que no están destinadas a ser un nuevo estándar de atención. Sólo proponemos considerarlas para enfrentar esta crisis y ciertamente no debe reemplazar las guías de práctica clínica. Si bien muchas de las propuestas aquí enumeradas surgen de la recomendación hecha tanto por el Comité Editorial de la Revista Internacional de Cáncer Ginecológico (IJGC), órgano oficial de la Sociedad Internacional de Cáncer Ginecológico (IGCS), como por la Sociedad Europea de Ginecología Oncológica (ESGO), también representan el consenso de un equipo multidisciplinario de profesionales chilenos que se dedican a esta área y que nos encontramos preocupados por el efecto que pueda tener esta pandemia en nuestras pacientes. El considerar estas opciones de enfrentamiento permite que en muchos centros las consultas y cirugías puedan restringirse o reducirse significativamente. Los hospitales están emitiendo directrices para cancelar o posponer la cirugía "electiva" para preservar el equipo de protección personal (EPP) esencialmente finito, alentar el distanciamiento social, prevenir la exposición de pacientes en riesgo dentro el hospital y asegurar la capacidad de la cama y del ventilador para el aumento inminente en pacientes con COVID-19. Debemos, por lo tanto, considerar opciones que puedan ofrecer un tratamiento a nuestros pacientes limitando el riesgo de exposición y reduciendo la cantidad de procedimientos, o intervenciones quirúrgicas, que puedan estar asociadas con tiempo operatorio prolongado, alto riesgo de pérdida de sangre, necesidad de productos sanguíneos, riesgo de infección en el personal médico o ingreso a unidades de cuidados intensivos (UCI).



Esta situación deja a los oncólogos ginecológicos preguntándose: “¿Qué tan electiva es la cirugía de cáncer de mi paciente?” Muchos de los sistemas de salud han definido qué cirugías consideran permisibles, generalmente mediante el uso de parámetros de tiempo como no causar daño al paciente si no se realiza dentro de plazo indeterminado, un papel con el cual, en los próximos meses, tendremos que enfrentar cada vez con mayor frecuencia.

Es una responsabilidad enorme, el cambio de recursos entre una población necesitada y otra. Las decisiones deben basarse en datos, no en sesgos o corazonadas. Sabemos que el cáncer no tratado es potencialmente mortal, pero hay una diferencia entre dejar sin tratamiento a una paciente y demorar a éste mismo. ¿Cuál es un momento seguro para esperar la cirugía de cáncer ginecológico después del diagnóstico sin que esto sea negativo?

Desarrollo

Algunas de las consideraciones que sugerimos tener en cuenta son las siguientes:

a. Pacientes en control ambulatorio: Controlar en forma presencial, en policlínico o en consulta particular, sólo a pacientes nuevos o antiguos en donde sus consultas son absolutamente necesarias para abordar problemas oncológicos agudos o para aquellas pacientes en tratamiento de su enfermedad. Se recomienda presencia de triage al ingreso para descartar la sospecha o presencia de Covid-19. Iniciar la entrevista certificando la ausencia de sintomatología o criterios de sospecha entregados por el Minsal.

b. Número limitado de médicos y personal de colaboración involucrado en proporcionar la atención ambulatoria para minimizar exposición a todos los involucrados. Se sugiere establecer sistemas de turnos para mantener una atención constante. Una alternativa factible, y ya implementada en nuestro país, es el comité multidisciplinario virtual con la presencia restringida a un especialista por área (ginecólogo oncólogo, radioterapeuta y oncólogo médico al menos) contando con la opinión del resto del equipo en forma remota. Lo anterior garantiza reducción de posibilidades de contagio en el personal de salud y los pacientes.



c. Restringir el personal a aquellos que son absolutamente esenciales para el cuidado del paciente. Por lo tanto, durante el tiempo que dure esta pandemia, considerar evitar la presencia de alumnos de pre y postgrado y sus responsabilidades en el entorno de la atención ambulatoria.

d. Limitar a los familiares acompañantes a solo una persona (evitar la asistencia de menores de edad), cuando dicha persona es considerada absolutamente necesaria, como en situaciones en las que el paciente tiene limitaciones físicas o psicológicas. Además, se debe confirmar que dicha persona no tiene sospecha de infección por coronavirus y no ha estado en contacto con alguien sospechoso.

e. Posponer todo el seguimiento de rutina/vigilancia e implementar Telemedicina (incorporado por el ministerio de salud el 24 de marzo 2020) en la consulta, si los recursos lo permiten hasta que la crisis se haya estabilizado. Los pacientes deben notificar al equipo de atención médica de cualquier problema nuevo o preocupante por teléfono o correspondencia electrónica.

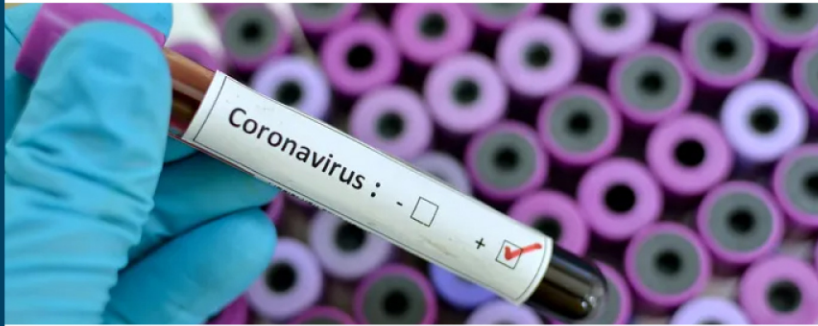
f. Consideración de uso adecuado de correo electrónico para consultas para permitir un correcto, seguro y rápido triage.

g. Consideración de posponer cualquier tipo de intervención que no sean absolutamente necesarias como estudios de imagen o marcadores séricos de rutina, en pacientes asintomáticas y que no tienen evidencia de enfermedad basada en la evaluación más reciente.

Consideraciones quirúrgicas:

a. En los centros donde se pueda hacer evaluación rápida del estatus COVID-19 de cada paciente se hará el día previo o el día de la cirugía. Para aquellas pacientes sintomáticas (presencia de síntomas respiratorios, fiebre elevada, o compromiso del estado general) o con antecedentes de contacto con pacientes COVID-19 + en los 14 días previos a la cirugía debe ser obligatorio este test previo al inicio de la cirugía.

b. Es necesaria la implementación institucional de medidas de protección universales para todos quienes se desempeñen en pabellón.



c. Limitar al máximo la presencia de alumnos de pre y postgrado en pabellón, así como personal en formación, tanto para protegerlos del contagio como para racionalizar el uso de insumos de protección para el personal de salud.

d. No existe evidencia disponible de la pandemia de COVID-19, o de epidemias mundiales de influenza anteriores, que sugiera definitivamente que los virus respiratorios se transmiten a través de una ruta abdominal de los pacientes a los proveedores de atención médica en el quirófano. En la elección de la vía de abordaje quirúrgico también deben tenerse en cuenta las comorbilidades de la paciente y a su vez hospitalización prolongada tras procedimientos laparotómicos. Ello podría exponer a las pacientes a mayor riesgo de infección nosocomial por COVID-19.

Para aquellas pacientes sometidas a procedimientos laparoscópicos se sugiere :

- Presencia de filtros CO2 en el equipo de neumoperitoneo.
- Emplear dispositivos de energía que minimicen la producción de humo quirúrgico, con una configuración de baja potencia, evacuadores de humo incorporados y evitar largos tiempos de coagulación.
- No evacuar el neumoperitoneo abriendo trócares. Es mejor aspirar el humo y el neumoperitoneo antes de retirar los trócares, al igual que en la cirugía de tumores ováricos para disminuir riesgo de metástasis en puertos de laparoscopia.
- Aspiración de neumoperitoneo antes de la extracción por vagina de piezas operatorias para evitar eventuales exteriorizaciones de gas a presión desde la vagina hacia el exterior.
- Utilizar presiones intraabdominales bajas (10-12 mm/Hg) y favorecer sistemas de insuflación/aspiración/filtrado de partículas.

e. El riesgo de histeroscopías diagnósticas y quirúrgicas con solución fisiológica se asume como bajo.

f. El riesgo de conización cervical (LEEP – LLETZ) se asume como bajo, en especial asociado a sistemas con evacuación central del humo quirúrgico. Manejo ambulatorio y uso de anestesia local y sedación.

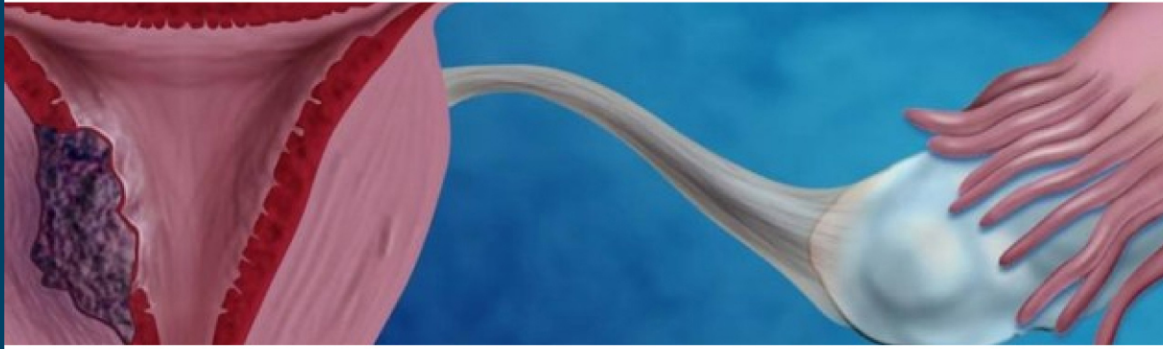
Manejo de la Enfermedad Cáncer de cuello uterino

a. Enfermedad pre-invasora. Según la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical (ASCCP) las recomendaciones para pacientes con citología de bajo grado son aplazar la realización de evaluaciones diagnósticas por un período que va de los 6 a 12 meses. Por otro lado, en pacientes con citologías de alto grado se sugiere realizar evaluación dentro de 3 meses desde el diagnóstico. Pacientes con sospecha clínica de enfermedad invasora deben ser evaluadas dentro de 2 semanas.

b. Etapa temprana de cáncer cervical: En un entorno donde existe acceso a la cirugía oncológica, se recomienda proceder con el manejo estándar. Sin embargo, cuando el acceso a la cirugía es limitado se pueden considerar algunos pasos. Asegurar que la enfermedad esté localizada por estudios de imágenes, como tomografías computarizadas, resonancia nuclear magnética o PET / CT (si están disponibles), y si es así, considerar posponer procedimientos de alto riesgo, tiempo operatorio prolongado, o que se asocien a alto potencial de complicaciones intraoperatorias y / o postoperatorias, como traquelectomía radical o histerectomía radical, por un período de 6–8 semanas, o hasta que se resuelva la crisis.

Podemos observar los resultados de la histerectomía radical tardía para el cáncer de cuello uterino en estadio I en el embarazo para proporcionarnos con algunos datos. Un estudio de cohorte retrospectivo no observó diferencias en la supervivencia cuando 28 mujeres con cáncer de cuello uterino diagnosticado en estadio temprano en el embarazo (tiempo de espera promedio de 20 semanas desde el diagnóstico hasta el tratamiento) se comparó con controles. En el marco de enfermedad microscópica o de bajo riesgo enfermedad (<2 cm, histología de bajo riesgo), considerar conización o traquelectomía simple ± linfonodo centinela si es factibles de realizar. En tumores visibles al examen clínico y en donde el tratamiento quirúrgico no es factible de realizar en un tiempo prudente, se sugiere considerar la administración de quimioterapia neoadyuvante.

c. Enfermedad localmente avanzada: Considere Radioterapia con régimen hipofraccionado (aumento dosis por día con reducción del número de fracciones) para disminuir el número de visitas al hospital. De acuerdo con la Sociedad Americana de Braquiterapia, los procedimientos de braquiterapia para pacientes con cáncer cervical no deben retrasarse en pacientes sin síntomas de COVID-19. Para pacientes que consultan en radioterapia, considere consulta de control semanal con telemedicina, a menos que se requiera un examen. En pacientes que tienen dificultad en acceder a Radioterapia (por ejemplo, por vivir en regiones distintas a la de ubicación del centro de Radioterapia), se sugiere considerar la administración de quimioterapia neoadyuvante como alternativa terapéutica durante este tiempo de crisis.



Cáncer endometrial

a. Riesgo bajo: Se pueden considerar para pacientes con enfermedad de grado 1 opciones de manejo conservador y tratamiento no quirúrgico como la terapia hormonal sistémica o dispositivos intrauterinos. Para los cánceres de bajo grado se observaron resultados adversos con un retraso quirúrgico de más de 8 semanas. Pero esto puede no haber sido causada por la progresión de la enfermedad de base, sino reflejar que en tiempos normales los retrasos electivos de más de 8 semanas son una función de la optimización médica compleja necesaria de comorbilidades (como la enfermedad relacionada con la obesidad).

b. Alto riesgo: Pacientes con grado 2 o 3 o histología de alto riesgo se debe considerar histerectomía simple y salpingooforectomía bilateral sola \pm linfonodo centinela, si este último es factible de realizar. Riesgo de la cirugía laparoscópica relacionada con el neumoperitoneo en el contexto de COVID-19 debe sopesarse con los riesgos de una laparotomía. Dilatar la cirugía también aparece factible. El estudio de Shalowitz no demostró un daño mayor asociado al retraso quirúrgico. Esta observación sugiere que la supervivencia de los cánceres endometriales de alto grado está determinada en gran medida por factores que no pueden ser controlado por el cirujano, como el estadio en el momento del diagnóstico, la diseminación oculta y la disminución de la capacidad de respuesta del tumor a terapia adyuvante. La Adyuvancia deberá ser basada en factores de riesgo uterino y las condiciones de la paciente (las decisiones deben ser individualizadas).

c. Enfermedad avanzada: En los pacientes con enfermedad avanzada, demostrada por estudios imagenológicos, se debe contar con biopsia que confirme el diagnóstico antes de definir la terapia a realizar. Es fundamental evaluar el riesgo versus beneficio de iniciar tratamientos sistémicos en conjunto con medidas de soporte o enfocarse sólo en terapias paliativas.

Cáncer de ovario.

a. En la sospecha fundada de enfermedad temprana, se deben cumplir todos los criterios y score de alto riesgo para masa anexial antes de programar intervención quirúrgica.

b. En pacientes con Etapa avanzada, considerar biopsia de confirmación diagnóstica y proceder con quimioterapia neoadyuvante hasta que se resuelva la crisis y considerar cirugía si corresponde en un momento posterior.

c. En pacientes que ya comenzaron la quimioterapia neoadyuvante, considerar extender el plan de tratamiento a seis ciclos, en lugar de tres, antes de la opción de cirugía de intervalo. Sin embargo, esta decisión es dependiente de la disponibilidad de recursos y acceso al quirófano de cada institución, y que la paciente tenga bajo riesgo de contraer ICovid-19 reconociendo que ciclos adicionales de la quimioterapia pueden agotar la reserva de médula ósea y provocar mayor susceptibilidad a la infección.

d. En pacientes que han completado adyuvancia en base a platino se sugiere no realizar terapia de mantenimiento ya que la paciente puede requerir visitas repetidas por toxicidad, evaluación que puede suponer una carga adicional para el paciente, las familias, y equipos de salud con riesgo de exposición adicional a infección. Para pacientes que viajan largas distancias para recibir tratamiento, considerar concertar visitas con oncólogos locales para administrar la terapia evitando viajar en avión o bus, y aumentar aún más el riesgo de exposición e infección. El control de seguimiento puede realizarse a través de las opciones múltiples de telemedicina disponibles.

e. Para pacientes que presenten progresión y/o recurrencias de la enfermedad la decisión sobre el inicio de quimioterapia adicional debe basarse en el juicio clínico y el potencial beneficio. Se podría priorizar los tratamientos sistémicos en:

1. Prioridad nivel 1: Terapias curativas con tasa de éxito > 50%.
2. Prioridad nivel 2: Terapias curativas con tasa de éxito intermedio (15-50%).
3. Prioridad nivel 3: Terapias no curativas con posibilidad alta (> 50%) de extender la sobrevida en > 1 año.
4. Prioridad nivel 4: Terapias curativas con baja tasa de éxito (0-15%) y Terapias no curativas con una posibilidad intermedia (15-50%) de extender la sobrevida en > 1 año.
5. Prioridad nivel 5: Terapias no-curativas con una alta posibilidad (>50%) de lograr paliación o control tumoral temporal, pero con una extensión en sobrevida de < 1 año.
6. Prioridad nivel 6: Terapias no-curativas con una posibilidad de paliación intermedia (15-50%) o control temporal del tumor y extensión en sobrevida en < 1 año.



Planificación de tratamiento

- a. Pacientes locales: Considerar contactar al médico por teléfono, correo electrónico y/o telemedicina luego de someterse a estudios de imagen y pruebas de laboratorio indicadas para conocer resultados y plan de tratamiento.
- b. Pacientes a distancia: Se sugiere que los estudios de imagen y de laboratorio los realicen en sus ciudades de origen y posteriormente se proceda al envío de discos con imágenes vía electrónica para que el médico discuta el plan de manejo.

Ensayos clínicos

- a. Detección, evaluación, consentimiento y reclutamientos en un ensayo clínico generalmente están asociados con múltiples visitas y numerosas interacciones entre pacientes, médicos, y coordinadores de investigación.
- b. Debe haber una limitación en el número de ensayos que quedan abiertos al reclutamiento de nuevos pacientes. Ensayos que permanecen abiertos para pacientes nuevos debe ser aquellos con intención curativa o aquellos donde hay una prolongación de la sobrevida como una oportunidad de mejorar los resultados del manejo estándar o cuando no existe una opción de tratamiento estándar.
- c. Los pacientes que ya están en un ensayo de investigación, deberían continuar. Sin embargo, considerar la evaluación de toxicidad por telemedicina. Adicionalmente, si es posible, realizar la provisión de medicamentos del estudio por correo.
- d. En el caso de que un paciente incluido en un ensayo tenga un test positivo para COVID-19 es imperativo que sea pospuesto o detenido su tratamiento en el estudio, para recibir el manejo según las recomendaciones de la institución involucrada.
- e. Se debe alentar a todo el personal de investigación a permanecer en casa. Eso implica reducir la presencia física del número de coordinadores de investigación en el hospital para el seguimiento de las pacientes que se encuentran actualmente en ensayos clínicos.

Actividades académicas

- a. En un esfuerzo por continuar con el mejor estándar de atención para nuestros pacientes, sugerimos mantener una comunicación activa y transparente entre todos los miembros del equipo en lo que respecta al manejo del paciente y los resultados. Con el fin de disminuir el contacto entre los distintos miembros del equipo de salud, las actividades docentes, tales como comités oncológicos o conferencias multidisciplinarias, deben realizarse a través de sistemas y plataformas web o telemedicina hasta que la pandemia se resuelva.

- b. Teleconferencia para aprender y explorar opciones para mejorar el flujo de comunicación con otras instituciones puede resultar alentador.

Manejo de cuidados paliativos y de apoyo.

- a. Es imperativo que, independiente que estemos en tiempo de crisis, para todas aquellas mujeres diagnosticadas con cánceres ginecológicos se tenga en cuenta las necesidades relacionadas con la calidad de vida y del proceso de fin de vida. La planificación anticipada de la atención, y el manejo del dolor y de otros síntomas derivados de la enfermedad y/o del tratamiento, siguen siendo una prioridad del equipo de salud.

- b. En el último tiempo se ha demostrado que el rol de las unidades de cuidados paliativos no está solamente enfocado hacia el manejo de final de vida, sino que existe un beneficio para el paciente y su entorno cuando este equipo multidisciplinario de profesionales se incorpora precozmente en el curso de la enfermedad, entendiéndose, de este modo, el manejo de todo paciente oncológico como un continuo a lo largo de su enfermedad. Esta modalidad cobra aún mayor validez en época de crisis como la que estamos viviendo puesto que la gran mayoría de las unidades de cuidados paliativos a lo largo del país realizan visitas domiciliarias y esta modalidad puede representar una manera de evaluación muy eficaz en momentos en que debemos evitar que las pacientes, algunas de ellas inmunosuprimidas por efecto de la terapia, acudan a los distintos centros de salud donde se atienden.

- c. La colaboración multidisciplinaria debe implementarse para que se establezca una rápida respuesta para proporcionar al paciente el más completo cuidado y al mismo tiempo aliviar el volumen del hospital para que las camas puedan asignarse a pacientes que necesitan atención médica aguda, relacionada o no con la enfermedad por coronavirus.

- d. El compromiso familiar es de suma importancia para los pacientes que requieren cuidados paliativos. Para este fin, a los centros se les anima a implementar estrategias para educar a la familia sobre cómo proporcionar la mayoría o todos los servicios en casa relacionados con control de síntomas y manejo de las necesidades físicas del paciente.

Palabras Finales

Para finalizar, como grupo de profesionales que velamos por el cuidado de pacientes que presentan cánceres ginecológicos en distintas etapas de la enfermedad, estamos convencidos en que cada una de nuestras pacientes se merece recibir una atención de excelencia desde el momento de la primera atención. Esto implica en que cada uno de nosotros debe permanecer en permanente actualización de los distintos avances que ocurren en el campo de la medicina cada día. Sin embargo, ocurren situaciones inesperadas y que escapan de nuestro completo control que tampoco podemos desconocer y que debemos hacernos cargo.

Es por esto que, a medida que la infección sobre el coronavirus (COVID-19) se extiende por todo el mundo hay un miedo creciente entre nuestra población. Asimismo, esto también impacta a los proveedores de atención médica que no sólo están preocupados por su propio bienestar y seguridad, sino que también la de sus familias.

En tiempos de dificultad, debemos asegurarnos de que quienes están en contacto directo con los pacientes reciben los recursos para expresar sus preocupaciones y abordar problemas que pueden estar limitando su capacidad de otorgar el mejor cuidado a sus pacientes.

Tal como se dijo en la introducción, estas propuestas no están destinadas a ser un nuevo estándar de atención. Sólo deben ser consideradas como sugerencias para enfrentar esta crisis y ciertamente no deben reemplazar las estrategias locales establecidas.

REFERENCIAS

How Long Is It Safe to Delay Gynecologic Cancer Surgery? Emma Rossi, MD Editor's note: Find the latest COVID-19 guidance in Medscape's COVID-19.

Ramirez PT, Chiva L, Eriksson, A, Frumovitz M, Fagotti A, González Martin A, Jhingran A, Pareja R. Int J Gynecol Cancer 2020;0:1–3. doi:10.1136/ijgc-2020-001419

ASCCP Interim Guidance for Timing of Diagnostic and Treatment Procedures for Patients with Abnormal Cervical Screening Tests

Shalowitz DI, Epstein AJ, Buckingham L, Ko EM, Giuntoli II RL. Survival implications of time to surgical treatment of endometrial cancers. Am J Obstet Gynecol 2017;216:268.e1-18.

NHS Clinical guide for the management of cancer patients during the coronavirus pandemic.