

# Pacientes oncológicos ante la pandemia: reajustes en el abordaje, lecciones aprendidas y retos a corto-medio plazo

---

Informe sobre las conclusiones del panel de expertos

*“Oncología en Perspectiva: presente y futuro frente al COVID-19”*

18 de febrero de 2021

# Informe sobre las conclusiones del panel de expertos Elsevier

## “Oncología en Perspectiva: presente y futuro frente al COVID-19”

- 3 Introducción: “Pacientes oncológicos ante la pandemia: reajustes en el abordaje, lecciones aprendidas y retos a corto-medio plazo”
- 4 Bloque 1: Impacto de la pandemia en los servicios de oncología: experiencias y reflexiones un año después
  - Protocolos: líneas de actuación (casi) en tiempo real
  - Medidas de higiene, circuitos COVID y otras estrategias prácticas
  - Cambios estructurales y organizativos
  - De hospital “al uso” a “hospital COVID”
- 8 Bloque 2: Pacientes oncológicos: gestión y manejo en el marco de una nueva realidad
  - Lidiando con la incertidumbre
  - Reajustes en el abordaje
  - Positivos de covid: ¿qué se hizo en estos casos?
  - La “secuela” del infradiagnóstico
- 14 Bloque 3: Telemedicina: de recurso “de emergencia” a paradigma de atención asistencial
  - Aplicaciones y resultados a distintos niveles: la experiencia de los expertos
  - Seguimiento terapéutico: la mejor opción para optimizar esta tecnología
  - ¿Telemedicina... o consulta telefónica?
- 17 Bloque 4: Tratamientos: la “mayoría de edad” de la hipofragmentación
  - Diferir, alargar tiempos y la vía oral, principales estrategias
  - Hipofraccionamiento: terapia “estrella”
  - Paciente oncológico y vacuna anti-COVID
- 20 Bloque 5: Lecciones aprendidas y perspectivas de futuro
  - De la teoría a la práctica por la “vía COVID”
  - Y ahora, ¿qué?: Retos a corto-medio plazo

# Pacientes oncológicos ante la pandemia: reajustes en el abordaje, lecciones aprendidas y retos a corto-medio plazo

## Introducción

El impacto de la pandemia generada por la COVID-19 ha afectado a todas las especialidades médicas, pero **tanto por la alta incidencia como por su situación de especial vulnerabilidad, la gestión de los pacientes oncológicos en este contexto ha supuesto un auténtico reto para los profesionales.**

Así, durante los primeros momentos de la crisis sanitaria, los oncólogos tuvieron que adoptar decisiones –en no pocas ocasiones, contrareloj– en medio un panorama en el que primaban la incertidumbre y el desconocimiento sobre el SARS-CoV-2 en general y las posibles repercusiones en los pacientes de cáncer en particular.

La adaptación a la nueva situación supuso en muchos momentos para estos profesionales hacer un auténtico **ejercicio de malabarismo**, ya que mientras participaban en la elaboración de **protocolos de actuación** (cuyas directrices podían cambiar en 24 horas, en función de las nuevas evidencias sobre el virus), debían incorporar a su cotidianidad las **nuevas formas de trabajar** (uso de equipos de protección individual, teletrabajo, redistribución de roles y equipos...) sin dejar de lado en ningún momento la atención asistencial a sus pacientes.

Con el objetivo de poner en común las experiencias de estos especialistas desde la perspectiva de distintos departamentos y geografías y conocer de primera mano los retos que ha supuesto la atención a los pacientes oncológicos durante el periodo de la pandemia originada por el SARS-CoV-2, Elsevier organizó el pasado 18 de febrero el Panel de Expertos “*Oncología en Perspectiva: presente y futuro frente a la COVID-19*”, que se celebró en formato webinar y estuvo conducido por Ricardo Carrasco, enfermero y gerente de Soluciones Clínicas de Elsevier.

Participaron en este encuentro la **Dra. Paula Peleteiro**, oncóloga radioterápica del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela (España) y miembro de la junta directiva de la Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR), quien además de panelista, actuó como moderadora del evento; el **Dr. Rafael Fuentes**, del Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Universitario Doctor Josep Trueta-Institut Catalá d’Oncología (España); el **Dr. Luis Moreno**, presidente de la Sociedad Dominicana de Radioterapia Oncológica (República Dominicana); la **Dra. Ana López-Martín**, jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés, Madrid (España); y la **Dra. Griselda Bejarano**, residente del Hospital Juárez (Hospital Covid) de Ciudad de México (México).

Durante esta reunión los panelistas abordaron los principales **cambios que sus respectivos servicios tuvieron que gestionar como consecuencia de la pandemia**, las pautas que se adoptaron en el **tratamiento** para adaptarlo/ajustarlo a la nueva situación de los pacientes, el papel que ha jugado la implantación del modo de atención asistencial basado en la **telemedicina**, y las evidencias de las que se dispone actualmente respecto a cuestiones como el mayor o menor riesgo de estos pacientes a contagiarse o su situación frente a la **vacuna anti-COVID**, entre otros asuntos.

Asimismo, y teniendo en cuenta la permanencia en el tiempo de la situación sanitaria, se trazaron las principales líneas de futuro y los **retos a los que esta especialidad tendrá que hacer frente en los próximos meses**, teniendo como base las “lecciones aprendidas” en las primeras olas de la pandemia.

# Y de repente, una pandemia. Radiografía de la situación vivida en los distintos servicios de enfermería

“ Se puede decir que empezamos por un caos general para poco a poco ir pasando a un caos organizado, a medida que nos íbamos adaptando a la situación. ”

Rafael Fuentes

Con el tiempo en contra y en modo resolutivo. Así se puede resumir la manera en la que se vieron obligados a trabajar de los especialistas en oncología durante los primeros momentos de la pandemia producida por el SARS-CoV-2. Doce meses después del inicio “oficial” de la crisis sanitaria, los especialistas que participaron en el panel de expertos “*Oncología en Perspectiva: presente y futuro frente al COVID-19*” echaron la vista atrás para evaluar las coordenadas de la nueva situación a la que se tuvieron que enfrentar, comentar las estrategias y actuaciones llevadas a cabo para resolver las necesidades -urgentes y cambiantes- impuestas por la pandemia, y poner en común sus experiencias, muy similares entre ellas, y que reflejan el carácter global de la situación impuesta por la irrupción del coronavirus a nivel asistencial.

## Recursos exprés ante exigencias cambiantes

- 1 Elaboración de protocolos (sometidos a continua actualización, a medida que iba aumentando el conocimiento sobre el virus).
- 2 Estrategias prácticas: implantación de medidas de protección, cambios de agenda, redefinición de las pautas a seguir dentro del hospital (tanto por los médicos como por los pacientes).
- 3 Cambios organizativos de distinto tipo.

## Radiografía de una nueva realidad



En tan solo 12 meses y de forma similar al resto de las especialidades, los oncólogos tuvieron que hacer frente a nuevas situaciones que hubo que incorporar a la cotidianeidad. La pandemia que ha traído consigo una cantidad enorme de cambios a los que los profesionales se adaptaron en tiempo récord, pero que en la práctica ha alterado notablemente el funcionamiento del hospital. Estas son las principales coordenadas que definen ese nuevo panorama asistencial:

- El flujo de pacientes habitual, que se inicia en Atención Primaria, se rompió por completo, ya que la mayoría de estos centros estaban prácticamente cerrados.
- Se establecieron nuevos sistemas de comunicación en los que especialmente el Whatsapp jugó un papel muy importante.
- El riesgo de contagio durante todo el procedimiento fue un factor añadido, cuyo impacto se reflejó a todos los niveles, cambiando radicalmente la estructura establecida respecto a las pautas de higiene y limpieza.

## Protocolos: líneas de actuación (casi) en tiempo real

Tal y como explicó la Dra. Paula Peleteiro, “la primera ola nos pilló a todos un poco fuera de juego ya que no disponíamos de protocolos de actuación ni teníamos directrices claras. Pero **poco a poco, tanto en los centros hospitalarios como desde las sociedades científicas, se fueron elaborando guías y protocolos dirigidos a ayudar a los médicos y a los pacientes a adaptarnos a estas circunstancias que nos iba planteando la pandemia.** Por ejemplo, la Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR) nos dio unas pautas para seguir atendiendo a nuestros pacientes de forma segura, esto es, minimizando el riesgo de contagio sin perder la calidad asistencial”.

El Dr. Luis Moreno, por su parte, comentó cómo desde el 1 de marzo de 2020 -fecha en la que se detectó el primer caso de COVID-19 en República Dominicana- se pusieron en marcha iniciativas dirigidas a trazar las líneas de actuación: “Inmediatamente, la Sociedad Dominicana de Radioterapia Oncológica, basándose en las recomendaciones de la Sociedad Española de Oncología Radioterápica, elaboró un primer documento sobre los tipos de tratamientos y otras recomendaciones, cuyas pautas implementamos.

*Dos meses después, en mayo de 2020, la Sociedad Dominicana de Radioterapia Oncológica, la Sociedad Dominicana de Hemato-Oncología y la Sociedad Dominicana de Cirugía Oncológica elaboraron de forma conjunta un documento de consenso para el abordaje del paciente con COVID que incluía las precauciones a adoptar, el manejo de ese paciente, etc.”.*



Los panelistas coincidieron en que además de la elaboración de protocolos, **fue necesario actualizar constantemente los contenidos y las directrices de los mismos, a medida que se iban conociendo más cosas sobre la enfermedad:** sus formas de contagio, las opciones de tratamiento, el perfil de pacientes, etc. “En ese momento estábamos todo el día metidos en internet para conocer la ‘última hora’ sobre el SARS-CoV-2”, apuntó el Dr. Rafael Fuentes.



## Medidas de higiene, circuitos covid y otras estrategias prácticas

Asimismo, en todos los casos, las Unidades/Servicios de Oncología tuvieron que adaptar sus infraestructuras y modos de actuación a las exigencias generadas por el coronavirus. “Todos sabemos que los pacientes con cáncer son especialmente vulnerables a las infecciones, y para reducir ese riesgo en el contexto COVID lo primero que hicimos fue colocar dispensadores de hidrogel en todos los espacios (consultas, pasillos, mostradores, etc.), además del uso obligatorio de mascarillas, la medición de la temperatura a todos los pacientes, limpieza de superficies y objetos (incluidos los bolígrafos empleados para firmar el consentimiento informado), así como limitar al máximo el número de acompañantes (si el paciente lo necesita, uno; y si no, mejor ninguno)”, afirmó la Dra. Peleteiro.

“Otro aspecto al que le hemos dado mucha importancia ha sido **la limitación del tiempo que los pacientes pasan en el hospital,** algo que conseguimos extremando la puntualidad, tanto del médico como del paciente”, añadió la especialista.

El resto de los panelistas narraron experiencias similares llevadas a cabo en sus hospitales.

## Cambios estructurales y organizativos

Los cambios en el funcionamiento del hospital, los reajustes en la estructura organizativa y la adopción por parte de los facultativos de roles distintos a los que desempeñan habitualmente han sido otras de las consecuencias derivadas del impacto de la pandemia.

Una de las primeras medidas adoptadas en este sentido afectó a **la forma de admisión de los pacientes**. “En el caso de nuestro hospital, hubo que hacer una entrada específica para los pacientes oncológicos, reservada exclusivamente a ellos, para facilitarles el acceso a su área de atención y tratamiento, con el objetivo de evitar la posibilidad de interactuar con otros pacientes, especialmente los respiratorios”, señaló la Dra. Griselda Bejarano, quien explicó como en dicha entrada *ad hoc*, estos pacientes eran evaluados por médicos adscritos, residentes e incluso guardias de seguridad que sólo estaban en esta área. “Dentro de este espacio, cada sub-área decidía a su vez qué hacía con sus pacientes. Por ejemplo, el área de radio-oncología determinaba si había algún paciente al que ofrecer una terapia hipofraccionada para así reducir el tiempo de permanencia en el hospital. Asimismo, establecimos **itinerarios de vías libres de COVID** en todo el hospital e hicimos lo mismo en los quirófanos, y también se aseguró la disposición de camas específicamente para el área de Oncología, en las que no se hospitalizó a ningún otro paciente”.



De la misma manera, la Dra. Ana López-Martín señaló que en su hospital se estableció hacer un *screening* de los pacientes a la entrada, adaptando los procesos de admisión y distribución en base a la nueva situación creada: “Poco a poco fuimos elaborando protocolos en función de las distintas pruebas que se fueron incorporando a ese *screening* (anticuerpos, PCR, etc.)”.

En cuanto a la estructura de trabajo de los oncólogos, también se vio sometida a reajustes, basados fundamentalmente en la **alternancia de los profesionales con el objetivo de evitar un mayor número de bajas y la desatención del servicio en caso de contagio**. “Organizamos los grupos de manera que no asistiéramos todos los componentes del servicio a la vez, y lo mismo hicimos con los técnicos, incidiendo además en las medidas de precaución y protección que se establecieron al principio de la pandemia y que siguen vigentes en este momento”, afirmó el Dr. Luis Moreno.

Asimismo, en muchos hospitales, los oncólogos, al igual que otros especialistas, atendieron directamente a los pacientes COVID. El hospital de la Dra. López-Martín fue uno de ellos: “Aproximadamente un 30% de los adjuntos al servicio de Oncología tuvieron que colaborar en la atención de los pacientes COVID, pero a pesar de ello, después conseguimos mantener nuestra actividad propia, de manera que aquellos pacientes que ya estaban en tratamiento”.

En relación con esto, los panelistas pusieron en valor el trabajo en equipo y las sinergias establecidas entre las distintas especialidades con el objetivo de aunar esfuerzos frente a la crisis sanitaria. Así, Ana López-Martín describió cómo durante la primera ola, **los especialistas en Oncología pasaron a la primera línea, y no sólo respecto a la atención a sus pacientes**: “Se dio una situación en la que los pacientes tenían dificultades para contactar incluso con sus centros de Atención Primaria (muchos de los cuales cerraron), así que desde nuestro servicio colaboramos con el resto de las especialidades, haciendo sobre todo seguimiento de las llamadas de pacientes COVID para ayudar a aliviar la carga asistencial de nuestros compañeros, sobre todo los de Medicina Interna y Urgencias, que estaban desbordados. Llevamos a cabo ese apoyo en la medida en la que hemos podido, sin dejar de lado nuestra actividad asistencial como oncólogos”.



## De hospital “al uso” a “hospital COVID”

“En el caso de Madrid, donde se encuentra nuestro hospital, fue una zona especialmente castigada durante la primera ola de la pandemia, lo que supuso que nos viéramos sorprendidos por una especie de tsunami que hizo que de la noche a la mañana toda nuestra estructura organizativa diera un vuelco. Como consecuencia de ello, nuestro hospital se transformó prácticamente en un ‘hospital monográfico COVID’, en el que sólo la Unidad de Oncología y la Unidad de Diálisis mantuvieron su actividad más allá de lo que era la atención a pacientes afectados por el SARS-CoV-2”, explicó Ana López-Martín.

Esta situación fue similar a la vivida en el Hospital Juárez, considerado un paradigma de esta reconversión “a marchas forzadas” en la sanidad mexicana. La Dra. Bejarano comentó al respecto que “en nuestro hospital, como en la mayoría de los del país, **la Oncología ha sido un reto en el marco de la COVID, ya que es un área en la que la atención médica no se puede interrumpir.** Sin embargo, y a pesar de la importante transformación que se llevó a cabo para pasar a ser un ‘hospital COVID’, se ha mantenido la asistencia a los pacientes oncológicos y la actividad de los centros de radiología, radio-oncología, quimioterapia y en el área quirúrgica”.

## Tratamiento: el inestimable papel de la farmacia hospitalaria

Esta transformación de las “formas y usos” asistenciales implicó también a la manera de hacer llegar la medicación a los pacientes, y en este sentido, los expertos pusieron de relieve el importante rol desempeñado por las unidades o departamentos de farmacia hospitalaria. “**La capacidad de adaptación demostrada por este departamento es un ejemplo de cómo se puede organizar un cambio de estructura de forma rápida y en poco tiempo.** El gran esfuerzo realizado por estos profesionales en este sentido ha facilitado la administración de la medicación oral de nuestros pacientes de forma domiciliaria. En cuanto a los tratamientos intravenosos, los hemos seguido administrando en el hospital, manteniendo la distancia entre los pacientes aun a costa de perder puestos de tratamiento para garantizar esas distancias”, comentó Ana López-Martín.

Esta opinión fue compartida por Paula Peleteiro, quien puso el foco en la relevancia de haber podido facilitar la medicación hospitalaria a estos pacientes en sus domicilios, lo que supuso una ayuda inestimable para asegurar la continuidad de los tratamientos, sobre todo en la primera ola.

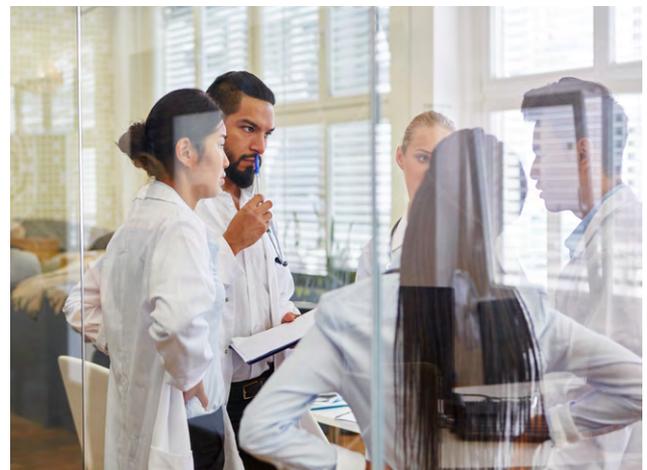
# Pacientes oncológicos: gestión y manejo en el marco de una nueva realidad

“ El hecho de ser paciente oncológico aumenta el riesgo de complicaciones en caso de contraer la enfermedad, pero no de infectarse por COVID. ”



Ana López- Martín

El impacto que la infección por SARS-CoV-2 podría tener en la evolución de los pacientes oncológicos fue uno de los principales motivos de preocupación para estos especialistas, sobre todo durante la primera ola, cuando las certezas eran pocas y las incertidumbres suponían una constante a la hora abordar el tratamiento y controlar la enfermedad. Por suerte, **las evidencias procedentes de tanto de la experiencia como de los estudios realizados al respecto disiparon muchos de los temores iniciales sobre la potencial mayor vulnerabilidad de estos pacientes frente a la COVID.** Sin embargo, ha sido en el área del diagnóstico donde los daños colaterales de la pandemia se han hecho más evidentes y, de hecho, tanto el diagnóstico tardío como el infradiagnóstico han sido la tónica habitual, según están comprobando los especialistas.



## Lidiando con la incertidumbre

“Al principio nos daba mucho miedo qué iba a pasar con nuestros pacientes cuando se infectaran. Creíamos que se iban a contagiar rápidamente por el hecho de estar inmunodeprimidos. Tampoco sabíamos qué hacer con los **tratamientos de inmunoterapia**: nos planteábamos que, si estos pacientes tenían una respuesta inmune exagerada, cómo iban a responder si nosotros estimulábamos aún más esta respuesta. A día de hoy le hemos perdido bastante el ‘miedo’ a este tipo de cuestiones”, explicó Paula Peleteiro.

Esta mayor “seguridad” a la hora de abordar el nexo paciente oncológico-COVID ha venido de la mano de las evidencias que ya manejan los especialistas y que, como apuntó la Dra. Peleteiro, han demostrado que realmente estos pacientes no se infectan mucho más que el resto de la población: “Quizás su riesgo sea un poco más alto, especialmente en aquellos que están muy inmunodeprimidos o que tienen mucha comorbilidad”, añadió Ana López-Martín .



## Reajustes en el abordaje

Además de la mayor o menor vulnerabilidad de estos pacientes frente al coronavirus, la pandemia impuso la adopción de una serie de cambios y reajustes en el esquema de abordaje que se seguía antes del inicio de la crisis sanitaria. Así, y de forma prácticamente generalizada, se optó por **priorizar la medicación por vía oral** siempre que fuera posible, y en los casos en los que era precisa la administración hospitalaria de la terapia, la tendencia fue alargar los tiempos, de forma que los intervalos del tratamiento estuvieran en lo posible más espaciados, para así minimizar el riesgo de contagio.

“Tuvimos que operar algunos cánceres fuera del hospital por problemas en cuanto a la infraestructura de la atención post-operatoria derivados de la pandemia. De hecho, este fue a veces el punto crítico que limitó las cirugías”.



Griselda Bejarano



## Tipo de neoplasia y riesgo de contagio, ¿hay relación?

Una de las cuestiones planteadas durante el encuentro fue si hay algún tipo de cáncer que sea especialmente vulnerable frente al SARS-CoV-2.

“Lo más determinante en este sentido no es la neoplasia, sino la situación del enfermo y el estadio de la enfermedad en el que se encuentra. **Por tanto, no se puede afirmar que un tumor o tipo de patología oncológica sea más susceptible que otro a desarrollar COVID.** En relación con esto, en mi servicio se ha hecho un análisis dirigido a establecer una diferenciación entre el enfermo que fallecía de COVID y el que lo hacía con COVID, y esto nos permitió comprobar que realmente los que han fallecido y estaban infectados han sido casi siempre paliativos o enfermos muy avanzados”, explicó el Dr. Rafael Fuentes.

“No es que padecer cáncer aumente el riesgo de infectarse por COVID, pero sí es cierto que en un paciente contagiado y que además presenta mucha comorbilidad, entre ella el cáncer (y, por tanto, está sometido a tratamiento e inmunodeprimido) el riesgo de presentar complicaciones es mayor”, señaló al respecto la Dra. Ana López-Martín. “Por tanto, el nexo entre ambas situaciones no se basa tanto en el riesgo de infectarse por SARS-CoV-2 sino de presentar complicaciones en caso de contagio”, añadió esta especialista.

Ahondado en esta cuestión, la Dra. López-Martín comentó que si bien a veces se apunta a que la población oncológica puede tener un riesgo un poco mayor de infectarse, probablemente esto es debido al hecho de que estos pacientes siguen yendo a los hospitales para recibir su tratamiento, por lo que están expuestos al cierto riesgo que implica estar en contacto con el entorno médico. “En la misma línea, no es que los pacientes con cáncer de pulmón tengan una mayor predisposición a padecer COVID, pero si estos pacientes se contagian, van a llevar peor la infección que otro tipo de pacientes”.

La mayor dificultad en este sentido ha venido de la **atención a los pacientes sometidos a cirugía**, una situación que desde la experiencia vivida en su hospital describió la Dra. Griselda Bejarano: “En nuestro caso, el área quirúrgica oncológica se respetó lo máximo posible y el número de cirugías no han disminuido tanto como en otros centros, y tampoco se redujo el ingreso de los pacientes oncológicos, ya que el Hospital Juárez tiene una política básicamente de cero rechazo al paciente, algo que en pandemia se volvió un poco difícil de cumplir. Sólo hemos postpuesto alguna cirugía muy grande, con alto riesgo de precisar una terapia posterior. Este tipo de intervenciones no las estamos realizando actualmente en el hospital porque somos conscientes de que tienen una alta posibilidad de requerir un manejo con terapia intensiva, la cual en estos momentos le ‘pertenece’ de forma prioritaria a los pacientes COVID”.

En el mismo sentido, Paula Peleteiro comentó que una de las cuestiones a las que se tuvo que hacer frente al principio y que, de hecho, se sigue planteando de nuevo en cada ola, es la de la **reanimación posterior a la intervención quirúrgica**: “Hubo un momento en que no se disponía de camas UVI o de Rehabilitación para pacientes que no fueran COVID, por lo que tuvimos que derivar a aquellos de nuestros pacientes que necesitaban una cirugía a centros privados. Así, tuvimos que operar algunos cánceres de mama o colorrectales fuera del hospital, no tanto por dificultades relacionadas con el equipo asistencial o la dotación quirúrgica, sino por problemas en cuanto a la infraestructura de la atención post-operatoria derivados de la pandemia. De hecho, este fue a veces el punto crítico que limitó las cirugías”.

“ A los pacientes que eran asintomáticos o poco sintomáticos y se encontraban a mitad del tratamiento, los atendíamos al final del día. ”

Paula Peleteiro



## Positivos de COVID: ¿qué se hizo en estos casos?

Un reto añadido para estos especialistas fue el manejo de los pacientes oncológicos que daban positivo por coronavirus. Todos coincidieron en que, en general, han sido pocos los infectados, aunque es un dato en el que ha habido disparidades según el hospital.

“En nuestro hospital ha habido pocos pacientes (alrededor de unos 8). Creo que esta cuestión se ha sobrellevado de una manera óptima. Algunos han sido pacientes de oncología médica y otros han sido quirúrgicos. **La forma de abordarlos se ha basado en la vigilancia cercana, aislándolos en una planta específica**”, afirmó Griselda Bejarano. “Por lo general -añadió- han sido pacientes que han evolucionado bien, que no han necesitado intubación y a veces ni siquiera oxigenoterapia. En aquellos que necesitaban cirugía, desde el momento en que daban positivo la intervención quedaba aplazada hasta resolver la prioridad, que era la infección. En el momento en que se negativizaba la prueba, se les llevaba al quirófano con las medidas necesarias y, por suerte, no hemos tenido en este grupo de pacientes fallecimientos por COVID”.



“Nosotros sólo tuvimos dos casos y, además, en fecha reciente”, dijo por su parte Paula Peleteiro, quien comentó que la pauta establecida en estos casos es la de **atender a estos pacientes al final de la jornada**, para evitar interferencias con otros procesos asistenciales y asegurar el tiempo necesario para llevar a cabo los protocolos de protección e higiene, que fue también la estrategia seguida en el servicio que dirige el Dr. Fuentes: “A los pacientes que eran positivos en COVID pero estaban asintomáticos o poco sintomáticos y se encontraban a mitad del tratamiento, los atendíamos al final del día”.

“ En cuanto a las pautas de actuación en pacientes oncológicos, el primer objetivo fue, en cuanto se confirmaba la infección activa, se paraba el tratamiento y no se reiniciaba hasta que la PCR fuera negativa. ”

Ana López- Martín



Ana López-Martín destacó la diferencia entre el número de positivos detectados en su hospital y las cifras comentadas por sus colegas: “En nuestro caso, hemos registrado más de 100 pacientes positivos, según nuestras estadísticas. En cuanto a las pautas de actuación en estos pacientes oncológicos infectados, el primer objetivo fue negativizar la PCR: en cuanto se confirmaba la infección activa, se paraba el tratamiento y no se reiniciaba hasta que la PCR fuera negativa.



Al hilo de esto, nos dimos cuenta de que había pacientes que seguían positivos durante muchas semanas sin que hubiera forma de negativizar esa PCR. En esos casos, hemos optado por seguir el tratamiento -eso sí, en una “sala roja” donde se encontraban aislados- ya que llegamos a la conclusión de que posiblemente se trataba de pacientes que ya habían pasado la infección, pero en los que quedaban restos del virus en la vía nasal”.



## La “secuela” del infradiagnóstico

Hay evidencias de que como consecuencia de la COVID, el número de casos de cáncer no diagnosticados se ha incrementado en el último año, debido a la suspensión de la actividad asistencial en Atención Primaria y por las dificultades de acceso a la consulta hospitalaria, entre otras razones. En este sentido, los panelistas comentaron los resultados de los estudios realizados al respecto y que apuntan a que **el número de diagnósticos oncológicos en 2020 fue un 21% menor que los casos registrados en 2019.**

“Estos datos son fruto de un estudio comparativo llevado a cabo en los meses de marzo a junio de 2019 y el mismo periodo de 2020”, dijo la Dra. Peleteiro. “El análisis de las posibles razones que pueden explicar esta diferencia apunta a que **hubo un menor número de biopsias, de citologías y de otras pruebas, debido en gran parte al temor que tenían los pacientes a acudir al hospital sobre todo por miedo a un posible contagio, y también a los límites de movilidad derivados del confinamiento**”.



“Aún falta por estudiar toda la pandemia para determinar las repercusiones definitivas de este impacto”



Paula Peleteiro



En cuanto a las consecuencias de esta situación, Paula Peleteiro subrayó que en algunos tumores este retraso diagnóstico puede traducirse en una mayor mortalidad y/o desarrollo de metástasis. “El estudio se refiere a un segmento temporal (el mismo trimestre en dos años consecutivos), pero **aún falta por estudiar toda la pandemia para determinar las repercusiones definitivas de este impacto**”.

Para evitar que el miedo al contagio por parte de estos pacientes repercuta en el número de diagnósticos, sobre todo de cara a futuras olas de la pandemia, se han puesto en marcha iniciativas como la del Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC), titulada “*Que el miedo no te paralice*”, desarrolladas con el objetivo de concienciar y animar a los pacientes a que acudan al hospital ante la aparición de cualquier síntoma considerado sospechoso.

Según Peleteiro, otro dato muy indicativo es el arrojado por las estimaciones realizadas en el ámbito de la Oncología Radiológica y la Oncología Médica y que apuntan a una menor afluencia de pacientes en estos servicios, “una realidad que contrasta con la impresión que teníamos al inicio de la pandemia de que se iba a incrementar el número de pacientes en estas áreas basándonos en la idea de que, al tener que cerrar los quirófanos, la radioterapia iba a suponer una buena opción de tratamiento en algún tumor, por lo que esperábamos una amplia derivación de pacientes que finalmente no se ha producido”.

Por su parte, Ana López-Martín destacó que también se ha apreciado una **notable disminución en el número de pacientes nuevos**: “Concretamente, en nuestro servicio hemos visto un 25% menos de estos pacientes. Nuestra opinión al respecto es que se trata de tumores que o bien no han llegado hasta nosotros o no han sido diagnosticados. Asimismo, y aprovechando nuestra colaboración en una recogida de datos del Grupo de Cáncer de Pulmón, pudimos revisar nuestros propios datos del hospital respecto a las biopsias en el periodo correspondiente al trimestre en el que se hizo el estudio a nivel nacional y las cifras también reportaron un descenso del 25% en el número total de biopsias y otras pruebas, como las citologías, realizadas. En cuanto al número de tumores, según los datos de nuestro registro, también apuntan a un 25% menos de diagnósticos, en relación a las cifras de 2019”.

Sobre los factores implicados en la disminución del número de diagnósticos y de pacientes oncológicos atendidos, López-Martín señaló que por lo general, este descenso se debió a que los pacientes, a pesar de presentar síntomas, optaron por retrasar un poco la consulta. Otro factor que ha influido ha sido la **anulación, como consecuencia de la pandemia, de muchas pruebas complementarias realizadas a pacientes que no estaban diagnosticados previamente de cáncer y que son las que en muchas ocasiones permiten la detección de la enfermedad**. “La mayor parte de los *screenings* se han parado durante todo este tiempo. Se trata de pruebas que si bien no son urgentes, sí resultan muy efectivas, de ahí que su suspensión haya limitado y condicionado el diagnóstico precoz de las neoplasias. En el caso de los tumores ya diagnosticados, al menos en nuestro hospital, sí se respetaron las re-evaluaciones de estos pacientes”, comentó Ana López-Martín.

Una situación similar se vivió en el ámbito de las cirugías, como señaló Griselda Bejarano: “En oncología quirúrgica obviamente también ha habido un descenso de pacientes, sobre todo en la primera ola (que en México se registró entre abril y mayo de 2020). Fue en este momento cuando la disminución, tanto de diagnósticos como de intervenciones, resultó más evidente, coincidiendo con **la etapa de la pandemia en la que tanto los médicos como los pacientes experimentaron más temor debido principalmente al gran desconocimiento que había entonces acerca del virus, de sus consecuencias, del tratamiento y de las medidas de protección más efectivas**. Pasado aquel momento, en la actualidad lo que más está ‘fallando’ es el diagnóstico inicial: nos están llegando pacientes en situaciones más complicadas”.

“La fotografía de la situación a la que nos estamos enfrentando ahora es muy similar a la descrita por la Dra. López-Martín, en el sentido de que no ha disminuido nuestra carga de trabajo, pero hemos hecho un trabajo asistencial diferente al habitual, ya que **prácticamente ha ‘desaparecido’ el paciente en estadio inicial y estamos viendo a pacientes en estadios más avanzados**”, afirmó el Dr. Rafael Fuentes, quien coincidió con los otros panelistas en destacar el descenso significativo que ha habido de pacientes tratables: “En mi caso, una de las patologías que veo son los tumores graves, y por ejemplo, en el mes de enero de este año, nos hemos enfrentado a una alta incidencia de casos que no son operables”.

Rafael Fuentes también se refirió al efecto negativo que la suspensión de determinadas pruebas ha tenido en estos pacientes: “Un ejemplo muy claro es el de la típica cefalea a la que se hacía una resonancia y que permitía tener un diagnóstico oncológico en poco tiempo”.

La experiencia narrada por el Dr. Luis Moreno es bastante similar: “Nos encontramos con pacientes a los que no les ha hecho el diagnóstico oportuno a través de biopsia o de otras pruebas como la resonancia, la tomografía, la gammagrafía, etc., lo que ha dificultado la posibilidad de tratarlos de forma temprana y adecuada. Sobre todo en el periodo de abril a junio de 2020, los pacientes en radioterapia se redujeron considerablemente. Después empezaron a remontar hacia las cifras habituales y a fecha de hoy, por suerte, todo está funcionando a niveles de la pre-pandemia”.

## Los estadios avanzados como “tendencia al alza

En opinión de los especialistas, no es sólo que haya disminuido el diagnóstico como consecuencia del “parón asistencial” de la pandemia, **sino que la situación creada ha impedido que se haya diagnosticado lo curable, esto es, los estadios iniciales**, esos casos que muchas veces se detectan por casualidad, al hacer otras pruebas pautadas por otro motivo. “Por desgracia, lo que se ha ido diagnosticando ya estaba avanzado”, apuntó Ana López-Martín.

Como ejemplo de esta situación, la Dra. López-Martín comentó que desde el inicio de la pandemia han visto situaciones que reflejan claramente esta realidad de retraso diagnóstico: “Nos hemos encontrados cinco síndromes de vena cava o compresiones medulares de debut, algo que llevábamos muchísimo tiempo sin ver en un inicio de diagnóstico”.

“Nosotros también nos hemos encontrado a lo largo de los últimos seis meses con casos de síndromes de vena cava que anteriormente no habíamos visto con tanta frecuencia y que todo apunta a que son resultado de la situación generada desde el inicio de la pandemia”, explicó por su parte Griselda Bejarano, quien puso también de relieve el impacto que ha tenido la reducción de actividad en las áreas donde se realizan las pruebas diagnósticas y la disminución de las consultas en un primer nivel, “que es desde se nos deriva a los pacientes con un diagnóstico a tiempo y oportuno. Es de prever que los pacientes que se han visto afectados por esta situación nos vayan llegando de ahora en adelante, y quizás no se encuentren en una situación favorable para el tratamiento quirúrgico, pero que sí que son candidatos a la quimio y la radioterapia”.

En relación con esto, Luis Moreno manifestó que “en lo que respecta a las intervenciones quirúrgicas de estos pacientes, se puede decir que, en nuestro caso, la actividad está normalizada, pero es muy probable que empecemos a ver ahora la repercusión real de esta situación, a medida que nos vayan llegando casos de pacientes que, en el contexto actual, en el que buena parte de la población ya está siendo vacunada y debido a la seguridad que ello les produce, han superado sus miedos de acudir al hospital. Es en este marco en el que **nos estamos enfrentando a estadios peores a los que solíamos tratar antes de la pandemia**”.

# Telemedicina: de recurso “de emergencia” a paradigma de atención asistencial

“La atención a distancia es una herramienta útil para la orientación y seguimiento de los pacientes que ya están en tratamiento, pero aún queda camino por recorrer hasta llegar a optimizar sus posibilidades.”



Luis Moreno

La posibilidad de atender a los pacientes de forma no presencial gracias al uso de las nuevas tecnologías se ha revelado como un aspecto “salvador” en el contexto de la situación creada por la pandemia. De hecho, los panelistas coincidieron en señalar a la incorporación de la telemedicina en la práctica asistencial como uno de esos aspectos “impuestos” por la pandemia que han llegado para quedarse.

## Aplicaciones y resultados a distintos niveles: la experiencia de los expertos

“Durante los inicios de la pandemia, todo lo que se podía solucionar de forma telemática se hizo por esta vía”, explicó Paula Peleteiro, “pero hay que tener claro que no por hacer consulta telefónica tenemos que dejar al paciente desatendido o con necesidades sin cubrir: **la clave está en hacer consultas telefónicas de calidad**”.



En el caso del servicio en el que trabaja la Dra. Peleteiro, la especialista explicó que está estructurado en base a la división de los facultativos por parejas: “Cada pareja lleva una, dos o tres patologías. Ante la irrupción de la COVID, decidimos organizarnos alternando las ubicaciones de forma semanal, de manera que uno trabajaba en el hospital y el otro lo hacía de forma domiciliaria, con acceso a los ordenadores del servicio de forma que se podían hacer teleconsultas, planificar tratamientos, etc. El objetivo de esta estrategia era que si uno de los componentes de la pareja de facultativos se infectaba o tenía que hacer cuarentena, la patología nunca se quedara desatendida”.

Ana López-Martín comentó que si bien en su centro también se optó por la consulta telemática, en el Servicio de Oncología Médica se hizo de menor manera que en el resto de las especialidades “en muchas de las cuales la práctica totalidad de la atención se resolvió con la consulta telemática”.

“En nuestro caso tampoco fue una opción predominante. Es cierto que se intentó establecer esta modalidad, pero quizás nuestros pacientes no están tan familiarizados con estas tecnologías”, apuntó al respecto la Dra. Griselda Bejarano.

Por su parte, el Dr. Rafael Fuentes destacó, dentro de estas soluciones tecnológicas, el papel desempeñado por aplicaciones como Whatsapp: “Realmente, **la comunicación continua que se estableció gracias a esta tecnología entre todos fue lo que nos permitió trabajar a distancia** y también conocer rápidamente si un miembro del equipo o uno de los pacientes se había infectado”.

## Pacientes: buena predisposición, pero escasa dotación tecnológica

¿Cómo ha sido la reacción de los pacientes ante esta nueva modalidad asistencial?

“Al principio pensamos que se iban a mostrar reticentes a esta forma de consulta, pero por lo general la respuesta ha sido muy positiva. Salvo en los casos en los que el paciente se encuentra mal y prefiere realizar la visita de forma presencial, el resto están encantados de no tener que exponerse al riesgo que supone acudir al hospital. No sé si cuando acabe la pandemia esta buena predisposición hacia la teleconsulta se va a seguir manteniendo”, comentó Paula Peleteiro.

Sin embargo, esta respuesta positiva choca con la limitación que para buena parte de los pacientes supone no disponer de la tecnología adecuada, tal y como señaló el Dr. Luis Moreno: “Al menos aquí en la República Dominicana, no todos los pacientes tienen acceso a un teléfono inteligente, que permita que la consulta sea visual que es, por otra parte, lo que la mayoría de ellos desean. Actualmente, solo es realmente factible la llamada telefónica ‘al uso’, la cual, lejos de ayudar, puede complicar aún más la situación del paciente, ya que si bien se le están dando unas indicaciones, no se les está viendo físicamente. En aquellos pacientes en los que sí es factible establecer este sistema, sí hemos instaurado esta modalidad asistencial, aunque no son ni de lejos la mayoría, y **aún falta camino por recorrer hasta conseguir que los centros de Oncología Radioterápica instalen estos servicios de forma que sea posible optimizar todas las posibilidades que ofrecen**. Y, por supuesto, también es necesario que la población tenga acceso a estas tecnologías”.

Esta opinión fue compartida por Ana López-Martín, quien destacó como el factor demográfico y geográfico resultan determinantes para conseguir una mejor implantación de esta tecnología y una mayor implicación por parte de los pacientes: “Por ejemplo, hay regiones como Canarias (de donde procede la persona encargada del departamento de informática de nuestro hospital) en la que por sus características demográficas es habitual que los pacientes se trasladen de una isla a otra para ir a la consulta del oncólogo, por lo que antes de la pandemia ya tenían implantado un sistema de teleconsulta como tal, con una conexión médico-paciente al estilo de una reunión vía zoom, y en ese sentido, llevaban bastante ventaja. Esto contrasta con el perfil de nuestros pacientes, ya que nuestro hospital se encuentra situado en la zona sur de Madrid caracterizada por una población de edad avanzada a la que le cuesta adaptarse y utilizar estas tecnologías”.

Las consultas más importantes son las iniciales, que son en las que se conoce al paciente y se define la situación en la que se encuentra, y para ello es precisa la revisión y el contacto directo.



Ana López- Martín



## Seguimiento terapéutico: la mejor opción para optimizar esta tecnología

En base a su experiencia con el uso de la telemedicina durante los últimos, los expertos han llegado a una serie de conclusiones sobre esta modalidad asistencial que comentaron en el encuentro y de las que se desprende que uno de los aspectos en los que **la opción de “visita” online se ha revelado especialmente útil es en el seguimiento de los pacientes**.

Así, y según manifestó la Dra. López-Martín, esta forma de atención se empleó sobre todo para hacer el control de los tratamientos pautados a los enfermos oncológicos. “Nosotros hasta el momento no hemos podido implementar la teleconsulta, ni con videocámaras ni tampoco a través del teléfono”, afirmó por su parte la Dra. Griselda Bejarano. “En nuestro caso se trata de una opción difícil porque las consultas más importantes son las iniciales, que son en las que se conoce al paciente y se define la situación en la que se encuentra, así como las peculiaridades de la intervención quirúrgica a la que se tiene que someter, y para ello es precisa la revisión y el contacto directo. En cuanto a las consultas de seguimiento, sí que podrían hacerse vía telemedicina, utilizando esta alternativa de forma eventual”.

En opinión de Luis Moreno, **la consulta a distancia no es una opción especialmente resolutive en pacientes iniciales, en los que el contacto directo con el oncólogo es esencial.** “Quizás desde el punto de vista oncológico y radioterápico, aquellos pacientes que están en tratamiento pueden llamar y consultar una vez se ha instaurado la terapia, por lo que en estas situaciones si resulta útil como herramienta de orientación y seguimiento”.

Para Ana López-Martín, a pesar de las limitaciones actuales, es de esperar que de aquí en adelante esta estrategia siga evolucionando y se continúe trabajando en esta línea, **“y todo apunta a que cada vez más nuestra labor asistencial va a estar apoyada en estas tecnologías, pero en el momento actual la realidad es que se trata de un planteamiento al que aún le falta un poco de rodaje”.**

## Teletrabajo: la consolidación de una antigua reivindicación

“Para mí, el gran vencedor de la pandemia ha sido el teletrabajo”, comentó Rafael Fuentes. “Lo que parecía imposible y que muchos de nosotros llevábamos años reivindicando se hizo posible en 10 días. Creo que en este sentido se trata de una ‘herencia’ positiva que nos ha dejado la pandemia”.

Sin embargo, y a pesar de las ventajas que supone este “logro”, el Dr. Fuentes coincidió con el resto de los panelistas en advertir sobre **la importancia de diferenciar entre teletrabajo y la práctica de la telemedicina.**

“En el ámbito de la radioterapia, el teletrabajo es una opción muy factible y, además, resulta muy cómoda y ofrece la posibilidad de trabajar de una forma más sosegada (sin interrupciones, por ejemplo). Otra cosa es la telemedicina, un planteamiento mucho más complejo que una simple llamada telefónica o un contacto vía zoom. En el caso de un paciente con cáncer de próstata, es útil para hacerle una llamada de seguimiento y contrastar el PSA. Pero esto no es tan sencillo en otro tipo de tumores (de otorrino o de ginecología, por ejemplo)”, dijo el especialista.

“Es difícil reemplazar la consulta médica por una sola llamada telefónica en un contexto de teletrabajo. Puede contemplarse como opción complementaria, pero no como sustituta de la visita presencial”, añadió el Dr. Fuentes.

“ No es una opción para todos los casos, porque hay situaciones en las que si no ves presencialmente al paciente nos podemos perder ciertas cosas importantes. ”



Ana López- Martín

## ¿Telemedicina... o consulta telefónica?

Otra de las cuestiones planteadas respecto a esta tecnología fue la necesidad de establecer qué abarca realmente el concepto de teleconsulta y/o telemedicina. “Hemos adaptado de forma muy rápida la situación de forma que el paciente no tenga que acudir al hospital para la consulta, y **nos referimos a esa estrategia como teleconsulta en general cuando en realidad lo que hacemos es una llamada telefónica al paciente**”, señaló al respecto Ana López-Martín.

“A pesar de que se nos facilitaron equipos y formación para llevar a cabo esa asistencia online, al final en la práctica diaria la mayoría de las veces esta modalidad se limita a hablar con nuestros pacientes por teléfono”, añadió López-Martín, quien en línea con lo comentado por sus colegas incidió en el hecho de que para un paciente estable o para la revisión periódica de pacientes de larga evolución, esta modalidad asistencial está bien, “pero no es una opción para todos los casos, porque hay situaciones en las que si no ves presencialmente al paciente nos podemos perder ciertas cosas importantes y, además, hay que tener en cuenta que muchos pacientes oncológicos no solo acuden al hospital para una consulta sino también para hacerse una analítica o someterse a un tratamiento, cuestiones que no se pueden resolver por la vía online”.

La Dra. López-Martín también comentó que en el momento actual, su servicio ha recuperado prácticamente toda la actividad presencial, una situación que en su opinión, no implica un riesgo exagerado para estos pacientes, siempre y cuando se adopten y se respeten las medidas de protección. “Debido a esta ‘vuelta a la normalidad’, ahora mismo el porcentaje de llamadas o teleconsultas que hacemos es muy escaso y en su mayoría se trata de pacientes que están fuera de la localidad a la que pertenece el hospital”.

# Tratamientos: la “mayoría de edad” de la hipofragmentación

“El hipofraccionamiento es de esas cuestiones que iban viniendo poco a poco y ahora han llegado de golpe. Aunque la evidencia sobre sus ventajas estaba ahí, hasta la pandemia se trataba de una solución a la que se optaba de forma puntual.”

Paula Peleteiro

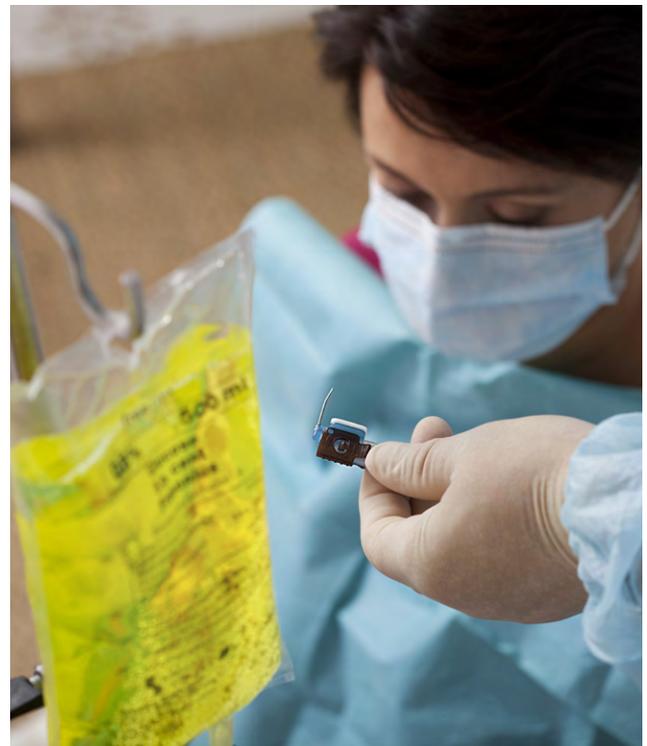


En la práctica, ¿qué cambios ha supuesto para el plan de tratamiento de los pacientes oncológicos la irrupción de la pandemia y el nuevo panorama asistencial definido por ella? Los panelistas dieron respuesta a esta cuestión describiendo las distintas modificaciones incorporadas a los esquemas terapéuticos habituales y las principales decisiones que se fueron adoptando en este sentido.

## Diferir, alargar tiempos y la vía oral, principales estrategias

Tal y como comentó la Dra. Paula Peleteiro, **sobre todo en el inicio de la primera ola, se optó por diferir la radioterapia en aquellos pacientes con tumores poco agresivos, muy iniciales** y en los que se valoró que se podía esperar sin que ello implicase consecuencias negativas desde el punto de vista del pronóstico. “Es el caso, por ejemplo, de aquellos pacientes con cáncer de mama o próstata que estaban ya con tratamientos hormonales y buen control de su enfermedad. La pauta en estas situaciones fue retrasar el tratamiento hasta poder aplicar la radioterapia de forma segura”.

En los casos en los que era imprescindible el tratamiento radioterapéutico, éste se aplicaba pero tomando las máximas precauciones. “Hay que tener en cuenta que si bien estas terapias son individualizadas, suponen para los pacientes esperar junto a otros en una sala común. Por eso en nuestro servicio se hizo un sobreesfuerzo para asegurar la máxima puntualidad por parte de médicos, pacientes y técnicos, algo que afortunadamente se consiguió”, dijo Peleteiro.



Otra práctica habitual fue priorizar determinadas opciones en los casos en los que era factible la posibilidad de elección, como el cáncer de próstata: “En aquellos pacientes en los que según el estadio de su enfermedad se podría **elegir entre el tratamiento hormonal y la quimioterapia**, se optó por el hormonal, entre otras cosas para evitar la neutropenia de la quimio. Esta decisión también supone otras ventajas como la de evitar una mayor estancia hospitalaria asociada a este tratamiento y las posibles complicaciones que favorecen que haya que acudir al hospital”, apuntó Paula Peleteiro.

En esta misma línea, para Ana López-Martín, más que de realizar cambios especialmente relevantes en el área de los tratamientos, los esfuerzos se encaminaron a elegir la mejor alternativa en cada caso y en el contexto de la pandemia: “Así, en aquellas situaciones en las que había opción de elegir **entre el tratamiento intravenoso y el oral**, nos decantamos por este último, ya que tiene la ventaja de que el paciente no tiene que venir a la sala de tratamiento e incluso ofrece la posibilidad de hacer el seguimiento por teleconsulta. En el caso de los tratamientos orales, también suspendimos algún control analítico y algunas de las visitas de control en aquellos pacientes que llevaban mucho tiempo en tratamiento. De igual forma, **en los esquemas terapéuticos que ofrecen la posibilidad de administrarse cada dos o cada cuatro semanas, elegimos la versión de cuatro semanas** para disminuir la frecuencia de asistencia al hospital”. La Dra. López-Martín destacó el esfuerzo realizado por los laboratorios en el sentido de favorecer la adaptación de algunos fármacos a esta situación, “modificando sus indicaciones de forma que proporcionasen esa mayor flexibilidad que necesitábamos en cuanto a una dosificación más corta”.

En lo que respecta al **tratamiento quirúrgico**, también se llevaron a cabo reajustes. “Está muy bien descrito que el cáncer requiere cirugía, así que no pudimos hacer mucho cambio quirúrgicamente hablando: lo que debía operarse se operó y se sigue operando actualmente, con los cuidados necesarios”, afirmó Griselda Bejarano. “Lo que sí hemos cambiado un poco ha sido el seguimiento: muchos de nuestros pacientes después de una cirugía requieren inicialmente un control muy estrecho (cada dos-tres meses) y en este sentido ha habido que prolongar un poco los tiempos, siempre y cuando no haya ningún dato de alarma”.



## Hipofraccionamiento: Terapia “Estrella”

Para Luis Moreno, **optar por el hipofraccionamiento es lo que ha supuesto el gran cambio en los tratamientos en el contexto de la pandemia**. “Se trata de una técnica que empezamos a utilizar en los primeros momentos y que supone la opción prioritaria cada vez con más frecuencia. Inicialmente, los pacientes que tenían tumores poco agresivos se mantuvieron en hormonoterapia, pero una vez que el nuevo esquema empezó a avanzar, aquellos que cumplían las condiciones fueron hipofraccionados sin ningún tipo de retraso”.

La razón de esta “popularidad creciente” radica, según los panelistas, en las peculiaridades de esta técnica, que consiste en administrar en menos días la máxima dosis de radioterapia posible con garantías y seguridad, disminuyendo así el número de visitas de los pacientes al hospital. “Son menos sesiones pero igual de eficaces, y esto nos animó a todos a poner en marcha los protocolos de hipofraccionamiento”, explicó la Dra. Peleteiro. “Antes de la pandemia ya contábamos con evidencia clínica suficiente respecto a su eficacia. Esto, unido al recambio que hubo recientemente de los equipos de aceleradores en toda la sanidad española (fruto de la donación del empresario Amancio Ortega) favoreció que la mayoría de los especialistas empezáramos a decantarnos por estos **esquemas de tratamiento cada vez más cortos**”, añadió la experta.

Moreno coincidió con su colega en que lo que hizo la COVID fue acelerar lo que ya se conocía desde hace mucho tiempo, concretamente, que el hipofraccionamiento proporciona los mismos resultados que el fraccionamiento convencional. En la misma línea, Rafael Fuentes describió cómo, a pesar de la evidencia creciente sobre su eficacia, la incorporación del hipofraccionamiento al espectro terapéutico se ha realizado a paso de tortuga a lo largo de los últimos 20 años, convirtiéndose en tiempo récord, en el marco de pandemia, en la práctica habitual, de tal forma que **actualmente los casos hipofraccionados son la mayoría.**



## Paciente oncológico y vacuna anti-COVID

“La vacunación frente a la COVID está especialmente indicada en los pacientes oncológicos y, además, estos no tienen más riesgo de padecer efectos secundarios que cualquier otro paciente”, afirmó la Dra. López-Martín.

En cuanto a los efectos que esta vacunación puede tener a nivel de radioterapia, Luis Moreno señaló que, en principio, esta inmunización no debería afectar al paciente. “Recientemente, la ASCO (Asociación Americana de Oncología Médica) ha elaborado un documento con recomendaciones al respecto para aquellos pacientes tengan que recibir quimioterapia. Salvo que el área a irradiar sea muy extensa

(pulmón, por ejemplo) o se deba recibir algún tipo de cuidado particular, no debería haber ningún tipo de repercusión negativa en estos pacientes”.

De la misma opinión fue Paula Peleteiro: “De hecho, **los pacientes oncológicos deberían ser considerados como uno de los grupos prioritarios de cara a la vacunación**, una petición que ha sido propuesta por parte de varias sociedades científicas, pero de momento, en el caso de España, no están incluidos en estos grupos”.

Una situación similar es la que se da en República Dominicana, como comentó el Dr. Luis Moreno: “Aquí de momento tampoco tienen esta consideración. Se están elaborando los protocolos de vacunación (que se inició el 16 de febrero de 2021) y que contemplan tres fases, divididas a su vez en sub-fases y según los cuales, los primeros en vacunarse son los médicos que están en contacto directo con pacientes COVID, después el resto del personal sanitario, y luego los mayores de 60 años que tienen comorbilidades, pero no están especificados exactamente si se trata de pacientes oncológicos”.

“En España, el criterio imperante para los grupos de vacunación es la edad”, añadió Ana López-Martín. “Hasta donde yo conozco, el grupo de pacientes onco-hematológicos no está incluido como colectivo de especial riesgo, pero en nuestra opinión, y también en la de nuestra sociedad, para estos pacientes no sólo no supone un problema vacunarse sino que debería ser una indicación especialmente importante, dada la relevancia que tiene el que se protejan de esta infección”.

En relación con esto, López-Martín apuntó que en el caso de los pacientes oncológicos a los que les llega el turno de vacunarse, **se tiene la precaución de, en aquellos que están en tratamiento activo, elegir el momento más óptimo para recibir la vacuna**, “evitando, por ejemplo, que coincida con la etapa en la que se sienten peor a causa de la quimioterapia”.

Por su parte, Griselda Bejarano señaló que los criterios de vacunación en su país son similares a los comentados por sus colegas: “Aquí en México la vacunación se hace en base a la edad, priorizando a los sanitarios que se encuentran en primera línea y en contacto con pacientes COVID, y después por el criterio de edad, sin que tampoco se de ningún tipo de prioridad a los pacientes oncológicos”.

## Lecciones aprendidas y perspectivas de futuro

“ Hay aspectos positivos derivados de la pandemia que se van a mantener en el tiempo, como la nueva forma de trabajar (sobre todo el teletrabajo) y los circuitos que hemos establecido en los hospitales para evitar los contagios. ”

Ana López-Martín



No hay duda de que ejercer la Oncología en “modo pandemia” ha supuesto a la vez un gran reto y un enorme aprendizaje, como consecuencia del cual, los especialistas tienen claro qué cosas han llegado para quedarse (la telemedicina, el hipofraccionamiento, la formación online, muchas de las medidas de protección individual...) y, también, qué aspectos derivados de esta crisis sanitaria van a haber que manejar a corto-medio plazo.

### De la teoría a la práctica por la “vía COVID”

“En este año hemos extraído algunas experiencias positivas que vamos a mantener en el futuro, como es el caso de determinadas maneras de trabajar. Asimismo, es curioso que **la pandemia nos ha puesto frente a frente con cuestiones que ya sabíamos en teoría pero cuya efectividad en la práctica ha sido impuesta por el coronavirus**: el lavado de manos, por ejemplo, una recomendación ‘redescubierta’ en estos meses y que, sin embargo, ya debería de formar parte de nuestro día a día desde hace mucho tiempo.

También hemos mejorado mucho en el manejo de las tecnologías y hemos aprovechado los recursos de los que disponíamos en ese momento y puesto en marcha iniciativas que siempre habíamos querido realizar y nunca pudimos materializar, como el teletrabajo, que se implementó rápidamente y que va a persistir en el tiempo”, manifestó Ana López-Martín al hacer balance de lo ocurrido a lo largo de estos meses.

“Lo que entonces, al inicio de la pandemia, parecía un mundo, ahora se ha convertido en la normalidad, e incluso parece que desde siempre hemos vivido con mascarilla, manteniendo las distancias...”, añadió esta especialista.

“ Hacer frente a una situación como ésta es una cuestión de adaptación, como ha demostrado el hecho de que en menos de un año hemos asimilado la nueva realidad. ”

Griselda Bejarano



Por su parte, Griselda Bejarano destacó que la realidad sanitario-asistencial que se está viviendo actualmente ha llegado para quedarse, y también fue de la opinión de que la pandemia ha traído consigo la incorporación de aspectos muy positivos: “Definitivamente, es evidente que hacer frente a una situación como ésta **es una cuestión de adaptación, tal y como ha demostrado el hecho de que en menos de un año hemos asimilado a la perfección a la nueva realidad.** Yo achaco esta capacidad de reacción a la presión a la que nos vimos sometidos; en mi opinión, bajo presión, de algún modo se termina haciendo las cosas correctamente”.

También Paula Peleteiro destacó lo bien que han reaccionado todos los profesionales y la forma óptima en la que se han adaptado a la situación creada tanto los facultativos, como los pacientes y todo el personal del hospital. “Espero que en los meses que tenemos por delante nos quedemos con lo bueno y nos olvidemos de lo malo”, afirmó.

En la misma línea, Rafael Fuentes comentó que lo más destacable en el marco de la enorme transformación impuesta por la pandemia es **la velocidad a la que se han ido incorporando las nuevas formas de hacer las cosas:** “Ahora nos encontramos en un punto al que sin pandemia habríamos llegado en dos o tres años. Es evidente que gracias o por culpa de la COVID, hemos pisado el acelerador”.

## Lo que ha traído la pandemia a la Oncología...

- 1 Teleconsultas
- 2 Seguimiento telefónico
- 3 Distribución de los medicamentos a los pacientes de forma domiciliaria.
- 4 Redistribución de los facultativos y de los recursos a otras especialidades para el abordaje de los pacientes COVID.

## ...Y lo que se ha llevado

- 1 Actividades y ejercicios dirigidos a los pacientes, que se han tenido que anular que se espera poder recuperar en algún momento.
- 2 La manera habitual de hacer las sesiones clínicas.
- 3 Contar con la participación de estudiantes universitarios de Medicina en los hospitales.

## Cursos y congresos: ¿online para siempre?

Una de las cuestiones que se plantearon en el marco de ese “pronóstico” de futuro por parte de los especialistas fue la de si los médicos echan de menos el componente de socialización que implican los cursos, congresos y demás reuniones médicas y que se ha perdido como consecuencia de la irrupción de la modalidad online o virtual de celebración de estos eventos.

“Creo que la modalidad a distancia es otra de las cosas que han llegado para quedarse, al menos en una gran parte de estos encuentros y reuniones. Hay que reconocer que es una fórmula que resulta más cómoda y que permite una mayor participación, entre otras ventajas. Además, amplía la variedad de opciones, lo que supone un enfoque mucho más versátil que el tradicional. Sin embargo, tiene el perjuicio de que nos priva del contacto directo y de la posibilidad de compartir con nuestros colegas experiencias e impresiones. Con esta modalidad adoptamos más un papel de oyentes/espectadores”, afirmó Ana López-Martín.

De la misma opinión fue el Dr. Luis Moreno, para quien los encuentros online han llegado para quedarse, pero no como fórmula exclusiva al 100%: “La necesidad de intercambiar impresiones, compartir experiencias y ver a tus compañeros sigue siendo importante, pero qué duda cabe que la facilidad que implica la asistencia a un congreso virtual sin necesidad de estar viajando y poder acceder de forma cómoda la formación académica favorecen que se trate de una tendencia que se va a mantener”.

## Y ahora, ¿qué?: Retos a corto-medio plazo

Un aspecto respecto al que hay unanimidad de criterio por parte de los especialistas es que **aún quedan meses por delante para recuperar la normalidad**. “Cuando en marzo de 2020 la pandemia hizo acto de presencia todos pensábamos que era una situación que iba a durar pocos meses, pero ahora tenemos claro que se va a prolongar en el tiempo y que vamos a tener que convivir con todas las circunstancias derivadas de ella”, afirmó Ana López-Martín.

Ante este panorama de “continuidad”, los expertos pusieron en común sus previsiones a corto-medio plazo sobre el impacto que va a seguir teniendo la pandemia en el ámbito de la Oncología, los cambios que pueden producirse y los retos a los que se tendrán que enfrentar a doce meses vista (como mínimo).

“ La pauta post-pandemia será la de recuperar lo bueno y desechar lo malo. ”

Rafael Fuentes



Para la Dra. López-Martín, un reto importante va a ser hacer frente a **los efectos secundarios derivados del incremento del infradiagnóstico y la detección tardía de las neoplasias**: “Las consecuencias de enfrentarnos a estadios avanzados en los que la cirugía no siempre es una opción curativa es algo que vamos a arrastrar durante bastante tiempo, y a largo plazo, esto va a dar lugar a otra ola que no será a causa de la COVID sino de los efectos colaterales de la pandemia que está claro que están ahí y que van a ir apareciendo”.

Por su parte, Luis Moreno definió las que para él son las tres cuestiones prioritarias en las que los especialistas en Oncología van a tener que trabajar en el futuro inmediato:

- Diferenciar el teletrabajo de la telemedicina
- Profundizar en las nuevas formas de manejar a los pacientes, tanto en lo que se refiere a mantener las precauciones y circuitos establecidos como en la manera de estructurar el trabajo, por ejemplo, diversificando lo que se puede hacer teletrabajando (planificación y delimitación de los tratamientos) y lo que debe hacerse de manera presencial.
- Tener en cuenta que el hipofraccionamiento se va a mantener en el tiempo, con la evidencia de que el resultado clínico es básicamente el mismo de la técnica tradicional.

En opinión de Rafael Fuentes, todo apunta a que **se van a mantener los aspectos positivos incorporados a la “nueva normalidad” asistencial y que se van a ir recuperando algunas de las “pérdidas”**, como, por ejemplo, la asistencia presencial a los congresos, al menos parcialmente. “Entre los aspectos negativos que se pueden mantener en el tiempo está la situación actual de los estudiantes de Medicina, que se están perdiendo buena parte de las experiencias que se viven en la universidad y a los que la enseñanza online les está privando de interactuar con sus compañeros”.

Como “vaticinio” de cara al futuro, el Dr. Fuentes apuntó que **la pauta post-pandemia será la de recuperar lo bueno y desechar lo malo**. “Estoy seguro de que será así. Soy optimista al respecto. De hecho, creo que no puedes ser oncólogo si no eres optimista”.

“Yo también quiero ser positiva de cara al futuro”, comentó al respecto Griselda Bejarano. “Conforme han ido pasando los meses hemos ido creando nuevas estrategias para operar, para dar quimio y radioterapia, y creo que de forma similar, en los próximos meses todo va a ir fluyendo poco a poco hasta que en algún momento aprendamos a vivir con la COVID-19 sin que nos afecte tanto como lo hizo al principio”.



## “Herencias” de la pandemia que han llegado para quedarse

- 1 El hipofraccionamiento
- 2 Los formatos de cursos y formación online
- 3 Las medidas de higiene y protección, especialmente el lavado de manos
- 4 El teletrabajo, que en el caso de la Oncología Radioterápica, ofrece la posibilidad de planificar en casa los tratamientos.
- 5 La teleconsulta, que ha demostrado su utilidad en situaciones concretas (como el cáncer de próstata) y que se encuentra en proceso de desarrollo.





ELSEVIER

 **Hospital Universitario  
Severo Ochoa**

  
Sociedad Dominicana de  
Radioterapia Oncológica

**SEOR**  
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA