

Manejo de Lesiones pre –invasivas, Lesiones benignas y Cáncer de Mama, durante la pandemia por COVID-19: recomendaciones basadas en una encuesta en LATAM

¹Dr. Luis Pendola G. ²Dr. Roberto Elizalde, ³Dr. Pablo Sitic Vargas, ⁴Dr. José Caicedo Mallarino, ⁵Dr. Eduardo González, ⁶Dr. José Parada, ⁷Dr. Mauricio Camus, ⁸Dr. Ricardo Schwartz, ⁹Dr. Enrique Bargalló, ¹⁰Dr. Ruffo Freitas, ¹¹Dr. Mauricio Magalhaes Costa, ¹²Dr. Vilmar Marques de Oliveira, ¹³Dra. Paula Escobar, ¹⁴Dr. Miguel Oller, ¹⁵Dr. Luis Fernando Viaña, ¹⁶Dr. Antonio Jurado Bambino, ¹⁷Dr. Gustavo Sarria, ¹⁸Dr. Francisco Terrier, ¹⁹Dr. Roger Corrales, ²⁰Dra. Valeria Sanabria, ²¹Dr. Juan Carlos Rodríguez Agostini, ²²Dr. Gonzalo Vargas Chacón, ²³Dr. Víctor Manuel Pérez, ²⁴Dra. Verónica Avilés, ²⁵Dr. José Galarreta, ²⁶Dr. Guillermo Laviña, ²⁷Dr. Jorge Pérez Fuentes, ²⁸Dra. Lía Bueso de Castellanos, ²⁹Dr. Bolívar Arboleda Osorio, ³⁰Dr. Herbert Castillo, ³¹Dra. Claudia Figueroa

1. Sociedad Ecuatoriana de Patología Mamaria (SEPAM Guayaquil Ecuador). Servicio de Mastología ION Solca. (CENONI) Centro Oncológico Integral. Guayaquil, Ecuador, 2.Sociedad Argentina de Mastología (SAM). Hospital Pirovano Buenos Aires, Argentina, 3.Sociedad Boliviana de Mastología. Instituto Oncológico del Oriente Boliviano. Santa Cruz Bolivia, 4.Asociación Colombiana de Mastología. Clínica del Country. Centro de Oncología, Bogotá Colombia, 5.Sociedad Argentina de Mastología (SAM) Instituto de Oncología Ángel H Roffo Universidad de Buenos Aires, 6 Sociedad Uruguaya de Mastología. Clínica de imágenes Drs. Parada/ Hospital de Maldonado Dr. Elbio Rivero/ Sanatorio Cantegril Punta del Este /Maldonado, 7.Sociedad Chilena de Mastología. Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile, 8.Sociedad Chilena de Mastología. Hospital Militar de Santiago Chile. Clínica Las Condes, 9.Asociación Mexicana de Mastología. Instituto Nacional de Cancerología México. Centro Médico ABC, 10.Sociedad Brasileira de Mastología, 11.Sociedad Brasileira de Mastología. Américas Centro de Oncologías, 12.Sociedad Brasileira de Mastología, 13.Sociedad Chilena de Mastología, 14. Sociedad Dominicana de Cirugía, 15. Asociación Colombiana de Mastología, 16. Sociedad Ecuatoriana de Patología Mamaria, 17.Sociedad Peruana de Mastología, 18.Sociedad Argentina de Mastología. Hospital Italiano de La Plata, 19.Sociedad Boliviana de Mastología, 20.Sociedad Paraguaya de Mastología, Hospital Nacional de Itauguá – Paraguay, 21.Sociedad Venezolana de Mastología, 22.Sociedad de Mastología de Costa Rica, 23.Asociación Mexicana de Mastología, 24.Asociación de Mastología de Nicaragua, Hospital Vivian Pellas Managua, 25.Sociedad Peruana de Mastología, 26.Sociedad Uruguaya de Mastología, 27. Sociedad Venezolana de Mastología, 28.Sociedad Hondureña de Mastología, Hospital y Clínicas Mater Dei Tegucigalpa, Honduras, 29.Sociedad de Mastología de Puerto Rico Hospital Oncológico HIMA San Pablo Caguas Puerto Rico, 30.Sociedad de Mastología de Guatemala, 31.Sociedad de Mastología de El Salvador

Autor para Correspondencia:

LUIS PENDOLA MD

lpendola@hotmail.com

La pandemia de COVID-19 ha motivado a los especialistas latinoamericanos dedicados al diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama (CM) a sugerir alternativas en el manejo de la atención de las mujeres que sufren esta enfermedad; luego de recolectar información a través de un cuestionario, este

documento hace recomendaciones con respecto al manejo de la consulta, diagnóstico por imágenes y tratamientos.

Los hechos:

1. El manejo de las enfermedades de la mama y en especial de las pacientes con cáncer de mama (CM) se presenta como un desafío durante la actual situación de salud mundial producida por la pandemia de COVID-19.
2. Existen alternativas de tratamiento para racionalizar recursos quirúrgicos y reducir la posible transmisión de infección de los médicos a los pacientes y viceversa.
3. Las recomendaciones Latinoamericanas para el tratamiento de los pacientes con CM, lesiones pre invasivas y lesiones benignas durante la pandemia de COVID-19, se proporcionan con base en a la opinión de una gran cohorte de especialistas en mastología encuestados.

ABSTRACTO

INTRODUCCION:

La pandemia de COVID-19 ha alterado mundialmente los sistemas de salud tanto en hospitales generales como en los Institutos o centros oncológicos.

Para los especialistas en cáncer, particularmente CM, la pandemia de COVID-19 representa un conjunto de desafíos, ya que los recursos y personal hospitalario se vuelven más limitados; esto ha obligado a los especialistas en oncología a buscar un consenso y definir qué pacientes con CM requieren atención más urgente y qué pacientes podrían esperar hasta un mejor control de esta pandemia. América Latina (LATAM) tiene algunas particularidades en su sistema de salud; en algunos de nuestros países se muestran carencias que limitan el acceso a las diversas especialidades (Cirugía, Oncología clínica y Radioterapia) en algunas regiones.

OBJETIVO:

Luego de revisar de forma sistemática la más reciente literatura en cuanto al manejo de cáncer de mama durante la pandemia de COVID-19, nuestro

principal objetivo es conocer la posición de las diferentes Sociedades LATAM de Mastología en cuanto a las alternativas disponibles para el manejo del CM.

METODOS: Luego de realizar una búsqueda integral y exhaustiva de las más recientes guías para el manejo de CM durante la pandemia de COVID-19, los miembros del directorio de la Federación Latinoamericana de Mastología (FLAM) invitaron vía correo electrónico a diferentes especialistas expertos en el manejo del cáncer de mama a completar una encuesta anónima en línea.

Dicho formulario fue distribuido entre el 30 de abril y 10 de Mayo del año 2020. La encuesta incluyó 27 preguntas sobre 4 temas: información demográfica, atención de consulta, imágenes y tratamientos del CM.

El cuestionario fue enviado y luego distribuido a varios especialistas de la salud, incluyendo cirujanos mastólogos, oncólogos clínicos, radio oncólogos e imagenólogos a través de los Presidentes de las diferentes Sociedades Latinoamericanas de Mastología en 18 países. Los resultados se resumieron como proporciones basadas en el número de respuestas a cada pregunta.

RESULTADOS: Se recibieron un total de 499 respuestas. La mayoría de los encuestados fueron de sexo masculino, 275 (55.11%); 290 participantes tenían más de 45 años (58.11%).

El cuestionario administrado presentó a los encuestados tres opciones de respuestas (de acuerdo, en desacuerdo, sin posición tomada). Los resultados reflejan que hubo acuerdo en la mayoría de las situaciones presentadas. Solo siete preguntas mostraron desacuerdo en la respuesta. Los resultados se presentan como recomendaciones.

CONCLUSION: El manejo de las pacientes con cáncer de mama presenta desafíos únicos durante la actual situación de salud mundial producida por la pandemia de COVID-19. Especialistas en Mastología (Cirujanos oncólogos, Mastólogos, Oncólogos Clínicos, Radio Oncólogos y Radiólogos) de 18 países de Centro y Sur América, presentaron mediante sus respuestas, recomendaciones para el tratamiento del cáncer de mama durante la pandemia de COVID-19.

Palabras clave: coronavirus, cáncer de mama, método de encuesta

Introducción

La pandemia de COVID-19 ha desafiado los servicios de salud a nivel mundial. Para el 13 de mayo de 2020, 4.276.959 personas habían sido diagnosticadas con infección por COVID SARS 2, y 294.671 de ellas habían muerto debido a complicaciones asociadas con dicha infección. [1]

En América Latina (LATAM) durante esta misma fecha los casos confirmados fueron de 1.781.692 y las muertes confirmadas de 106.504. [2] (Grafico # 1)

La atención y la práctica de la Mastología también se verán afectadas por esta crisis de salud ya que nuevos casos de cáncer de mama (CM) seguirán siendo diagnosticados durante la pandemia y habrán otros cuyos tratamientos serán interrumpidos (Cirugías, Quimioterapias y radioterapias).

Los pacientes con esta patología requieren de las mejores opciones de tratamiento, de acuerdo con los recursos locales y nacionales intentando minimizar el riesgo de exposición al virus. Los especialistas en atención del cáncer deben ser conscientes que los pacientes oncológicos podrían tener un mayor riesgo de contraer la infección por Coronavirus y, por lo tanto, tener resultados fatales; además, los pacientes también podrían progresar y morir de cáncer si no se tratan adecuadamente. [3]

El tratamiento del cáncer de mama ha sido una de las enfermedades más debatidas ya que su secuencia no se puede detener por completo, pero ciertamente se puede retrasar en algunos casos.

A medida que se propaga la pandemia de coronavirus, muchas sociedades han publicado sus opiniones y recomendaciones sobre los pasos para implementar estrategias en el manejo de diferentes enfermedades durante la crisis. Realizamos una búsqueda integral y exhaustiva de las más recientes comunicaciones relevantes para el manejo de CM durante la pandemia de Coronavirus [4, 5, 6] las cuales han sido publicadas en línea, enfatizando que solo proporcionan recomendaciones basadas en la opinión de los expertos, pero no pretenden cambiar los protocolos de tratamiento del cáncer.

Todo esto con el deseo de brindar ayuda para abordar el desafío de adaptar medidas a cada realidad regional de salud en particular. Hasta ahora, no hay datos sobre la opinión de los médicos Oncólogos, Cirujanos, Radio Oncólogos

y médicos Radiólogos de LATAM sobre las estrategias sugeridas en estas publicaciones, ni tampoco se ha realizado un pronunciamiento como grupo latinoamericano sobre las recomendaciones que podamos dar a nuestros médicos y pacientes.

LATAM tiene varias particularidades en comparación con otras regiones del mundo. Y dentro de nuestros países hay dificultades individuales relacionadas, por ejemplo, con la cobertura restringida de la atención médica, la insuficiencia de fondos y recursos humanos, acceso limitado a la cirugía, radioterapia y quimioterapia. [7] El tiempo de espera para atención de los pacientes con CM es prolongado, sobre todo en países de la región que están en vías de desarrollo; muchos centros no cuentan con la infraestructura completa para realizar un tratamiento adecuado; hay centros hospitalarios donde la espera para un tratamiento con radioterapia puede durar meses.

Los objetivos principales de este estudio fueron: 1. Conocer mediante una encuesta a los especialistas en servicios de Mastología de LATAM, la tasa de aceptación a las adaptaciones realizadas en cuanto al tratamiento, imágenes, y formas de consulta en mujeres diagnosticadas con CM durante la pandemia. 2. Mediante el consenso obtenido luego de revisar el cuestionario, hacer recomendaciones en cuanto a la priorización de atención en mujeres que padecen de esta patología.

Métodos

El directorio de la FLAM ante el problema de salud que vive la población mundial y contando con diversos especialistas en manejo de CM dentro de las respectivas Sociedades de Mastología que la conforman, decidió enviar una encuesta a los Presidentes o representantes de cada una de las sociedades (Apéndice # 1) para que a su vez sea distribuida entre los especialistas de sus respectivos países y así poder luego definir el manejo de diferentes escenarios del cáncer de mama en el contexto de la pandemia de COVID -19.

Para reducir el sesgo de selección, se solicitó a los presidentes de las distintas sociedades pertenecientes a la FLAM, que los cuestionarios fueran suministrados únicamente a especialistas en CM. Tabla 1

El cuestionario incluía características demográficas del encuestado (género, rango de edad) y consideraciones específicas como: condiciones en las que se encuentra el centro hospitalario del encuestado, atención en consulta, imágenes de la mama y tratamientos para pacientes con CM (cirugía, quimioterapia y radioterapia).

Se realizaron 27 preguntas con tres posibilidades de respuesta (de acuerdo / en desacuerdo / sin posición tomada) (Apéndice # 2)

Se diseñó una encuesta utilizando un enlace de plataforma de formularios de Google® la cual fue aprobada por los miembros del Directorio de la Federación. El 30 de abril del 2020, a través de correo electrónico se distribuyó entre los 18 presidentes de las diferentes Sociedades de Mastología de LATAM, los cuales previamente habían aceptado distribuirla en línea entre sus asociados; se realizaron recordatorios cada tres días a través del grupo FLAM creado en WhatsApp y a través de correo electrónico; se estableció un plazo luego de su difusión hasta el domingo 10 de mayo del 2020 a las 18:00 horas, fecha en que se cerró la encuesta.

Cada enlace del cuestionario se envió con un mensaje que indicaba los objetivos del estudio y los aspectos de protección de datos y confidencialidad.

En todos los países, la participación fue voluntaria, sin ningún incentivo económico. La encuesta estuvo disponible durante 10 días; se admitió solo un cuestionario por participante, y las respuestas se exportaron a una hoja de Excel suministrada por la misma plataforma. Solo el investigador principal tenía acceso a los resultados.

RESULTADOS

1. Características demográficas de los participantes de la encuesta.

El 10 de mayo se recibieron 499 cuestionarios respondidos por especialistas en el tratamiento del CM provenientes de los miembros de 18 países en LATAM. Todos los países tuvieron por lo menos la respuesta del representante de su sociedad. El país con mayor número de respuestas fue Argentina (20%) seguido por Ecuador (17%), Venezuela (13%), México (13%), Brasil (8%), Chile (7%), Perú y Colombia (5%), Bolivia (4%) y el resto de países (9) entre el 0.2% y 3%. (Grafico # 2)

La mayoría de las encuestas fueron contestadas por especialistas en CM de sexo masculino, con 275 encuestas (55%), y 224 sexo femenino (45%), 290 participantes tenían más de 45 años (58%), 209 tenían menos de 45 años (42%). (Grafico # 3)

2.- Sobre atención en consulta.

En cuanto a las condiciones en las que se encontraba el Centro Hospitalario en esta época de pandemia, el 6% (33) respondió que no tenían pacientes infectados con COVID, el 52% (258) tenían algunos pacientes COVID hospitalizados, sin colapso de sus Unidades de Cuidados intensivos (UCI), con quirófanos disponibles para cualquier procedimiento y el 42% (208) presentaban su centro hospitalario con UCI y quirófanos colapsados debido a la pandemia. (Gráfico # 4)

El 90% de los encuestados estuvo de acuerdo que la evaluación de una paciente con diagnóstico reciente confirmado histológicamente de CM debe de ser presencial. (Grafico # 5)

El 56% de los participantes estuvieron en desacuerdo con que la consulta para valoración postoperatoria y para revisión de anatomía patológica, debe ser presencial. (Grafico # 6). El 93% acordó realizar tele consulta, video llamada o usar el correo electrónico para el seguimiento de pacientes post tratamiento, indagando por síntomas que puedan hacer sospechar una recidiva y si estuvieran presentes citarlos para realizar examen físico y pruebas con el fin de descartar una recidiva tumoral. (Grafico # 7)

En caso de no presentar estos síntomas, el 92% consideró programar la próxima visita al menos tres meses después del control de la pandemia.

Con respecto a la tele consulta, el 85% consideró que debería ser realizada por el Cirujano Oncólogo tratante de la Institución.

Cincuenta y ocho participantes sugirieron que otros profesionales podrían ayudar con esta función: Oncólogos Clínicos, Médicos Residentes, Ginecólogos con conocimientos en Mastología, Radio - Oncólogos, Médicos Familiares, Enfermeras, Médicos Generales.

En caso de considerar que el paciente debe ser evaluado en persona, el 91% de los participantes sugirió realizar un triaje de telemedicina en busca de un caso sospechoso de COVID-19 y de acuerdo con los criterios epidemiológicos vigentes en sus países.

El 94% de los encuestados coincidió que en aquellos pacientes cuya condición pone en peligro inmediato su vida, clínicamente inestables y que incluso un breve retraso en su atención, alteraría significativamente su pronóstico, deben ser valorados presencialmente.

Para pacientes con enfermedades benignas o consultas de seguimiento de pacientes sobrevivientes (incluidos aquellos con medicación adyuvante oral y aquellos que no están en tratamiento activo) el 96% acordó que pueden ser atendidas mediante tele consulta o diferir la consulta hasta el periodo post pandemia.

El 63% de los encuestados estuvo de acuerdo con el uso de tele consulta o diferimiento de las consultas hasta el periodo post pandemia para exámenes en pacientes de alto riesgo; 33% no está de acuerdo con esta postura y el 4% no tiene posición tomada.

3.- Sobre Imágenes de la mama.

La Mamografía y la Ecografía Mamaria son dos exámenes fundamentales que ayudan a la detección precoz del CM y en otras pacientes con cáncer de mama sirven para su vigilancia.

Concerniente al uso de imágenes durante la pandemia para pacientes con una Mamografía anormal o sospechosa de cáncer o para pacientes que requieren de una Resonancia Magnética (RM) para evaluar la extensión de la enfermedad, el 89% de los encuestados está de acuerdo en realizar dichas imágenes y además procedimientos como biopsias con trucut en lesiones BIRADS 4 o 5, mientras que para lesiones BIRADS 3 o pacientes que necesitan imágenes de rutina, el 83% está de acuerdo en posponer las imágenes para cuando la pandemia por COVID – 19 se encuentre mejor controlada.

Respecto a los exámenes de cribado que incluyen Mamografía, Ecografía y Resonancia Magnética el 76% está de acuerdo en suspender dichos exámenes hasta luego de la pandemia, mientras que en pacientes de alto riesgo como las

portadoras de mutación BRCA, el 66% está de acuerdo con realizar exámenes de cribado si el tiempo de espera va a ser mayor de seis meses.

4. Sobre tratamientos de pacientes con cáncer de mama.

La Tabla 2 muestra el resumen de las diferentes situaciones planteadas en la encuesta, el número y porcentaje de las respuestas según las tres opciones (de acuerdo, no estoy de acuerdo, no tengo posición tomada) enviadas por los encuestados y las recomendaciones relacionadas al porcentaje de consensos o disensos sobre el manejo de la patología mamaria durante la época de pandemia por COVID 19.

La necesidad de minimizar el uso de los recursos en las salas de cirugía requiere diferir selectivamente los procedimientos quirúrgicos y evaluar a los pacientes para que usen una terapia alternante inicial siempre que sea posible. Sin embargo, la evidencia de nivel II demuestra que los retrasos de los tratamientos pueden afectar los resultados de pacientes con CM; esta sección de nuestra encuesta tiene que ver con valorar hasta qué punto los especialistas en el manejo de cáncer mamario estamos dispuestos a alterar protocolos normales por el uso de dichas terapias alternativas durante esta época de pandemia

Con relación a los procedimientos quirúrgicos de diagnóstico de lesiones no sospechosas, el 89% estuvo de acuerdo en posponerlos hasta después de la pandemia. Apenas el 61% de los encuestados cree que las pacientes con carcinoma ductal infiltrante candidatas a cirugía de inicio podrían beneficiarse en esta época de tratamientos neoadyuvantes. El 50% de los especialistas encuestados están en desacuerdo con retrasar el tratamiento quirúrgico de las pacientes luego de haber terminado su tratamiento neoadyuvante, aun sabiendo que el retraso de hasta ocho semanas no afecta negativamente los resultados. (Grafico # 8)

El 54% de los especialistas cree que el uso de anestesia local para el tratamiento quirúrgico del CM, podría ser una alternativa válida; el 33% está en desacuerdo con esta postura.

La mayoría de guías y recomendaciones coinciden en proponer la prueba diagnóstica PCR previo a cualquier cirugía electiva; en nuestra encuesta el 76%

de los especialistas cree en la obligatoriedad de realizar un test de COVID19 a todo paciente que va a ser sometido a una cirugía por CM.

En cuanto a reconstrucción mamaria inmediata con implantes o expansores de tejido, se ha recomendado que se pudiera realizar si los recursos del hospital lo permiten, limitando tanto como sea posible los tiempos de operación, el riesgo de complicaciones postoperatorias, la duración de la hospitalización y las visitas ambulatorias. [8] La reconstrucción autóloga debería diferirse. Se preguntó si debería posponerse todo tipo de reconstrucción mamaria diferida en esta época de pandemia; el 85% contestó afirmativamente que está de acuerdo y en cuanto a la reconstrucción con tejidos autólogos, el 79% está de acuerdo con diferir la reconstrucción para luego de la pandemia.

Respecto al manejo de la axila y manejo de pacientes con bordes comprometidos, el 66 % contesto estar en desacuerdo con que estos pacientes deban diferir la re-operación hasta luego de la pandemia. (Grafico # 9)

En cuanto al tratamiento quirúrgico del Carcinoma Ductal in situ (CDIS) el 55% está de acuerdo en diferir la cirugía para después de la pandemia, mientras que el 38% está en desacuerdo en posponer dicha cirugía; 7% no tiene posición tomada

El 86% de los encuestados está de acuerdo en que los pacientes elegidos para cirugía conservadora deben realizar su cirugía al margen de la pandemia tomando siempre las medidas de precaución descritas para COVID.

Ante la pregunta de si los pacientes con receptor estrogénico positivo (RE +) en etapa temprana podrían recibir Radioterapia adyuvante antes de la Quimioterapia, el 57% estuvo de acuerdo con esta postura; el 27% estuvo en desacuerdo, mientras que el 16% no tuvo posición tomada.

El 70% de los encuestados, contesto que los pacientes Luminales A de grado bajo o intermedio podrían diferir la cirugía y empezar su tratamiento con hormonoterapia neoadyuvante, mientras que en lo que se refiere a los pacientes Triple negativos y HER2/Neu positivos el 95% de los especialistas contesto que están de acuerdo en que se debe comenzar (en caso de diagnóstico reciente) o continuar con los protocolos estándar de quimioterapia neoadyuvante o adyuvante que ya estén en marcha.

La última pregunta se refiere a si los pacientes con Carcinoma localmente avanzado o inflamatorio podrían retrasar su tratamiento con Radioterapia; el 82% estuvo en desacuerdo en retrasar los tratamientos en este tipo de pacientes (Grafico # 10)

DISCUSIÓN

La Real Academia Española (RAE) (9) define un consenso como un “acuerdo adoptado por consentimiento entre todos los miembros de un grupo”. En el campo de las ciencias de la salud, lograr la unanimidad de todos los miembros de un grupo de expertos es poco frecuente en cuestiones no sustentadas por una sólida evidencia empírica, por lo que se suele aceptar que hay consenso cuando la validez de un enunciado es compartida por el 80 o el 90% de los expertos; se habla de mayoría cuando la validez de un enunciado es aceptada, como mínimo, por dos tercios del panel.

Durante esta crisis de salud mundial hay que priorizar la atención de pacientes con CM y para eso hay que considerar algunos factores importantes, por ejemplo las condiciones en que se encuentra el centro hospitalario frente a la pandemia, es además imprescindible que los administradores y profesionales tengan conciencia de las condiciones locales y los recursos hospitalarios con los que se cuenta, como por ejemplo la disponibilidad de equipamiento, camas en UCI y hospitalización, tener conciencia del riesgo de contagio médico - paciente y viceversa.

La pandemia de COVID-19 plantea desafíos sin precedentes para pacientes, médicos y sistemas de salud. En todas las facetas de la medicina, los médicos están respondiendo, modificando la atención al paciente para minimizar el riesgo de exposición y preservar los recursos.

Para proporcionar orientación preliminar sobre la priorización y el tratamiento del CM durante este brote de COVID-19, reunimos a representantes de las diferentes Sociedades Latinoamericanas de Mastología para formular mediante una encuesta, una opinión de expertos. El objetivo de este estudio fue priorizar los escenarios de los pacientes por la urgencia del tratamiento y hacer recomendaciones basadas en estas prioridades dentro de cada especialidad. Esto no es un consenso formal.

A nivel Latinoamericano, pocas Sociedades han enviado recomendaciones sobre este tema. Esta es una encuesta reportada entre Oncólogos Clínicos, Radio Oncólogos, Cirujanos y Médicos Radiólogos que practican la Mastología en LATAM; el resultante tiene como objetivo hacer recomendaciones que servirán de apoyo para la atención de pacientes con CM durante la Pandemia COVID-19.

Publicaciones como COVID-19 “*Guidelines for Triage of Breast Cancer Patients*” [10] plantean que dependiendo de cuan urgente sea la consulta médica, ciertas pacientes pueden evaluarse vía telemedicina y otras requerirán ser valoradas presencialmente. Para LATAM el acceso a herramientas como telemedicina por parte del paciente y muchas veces por parte del especialista puede ser limitado. Aún teniendo el acceso a la telemedicina muchas veces la destreza tecnológica del paciente no es suficiente para realizar una consulta vía este medio; esto podría propiciar la pérdida de seguimiento y como consecuencia resultados negativos en su tratamiento. La telemedicina podría resultar ser una herramienta de excelente ayuda en pacientes con CM [11] que además tengan acceso directo y sepan manejar este tipo de tecnología.

Algunos trabajos han demostrado la utilidad de la telemedicina [12] y algunas guías han recomendado la telemedicina en esta época de COVID19 para la atención de pacientes con CM, con el fin de disminuir el contacto y el riesgo de transmisión viral entre médicos y pacientes; esta puede ser una modalidad utilizada con pacientes que sufren afecciones benignas comprobadas, o pacientes que por enfermedad maligna requieren seguimiento de rutina. Dichos pacientes deberían retrasar sus consultas presenciales hasta luego de la pandemia; al contrario, pacientes de primera consulta, con diagnóstico de cáncer para quienes el retardo en el inicio de sus tratamientos pueden incidir en la evolución de la enfermedad [13], pacientes con complicaciones debido a sus tratamientos, pacientes con tratamientos en curso (sea quimioterapia y radioterapia) podrían ser atendidos de manera presencial inmediatamente después de una tele consulta.

En cuanto a las imágenes de cribado (Mamografía, Ecografía y Resonancia Magnética) podrían suspenderse sin riesgo hasta después de la pandemia; las pacientes sanas pueden tener miedo o ser reacias a acudir a sus citas por imágenes en el modelo actual, y es probable que se reduzca la participación

en la detección temprana del CM. En este punto podría realizarse una excepción en las pacientes jóvenes con antecedentes familiares y genéticamente predispuestas a desarrollar la enfermedad (Mutación de BRCA 1 y BRCA 2), si el tiempo que deben esperar supera los 6 meses [14].

Pocas veces se requieren imágenes urgentes en mama: Absceso mamario, hematoma o seroma infectado para el drenaje, sospecha clínica de cáncer inflamatorio o localmente avanzado, sospecha de cáncer de mama y embarazo [15, 16]

Ante lesiones mamográficas sospechosas que implican la necesidad de obtener diagnóstico histológico (BIRADS 4 y 5) o ante la necesidad de resonancia magnética para valorar respuesta a la quimioterapia neoadyuvante, las imágenes no deberían ser retardadas si las condiciones hospitalarias y del personal lo permiten; las lesiones clasificadas como BIRADS 3 podrían esperar hasta después de la pandemia. [17]

En cuanto al retraso de cirugías durante la pandemia del COVID-19, afortunadamente las pacientes con CM por lo general no requieren de cirugía de forma inmediata; sin embargo, debemos tomar en consideración el tiempo de espera.

En Ecuador por ejemplo el tiempo promedio de espera para una cirugía en paciente con reciente diagnóstico de CM; es aproximadamente de 2-3 meses

El retraso exagerado podría producir que, al cabo del control de la pandemia, ciertamente los casos diagnosticados durante este tiempo se habrán acumulado con los casos nuevos; esto podría colapsar quirófanos y nuevamente impactar de forma negativa los resultados esperados en estas pacientes; situaciones similares ocurrirían en cuanto a imágenes, quimioterapia y radioterapia. Los especialistas en CM deben trabajar en conjunto con la administración de los hospitales, centros de imágenes y otros relacionados para encontrar la forma de evitar la saturación de los servicios, una vez que la pandemia se encuentre mejor controlada.

La determinación de llevar a quirófano a una paciente con CM estará supeditada a la normatividad nacional e institucional vigentes, así como a cada fase de la pandemia, y por supuesto a la disponibilidad de recursos como por

ejemplo: necesidad de testear a todas las pacientes para coronavirus (Disponibilidad PCR y/o pruebas rápidas), determinaciones respecto al carácter urgente de la cirugía, disponibilidad de equipo de protección personal adecuado para el personal del quirófano, etc.

La necesidad de minimizar el uso de los recursos en las salas de cirugía, requiere diferir selectivamente los procedimientos quirúrgicos y evaluar a los pacientes para que usen una terapia alternativa inicial siempre que sea posible. Sin embargo, la evidencia de nivel II demuestra que los retrasos en las cirugías pueden afectar los resultados de pacientes con CM [18, 19].

Nuestra encuesta tuvo 27 preguntas referentes a la especialidad de Mastología; la mayoría de las respuestas tuvieron consenso (16), en 4 hubo mayoría y en 7 situaciones hubo desacuerdo.

En cuanto a las preguntas sobre tratamientos de pacientes con CM, el 6.9% (promedio) no tuvo una posición tomada frente a la pregunta propuesta; el 93.1 % contesto estar de acuerdo o en desacuerdo.

De todas las preguntas incluidas, hay algunas que muestran desacuerdo entre los encuestados; algunos estudios han examinado el impacto del intervalo desde la conclusión de la quimioterapia neoadyuvante hasta el momento de la cirugía en pacientes con CM; estos han mostrado que intervalos de hasta 8 semanas tuvieron resultados equivalentes en cuanto a sobrevida global (SG) y sobrevida libre de recidiva loco regional (SLRL) [20, 21]. En nuestra encuesta el 50% de los encuestados estuvo en desacuerdo con retrasar la cirugía luego de la neoadyuvancia hasta 8 semanas.

La literatura actual ha examinado ampliamente las tasas de recidiva del CM en relación con la amplitud del margen de resección. El estado del margen quirúrgico en una pieza de cuadrantectomía, es factor pronóstico y se evalúa aplicando tinta a la superficie de la muestra quirúrgica y determinando la distancia microscópica entre las células tumorales y la superficie entintada. El margen es negativo si no hay tinta en las células cancerosas y positivo si la hay; como consecuencia, del 20 al 30% de las pacientes que se someten a una cirugía conservadora de mama requieren cirugía adicional (re-excisión) después de la cuadrantectomía inicial. [22, 23] Ante la pregunta si se debe o no diferir la re-operación hasta luego de la pandemia en caso de pacientes con

márgenes comprometidos, el 66% estuvo en desacuerdo de diferir el procedimiento.

El tratamiento convencional de Carcinoma Ductal in situ (DCIS) es la escisión local amplia a menudo seguida de radioterapia o mastectomía, y posiblemente terapia hormonal. Los resultados en pacientes con DCIS tratados con estas terapias convencionales son excelentes, pero la mejor manera de manejar el DCIS todavía está en debate. [24]

En los pacientes con DCIS de bajo grado y de crecimiento lento, la vigilancia activa podría ser una alternativa luego de biopsias de microcalcificaciones asistidas por vacío. En la pregunta sobre la posibilidad de posponer el tratamiento quirúrgico en pacientes con DCIS hasta luego de la pandemia, solo el 55% (277) estuvo de acuerdo con esperar la cirugía; el 38% estuvo en desacuerdo.

Después de la Quimioterapia neoadyuvante y Cirugía (mastectomía), la Radioterapia integral mejora tanto el control local como la sobrevida para pacientes con tumores T3 clínicos o enfermedad en estadio III-IV (ganglio supraclavicular ipsilateral) y pacientes con cuatro o más ganglios positivos. Se debe considerar la radioterapia para estos pacientes, independientemente de su respuesta a la quimioterapia inicial. [25]

Se ha demostrado que el retardo en tiempo para comenzar la Quimioterapia adyuvante influye significativamente en los resultados de sobrevida. Sin embargo, el impacto clínico de la demora de la Radioterapia postoperatoria no está muy claro, ya que los datos no han sido concluyentes [26, 27]. En particular, ningún estudio evaluó específicamente el escenario neoadyuvante, en el que los pacientes tienen una enfermedad de alto riesgo, y también tuvieron un intervalo sin tratamiento considerablemente largo antes del inicio de Radioterapia postoperatoria, para permitir la cirugía definitiva. En teoría, estos pacientes podrían tener un riesgo aún mayor por retrasos.

Un estudio de Saulo Brito Silva et al [28] mostró que la Radioterapia comenzada hasta 8 semanas después de la Cirugía en pacientes con enfermedad localmente avanzada sometidas previamente a Quimioterapia neo adyuvante, se asoció a una mejor sobrevida global y sobrevida libre de enfermedad.

Ante la pregunta sobre si cree que las pacientes con CM localmente avanzado o inflamatorio, podrían retrasar su tratamiento con Radioterapia hasta luego de la pandemia, el 82% (408) se manifestó en desacuerdo con esta postura.

Se plantea la posibilidad de uso de anestesia local y/o regional como una alternativa válida para el tratamiento quirúrgico del CM, lo cual sería una ventaja durante esta pandemia; esta modalidad ayudaría disminuyendo el riesgo de la anestesia general, dolor postoperatorio, las náuseas, los vómitos y sobre todo la duración de la estancia hospitalaria, menos riesgo de contagio para el paciente y para el médico y ahorro de recursos económicos. [29, 30] En esta pregunta el 54% (269) de los especialistas está de acuerdo en la posibilidad de usar anestesia local y regional para la cirugía de CM en esta época de COVID 19.

CONCLUSION

Esta encuesta de LATAM reunió la opinión de una gran cohorte de especialistas en Mastología (Cirujanos, Oncólogos Clínicos, Radio Oncólogos, imagenólogos, otros) sobre cómo manejar el cáncer de mama durante esta grave situación de salud mundial que afecta también a nuestro continente. Nuestra realidad es diferente con relación a otros continentes, ya que de por sí en nuestros países los tratamientos se retrasan y en esta época de pandemia el problema aumenta, por lo tanto, podemos concluir que pese a la pandemia hay que tratar de brindar una atención adecuada a los pacientes apoyados en ciertos casos en la tele consulta y saber clasificar a los pacientes que ameritan una consulta presencial; con esto disminuimos el riesgo de contagio paciente - médico.

En cuanto a los estudios con imágenes, todos podrían retrasarse a excepción de las pacientes que necesitan, ante una lesión sospechosa, una biopsia o aquellas con alto riesgo genético en las que la espera no debe ser prolongada o aquellos que necesitan imágenes para valorar persistencia o multicentricidad durante un tratamiento.

En cuanto a los tratamientos, la mayoría de los encuestados está en desacuerdo en retrasar tanto las cirugías, la quimioterapia sea adyuvante o neoadyuvante o la radioterapia; sin embargo, cada caso debe de ser discutido multidisciplinariamente de manera individual, evaluando el daño potencial

que causaría el retraso de los tratamientos. La mayoría si está de acuerdo en retrasar la reconstrucción mamaria sobre todo la diferida.

La pandemia de COVID-19 ha presentado desafíos únicos y oportunidades de aprendizaje para los especialistas en cáncer de mama.

La evolución de esta pandemia es todavía incierta, y la población en general debe seguir alerta para disminuir su impacto.

Las políticas irán cambiando, dependiendo del momento que vive cada región, de la respuesta de sus autoridades y de la actitud de los médicos y pacientes frente a la pandemia. Estas nuevas condiciones podrían hacer cambiar algunas de nuestras recomendaciones.

GRÁFICOS

Gráfico # 1

COVID-19: evolución de casos confirmados en América Latina, EE.UU., España y China

A partir del primer caso registrado

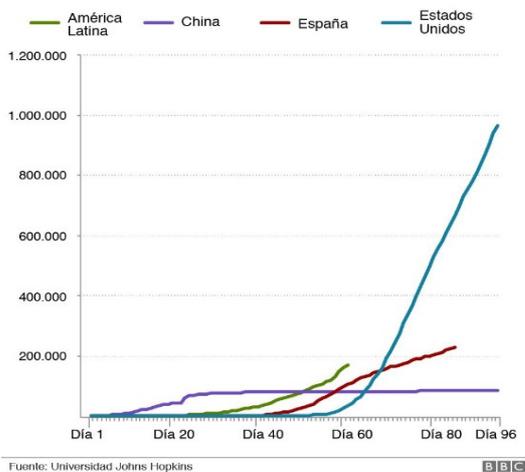


Gráfico # 2

Gráfico # 3

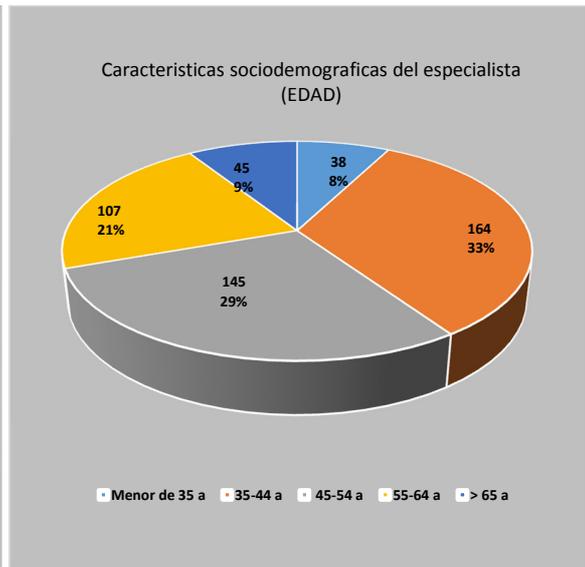
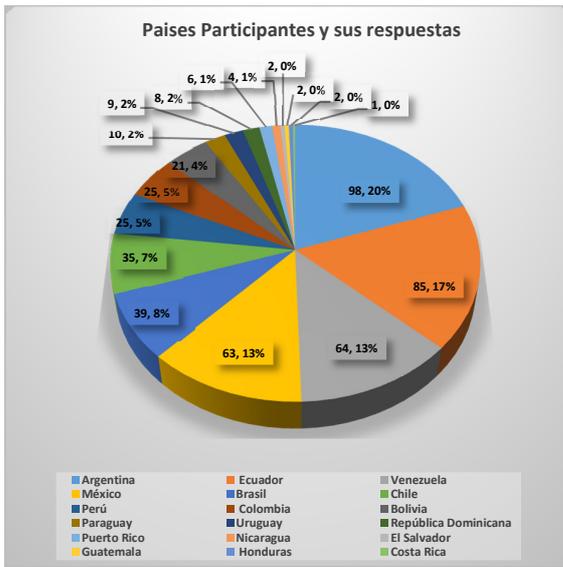


Gráfico # 4

Gráfico # 5

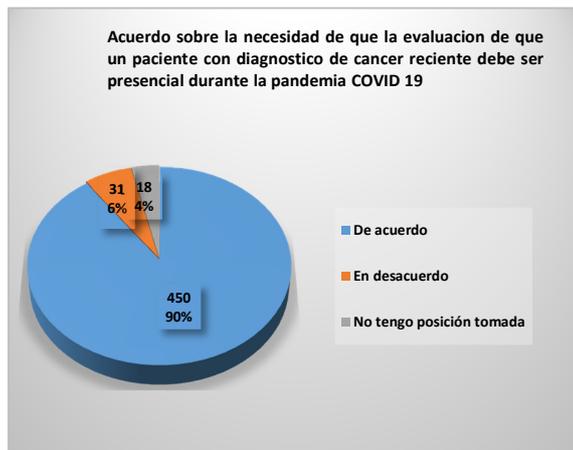
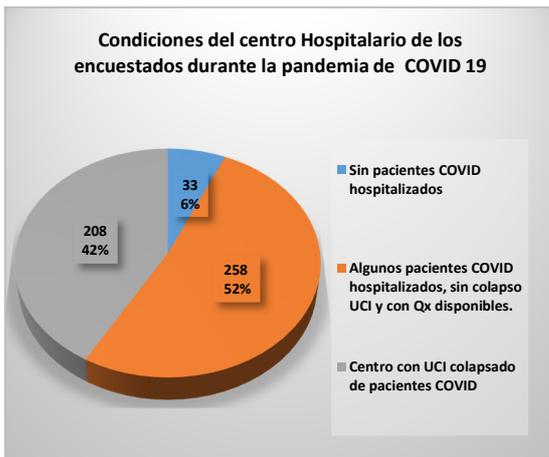


Gráfico # 6

Gráfico # 7



Gráfico # 8

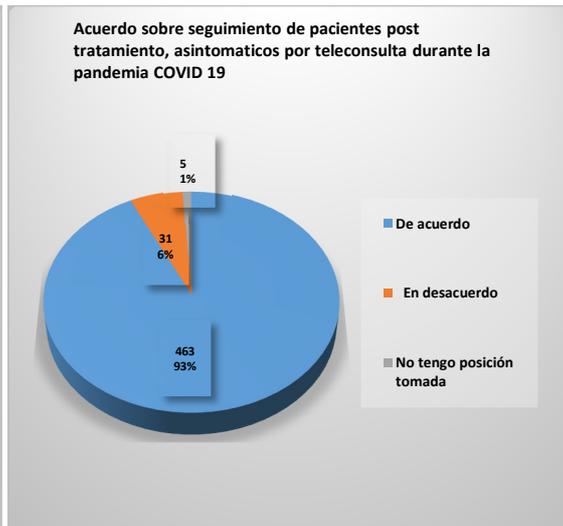


Gráfico # 9

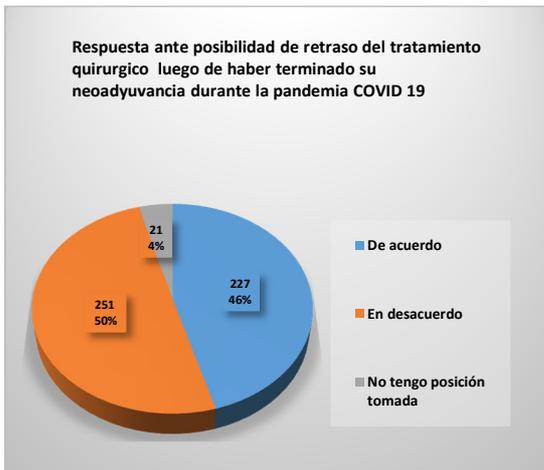


Gráfico # 10



Tabla 1. Sociedades / número de socios / porcentaje de respuestas por País

PAIS	NÚMERO DE SOCIOS	NUMERO DE REPUESTAS POR PAIS(%)
Argentina	743	98 (13.18%)
Ecuador	90	85 (94.4%)
Venezuela	350	64 (18.28%)
México	800	63 (7.87%)
Brasil	2000	39 (1.95%)
Chile	140	35 (25%)
Perú	143	25 (17.4%)
Colombia	144	25 (17.36%)
Bolivia	75	21 (28%)
Paraguay	46	10 (21.73%)
Uruguay	106	9 (8.49%)

Sociedades que reportaron el número de socios

Tabla 2.

	DESCRIPCION DE SITUACIONES PLANTEADAS	RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS SEGÚN OPCIONES PLANTEADAS (499 respuestas)			RECOMENDACIONES BASADAS EN LA ENCUESTA
		De acuerdo Respuestas(%)	En desacuerdo Respuestas(%)	No tengo posición tomada Respuestas (%)	Consenso/no consenso/mayoría
CONSULTA	¿Se debe realizar consulta presencial en pacientes con diagnóstico confirmado histológicamente de cáncer de mama?	450 (90 %)	31 (6%)	18 (4%)	Consenso en la Necesidad de consulta presencial
	¿Las citas para revisión de informes o seguimiento de pacientes post tratamiento se deben realizar por tele consulta?	463 (93%)	31 (6%)	5 (1%)	Hay Consenso en que la revisión de informes o seguimiento post tratamiento debe realizarse por Tele consulta
	¿La valoración postoperatoria para revisión de anatomía patológica, debe ser presencial?	199 (40%)	278 (56%)	22 (4%)	No hay consenso en que la valoración de anatomía patológica debe ser presencial
	¿Debe ser el especialista el que realiza la tele consulta?	424 (85%)	58 (12%)	17 (3%)	Consenso: El cirujano oncólogo o Mastólogo (especialista)
	Debe realizarse un triaje por tele consulta en caso de necesidad de consulta presencial	457(91%)	33(7%)	9(2%)	Hay consenso en realizar un triaje de telemedicina en busca de un caso sospechoso de COVID-19 y de acuerdo con los criterios epidemiológicos vigentes en sus países
	Pacientes cuya condición pone en peligro inmediato su vida, clínicamente inestables y que incluso un breve retraso en su atención alteraría significativamente su pronóstico deben ser evaluados de manera presencial	470 (94%)	23 (5%)	6 (1%)	Consenso en la necesidad de consulta presencial

	Debe retrasarse seguimiento de pacientes con enfermedades benignas o consultas de seguimiento de pacientes sobrevivientes hasta después de la pandemia?	480 (96%)	16 (3%)	3 (1%)	Consenso en retrasar la consulta hasta luego de la pandemia, se debe atender mediante Tele consulta
IMAGENES	Lesiones BIRADS 3 o pacientes que necesitan imágenes de rutina podrían retrasarse hasta después de la pandemia	412 (83%)	67 (13%)	20 (4%)	Consenso en posponer hasta luego de la pandemia
	Durante la pandemia se deben realizar imágenes diagnósticas para una mamografía anormal o sospechosa de cáncer o biopsias de lesiones BIRADS 4 pacientes que requieren de una IRM para evaluar la extensión de la enfermedad	445 (89%)	41 (8%)	13 (3%)	Consenso en no posponer realización de imágenes ni posponer la realización de biopsias en lesiones BIRADS IV
TRATAMIENTOS	¿En cuanto a procedimientos quirúrgicos de diagnóstico de lesiones no sospechosas se deben retrasar hasta luego de la pandemia?	444 (89%)	49 (10%)	6 (1%)	
	En cuanto a retrasar el tratamiento quirúrgico de las pacientes luego de haber terminado su tratamiento neo adyuvante	227 (46%)	251 (50%)	21 (4%)	No hubo consenso en retrasar el tratamiento quirúrgico luego de terminar el tratamiento neo adyuvante
	En cuanto al uso de anestesia local como alternativa en el tratamiento quirúrgico durante la pandemia	269 (54%)	166 (33%)	64 (13%)	No hubo consenso para el uso de anestesia local en tratamiento quirúrgico de cáncer de mama durante la pandemia
	En cuanto a posponer el tratamiento quirúrgico en pacientes con CDIS hasta luego de la pandemia	277 (55%)	188 (38%)	34 (7%)	No hubo consenso sobre la posibilidad de retrasar la cirugía en pacientes con CDIS
	En cuanto a que los pacientes operados con tumores RE positivos, etapa temprana, podrían durante la pandemia recibir tratamiento con radioterapia antes que quimioterapia adyuvante?	284 (57%)	136 (27%)	79 (16%)	No hubo consenso sobre la posibilidad de que los pacientes en etapa temprana, RE positivos reciban radioterapia antes que quimioterapia durante la pandemia
	Se debe realizar un test de COVID a todo paciente que va a ser sometido a una cirugía por un cáncer de mama	381 (76%)	86 (17%)	32 (7%)	La mayoría contestó que Debe realizarse Test de COVID
	Se debe posponer toda Reconstrucción mamaria diferida (RMD) hasta luego de la pandemia	424 (85%)	64 (13%)	11 (2%)	Consenso en que se debe posponer la RMD hasta después de la pandemia
	Se debe posponer toda reconstrucción mamaria (RM) con tejidos autólogos hasta luego de la pandemia?	393 (79%)	88 (18%)	18 (3%)	Consenso en que se debe posponer la RM con tejidos autólogos hasta después de la pandemia
	¿Se debe posponer la cirugía con márgenes comprometidos microscópicos y estatificación de axila hasta luego de la pandemia?	330 (66%)	137 (28%)	32 (6%)	No hubo consenso en posponer la re operación en pacientes con márgenes comprometidos y estatificación de axila
	¿Pacientes elegidos para cirugía conservadora deben realizar su tratamiento quirúrgico al margen de la pandemia?	428 (86%)	49 (10%)	22 (4%)	Consenso en no posponer la cirugía

¿Los Pacientes triple negativos y HER 2 Neu positivos deben continuar sus tratamientos en marcha?	475 (95%)	11 (2%)	13 (3%)	Consenso en no detener ni posponer tratamientos en marcha en pacientes HER 2 Neu positivos y triple negativos
¿Pacientes con cáncer de mama localmente avanzado o inflamatorio podrían posponer sus tratamientos hasta luego de la pandemia?	59 (12%)	408 (82%)	32 (6%)	No hay Consenso en retrasar tratamientos en pacientes con cáncer de mama localmente avanzados

Fondos

Este estudio no fue apoyado por ninguna persona o institución.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

Contribución del autor

Todos los autores contribuyeron igualmente en este proyecto de investigación.

Bibliografía

- 1.- Universidad Johns Hopkins (Baltimore, EE.UU.), autoridades locales Última actualización de cifras 13 de mayo de 2020 19:30
- 2.- World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports. Situation Report – 114 Data as received by WHO from national authorities by 10:00 CEST, 13 May 2020 Link: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/situation-reports/>
- 3.- Burki, T. K. (2020). Cancer guidelines during the COVID-19 pandemic. The Lancet Oncology. doi:10.1016/s1470-2045(20)30217-5
- 4.- Cancer Patient Management During the COVID-19 Pandemic, ESMO management and treatment adapted recommendations in the covid-19 era: breast cancer.
- 5.- Jill R. Dietz^{1,2,6} · Meena S. Moran^{1,3,7} · Steven J. Isakof^{3,8} · Scott H. Kurtzman^{1,9} · Shawna C. Willey^{2,10} · Harold J. Burstein^{3,11} · Richard J. Bleicher^{1,12} · Janice A. Lyons^{3,6} · Terry Sarantou^{1,13} · Paul L. Baron^{1,2,14} · Randy E. Stevens^{1,15} · Susan K. Boolbol^{2,16} · Benjamin O. Anderson^{3,17} · Lawrence N. Shulman^{4,18} · William J. Gradishar^{3,19} · Debra L. Monticciolo^{5,20} · Donna M. Plecha^{5,6} · Heidi Nelson^{1,4} · Katharine A. Yao^{1,2} Recommendations for prioritization, treatment, and triage of breast cancer patients during the COVID-19 pandemic. the COVID-19 pandemic breast cancer consortium. Breast Cancer Research and Treatment (2020) 181:487–497 <https://doi.org/10.1007/s10549-020-05644-z>

- 6.- James R. Howe, MD, David L. Bartlett, MD, Douglas S. Tyler, MD , Sandra L. Wong, MD, Kelly K. Hunt, MD, and Ronald P. DeMatteo, MD for the Society of Surgical Oncology, (4-2020) COVID-19 Guideline Modifications as CMS Announces “Opening Up America Again”: Comments from the Society of Surgical Oncology PA COVID-19 Guideline Ann Surg Oncol <https://doi.org/10.1245/s10434-020-08565-9>
- 7.- Goss, P. E., Lee, B. L., Badovinac-Crnjevic, T., Strasser-Weippl, K., Chavarri-Guerra, Y., Louis, J. S., Debiasi, M. (2013). Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. *The Lancet Oncology*, 14(5), 391–436. doi:10.1016/s1470-2045(13)70048-2
- 8.- Marzia Salgarello^{1,2} Liliana Barone Adesi^{1,2} Giuseppe Visconti^{1,2} Domenico Maria Pagliara^{3,4} Maria Lucia Mangialardi^{1,2}. (2020;00:1–3.) Considerations for performing immediate breast reconstruction during the COVID-19 pandemic. *The Breast Journal* DOI: 10.1111/tbj.13876
- 9.- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española » La 23.ª edición (2014)
- 10.- The COVID 19 Pandemic Breast Cancer Consortium (this consortium is made up of representatives from the NAPBC, CoC, ASBrS, and NCCN) (March 24, 2020) COVID-19 Guidelines for Triage of Breast Cancer Patients Online
- 11.- Judd E. Hollander, M.D., and Brendan G. Carr, M.D. April 30, 2020. Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19 *N Engl J Med* 2020; 382:1679-1681 DOI: 10.1056/NEJMp2003539
- 12.- Sandhya Pruthi; MD Kevin J. Stange MD; Gerald D. Malagrino, Jr. Kashmira S. Chawla BA Nicholas F. La Russo MD; and Judith S. Kaur MD Successful Implementation of a Telemedicine-Based Counseling Program for High-Risk Patients with Breast Mayo Clin. Proc. 2013;88(1):68-73
- 13.- Bleicher RJ, Ruth K, Sigurdson ER, et al. Time to Surgery and Breast Cancer Survival in the United States. *JAMA Oncol*. 2016;2(3):330-339.
- 14.- Bleicher RJ, Ruth K, Sigurdson ER, et al. Preoperative delays in the US Medicare population with breast cancer. *J Clin Oncol*. 2012;30(36):4485- 4492
- 15.- Monticciolo DL, Newell MS, Moy L, Niell B, Monsees B, Sickles EA. Breast Cancer Screening in Women at Higher-Than-Average Risk: Recommendations from the ACR. *Journal of the American College of Radiology: JACR*. 2018;15(3 Pt A):408-414.
- 16.- The Canadian Society of Breast Imaging (CSBI) and the Canadian Association of Radiology (CAR) Guidelines for Breast Imaging during the COVID-19 Pandemic - April 2, 2020.
- 17.- Raquel F. D. van la Parra, MD, PhD, Kaiping Liao, PhD, [...], and Henry M. Kuerer, MD, PhD Incidence and Outcome of Breast Biopsy Procedures During Follow-up After Treatment for Breast Cancer *Jama Surg*. 2018 Jan 31: e175572
- 18.- Richard J. Bleicher, MD, Karen Ruth, MS, [...], and Brian L. Egleston, PhD, Time to Surgery and Breast Cancer Survival in the United States *JAMA Oncol*. 2016 September 1; 2(9): 1244.
- 19.- Ward WH, DeMora L, Handorf E, et al. Preoperative Delays in the Treatment of DCIS and the Associated Incidence of Invasive Breast Cancer. *Annals of surgical oncology*. 2020;27(2):386-396.

20.- Sanford RA, Lei X, Barcenas CH, et al. Impact of Time from Completion of Neoadjuvant Chemotherapy to Surgery on Survival Outcomes in Breast Cancer Patients. *Ann Surg Oncol* 2016; 23:1515-21.

21.- Tae-Kyung Yoo, Hyeong-Gon Moon, Wonshik Han, Dong-Young Noh Time interval of neoadjuvant chemotherapy to surgery in breast cancer: how long is acceptable? *Gland Surgery Home / Vol 6, No 1 (February 2017)*

22.- Lisa J. Findlay-Shirras, HBSc, MBBS, Oussama Outbih, BSc Med, MD, Charlene N. Muzyka, MSc Katie Galloway, MSc, Pamela C. Hebbard, MD, FRCSC, and Maged Nashed, MD, PhD, FRCPC. Predictors of Residual Disease After Breast Conservation *Ann Surg Oncol* (2018) 25:1936–1942

23.- Morrow, M., Harris, J. R., & Schnitt, S. J. (2012). Surgical Margins in Lumpectomy for Breast Cancer — Bigger Is Not Better. *New England Journal of Medicine*, 367(1), 79–82. doi:10.1056/nejmsb1202521

24.- Elshof LE, Tryfonidis K, Slaets L, et al. Feasibility of a prospective, randomised, open-label, international multicentre, phase III, non-inferiority trial to assess the safety of active surveillance for low risk ductal carcinoma in situ - The LORD study. *Eur J Cancer*. 2015;51(12):1497-1510.

25.- Huang EH, Tucker SL, Strom EA, McNeese MD, Kuerer HM, Buzdar AU, et al. Postmastectomy radiation improves local-regional control and survival for selected patients with locally advanced breast cancer treated with neoadjuvant chemotherapy and mastectomy. *J Clin Oncol* 2004;22(23):4691e9.

26.- Hebert-Croteau N, Freeman CR, Latreille J, Rivard M, Brisson J. A populationbased study of the impact of delaying radiotherapy after conservative surgery for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2004;88(2):187e96.

27.- Huang J, Barbera L, Brouwers M, Browman G, Mackillop WJ. Does delay in starting treatment affect the outcomes of radiotherapy? A systematic review. *J Clin Oncol* 2003;21(3):555e63.

28.- Silva, S. B., Pereira, A. A. L., Marta, G. N., de Barros Lima, K. M. L., de Freitas, T. B., Matutino, A. R. B., Mano, M. S. (2018). Clinical impact of adjuvant radiation therapy delay after neoadjuvant chemotherapy in locally advanced breast cancer. *The Breast*, 38, 39–44. doi: 10.1016/j.breast.2017.11.012

29.- Eamonn Coveney, MB, FRCSI, Christina R. Wetz, MD, Roy Greengrass, MD, t J. Dirk Iglehart, MD, George S. Leight, MD, Susan M. Steele, MD, t and H. Kim Lyerly, MD Use of Paravertebral Block Anesthesia in the Surgical Management of Breast Cancer Experience in 156 Cases *ANNALS OF SURGERY* Vol. 227, No. 4, 496-501

30.- Peter G. AtanassoffMD* EliAlonMDBranko M. WeissMD Intercostal nerve block for lumpectomy: Superior postoperative pain relief with bupivacaine Author links open overlay panel *Journal of Clinical Anesthesia* Volume 6, Issue 1, January–February 1994, Pages 47-51

Apéndice I

SOCIEDADES ENCUESTADAS	PRESIDENTE O REPRESENTANTE
Sociedad Argentina de Mastología (SAM)	Dr. Eduardo Gonzalez

Sociedad Ecuatoriana de Patología Mamaria (SEPAM)	Dr. Antonio Jurado B.
Sociedad Boliviana de Mastología (SBM)	Dr. Roger Corrales
Asociación Colombiana de Mastología (ACM)	Dr. Luis Fernando Viaña
Sociedad Uruguaya de Mastología (SUM)	Dr. Guillermo Laviña
Sociedad Chilena de Mastología	Dra. Paula Escobar
Asociación Mexicana de Mastología (AMM)	Dr. Víctor Manuel Pérez
Sociedad Brasileira de Mastología (SBM)	Dr. Vilmar Marques de Oliveira
Sociedad Dominicana de Cirugía	Dr. Miguel Oller
Sociedad Peruana de Mastología	Dr. José Galarreta
Sociedad Paraguaya de Mastología	Dra. Valeria Sanabria
Sociedad Venezolana de Mastología	Dr. Jorge Pérez Fuentes
Sociedad de Mastología de Costa Rica	Dr. Gonzalo Vargas Chacón
Asociación de Mastología de Nicaragua	Dra. Verónica Avilés
Sociedad Hondureña de Mastología	Dra. Lía Bueso de Castellanos
Sociedad de Mastología de Puerto Rico	Dr. Bolívar Arboleda Osorio
Sociedad de Mastología de Guatemala	Dr. Herbert Castillo
Sociedad de Mastología de El Salvador	Dra. Claudia Figueroa

Apéndice II

ENCUESTA:

Características sociodemográficas del especialista

Edad *

- Menor de 35
- 35-44
- 45-54
- 55-64
- > 65

Sexo *

- Mujer
- Hombre

PAIS:

- Argentina
- Chile
- Brasil
- Uruguay
- Paraguay
- Ecuador

- Colombia
- Perú
- Venezuela
- Bolivia
- México
- El Salvador
- Honduras
- Guatemala
- Costa Rica
- Puerto Rico
- Nicaragua
- República Dominicana

A) ATENCIÓN DE CONSULTA

1. ¿En qué condiciones se encuentra su centro hospitalario actualmente?

- Centro con UCI colapsado de pacientes COVID
- Con algunos pacientes COVID hospitalizados, sin colapso de UCI y con quirófanos disponibles.
- Centro con UCI colapsado de pacientes COVID

2. ¿Considera que pacientes con alta sospecha de cáncer de mama o con diagnóstico histológico confirmado de cáncer de mama, deben ser valoradas por primera vez presencialmente? *

- De acuerdo
- En desacuerdo
- No tengo posición tomada

3. ¿Considera que pacientes en postoperatorio de cirugía por cáncer de mama, para revisión de patológica, deben ser valoradas presencialmente? *

- De acuerdo
- En desacuerdo
- No tengo posición tomada

4. ¿Cree que pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en seguimiento post tratamiento deben ser contactadas mediante tele consulta, indagar sobre síntomas que puedan hacer sospechar enfermedad recurrente, y en caso de presentarlos, citarlas para orientar el examen físico y los paraclínicos con el fin de descartar recaída tumoral? *

- De acuerdo
- En desacuerdo

No tengo posición tomada

5. ¿Cree que pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en seguimiento post tratamiento deben ser contactadas mediante tele consulta, indagar sobre síntomas que puedan hacer sospechar enfermedad recurrente, y en caso de no presentarlos, citarlas en los siguientes tres meses luego de que se controle la pandemia, para continuar seguimiento?

De acuerdo

En desacuerdo

No tengo posición tomada

6. Cree que la tele consulta debe ser realizada por el cirujano oncólogo tratante de las instituciones? ¿En caso de desacuerdo que personal de salud sugiere que realice este proceso? *

De acuerdo

En desacuerdo

No tengo posición tomada

6.1 Si en la pregunta anterior contestó en desacuerdo, por favor mencione que otro personal de salud debería realizar la tele consulta

7. ¿En caso de que considere que la paciente debe ser valorada presencialmente, sugiere que se haga un triage mediante de tele consulta en búsqueda de caso sospechoso de Covid-19, según los criterios epidemiológicos actuales? *

De acuerdo

En desacuerdo

No tengo posición tomada

8. ¿Cree que los pacientes cuya condición ponen en peligro inmediato su vida, por ejemplo, pacientes postoperatorios clínicamente inestables y aquellos con posibles emergencias médicas oncológicas (por ejemplo, neutropenia febril, dolor intratable), y para quienes incluso un breve retraso alteraría significativamente el pronóstico del paciente, deben ser evaluados en presencialmente?

De acuerdo

En desacuerdo

No tengo posición tomada

9. Cree que los pacientes aquellos que se presentan para seguimiento de rutinario por afecciones benignas o malignas (incluidos aquellos con medicación adyuvante oral y aquellos que no están en tratamiento activo), consultas de pacientes sobrevivientes se pueden ver de forma remota o retrasarlos hasta el periodo post-pandemia.

De acuerdo

En desacuerdo

No tengo posición tomada

10. Cree que las consultas para exámenes de alto riesgo se pueden ver de forma remota o retrasarlos hasta el periodo post-pandemia.

- De acuerdo
- En desacuerdo
- No tengo posición tomada

B) IMÁGENES EN MAMA

1. Cree que durante la pandemia se deben realizar imágenes diagnósticas para una mamografía anormal o para síntomas mamarios sospechosos, biopsias para lesiones BI-RADS 4 o 5 y resonancia magnética mamaria para evaluación de la extensión de la enfermedad o la evaluación previa quimioterapia neo adyuvante.

- De acuerdo
- En desacuerdo
- No tengo posición tomada

2. Cree que los pacientes de categoría 3 de BIRADS que regresan para una mamografía diagnóstica de seguimiento a corto plazo y / o una ecografía y un examen mamario de rutina deben posponerse hasta que termine la pandemia de COVID-19?

- De acuerdo
- En desacuerdo
- No tengo posición tomada

3. ¿Cree que todos los exámenes de cribado incluyendo mamografía, ultrasonido y resonancia magnética deben suspenderse hasta el período posterior a COVID-19?

- De acuerdo
- En desacuerdo
- No tengo posición tomada

4. Cree que las pacientes portadoras de la mutación BRCA menores de 40 años pueden ser considerados para el cribado si se esperan retrasos de más de 6 meses.

- De acuerdo
- En desacuerdo
- No tengo posición tomada

c) TRATAMIENTOS DE PACIENTES CON CANCER DE MAMA

1. Cree que se debe posponer los procedimientos quirúrgicos de diagnóstico de lesiones no sospechosas hasta luego de la pandemia

- De acuerdo
- En desacuerdo

No tengo posición tomada

2. ¿Cree que las pacientes con diagnóstico de CDI candidatas a cirugía podrían beneficiarse potencialmente de tratamientos neo adyuvantes?

De acuerdo

En desacuerdo

No tengo posición tomada

3. Cree que las pacientes que completan la quimioterapia neo adyuvante podrían retrasar el tratamiento quirúrgico hasta el fin de la pandemia sabiendo que los retrasos de la cirugía hasta 8 semanas después de la quimioterapia no afectan negativamente los resultados

De acuerdo

En desacuerdo

No tengo posición tomada

4. ¿Cree que la anestesia local y/o regional es una alternativa válida durante esta época de pandemia para el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama?

De acuerdo

En desacuerdo

No tengo posición tomada

5. ¿Cree en la obligatoriedad de solicitar test de COVID 19 a todo paciente que va a ser sometido a cirugía por cáncer de mama?

De acuerdo

En desacuerdo

No tengo posición tomada

6. ¿Cree que debe diferirse todo tipo de reconstrucción mamaria hasta que pase la pandemia?

De acuerdo

En desacuerdo

No tengo posición tomada

7. ¿Cree que debe diferirse toda reconstrucción inmediata con tejidos autólogos hasta luego de la pandemia?

De acuerdo

- En desacuerdo
 - No tengo posición tomada
8. Cree que debe diferirse la re operación de márgenes comprometidos microscópicos y estatificación de axila hasta luego de la pandemia?
- De acuerdo
 - En desacuerdo
 - No tengo posición tomada
9. ¿Cree que una paciente con diagnóstico de CDIS puede posponer su tratamiento quirúrgico hasta luego de la pandemia?
- De acuerdo
 - En desacuerdo
 - No tengo posición tomada
10. ¿Cree que los pacientes elegidos para cirugía conservadora durante la pandemia deben realizar su tratamiento quirúrgico al margen de la pandemia tomando todas las precauciones descritas para COVID?
- De acuerdo
 - En desacuerdo
 - No tengo posición tomada
11. ¿Cree, siempre valorando la situación de su región frente al COVID 19, que los pacientes operados con tumores RE positivos, etapa temprana, podrían durante la pandemia recibir tratamiento con radioterapia antes que quimioterapia adyuvante?
- De acuerdo
 - En desacuerdo
 - No tengo posición tomada
12. ¿Cree que las pacientes con tumores etapa temprana, luminales A, de grado intermedio o bajo, podrían diferir la cirugía y recibir terapia endocrina neo adyuvante hasta luego de la pandemia?
- De acuerdo
 - En desacuerdo
 - No tengo posición tomada

13. ¿Cree que las pacientes con cáncer de mama triple negativo y Her 2 Neu positivo deben de comenzar (en caso de diagnóstico reciente) o continuar los protocolos estándar de quimioterapia neo adyuvante o adyuvante que ya están en marcha?

- De acuerdo
- En desacuerdo
- No tengo posición tomada

14. ¿Cree que las pacientes con cáncer de mama localmente avanzado o inflamatorio, podrían retrasar su tratamiento con radioterapia hasta luego de la pandemia?

- De acuerdo
- En desacuerdo
- No tengo posición tomada