



REVISIÓN

Manejo de la patología mamaria en el servicio de radiodiagnóstico en un hospital de alta incidencia de COVID-19

Breast pathology handling by breast radiologists in a high incidence hospital for COVID-19

Mónica Campos-Pérez¹, Gema Blanco-Cabañero², Cristina López-Cárceles³, Inmaculada Alcantud-González⁴, Irene Donoso-Esteban⁵, Esther Sánchez-López⁶

¹ Médico. Residente de Radiodiagnóstico, Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital General Universitario de Albacete, España.

² Médico. Especialista en el Servicio de Radiodiagnóstico (Sección de Mama), Hospital General Universitario de Albacete, España.

³ Médico. Especialista en el Servicio de Radiodiagnóstico (Sección de Mama), Hospital General Universitario de Albacete, España.

⁴ Médico. Especialista en el Servicio de Radiodiagnóstico (Sección de Mama), Hospital General Universitario de Albacete, España.

⁵ Médico. Residente de Radiodiagnóstico, Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital General Universitario de Albacete, España.

⁶ Médico. Especialista en el Servicio de Cirugía General y Digestiva en Hospital General Universitario de Albacete, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Lacasadelsaber6969@gmail.com (Mónica Campos Pérez).

Recibido el 30 de agosto de 2020; aceptado el 3 de noviembre de 2020.

Cómo citar este artículo:

Campos-Pérez M, Blanco-Cabañero G, López-Cárceles C, Alcantud-González I, Donoso-Esteban I, Sánchez-López E. Manejo de la patología mamaria en el servicio de radiodiagnóstico en un hospital de alta incidencia de COVID-19. JONNPR. 2021;6(1):201-13. DOI: 10.19230/jonnpr.3974

How to cite this paper:

Campos-Pérez M, Blanco-Cabañero G, López-Cárceles C, Alcantud-González I, Donoso-Esteban I, Sánchez-López E. Breast pathology handling by breast radiologists in a high incidence hospital for COVID-19. JONNPR. 2021;6(1):201-13. DOI: 10.19230/jonnpr.3974



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License
La revista no cobra tasas por el envío de trabajos, ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.



Resumen

En este artículo pretendemos exponer al lector como hemos realizado el manejo de la patología mamaria por parte de la Sección de Radiología durante la pandemia de COVID-19 en un hospital de alta incidencia, como ha sido el “Complejo Hospitalario Universitario de Albacete”, donde desarrollamos dicha actividad. Para ello, hemos revisado las principales guías de actuación propuestas por diferentes sociedades, haciendo una comparativa con el manejo que hemos realizado por parte de nuestro servicio y viendo si eran todas aplicables y óptimas o si nos hemos visto en la necesidad de modificar algunas de ellas en beneficio de las pacientes, debido tanto a la alta incidencia de patología mamaria no demorable como a la de COVID-19 en nuestra ciudad, siendo nuestro objetivo evitar al máximo el retraso diagnóstico de patología mamaria y sobre todo de cáncer de mama, así como evitar los contagios tanto del personal sanitario como de las pacientes.

Palabras clave

Manejo; Guías; Cáncer Mama; COVID-19; Pandemia; SEDIM; GEICAM; PBBC; SEOM; CSBI

Abstract

In this article we would like to show the reader how we have managed breast pathology along all pandemic COVID-19 period in our Radiology Department, as far as our Hospital (“Complejo Hospitalario Universitario de Albacete”) has been highly affected by COVID-19. To get to a result, we have revised main breast management guides proposed by different societies, and we have afterwards compared their recommendations with our way of handling the situation, taking into account that some of them were available and others were modified in order to benefit our patients. This was necessary in order to satisfy the attention of our patients with non delaying breast pathology and to manage correctly COVID-19 pandemic as well in a high incidence place. Our principal aims have been avoiding breast pathology diagnosis delay (breast cancer above all), as well as avoiding workers and patients COVID-19 infection.

Keywords

Management; Guidelines; Breast Cancer; COVID-19; Pandemic; SEDIM; GEICAM; PBBC; SEOM

Aportación a la literatura

En la literatura ya existente podemos apreciar dos tipos de texto: por un lado están las guías propuestas por las principales sociedades nacionales e internacionales de patología mamaria, tanto las que trabajan con técnicas de imagen como las que se dedican a la patología



en su vertiente más clínica; por otro lado tenemos revisiones bibliográficas y estudios sobre el manejo multidisciplinar que se ha llevado a cabo sobre todo para cáncer de mama durante la pandemia por COVID-19. La mayoría de estos artículos se centran en el tratamiento del cáncer de mama, en especial en distintas técnicas de neoadyuvancia, para paliar la demora de los tratamientos quirúrgicos que se iba a producir durante la pandemia. Lo que pretendemos nosotros con este artículo es compartir nuestra experiencia sobre cómo se ha manejado toda la patología mamaria en nuestra Sección de Radiodiagnóstico, tanto desde el punto de vista del diagnóstico por imagen como de los procedimientos intervencionistas que realizamos de forma habitual. Es interesante reseñar que a pesar de la alta incidencia para COVID-19 sufrida por nuestro centro durante la pandemia, se ha hecho lo posible por no suspender de manera drástica la actividad de nuestra Sección.

Como bien decimos, las conclusiones obtenidas de nuestra práctica clínica podrían ser de utilidad a otros hospitales, dado que la situación actual es incierta y no sabemos la evolución que va a tener la pandemia a corto-medio plazo, ni cuales pueden ser las nuevas regiones más afectadas por ella, dado la situación de nuevos rebrotes. Por tanto, el manejo ya realizado en un hospital de alta incidencia como el nuestro sin haber descuidado la patología no demorable y sin haber padecido casos de afectación por COVID-19 por parte de nuestro personal en el desarrollo de la actividad de nuestra sección, podría ser de ayuda de cara a un futuro para otros centros que pudiesen padecer una situación similar.

Introducción

El carácter cambiante de la pandemia por COVID-19 desde su inicio, así como la dificultad por falta de protocolos estandarizados, medios y personal sanitario por distintas circunstancias, hace que sea valioso compartir la experiencia de como otros centros hospitalarios han manejado la situación, sobre todo si han sido de alta incidencia para la infección y se ha manejado de manera satisfactoria dentro de este difícil contexto, sin haber registrado casos de infectados entre el personal en el servicio correspondiente, como es nuestro caso.

El objetivo de este trabajo consiste en realizar una revisión de las medidas generales y específicas propuestas por diversas sociedades dedicadas a la patología mamaria, comparándolas con las medidas adaptadas que se han tomado en nuestro centro, de alta incidencia para COVID-19, para poder así compartir nuestra experiencia con otros hospitales



que no hayan vivido esta situación ante el panorama de incertidumbre ocasionado por los nuevos focos de rebrote. Los objetivos principales del cambio del manejo habitual en la patología mamaria y sobre todo del cáncer de mama han sido evitar los daños colaterales debido al retraso diagnóstico, así como evitar al máximo el número de contagios tanto en pacientes como en personal sanitario.

Métodos

Para realizar nuestra revisión bibliográfica nos hemos basado principalmente en las guías de manejo de patología mamaria durante la pandemia de COVID-19 propuestas por diversas sociedades nacionales e internacionales, que tratan la patología mamaria tanto desde el punto de vista del manejo radiológico y más concretamente algunas guías de patología mamaria oncológica. Se ha pretendido hacer una comparativa de forma sencilla con nuestra práctica clínica, basándonos sobre todo en los apartados de “Recomendaciones Generales” y tratando de manera breve el manejo multidisciplinar del cáncer de mama por parte de nuestra unidad.

Se han excluido los artículos que trataban de forma muy concreta solo tratamientos experimentales y neoadyuvancias referidos en exclusiva al cáncer de mama y sus distintos subtipos histológicos, puesto que pretendemos ofrecer una visión más general y desde el punto de vista del radiólogo principalmente.

La calidad de estas guías queda ratificada, puesto que son las oficiales propuestas por las principales sociedades nacionales para patología mamaria en lo que ha técnicas de imagen respecta, así como por un conjunto de sociedades oficiales americanas y canadienses.

Resultados

Tras la revisión de recomendaciones generales y específicas propuestas por las sociedades que se dedican a la patología mamaria, nuestra manera de actuar ante la pandemia se ha ajustado ampliamente a todas las medidas propuestas, a pesar de la dificultad sobreañadida de la alta incidencia de la infección en nuestro medio, obteniendo además resultados favorables, puesto que se ha conseguido un buen control de las pacientes urgentes y preferentes. Las medidas de protección se han llevado a cabo de forma correcta según los protocolos propuestos por las distintas asociaciones nacionales e internacionales de referencia en patología mamaria.



Por otro lado, se debería haber hecho un control más estricto con PCR de las pacientes, sobre todo de cara a procedimientos intervencionistas más prolongados desde el principio de la pandemia, pero la falta de disponibilidad de test al inicio imposibilitó esta manera de actuar, que hubiese sido más óptima para las pacientes y el personal facultativo.

Discusión

La situación de pandemia por COVID-19 ha dado lugar a un panorama complejo a la hora de manejar la patología mamaria, en especial la patología oncológica, puesto que estas pacientes tienen mayor riesgo de contagiarse debido a su situación de inmunodepresión, secundaria a tratamientos, al propio tumor y estados de malnutrición^(1,2,5,6,8). Todo ello conlleva la necesidad de establecer una serie de recomendaciones generales y específicas, dirigidas tanto a pacientes como a personal sanitario, para poder realizar un correcto triaje de la patología y priorizar en función de esto^(2,3), consiguiendo el mejor balance riesgo beneficio de cara a agilizar los tratamientos necesarios para no empeorar el pronóstico de ninguna paciente y además evitar situaciones innecesarias de exposición al virus^(1,2,4,5,6,8).

También hay que tener en cuenta la necesidad de una reestructuración de toda la actividad de la unidad de mama en función de la disponibilidad de quirófanos, consultas, pruebas de imagen y personal sanitario activo en el caso de la situación de pandemia^(1,2,3,5,7).

Es importante seguir una serie de recomendaciones generales a la hora de realizar nuestra actividad diaria, para preservar nuestra seguridad y la de las pacientes. A continuación expondremos las propuestas por las distintas guías y como hemos adaptado algunas de ellas en nuestro centro:

- Realizar de manera telefónica aquellas consultas que así lo permitan^(1,3,5). En nuestro caso, sobre todo, antes de la disponibilidad de test- PCR se llamaba a las pacientes para realizar un **cribado telefónico** de aquellas con posibles síntomas COVID (fiebre, tos, dificultad respiratoria), así como posibles contactos con infectados confirmados o personas de riesgo.
- Son necesarias las **medidas de protección básicas** a la hora de realizar cualquier actividad hospitalaria, siendo necesario que tanto las pacientes como el personal sanitario porten mascarillas en todo momento, aunque sean asintomáticos^(1,2,4,5,6,8). En nuestro caso, utilizando por parte del personal sanitario doble mascarilla (FPP2 y quirúrgica) y portando las pacientes al menos una mascarilla (tipo higiénica o quirúrgica); siendo este requisito



indispensable para la realización de mamografías y ecografías. En el caso de procedimientos intervencionistas, es recomendable el uso de gafas o pantallas protectoras por parte de los facultativos que vayan a participar en las biopsias, bien eco-guiadas o con mesa prono.

- Todos el personal de la unidad debería usar pijamas y batas^(1,2,4,5,6,8), tal y como hemos llevado a cabo, depositándolos en lencería para su correcta higienización al finalizar cada jornada. Se recomienda el uso de **protección individual** (EPI) apropiados^(1,2,5,6,8) para lo cual en nuestro servicio cada persona utilizaba además de mascarillas desechables, gorros y calzas desechables, así como doble guante de un solo uso para cualquier procedimiento intervencionista y batas impermeables que se recambiaban de manera periódica.

- Es importante además tener una correcta **higiene de manos, instrumental, estaciones de trabajo, aparatos radiológicos**⁽¹⁾. Para ello en nuestro servicio hemos llevado a cabo un correcto lavado de manos, bien con agua y jabón o con soluciones hidroalcohólicas, tanto antes como después de la realización de mamografías, ecografías o procedimientos intervencionistas. Se ha realizado limpieza de las estaciones de trabajo e informe antes y después de cada jornada laboral con soluciones desinfectantes. Entre paciente y paciente se ha realizado desinfección del mamógrafo con lejía entre las distintas pacientes y limpieza de la sonda del ecógrafo con clorhexidina.^(1,4,5)

- Es necesaria la elección de **secuencias terapéuticas y protocolos** que no comprometan de forma relevante el pronóstico de las pacientes, teniendo en cuenta el balance riesgo-beneficio de contraer la infección sin empeorar el pronóstico final^(1,2,3,5,7). Para conseguir este objetivo, y dada la importancia de los *comités multidisciplinares* y la toma de decisiones de manera conjunta por parte de todos los integrantes de una unidad de mama⁽²⁾, en nuestro centro hemos seguido realizando los comités semanales para consensuar el tratamiento individualizado de cada paciente, siendo esto incluso más necesario en esta situación en la que se requería priorizar a ciertas pacientes no demorables, mientras otras podían esperar a que mejorase la situación de pandemia. Por eso mismo, cuando se declaró el estado de alarma (desde el 15 de Marzo de 2020), se decidió la continuación de los comités multidisciplinares en los que participa activamente nuestra sección de Radiología mediante videollamada, realizándose así todos los miércoles de cada semana. Cuando los casos disminuyeron en nuestro hospital (a partir del 1 de Junio de 2020) se decidió retomar este comité de forma presencial, asistiendo solamente los miembros necesarios para la toma de decisiones, con obligatoriedad de portar mascarilla y manteniendo la distancia de seguridad.



• En cuanto a la **información a las pacientes**, es necesario explicarles el balance riesgo/beneficio de los tratamientos en situación de pandemia, teniendo en cuenta su edad, comorbilidades y situación social⁽¹⁾. En nuestro caso, los radiólogos hemos explicado a las pacientes las medidas de seguridad que tenían que tomar para acudir a realizarse las pruebas de imagen o intervencionistas y la necesidad de realización de las mismas en caso de que lo fueran, así como la importancia de realizarse la PCR para COVID-19 en caso de procedimientos intervencionistas, ya que requieren un contacto sin distancia de seguridad durante un tiempo más prolongado.

• Se recomienda una reducción de visitas hospitalarias al mínimo posible, posponiendo las revisiones hasta el fin de la pandemia y reduciendo al máximo el número de pruebas diagnósticas no necesarias^(1,3,4,5). A continuación expondremos las restricciones que hemos llevado a cabo en nuestro centro, comparándolas también con el **triaje de pacientes** propuesto en el documento de la PBBC (documento elaborado por diversas sociedades americanas) y la sociedad canadiense de imagen mamaria (CSBI). Centrándonos en el último punto expuesto y revisando las recomendaciones del documento PBBC propuesto por diversas entidades americanas, tenemos que destacar que debido a la falta de medios habituales durante la pandemia, tanto logísticos como de personal sanitario, es necesaria la clasificación o triaje de las pacientes con patología mamaria según esta sea más o menos urgente. Basándonos en el *documento PBBC* hay tres categorías de pacientes⁽²⁾, según la cual podemos dividir a las pacientes en tres categorías:

- A. *Pacientes con patología urgente*, puesto que supone una amenaza para la vida y requiere tratamiento inmediato. En estos casos, es asumible el riesgo de contagio puesto que se requiere un tratamiento inminente. En el caso de la mama deberíamos incluir aquí pacientes con complicaciones postoperatorias inmediatas y emergencias secundarias al tratamiento oncológico⁽²⁾. Por su parte, la *CSBI*⁽⁵⁾ establece como patología de alto riesgo aquella que requiera pruebas de imagen urgentes (abscesos, hematomas, patología infecciosa, sospechas de carcinomas inflamatorios o localmente avanzados o sospecha de cáncer de mama en embarazada), así como casos con algún síntoma guía que haga urgente la necesidad de prueba de imagen (aparición nódulo palpable en mama o axila, engrosamiento cutáneo de la mama, secreciones sanguinolentas o serosas de nueva aparición, establecimiento de linfedema de novo, aparición de piel de naranja o de inversión del pezón), así como considera de alta prioridad aquellos casos que deban ser discutidos en comité multidisciplinar de cara a tomar una decisión crucial para el manejo de la paciente.



- B. *Pacientes que no necesitan un tratamiento inmediato*, cuya patología puede demorarse entre 6-12 semanas, pero no de manera indefinida hasta que acabe la situación de pandemia puesto que podría tener implicaciones pronósticas. En este subgrupo se incluyen pacientes que sería muy beneficioso valorar por parte de los comités multidisciplinares, razón por la cual se decidió continuar con ellos aunque no fuesen presenciales durante toda la situación de pandemia. Aquí se incluyen pacientes con nuevos hallazgos clínicos (patología infecciosa de la mama o nódulos palpables), pacientes en tratamiento quimioterápico activo/neoadyuvancia que requieren control por imagen o paciente postoperadas que requieren revisiones anuales. También se incluyen aquí los procedimientos intervencionistas indicados para pacientes con hallazgos BI-RADS 4 y 5, que requieren toma de muestras para su posterior estudio histológico. Aquellas lesiones menos sospechosas de malignidad (BI-RADS 4a y 3), podrían posponerse durante más tiempo en caso de necesidad en situación de pandemia^(2,5).

- C. *Pacientes con patología que puede demorarse* hasta que termine la situación de pandemia, puesto que una demora en su tratamiento no tendrá implicaciones pronósticas reseñables. Aquí incluimos aquellas pacientes que requieren controles por imagen más estrechos (BI-RADS 3), todo el cribado y los controles de pacientes de alto riesgo (BRCA) por debajo de 40 años, que se podrán posponer otros seis meses^(2,5).

Basándonos en estas *recomendaciones de la GEICAM y la SEDIM* y en la necesidad de reducir al mínimo la presencia de pacientes y personal sanitario en un mismo momento en el entorno hospitalario, **¿cómo hemos cribado en nuestro servicio de radiodiagnóstico a las pacientes con patología mamaria?** En primer lugar, tenemos que diferenciar dos etapas:

- *Primera fase* (15 de Marzo 2020 – 1 de Junio 2020), considerando este el periodo más crítico y de máxima incidencia de la infección en nuestra ciudad y nuestro centro. Durante este periodo se intentó restringir al máximo tanto el número de visitas como el personal sanitario en un mismo turno de trabajo, para ello se llevaron a cabo las siguientes medidas:

- Se aumentó el tiempo de espera entre las pacientes para evitar que se acumularan pacientes en la sala de espera, que debían usar mascarilla durante dicho tiempo, así como mantener la distancia de seguridad de dos metros en caso de haber más de una persona en la sala^(1,4).

- Se realizaba el cribado telefónico de síntomas COVID-19 previamente mencionado antes de la respectiva cita, siendo obligatorio que la paciente acudiera con



maskarilla, así como realizando desinfección de manos de la paciente antes de entrar y al finalizar las respectivas pruebas^(1,4).

- Se restringió la edad de las pacientes, seleccionando solo a aquellas menores de 65 años, debido a que las pacientes más añosas tenían más riesgo de infectarse y generar complicaciones.

- Las pacientes debían acudir sin acompañante, salvo mujeres dependientes, debiendo ser el acompañante menor de 65 años.

- Realización de biopsias en acto único. Como en este punto no teníamos disponibilidad de test- PCR, si se consideraba necesaria la realización de biopsia tras evaluar las pruebas de imagen diagnósticas, se realizaba en acto único si la paciente era asintomática, para evitar otra exposición de la misma al ambiente hospitalario^(1,4).

- En caso de ser posible, se daba una cita única para realización de pruebas radiológicas e informes y la misma mañana la cita con el especialista para revisión clínica, con el fin de reducir el número de visitas hospitalarias por parte de la paciente.

- La selección de la patología mamaria se llevó a cabo de manera multidisciplinar en los comités por videollamada, así como también se realizó una valoración de peticiones procedentes de especialistas y centros de salud por parte de los radiólogos. En un primer momento se descartaron todas las pacientes que entran en la categoría C propuesta por el documento PBBC y algunas de la categoría B; de esta forma se descartaron todas las revisiones de patología benigna o con muy baja probabilidad de malignidad, revisiones de pacientes de alto riesgo, así como las revisiones de pacientes oncológicas con buen control hasta la fecha. El cribado de cáncer de mama tampoco se realizó durante este periodo.

- Los quirófanos de la mama que no requerían ingreso (tumorectomías ± biopsia selectiva de ganglio centinela) fueron los últimos en dejar de funcionar en este periodo, prolongado su actividad dos semanas más que el resto de quirófanos, puesto que se siguieron realizando aquellas cirugías que no requerían ingreso, para evitar la demora de tratamientos, hasta que se suspendió todo tipo de actividad quirúrgica.

- Por parte de Oncología se ha utilizado terapia neoadyuvante con hormonoterapia (letrozol, tamoxifeno) en aquellos cánceres de mama con receptores hormonales positivos y Her2 negativo, basándose en una serie de factores pronósticos según el PEPI Score (*Preoperative Endocrine Prognostic Index*), que tiene en cuenta el tamaño tumoral, la afectación ganglionar, el Ki67 y receptores de estrógenos y progesterona. Este tipo de neoadyuvancia ha demostrado ser beneficiosa en pacientes con estadio 1 y 0 de la



enfermedad y PEPI score de 0, sin necesidad de luego utilizar tratamientos adyuvantes debido a la baja probabilidad de recidiva, así como ha demostrado su beneficio en pacientes con estadios 1 y 0 pero PEPI score > 0, sobre todo en aquellas pacientes luminal B, con Ki67 > 10 %. Este tipo de tratamiento neoadyuvante ha sido muy útil para asegurar el control de la enfermedad en este tipo de pacientes, en las que podría demorarse el tratamiento quirúrgico durante la situación COVID-19 hasta 2-6 semanas.^(1,9,10).

- *Segunda fase* (1 de Junio 2020 hasta el 31 de Agosto de 2020), considerando la finalización del estado de alarma y un descenso en el recuento de casos, se intentó volver a la normalidad manteniendo medidas de prevención. Se reanudaron ciertas actividades al tener una situación de menor riesgo de contagio y son con las que continuamos actualmente.

- Se retomaron las revisiones de pacientes oncológicas ya tratadas.
- Se retiró la restricción de edad, priorizando a las pacientes mayores de 65 años categoría B.

- Se procedieron a reanudar las revisiones de pacientes de alto riesgo (BRCA), así como de la patología procedente de atención primaria (previa valoración de las peticiones).

- Se ha reanudado el cribado, que va retomando paulatinamente su actividad habitual⁽³⁾.

- La mayor disponibilidad de test-PCR permitió poder realizar las pruebas diagnósticas e intervencionistas en doble acto. En caso de requerir un procedimiento intervencionista tras las pruebas de imagen, a la paciente se le solicita una PCR y en caso de ser negativo, se procede a la realización de procedimiento intervencionista a posteriori. Esta medida se basa en un protocolo a nivel hospitalario, ya que se pide a las pacientes un protocolo previo a cualquier procedimiento intervencionista o quirúrgico que implica la realización del test-PCR. Según el protocolo prequirúrgico establecido en nuestro hospital y cuando tuvimos disponibilidad de **test diagnósticos** para detectar la presencia del virus en las pacientes, empezamos a utilizar la prueba recomendada en primer lugar por la GEICAM, que es la PCR⁽¹⁾, ya que tiene la capacidad de detectar la presencia de virus tanto en pacientes sintomáticas como asintomáticas. Se tomaban muestras de exudado oro y nasofaríngeo con una torunda, puesto que combinadas tienen una alta sensibilidad para la detección del virus⁽¹⁾.

- Se reanudaron los **comités multidisciplinares** de forma presencial con las condiciones previamente descritas.

- Por parte de cirugía, las intervenciones que no requieren ingreso hospitalario (tumorectomías ± biopsia selectiva de ganglio centinela) han sido la primera actividad



quirúrgica en reanudarse. Según el protocolo prequirúrgico, es necesario la realización de test-PCR con resultado negativo.

Como bien se ha expuesto en los anteriores apartados, nuestras medidas se asemejan bastante a las recomendaciones generales establecidas por organismos oficiales; sin embargo, es inevitable que algunos puntos deban reajustarse en función de la situación particular de cada centro, teniendo en cuenta la incidencia de la infección en un momento concreto de la pandemia, así como la disponibilidad de medios y personal en dicho momento. Además, en nuestra situación concreta hubo dos factores que dificultaron aún más la realización de nuestra actividad, puesto que casi al inicio de la situación de pandemia tuvimos una baja por contagio de un radiólogo y dos técnicos de la mama, además de que los miembros de nuestra Sección tenían que apoyar las guardias y además informar radiografía de tórax (bien de forma presencial o telemática) por el volumen de trabajo que esto supuso para todo el servicio, ya que desde el primer momento se informó toda la radiografía simple de tórax de pacientes urgentes, ingresados, centros de salud, controles... decidiendo la unidad de mama apoyar en dicho trabajo. Esta labor era necesaria para el manejo general de los pacientes COVID-19 ya que fue la forma de cribar a los posibles pacientes COVID-19 positivo ante la falta de test y PCR, sobre todo en la fase inicial de la pandemia.

En nuestra experiencia, es importante compartir con otros centros las medidas tomadas, sobre todo si han sido eficaces como en nuestro caso, al no haber descuidado la patología mamaria urgente/preferente y haber llevado a cabo unas medidas que han preservado tanto nuestra salud como la de nuestras pacientes, teniendo en cuenta la complejidad de la situación. Es importante recalcar que la situación de pandemia no ha cedido por completo y actualmente no encontramos ante un contexto incierto de rebotes que tendremos que aprender a manejar, y para ello puede ser muy útil compartir información entre los distintos centros, dada la falta de experiencia que tenemos en general sobre el tema, reseñando también que todas estas guías y protocolos propuestos, tendrán que ir cambiando y reajustándose en función de las situaciones venideras que se nos presenten.

Financiación

Sin financiación.



Conflicto de interés

Sin conflicto de intereses.

Referencias

1. Guerrero A., Montero A., Jara C. et al. Documento GEICAM sobre el manejo del paciente con cáncer de mama en la situación de pandemia de COVID-19 en España. España: SEDIM; 2020 [Consultado 5 Ago 2020]. Disponible en: <http://www.sedim.es/nueva/wp-content/uploads/2019/10/GEICAM-COVID-19-y-Cancer-de-Mama-VF-enviado.pdf>
2. Dietz J., Moran M., Isakoff S. et al. Recommendations for Priorization, Treatment and Triage of Breast Cancer Patients During the COVID-19 Pandemic. EEUU: PBCC; 2020 [Consultado 5 Ago 2020]. Disponible en: http://www.sedim.es/nueva/wp-content/uploads/2019/10/The_COVID-19_Pandemic_Breast_Cancer_Consortium_Recommendations.pdf
3. Vázquez Albaladejo C., Pardo R., Piñero A. Influencia de la pandemia por SARS-COV-2 en el manejo de la patología mamaria. SESPM. 2020 [Consultado 28 Ago 2020]. Disponible en: <https://www.sespm.es/resumen-del-webinar-influencia-de-la-pandemia-por-sars-cov-2-en-el-manejo-de-la-patologia-mamaria-organizado-por-sespm/>
4. Sociedad Española de Oncología Médica. Recomendaciones SEOM sobre la infección por coronavirus SARS-CoV-2. España: SEOM; 2020 [Consultado 28 Ago 2020]. Disponible en: https://seom.org/images/RECOMENDACIONES_SEOM_COV19_marzo2020.pdf
5. Canadian Association of Radiologists. The Canadian Society of Breast Imaging (CSBI) and the Canadian Association of Radiology (CAR) Guidelines for Breast Imaging during the COVID-19 Pandemic. Canada: CSBI; 2020 [Consultado 5 Ago 2020]. Disponible en: https://csbi.ca/wp-content/uploads/2020/04/CAR-CSBI_Breast_Imaging_Guidelines_During_COVID-19_2020_04_02_EG.pdf
6. Organización Mundial de la Salud. Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19). Suiza: OMS; 2020 [Consultado 28 Ago 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331695/WHO-2019-nCov-IPC_PPE_use-2020.3-eng.pdf?sequence=9&isAllowed=y



-
7. COVID 19 Pandemic Breast Cancer Consortium (NAPBC, CoC, ASBrS, NCCN). COVID-19 Guidelines for Triage of Breast Cancer Patients. EEUU: PBCC; 2020 [Consultado 28 Ago 2020]. Disponible en: <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/elective-case/breast-cancer>
 8. Seely J., Scaranelo A., Yong-Hing C. et al. Safe Guidelines for Breast Imaging During the Pandemic. SAGE. 2020; 71 (4): 459-469.
 9. Iranzo González V. Abordaje multidisciplinar del tratamiento neoadyuvante del cáncer de mama. SEOM. 2020. [Consultado 29 Ago 2020]. Disponible en: http://www.gruposolti.org/documents/20182/55949/REUNI%C3%93N+SOLTI_26ABRIL_VALENCIA_Dra.Iranzo.pdf/87a519b1-3dc2-4dc7-adae-a310f28a8215
 10. Ellis M., Yu Tao Y., Luo J. et al. Outcome Prediction for Estrogen Receptor-Positive Breast Cancer Based on Postneoadyuvant Endocrine Therapy Tumor Characteristics. JNCI. 2008; 100 (19): 1380-88.