



PROPUESTA DE ACUERDO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SOBRE LA PANDEMIA DE LA COVID-19 Y LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL CÁNCER.

ESTRATEGIA EN CÁNCER DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Enero 2021

La pandemia causada por el Covid-19 está impactando a diferentes niveles en los procesos de diagnóstico y tratamiento de diferentes patologías. En este aspecto, en base a indicadores preliminares, cabe avanzar, que el impacto en el funcionamiento de los procesos de diagnóstico y tratamiento y en los programas de cribado de cáncer, es elevado.

Ante la situación epidemiológica y dada la condición clínica general de los pacientes con cáncer, el sistema sanitario ha evolucionado para dar respuesta, en la medida en que los medios lo han permitido, al tratamiento y al seguimiento de los pacientes con cáncer. Entre los avances más significativos cabe destacar:

- Incorporación de la telemedicina y la telefarmacia para llevar a cabo las visitas de seguimiento de pacientes tanto en tratamiento como, sobre todo, en control post tratamiento.
- Creación de circuitos específicos para pacientes COVID-19 en unidades de oncología radioterápica y, en general en los circuitos asistenciales ambulatorios y hospitalarios.
- Reorientación de los lugares de atención y administración de tratamiento al paciente para minimizar el riesgo como, por ejemplo, la realización de analíticas de control en atención primaria y el tratamiento domiciliario.
- Modificación en el tratamiento del cáncer, como, por ejemplo, promover terapias de quimioterapia oral o neo-adyuvancia cuando era posible; o el hipofraccionamiento en tratamientos de oncología radioterápica fundamentalmente en cáncer de mama y también en otras localizaciones. La modificación de pautas de tratamiento se hizo siguiendo recomendaciones y consensos de sociedades científicas nacionales e internacionales.

No obstante, distintos estudios a nivel europeo han mostrado una reducción de los diagnósticos de cáncer respecto a años anteriores (Dinmohamed AG et al 2020) (Suarez et al 2020). Así pues, el impacto de la pandemia en la prevención del cáncer requerirá de un estudio profundo y detallado en los próximos meses.

Las causas de este descenso en los diagnósticos de cáncer podrían explicarse por las siguientes razones:

- Suspensión de los programas de cribado poblacional para evitar el riesgo adicional para personas invitadas a participar en estos programas y

profesionales y la necesidad de dedicar muchos recursos asistenciales, profesionales y espacios físicos de dichos programas a la atención de la COVID-19.

- Acceso más difícil a los recursos de atención primaria y atención hospitalaria, con alargamiento de los tiempos de intervalo para evaluar síntomas no específicos de cáncer. También mayor dificultad de evaluación de los pacientes con síntomas iniciales vinculados a la teleconsulta.
- Alargamiento del tiempo de acceso a las pruebas de diagnóstico del cáncer, tanto en atención primaria como hospitalaria.
- Cambios en la actitud y predisposición para acudir a los servicios sanitarios por parte de las y los pacientes, motivados por el miedo al posible contagio.

Modificación de pautas terapéuticas como, por ejemplo, promover terapias de quimioterapia oral o neo-adyuvancia cuando era posible; o el hipofraccionamiento en tratamientos de oncología radioterápica fundamentalmente en cáncer de mama y también en otras localizaciones. La modificación de pautas de tratamiento se hizo siguiendo recomendaciones y consensos de sociedades científicas nacionales e internacionales.

La actividad sanitaria, por la vulnerabilidad clínica de las personas con cáncer, no ha podido satisfacer todas sus necesidades clínicas, por protección y por la necesidad de reorientar las actividades asistenciales para hacer frente a la situación crítica que la pandemia ha originado. Se han producido::

- Reducción de las cirugías programadas de cáncer por limitación de acceso a reanimación postquirúrgica, reconversión de espacios y ocupación de camas de hospitales por pacientes con Covid19.
- Reducción de tratamientos que podían suponer un riesgo elevado para el paciente, en las circunstancias de la pandemia, como algunas quimioterapias en pacientes hematológicos.
- Reducción o freno a la actividad de ensayos clínicos, tanto por parte de los promotores como de los hospitales por razones de seguridad de los pacientes.
- Dificultad para garantizar el acompañamiento familiar en el proceso asistencial y, especialmente crítico, al final de la vida y la continuidad asistencial en el duelo.

Otro aspecto que debemos resaltar de forma positiva, es la respuesta que las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes han sido capaces de dar a lo largo de estos meses, con recomendaciones adaptadas a los avances del conocimiento sobre la causa de la pandemia a la situación asistencial y a las opciones diagnósticas y terapéuticas, así como programas de intervención y soporte dirigidos a las personas afectadas de cáncer. En este sentido, los sistemas de información telefónica y canales de atención no presencial (videoconsulta) a las personas con cáncer (pacientes y familiares) promovidos

por dichas entidades, así como las páginas web han sido canales de comunicación eficaces y ágiles. También se ha abierto la discusión ética sobre el uso de recursos escasos en estas circunstancias aplicado al cáncer (Marron et al 2020), claramente situando la maximización de los beneficios clínicos como criterio para la toma de decisiones en este contexto, así como la necesidad de revisar con las y los pacientes las opciones terapéuticas existentes.

Como se ha señalado anteriormente, el impacto de la pandemia en la prevención del cáncer requerirá de un estudio profundo y detallado en los próximos meses. Sin embargo, ya se han publicado ejercicios de modelización del impacto que permiten asegurar que los retrasos en el diagnóstico o en el inicio de tratamiento serán relevantes. Por ejemplo, retrasar la cirugía 3 meses en tumores tiene un impacto relevante en la supervivencia, especialmente si el tumor es agresivo (Sud et al, 2020). Por otro lado, un estudio basado en datos de registros poblacionales en los que se modela el retraso diagnóstico mediante escenarios en los que las y los pacientes diagnosticados en circuitos rápidos son transferidos a circuitos convencionales; resultaba en una estimación del incremento de muertes a los 5 años respecto de las muertes esperadas por cánceres de mama, colon y recto y pulmón entre un 5,8 y 16%. Por lo tanto, tanto el retraso en diagnóstico como en el tratamiento inicial va a tener consecuencias significativas en la supervivencia y en la calidad de vida de los y las pacientes diagnosticados en este periodo. Es lógico, por tanto, plantear que se debe tratar de reducir el impacto con una rápida recuperación de la actividad diagnóstica y terapéutica.

Un aspecto que no se debe olvidar es el impacto psicológico que todos estos cambios han tenido en los y las pacientes y en las personas que padecen algún síntoma que podría ser considerado de alto riesgo para cáncer. El sufrimiento por los retrasos en todo el proceso asistencial o el riesgo adicional que supone la infección por COVID cuando se padece cáncer, así como la percepción de riesgo para visitar el hospital son aspectos muy relevantes y que tendrán consecuencias en el futuro. El Observatorio del Cáncer de la AECC en su Estudio sobre el Diagnóstico del impacto emocional experimentado por las personas afectadas por cáncer durante la crisis de la COVID-19 pone de manifiesto el importante efecto del confinamiento sobre los niveles de malestar psicológico clínico en la población con cáncer, concretamente en las variables referidas a sintomatología ansiosa y depresiva (Yélamos et al, 2020). También el hecho de que los y las pacientes no pudieran acceder a los servicios asistenciales acompañados/as ha contribuido a que el sentimiento de soledad e indefensión aumentara. También ha afectado psicológicamente a los familiares puesto que se les negaba la posibilidad de estar y apoyar a las personas queridas.

Finalmente, también debemos resaltar a los equipos de profesionales sanitarios como elemento clave en la respuesta a la pandemia. Tampoco hay que olvidar el impacto psicológico en éstos por la falta de formación en la atención no presencial, por la toma de decisiones con retrasos en las pruebas diagnósticas,

por los dilemas éticos en las decisiones y por el aumento en la carga de trabajo debido a la disminución de personal.

Marco y objetivo del acuerdo

Este acuerdo surge de la moción aprobada en la Comisión de Sanidad y Consumo del Senado, en su sesión celebrada el día 13 de octubre de 2020 y se enmarca en la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, habiendo sido elaborado y consensuado por el Comité de Seguimiento y Evaluación (anexo).

El objetivo de esta propuesta es acordar prioridades de actuación a implementar en el Sistema Nacional de Salud con el objeto de mejorar la atención sanitaria a las personas con cáncer durante la pandemia de la COVID-19.

Prioridades de actuación

El reto que plantea la pandemia y su evolución futura debe ser considerado de forma singular porque ha puesto de manifiesto la necesidad de impulsar las políticas de salud pública y de promoción de la salud así como reforzarel sistema de atención oncológica en nuestro país. Es difícil plantear prioridades frente a un desafío del cual se conoce todavía poco y que no tiene respuestas claras. Teniendo en cuenta este contexto y las limitaciones de conocimiento existentes se propone:

1. Evaluar el impacto de la pandemia mediante análisis de los datos asistenciales y epidemiológicos disponibles de todo el Sistema Nacional de Salud (SNS). El Ministerio de Sanidad elaborará un informe utilizando las fuentes de información disponibles sobre el impacto de la pandemia sobre el cáncer en colaboración con las comunidades autónomas, sociedades científicas y asociaciones de pacientes.
2. Impulsar políticas sanitarias de promoción de la salud efectivas para disminuir la incidencia del cáncer y continuar los programas de cribado de cáncer, de eficacia demostrada, es una prioridad. La incertidumbre de la evolución de la epidemia de COVID19 en el futuro próximo y la posibilidad de tener que convivir periódicamente o de manera más sostenida con niveles significativos de casos de COVID19 en la población hace necesario plantear estrategias que, en este contexto, permitan el cribado de toda la población diana con la periodicidad recomendada y, así, mantener el máximo beneficio de los cribados en nuestra población.
3. Reorientar los procesos asistenciales para reducir el tiempo desde la sospecha clínica hasta el primer tratamiento. Es importante priorizar la realización de estudios adicionales (colonoscopias, estudios diagnósticos de la mama adicionales, colposcopias, etc.) ante una prueba de cribado ya realizada sospechosa, salvo situaciones excepcionales. Se pueden utilizar priorizaciones en función del riesgo de malignidad de los

resultados de la prueba de cribado (características de las lesiones mamográficas, valor de la prueba de detección de sangre oculta en heces...). Se debe promover una política de información pública que permita que la población invitada a pruebas de cribado tenga conocimiento de las medidas de seguridad frente al SARS-CoV2 disponibles durante el proceso del cribado.

4. Establecer criterios comunes sobre los aspectos asistenciales que deberían ser modificados tras el primer impacto de la pandemia:
 - a. Para mejorar el proceso diagnóstico de cáncer en la atención primaria ante síntomas y signos de sospecha y si las condiciones de seguridad lo permiten:
 - i. favorecer la evaluación de síntomas/signos de sospecha de cáncer a través de la consulta presencial.
 - ii. Continuar las revisiones del programa del niño/a sano/a como fuente de detección de signos de sospecha de cáncer infantil.
 - b. Asegurar el acceso a pruebas diagnósticas en atención primaria y hospitalaria a través de circuitos protegidos frente a la COVID-19.
 - c. Poner en marcha planes para mantener una provisión basal de servicios de diagnóstico y tratamiento de cáncer durante los picos COVID-19. Se debe evitar que una pandemia pueda colapsar el sistema de diagnóstico de enfermedades como las oncológicas.
 - d. Definir el rol de la teleconsulta, telemonitorización y la telefarmacia en el seguimiento de las y los pacientes tratados de cáncer de acuerdo con el contexto asistencial para los pacientes con cáncer en cada fase de su enfermedad.
 - e. Promover estrategias terapéuticas que reduzcan las visitas sanitarias y tengan evidencia científica sólida y provenga de consenso de sociedades científicas, como el hipofraccionamiento en cáncer de mama.
 - f. Establecer mecanismos para mantener de forma segura la cirugía del cáncer, así como el tratamiento sistémico o radioterapia en situaciones de riesgo de infección epidémico (centros específicos para la cirugía, priorización casos).
 - g. Las y los pacientes con cáncer y que sean COVID-19 positivos son un grupo de especial atención y su terapia debe ser adaptada a la

- situación clínica y a la progresiva consolidación de la evidencia clínica sobre su tratamiento óptimo.
- h. Disponer de protocolos homogéneos para garantizar el acompañamiento presencial durante todo el proceso de la atención a las personas con cáncer, especialmente el acompañamiento familiar presencial al final de la vida con la adecuada protección.
 - i. Asegurar la atención al dolor, atención psicológica y los cuidados paliativos así como la atención tanto presencial en las instalaciones sanitarias como domiciliaria, con objeto de mantener la calidad de vida de cada paciente y su familia.
 - j. Facilitar información a las y los pacientes así como a la población de forma continuada sobre las medidas de protección frente a la COVID-19 para garantizar su seguridad durante su atención presencial dentro de lo razonable y del conocimiento existente.
5. Estratificar el riesgo de resultado de salud adverso en función del tipo de tumor, características de cada paciente y situación clínica que permita tomar decisiones basadas en criterios acordados previamente para establecer prioridades de acceso a diagnóstico y/o tratamiento basándose en recomendaciones y consensos de sociedades científicas nacionales e internacionales. Se deberían revisar los ejemplos discutidos estos meses (por ejemplo, Hanna et al, 2020 o Curigliano, 2020) para establecer criterios compartidos que eviten la discusión caso a caso, siempre que nos encontremos en un contexto de escasez de recursos asistenciales.

En el plazo de seis meses tras la aprobación por el pleno del Consejo Interterritorial del SNS se evaluará la implementación de este acuerdo.

Bibliografía

- Dinmohamed AG, Visser O, Verhoeven R et al. Fewer cancer diagnoses during the Covid-19 epidemic in the Netherlands. Lancet Oncol 2020 (published online April 30, 2020)
- Hanna T, Evans G, Booth C. Cancer, COVID-19 and the precautionary principle: prioritizing treatment during a global pandemic. Nature Rev Clin Oncol 2020; 17:268-70.
- Marron JM, Joffe S, Jaggi R et al. Ethics and resource scarcity: ASCO recommendations for the oncology community during the COVID pandemic. J Clin Oncol 2020 (available April 28, 2020).
- Sud A, Jones ME, Broggio J et al. Collateral damage: the impact on outcomes from cancer surgery of the COVID-19 pandemic. Ann Oncol 2020; 31: 1065-74.

Maringe C, Spicer K, Morris M et al. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. Lancet Oncol 2020; 21:1023-34.

Trias-Llimós S, Alustiza A, Prats C, et al. The need for detailed COVID-19 data in Spain. www.thelancet.com/public-health Published online October 9, 2020. doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30234-6.

Suárez J, Mata E, Guerra A, et al. Impact of the COVID-19 pandemic during Spain's state of emergency on the diagnosis of colorectal cancer. J Surg Oncol. 2020;1-5. <https://doi.org/10.1002/jso.26263>

Obispo B., Rogado J et al. Do breast cancer patients with COVID-19 have a poor prognosis? Experience in a hospital in Madrid. Ann Oncol (abstract) Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7506445/>

Special Report: COVID-19's Impact on Breast Cancer Care. Accesible en: <https://www.breastcancer.org/treatment/covid-19-and-breast-cancer-care>

Curigliano G, Banerjee S, Cervantes A et al. Managing patients during the COVID-19 pandemic: an ESMO Multidisciplinary expert consensus. Ann Oncol 2020; 31:1320-36.

Gukenberger M, Belka C, Bezjak A et al. Practice recommendations for lung cancer radiotherapy during the COVID-19 pandemic: An ESTRO-ASTRO consensus statement. Radiother Oncol 2020; 146:223-9.

Yélamos Agua C, De Haro Gázquez D, Fernández Sánchez B y Berzal Pérez E. Covid-19-Emergencia en Cáncer. Diagnóstico del impacto emocional experimentado por las personas afectadas por cáncer durante la crisis del Covid-19. Observatorio del Cáncer de la Asociación Española Contra el Cáncer 2020. Accesible en: <http://observatorio.aecc.es/sites/default/files/informes/Covid19-Impacto-Emocional-2020.pdf>

Posicionamiento de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria sobre Telefarmacia. Recomendaciones para su implantación y desarrollo. Farm Hosp. 2020;44(4):174-81. https://www.sefh.es/fh/197_09consenso0211515esp.pdf

COMITÉ DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA EN CÁNCER DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Coordinador Científico: Josep María Borrás

Comité Institucional:

Andalucía: David Vicente Baz. Aragón: Isabel Cano del Pozo. Asturias (Principado de): Beatriz López Ponga. Baleares (Islas): Carmen Sánchez-Contador Escudero y M^a Eugenia Carandell Jäger. Canarias: Mariola de la Vega Prieto. Cantabria: Mar Sánchez Movellán. Castilla y León: Ana Álvarez Requejo y Purificación de la Iglesia Rodríguez. Castilla-La Mancha: María Peña Díaz Jara. Cataluña: Josep Alfons Espinás Piñol. Comunidad de Valencia: Dolores Salas Trejo. Extremadura: Pablo Borrega García. Galicia:

Sociedad Española de Psico-Oncología (SEPO): Agustina Sirgo Rodriguez y Carmen Meseguer Hernández. Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas (SEHOP): Ana Fernández-Teijeiro Álvarez. Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP): Xavier Matías-Guiu. Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH): Ramón García Sanz. Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC): Begoña Barragán García. Registro Español de Tumores Infantiles (RETI): Rafael Peris Bonet. Asociación Española de Pediatría (AEP): Adela Cañete Nieto. Sociedad Española de Inmunología (SEI): Ignacio Melero Bermejo. Sociedad

Carmen Durán Parrondo. Madrid (Comunidad de): Elena Bartolomé Benito. Murcia (Región de): Olga Monteagudo Piqueras. Navarra (Comunidad Foral): Ruth Vera García. País Vasco: Mikel Sánchez Fernández. Rioja (La): Edelmira Vélez de Mendizábal y Javier Pinilla Moraza. INGESA (Ceuta y Melilla): Antonia Blanco Galán.

Comité Técnico:

Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM): Álvaro Rodríguez-Lescure. Sociedad Española de Epidemiología (SEE): Alberto Ruano Raviña. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP): Carmen Corral Romero. Asociación Española contra el Cáncer (AECC): Ana Fernández Marcos. Federación Española de Padres de Niños con Cáncer (FEPNC): Carmen Menéndez Llaneza. Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO): Ángeles Peñuelas Saiz. Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA): Antonia Gimón Revuelta. Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR): Jorge Contreras Martínez. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC): Merce Marzo Castillejo. Asociación Española de Cirujanos (AEC): José Luis Ramos Rodriguez. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN): Vicente Gasull Molinera. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG): Fátima Santolaya Sardinero. Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer (ASEICA): Xosé R. Bustelo.

Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH): Estela Moreno Martínez. Personas expertas: Pilar Garrido López, Nieves Ascunce Elizaga.

Ministerio de Sanidad

Dirección General de Salud Pública: Pilar Aparicio Azcárraga. Directora General.

Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad: Pilar Campos Esteban. Subdirectora General. Yolanda Agra. Subdirectora General Adjunta. Pilar Soler Crespo. Rosa Mª López Rodríguez. Sonia Peláez Moya. Victoria Labrador Cañadas. Rocío Fernández González.

Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral: Montserrat García Gómez

Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia: Carmen Pérez Mateos.

Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS: Enrique Regidor Poyatos

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición: Marta García Solano.

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios: Blanca García-Ochoa Martín.

Instituto de Salud Carlos III: Marina Pollán Santamaría.