

## EDITORIAL

### Situación actual de la pandemia y el paciente con cáncer

<https://doi.org/10.35509/01239015.810>

El 17 de noviembre de 2019, en Wuhan, ciudad capital de la provincia de Hubei en China, se presenta un hombre de 55 años con una infección respiratoria. Él se convertiría en el primer paciente conocido de la enfermedad por coronavirus (covid-19) (1). Desde que China informara de este problema a la comunidad internacional, el 31 de diciembre, y con la posterior declaración de pandemia el 11 de marzo, han pasado varios meses y varios eventos relevantes, contando con el aislamiento del virus, su bautizo como Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) y la descripción de que, si bien se trata de un virus de ingreso por vía respiratoria con un impacto muy importante a nivel pulmonar, se trata del agente causal de una enfermedad sistémica (2). Previamente, habíamos presentado un recuento de los sucesos más importantes de las pandemias anteriores al siglo XXI y como afectaron en ese momento a los pacientes con cáncer (3); al respecto, se publicaron una serie de recomendaciones sobre cómo abordar la atención de esta población especial (4-7). En este breve escrito, nuestra intención es esbozar la situación actual de la atención de los pacientes con cáncer, el impacto directo e indirecto que tiene la covid-19 sobre los pacientes y algunas consideraciones de acuerdo con la evolución de la pandemia.

En relación con la afectación directa por covid-19, se encuentra que los pacientes con cáncer presentan una mayor frecuencia de covid-19 que la población general, con una prevalencia que puede ser entre una y dos veces más alta (8, 9). La presentación fue más grave en términos de requerimiento de UCI y adicionalmente, la mortalidad fue mayor. En Madrid (España), se reportó en mayo de 2020 que en tres meses habían tenido 1.069 casos con 132 muertes, de los cuales 36 casos fueron en pacientes con cáncer con 15 fallecimientos, de los cuales solo 6 estaban en tratamiento activo (10). En un estudio basado en un registro poblacional de la misma región se incluyeron 697 pacientes con neoplasias hematológicas (11). 139 personas (20%) presentaron covid-19 crítica, 290 (42%) covid-19 grave, 159 (23%) fueron moderados y 104 (15%) tuvieron covid-19 leve. 230 pacientes fallecieron (33%) y se consideró, en el 88% de los casos, que esta era la causa de muerte, que ocurrió alrededor de 9 días después de la confirmación del diagnóstico. En los pacientes con trasplante de células hematopoyéticas, el 46% tuvieron covid-19 grave o crítico. La mortalidad a su vez fue mayor en los pacientes que recibían quimioterapia convencional con respecto a los pacientes sin tratamiento. Pero incluso en pacientes en quienes no se logró confirmar el diagnóstico de covid-19 durante los primeros meses de la pandemia, se vio un mayor impacto en mortalidad. En un centro en la ciudad de Lyon, en el periodo entre el 1 de marzo y el 15 de abril de 2020, ocurrió que —en 302 pacientes con cáncer con sospecha de covid-19— se confirmó el diagnóstico en 55 pacientes (18,2%), murieron 30 pacientes (9,9%), 8 con PCR positiva (14,5%) y los restantes 22 con PCR negativa (8,9%) (12). En este estudio no se encontraron diferencias clínicas o radiológicas entre los dos grupos. Estos hallazgos se han reportado en otras revisiones y llaman la atención sobre el alto riesgo de esta población (13). En Colombia, en el estudio ACHOCC-19 (14), realizado en 22 instituciones en varias ciudades se presenta una cohorte de 742 pacientes con neoplasias no hematológicas, encontrando que el 20,2% requirieron ventilación mecánica y 38,7% requirieron hospitalización; resulta llamativo que se identificara que el 29,6% de los pacientes fueron completamente asintomáticos. 196

(26,3%) pacientes fallecieron, 106 (14,27%) de los cuales fueron soportados con ventilación mecánica. En ese estudio se encontró que a mayor edad mayor mortalidad, como en las cohortes de pacientes sin cáncer, y que la mortalidad fue mayor en aquellos que recibieron esteroides y antibióticos, aunque este hallazgo está relacionado con la gravedad de la covid-19.

Pero el impacto indirecto de covid-19 es igualmente preocupante. La imposición de confinamientos y cuarentenas, así como la adaptación de las áreas hospitalarias para el tratamiento de los pacientes con covid-19, afectó la disponibilidad y la oportunidad del cuidado sanitario del paciente con cáncer. Una revisión sistemática rápida (15) incluyó 19 artículos que tratan sobre el impacto de la pandemia en los pacientes con cáncer. El impacto en el bienestar físico y psicosocial es notable, con la presencia de ansiedad, pensamiento catastrófico, trastornos del sueño, no solo en pacientes con cáncer activo sino también en pacientes sobrevivientes al cáncer. Estos cambios se han documentado incluso a través de redes sociales como Twitter, con análisis que muestran temor ante actividades de diagnóstico y tratamiento por retrasos en tamizaje, diagnóstico y tratamiento, o interrupciones de estos procesos, así como problemas en salud mental ya mencionados (16). Además, debido a las restricciones en la movilidad, hubo demora en el diagnóstico de recurrencia y pérdida en la calidad de vida percibida. Patt et. al. encontraron que en Estados Unidos, en el periodo de marzo a julio de 2020 —etapa que contiene el primer pico, que fue a mediados de abril—, comparado con el periodo de marzo a julio de 2019, hubo una disminución en tamizajes de cáncer de seno de un 85%, de colon en un 75%, próstata en un 74% y pulmón en un 56% (17). Las citas de control y seguimiento ambulatorio cayeron en un 74%, citas de primera vez en un 70%; la aplicación de quimioterapia cayó hasta en un 30%, y procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de estas neoplasias cayeron entre un 20 y un 60%.

En Latinoamérica, la experiencia publicada por el grupo del Hospital Israelita Albert Einstein también muestra un panorama preocupante: al comparar los periodos de marzo a mayo de 2019, con los de 2020, se muestra una caída del 45% en citas ambulatorias, incluyendo una caída del 56,2% para citas de primera vez (18). En el Instituto Nacional de Cancerología de Colombia, al comparar el periodo comprendido

entre marzo de 2019 a febrero del 2020, con el periodo de marzo de 2020 a febrero del 2021, se aprecia una caída de casi un 15% en los egresos hospitalarios y en los días de estancia hospitalaria. Esto afectó la oportunidad del tratamiento, la capacidad de programar cirugías de alta complejidad y la disponibilidad de tratamiento quimioterapéutico ambulatorio y hospitalario.

Las instituciones han buscado la manera de adaptarse a esta situación (19). Teniendo en cuenta el riesgo de morbilidad y mortalidad en los pacientes con cáncer, se han planteado estrategias de tamizaje antes de realizar procedimientos quirúrgicos y quimioterapia, dado el riesgo de realizarlos en pacientes asintomáticos con un riesgo incrementado de mortalidad (20). Adicionalmente, se ha buscado disminuir los desplazamientos de los pacientes, tanto por las estrategias de confinamiento como para disminuir la exposición de los pacientes a posibles pacientes infectados, recurriendo a estrategias basadas en el uso de tecnología. Si bien el uso de telemedicina, tanto para consulta externa como para apoyo administrativo es la punta de lanza más visible, el uso de herramientas de aprendizaje automático (*Deep learning, Machine learning*) para la búsqueda de opciones terapéuticas y facilitar abordajes diagnósticos es uno de los aprendizajes que quedarán de esta pandemia para el enfoque cotidiano de los pacientes (21). La vacunación será uno de los elementos que más impacte en la atención de los pacientes. La disminución de infecciones en trabajadores de la salud disminuye el riesgo de infección en los pacientes con cáncer (22). Así mismo, la vacunación de los pacientes es un paso clave en el regreso a la normalización de las actividades de tamizaje, diagnósticas y terapéuticas en esta población, pero tal y como se esperaba, se ha documentado una respuesta inmunológica menos robusta que la que se encuentra en pacientes sin cáncer (23) pero con una protección clínica aún no determinada.

La pandemia de covid-19 aún continúa y no sabemos cuánto durará. Las medidas tomadas por los diversos actores, la educación de los pacientes en medidas de autocuidado, el apoyo psicológico y emocional, las actividades de tamizaje en pacientes y la vacunación de trabajadores de la salud y personas con cáncer hacen que las perspectivas a mediano plazo sean menos inciertas que lo que planteábamos hace un año. Hacer uso de la informática biomédica para

investigación, diagnóstico y búsqueda de nuevas alternativas terapéuticas que sean efectivas es una oportunidad en el mediano plazo. Por ahora, nuestra actitud sigue siendo la misma: cuidarte es cuidarme, cuidarme es cuidarte.

**Julio César Gómez Rincóna**

Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia.  
GREICAH, Grupo de investigación en Enfermedades Infecciosas, Bogotá, Colombia.  
Universidad El Bosque, Facultad de Medicina, Bogotá, Colombia.

**Bibliografía**

1. Primer contagio de covid-19 en China fue en noviembre, según prensa - Asia - Internacional - ELTIEMPO.COM. 2020 Mar 13 [cited 2021 May 19]; Available from: <https://www.eltiempo.com/mundo/asia/primer-contagio-de-covid-19-en-china-fue-en-noviembre-segun-prensa-472466>
2. Synowiec A, Szczepański A, Barreto-Duran E, Lie LK, Pyrc K. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2): a Systemic Infection. Clin Microbiol Rev [Internet]. 2021 Mar 17;34(2). Available from: <https://journals.asm.org/doi/10.1128/CMR.00133-20>
3. Cuervo Maldonado SI. Pandemia de la covid19 y cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología -ESE: Cómo actuar pronto y seguro. Rev Colomb Cancerol [Internet]. 2020 Nov 30;24. Available from: <https://www.revistacancercol.org/index.php/cancer/article/view/698>
4. Ospina Idárraga JA, Martínez-Cordero H, Idrobo Quintero H, Ortiz Alfaro C, Martínez Correa LM, García JE, et al. Consenso del Grupo de Estudio Latinoamericano de Linfoproliferativos (GELL) para el manejo del Linfoma en estado de Pandemia SARS CoV-2 / COVID 19. Rev Colomb Cancerol [Internet]. 2020 Nov 30;24. Available from: <https://www.revistacancercol.org/index.php/cancer/article/view/690>
5. Martínez-Codero H, Martínez LM, Ospina Idárraga JA, Ruiz Argüelles G, Abello Polo V, Peña Ojeda C, et al. Consenso del Grupo Latinoamericano de estudio de Mieloma Múltiple (MM) GELAMM para el manejo del MM en estado de Pandemia SARS CoV-2 / COVID 19. Rev Colomb Cancerol [Internet]. 2020 Nov 30;24. Available from: <https://www.revistacancercol.org/index.php/cancer/article/view/656>
6. Ospina-Serrano AV, Abello-Polo V, Patino-Escobar OB, Godoy-Barbosa JI, Gonzalez J, Idrobo H, et al. Recomendaciones para el cuidado de pacientes con cáncer y neoplasias hematológicas en el estado de pandemia COVID-19 en Colombia. Rev Colomb Cancerol [Internet]. 2020 Nov 30;24. Available from: <https://www.revistacancercol.org/index.php/cancer/article/view/701>
7. Herazo Maya F, Bruges Maya R, Hincapie Uribe AL, Carvajal Barrera AM, Ospina Serrano AV, Restrepo Ramirez CA, et al. Recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de mama durante la pandemia de SARS-Cov-2/COVID-19 en Colombia. Rev Colomb Cancerol [Internet]. 2020 Nov 30;24. Available from: <https://www.revistacancercol.org/index.php/cancer/article/view/687>
8. Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. Lancet Oncol [Internet]. 2020 Mar;21(3):335-7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1470204520300966>
9. Desai A, Sachdeva S, Parekh T, Desai R. COVID-19 and Cancer: Lessons From a Pooled Meta-Analysis. JCO Glob Oncol [Internet]. 2020 Nov;(6):557-9. Available from: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/GO.20.00097>
10. Lara Álvarez MÁ, Rogado Revuelta J, Obispo Portero B, Pangua Méndez C, Serrano Montero G, López Alfonso A. Mortalidad por COVID-19 en pacientes con cáncer en un hospital de Madrid durante las primeras 3 semanas de epidemia. Med Clin (Barc) [Internet]. 2020 Sep;155(5):202-4. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775320302815>
11. García-Suárez J, de la Cruz J, Cedillo Á, Llamas P, Duarte R, Jiménez-Yuste V, et al. Impact of hematologic malignancy and type of cancer therapy on COVID-19 severity and mortality: lessons from a large population-based registry study. J Hematol Oncol [Internet]. 2020 Dec 8;13(1):133. Available from: <https://jhoonline.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13045-020-00970-7>
12. Assaad S, Avrillon V, Fournier M-L, Mastroianni B, Russias B, Swalduz A, et al. High mortality rate in cancer patients with symptoms of COVID-19 with or without detectable SARS-COV-2 on RT-PCR. Eur J Cancer [Internet]. 2020 Aug;135:251-9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0959804920303142>
13. Pathania AS, Prathipati P, Abdul BA, Chava S, Katta SS, Gupta SC, et al. COVID-19 and Cancer Comorbidity: Therapeutic Opportunities and Challenges. Theranostics [Internet]. 2021;11(2):731-53. Available from: <https://www.thno.org/v11p0731.htm>
14. Ospina AV, Bruges R, Mantilla W, Triana I, Ramos P, Aruachan S, et al. Impact of COVID-19 infection on cancer patients experience in Latin American country, ACHOCC-19 Study. Oncologist [Internet]. 2021 Jun 15;onco.13861. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/onco.13861>
15. Jammu AS, Chasen MR, Lofters AK, Bhargava R. Systematic rapid living review of the impact of the COVID-19 pandemic on cancer survivors: update to August 27, 2020. Support Care Cancer [Internet]. 2021 Jun 26;29(6):2841-50. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s00520-020-05908-w>
16. Moraliyage H, De Silva D, Ranasinghe W, Adikari A, Alahakoon D, Prasad R, et al. Cancer in Lockdown: Impact of the COVID-19 Pandemic on Patients with Cancer. Oncologist [Internet]. 2021 Feb 26;26(2). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/onco.13604>
17. Patt D, Gordan L, Diaz M, Okon T, Grady L, Harmison M, et al. Impact of COVID-19 on Cancer Care: How the Pandemic Is

Delaying Cancer Diagnosis and Treatment for American Seniors. *JCO Clin Cancer Informatics* [Internet]. 2020 Nov;(4):1059-71. Available from: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/CCI.20.00134>

18. Araujo SEA, Leal A, Centrone AFY, Teich VD, Malheiro DT, Cypriano AS, et al. Impact of COVID-19 pandemic on care of oncological patients: experience of a cancer center in a Latin American pandemic epicenter. *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2020 Dec 17;19. Available from: <https://journal.einstein.br/article/impact-of-covid-19-pandemic-on-care-of-oncological-patients-experience-of-a-cancer-center-in-a-latin-american-pandemic-epicenter/>
19. Addeo A, Friedlaender A. Cancer and COVID-19: Unmasking their ties. *Cancer Treat Rev* [Internet]. 2020 Aug;88:102041. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0305737220300797>
20. Saavedra Trujillo CH. SECCION VII. Poblaciones especiales. *Infectio* [Internet]. 2021 Apr 30;25(4):174. Available from: <http://revistainfectio.org/index.php/infectio/article/view/971>
21. Han HJ, Nwagwu C, Anyim O, Ekweremadu C, Kim S. COVID-19 and cancer: From basic mechanisms to vaccine development using nanotechnology. *Int Immunopharmacol* [Internet]. 2021 Jan;90:107247. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1567576920337140>
22. Hall VJ, Foulkes S, Saei A, Andrews N, Oguti B, Charlett A, et al. COVID-19 vaccine coverage in health-care workers in England and effectiveness of BNT162b2 mRNA vaccine against infection (SIREN): a prospective, multicentre, cohort study. *Lancet* [Internet]. 2021 May;397(10286):1725-35. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067362100790X>
23. Monin L, Laing AG, Muñoz-Ruiz M, McKenzie DR, del Molino del Barrio I, Alaguthurai T, et al. Safety and immunogenicity of one versus two doses of the COVID-19 vaccine BNT162b2 for patients with cancer: interim analysis of a prospective observational study. *Lancet Oncol* [Internet]. 2021 Jun;22(6):765-78. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1470204521002138>