

Preguntas y respuestas sobre la COVID-19

con

**Jessica Donington, MD,
MSCR, Jefa de Cirugía
Torácica de la Universidad
de Chicago**

5 de abril de 2020

LUNGeVity habló con Jessica Donington, Doctora en Medicina, Magíster en Ciencias en Investigación Clínica, quien respondió varias preguntas sobre la COVID-19 y la cirugía de cáncer de pulmón desde su perspectiva como cirujana torácica en la Universidad de Chicago. Es importante tener en cuenta que la conversación tuvo lugar el 5 de abril, ya que los problemas relacionados con la pandemia de COVID-19 pueden cambiar rápidamente.

A continuación, se encuentran las respuestas a las preguntas discutidas en el video adjunto:

Como cirujana torácica, ¿cuáles son las cinco cosas principales que le diría a nuestra comunidad de cáncer de pulmón sobre la COVID-19?

Lo más importante con lo que comenzaría es que debemos hacer todo lo que los funcionarios de salud pública nos dicen para estar protegidos, incluido el autoaislamiento.

En segundo lugar, les recordaría que ustedes son las personas para quienes se toman algunas de estas precauciones porque las personas con cáncer de pulmón tienen un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad relacionadas con estas infecciones. Todo este aislamiento y distanciamiento social se trata de mantener a las personas como usted a salvo, ¡y ustedes son realmente importantes para nosotros!

Lo tercero es que sabemos que las interacciones con la comunidad de asistencia médica son fundamentales para usted, pero estamos haciendo lo mejor que podemos para limitarlas tanto como sea posible. Estamos tratando de ser ágiles. Estamos tratando de brindarle atención sin ponerlo en mayor riesgo. Eso significa que algunas de nuestras políticas, algunas de las cosas que solían ser estándar de atención, ahora son muy diferentes. Esto se debe a que, una vez más, el riesgo de venir a vernos puede no valer el tratamiento que brindamos cada día.

El cuarto punto es reconocer que todos estamos trabajando en planes de tratamiento, que pueden no ser lo que eran antes. Esto se debe a que, una vez más, el riesgo de venir a vernos puede no valer el tratamiento que brindamos cada día. Muy importante, nuestro campo está avanzando.

El quinto punto es para algunos de mis pacientes en etapa inicial. Aunque pensamos que el cáncer de pulmón es una enfermedad increíblemente mortal, creemos que algunos de nuestros pacientes con tumores muy tempranos con opacidades en vidrio esmerilado podrían estar en el grupo al que de repente decimos que es más seguro observar y esperar para luego seguir adelante. ¡Pero no los estamos ignorando! Podemos mantenernos muy comprometidos, y reanudaremos los tratamientos y lo llevaremos a realizar biopsias adecuadas cuando creamos que la relación riesgo/beneficio tiene sentido.

¿Deben los pacientes programados para cirugía pulmonar retrasarla?

Hay muchos factores que influyen en cómo decidimos qué cirugías pueden y deben retrasarse. En primer lugar, si su ciudad se encuentra en la fase 3, lo que significa que todo el sistema de atención médica se ha utilizado al máximo, entonces nadie se someterá a cirugía en este momento por cáncer de pulmón a menos que sea un problema que ponga en peligro la vida de inmediato. Si se encuentra en una ciudad en fase 1 o 2, el Colegio Americano de Cirujanos (*American College of Surgeons*) y muchas otras organizaciones nos han dado criterios en cuanto a qué tipo de pacientes deberían someterse a cirugía o no. A la mayoría de los pacientes con tumores en estadio I, de menos de 1.5 centímetros o que son de vidrio esmerilado mixto, se les dice que pueden posponer la cirugía en este momento. No creemos que un retraso de dos, seis o tal vez incluso 12 semanas afecte significativamente su supervivencia.

Esas son las recomendaciones ahora. Los tumores carcinoides también encajan en este grupo. Para los pacientes con enfermedad en estadio II y estadio III, estas preguntas son mucho más difíciles. Cada institución está estableciendo sus propias prioridades en cuanto a qué tipos de cirugías van a proceder. La mayoría de las cirugías electivas en los Estados Unidos están en espera en este momento, pero la cirugía contra el cáncer realmente no encaja como electiva. La definición de lo que debería ser prioridad es única para cada institución. Dentro de mi institución, hemos creado una escala de prioridad denominada escala MNTS (*Medically Necessary Time-Sensitive*): cirugía urgente médicamente necesaria. Quién debe proceder y cómo, y no solo tiene en cuenta su enfermedad, sino también el paciente individual y la utilización de recursos del hospital. ¿Este paciente necesita una cama en UCI después de la cirugía? ¿Requiere este paciente 10 personas del equipo de atención médica para que la operación funcione? Todo eso entra en la decisión. Y luego en todo el hospital, simplemente pasamos por esa escala todos los días. Tomamos los principales pacientes y decimos: "Nos gustaría hacer su cirugía hoy. ¿Puede venir?" Y, realmente, nos ha obligado a nosotros y a nuestros pacientes a tomar esta decisión día a día.

El último grupo son los pacientes en estadio III. Hemos tomado la decisión de tomar a personas que una vez pensamos que estaban en el estadio III operatorio y les dijimos que creemos que la terapia no operatoria puede ser mejor en este momento. Esto se debe a los enormes recursos para pacientes hospitalizados necesarios para operar a un paciente con enfermedad en estadio III. También se combina con el nuevo beneficio que hemos encontrado en la terapia no operatoria con la adición de algunas inmunoterapias después de la quimioterapia y la radiación.

Usaste la frase "cirugía electiva", y eso es algo que hemos estado escuchando mucho. ¿Puedes decirnos qué significa cirugía electiva?

Ya no sabemos qué significa cirugía electiva. Creo que pensamos que la cirugía clásica completamente optativa es, digamos, procedimientos de cirugía plástica a los que la gente decide someterse. Es por eso que realmente nos gusta el término urgente, médicamente necesario. La cirugía contra el cáncer nunca se ha considerado electiva en los Estados Unidos. Siempre hemos reconocido que esta es una de las principales formas de curar el cáncer y que de ninguna manera es electiva, pero eso no significa que todo deba hacerse hoy.

Por eso ha sido un poco desafiante. Diría que los dos campos que han sido los más desafiados por lo que es electivo y lo que no, son la cirugía contra el cáncer y la cirugía cardiovascular. Está muy claro, por ejemplo, que si usted tiene una obstrucción intestinal, necesitará una cirugía el día de hoy. Para nosotros, es muchísimo más difícil. Es por eso que muchas instituciones tienen estas escalas y estas

nuevas categorías de lo que debe hacerse esta semana y lo que podemos posponer hasta que la pandemia termine.

Creo que es importante que nuestros pacientes sepan que nuestros comités de tumores aún se llevan a cabo. Todas las instituciones que sé que contaban con un comité de tumores, todavía realizan estas reuniones, y nosotros las hacemos virtualmente. En cuanto a los pacientes con cáncer en estadio I, conversamos sobre cuál es el beneficio de la cirugía versus SBRT en términos de riesgo, recursos, supervivencia y todo lo demás. Las conversaciones han cambiado, pero no es que no se realizan.

¿Deben los pacientes, que ya se han sometido a cirugía y se supone que deben recibir quimioterapia adyuvante, esperar antes de ir a un centro de infusión intravenosa?

Del mismo modo que tenemos una nueva discusión con los pacientes sobre el riesgo de someterse a una cirugía, también tenemos una nueva discusión con nuestros pacientes sobre el riesgo de comenzar la quimioterapia. Se les pide a todos nuestros centros de infusión intravenosa que prioricen los recursos de la misma manera que priorizamos la cirugía, y que primero tratemos a aquellos pacientes con mayor necesidad. Nuevamente, según dónde se encuentre en la pandemia, habrán diferentes recomendaciones sobre comenzar o no con la quimioterapia. Creo que esta es una discusión que debe tener con su oncólogo sobre los recursos disponibles, la protección que se ha implementado y demás. Esa es claramente una nueva discusión, y el resultado puede depender del estadio de su cáncer extirpable; el estadio IB versus el estadio IIIA es nuevamente una discusión muy diferente.

¿Deben los pacientes, que ya se han sometido a cirugía y se supone que deben recibir radioterapia, esperar antes de recibirla?

Una vez más, esto depende en gran medida de los recursos. En radiación se tienen los mismos problemas. Han tenido que intentar seguir los tratamientos de los pacientes; distribuirlos durante varios días para que los pacientes no se topen entre ellos en las salas de espera, y que el personal pueda mantenerse separado. Nuevamente, puede depender de la indicación de su radiación. Si su radiación se realiza por márgenes positivos o enfermedad residual conocida, existe una mayor necesidad para ello, pero es una discusión que usted debe tener con su radioncólogo para determinar si es seguro esperar o no.

¿Tiene algún consejo para nuestra comunidad de cáncer de pulmón sobre cómo manejar el estrés y la ansiedad?

Es difícil, y no sé si conectarse a Internet y leer todo lo que hay disponible sea particularmente útil. Realmente hemos utilizado mucha de nuestra tecnología para, mediante nuestras computadoras, ser capaces de estar frente a frente con nuestra comunidad, siendo este un medio realmente importante para controlar el estrés. No sé si mis pacientes quieran escuchar esto o no, pero les diré que hablar con mis pacientes es la manera en que alivio mi estrés de tener todas estas reuniones sobre cómo vamos a manejar esta enfermedad y que la COVID esto y la COVID lo otro. Lo que más me ayuda es pasar esos minutos al final del día hablando por teléfono con mis pacientes y decir: "Hola, ¿cómo estás?"

Creo que solo debes seguir extendiéndoles la mano. Todos los proveedores están muy ansiosos por el hecho de que tampoco pueden verte todos los días, como estamos acostumbrados. No creo que tengan que sentirse mal por llamar a sus profesionales, sus cirujanos y su personal. Ellos quieren saber de usted, y si eso lo ayuda, siento que nosotros también lo queremos. Nuestras instituciones son un poco lentas para atender todas las visitas virtuales y con toda la tecnología necesaria para ellas, pero todos estamos trabajando muy rápido para conseguirlo, de modo que, con suerte, algo de ese estrés se pueda

aliviar al discutirlo con aquellos que se preocupan por usted.

¿Cuál es su mensaje de esperanza para la comunidad de cáncer de pulmón en estos tiempos de COVID-19?

Mi mensaje de esperanza es que ustedes son importantes para nosotros. Entendemos por completo que ustedes se encuentran en este grupo que está especialmente estresado. Es muy estresante tener cáncer de pulmón. Es muy estresante vivir una pandemia, y estar en el punto crucial entre los dos es realmente muy difícil. Como comunidad de tratamiento, estamos haciendo todo lo posible para asegurarnos que su atención sea una prioridad. La mayoría de nuestros centros médicos tratan casos de cáncer de pulmón, y tienen personas que están trabajando para asegurarse de que podamos brindar atención en un ambiente seguro y novedoso; y estamos avanzando.