



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Cambios en el manejo ambulatorio de pacientes con cáncer de próstata durante la pandemia por SARS-CoV-2. Revisión bibliográfica y aporte de nuestro grupo en atención telemática



J. García Rodríguez*, C. González Ruiz de León, R. Sacristán González, S. Méndez Ramírez, L. Modrego Ulecia y J.M. Fernández-Gómez

Servicio de Urología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

Recibido el 6 de abril de 2021; aceptado el 18 de abril de 2021

Disponible en Internet el 30 de abril de 2021

PALABRAS CLAVE

Cáncer de próstata;
COVID-19;
Atención telemática

Resumen

Introducción y objetivo: La pandemia por COVID-19 ha supuesto un cambio en la atención a pacientes en el ámbito urológico, especialmente con cáncer de próstata.

El objetivo de este trabajo es mostrar los cambios en el manejo a nivel ambulatorio individualizando para cada perfil de paciente la atención telemática.

Materiales y métodos: Se han revisado artículos publicados desde marzo del 2020 hasta enero del 2021. Se han seleccionado aquellos que aportaban los mayores niveles de evidencia en cuanto al riesgo en distintos aspectos: cribado, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de próstata.

Resultados: Desarrollamos una clasificación según prioridades, en diferentes etapas de la enfermedad (cribado, diagnóstico, tratamiento y seguimiento) adaptando a esta el tipo de control: presencial o telefónico. Establecemos 4 opciones: prioridad A o baja, en la que la atención será telefónica en todos los casos; prioridad B o intermedia, en la que si el paciente valorado telefónicamente se considera subsidiario de visita presencial, esta se citará dentro de los 3 meses posteriores; prioridad C o alta, el paciente será visto presencial con un margen para la visita de 1 a 3 meses, y prioridad D o muy alta, la visita deberá ser siempre presencial con un margen de hasta 48 h y considerada muy preferente.

Conclusiones: La atención telemática en cáncer de próstata representa una oportunidad para desarrollar nuevos protocolos de actuación y seguimiento que deberán ser analizados exhaustivamente en futuros trabajos con el fin de conformar un entorno seguro y garantizar resultados oncológicos para los pacientes.

© 2021 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgrmed@hotmail.com (J. García Rodríguez).

KEYWORDS

Prostate cancer;
 COVID-19;
 Telematic care

Changes in the ambulatory care of prostate cancer patients during the SARS-CoV-2 pandemic. Literature review and contribution of our group in telematic care

Abstract

Introduction and objective: The COVID-19 pandemic has brought about changes in the management of urology patients, especially those with prostate cancer.

The aim of this work is to show the changes in the ambulatory care practices by individualized telematic care for each patient profile.

Materials and methods: Articles published from March 2020 to January 2021 were reviewed. We selected those that provided the highest levels of evidence regarding risk in different aspects: screening, diagnosis, treatment and follow-up of prostate cancer.

Results: We developed a classification system based on priorities, at different stages of the disease (screening, diagnosis, treatment and follow-up) to which the type of care given, in-person or telephone visits, was adapted. We established 4 options, as follows: in priority A or low, care will be given by telephone in all cases; in priority B or intermediate, if patients are considered subsidiary of an in-person visit after telephone consultation, they will be scheduled within 3 months; in priority C or high, patients will be seen in person within a margin from 1 to 3 months and in priority D or very high, patients must always be seen in person within a margin of up to 48 hours and considered very preferential.

Conclusions: Telematic care in prostate cancer offers an opportunity to develop new performance and follow-up protocols, which should be thoroughly analyzed in future studies, in order to create a safe environment and guarantee oncologic outcomes for patients.

© 2021 AEU. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La pandemia por COVID-19 (enfermedad causada por coronavirus en el año 2019) ha supuesto un cambio en el enfoque de la atención urológica general y, en especial, en los pacientes oncológicos. La alarma generada y la necesidad de proteger a la población y al profesional de la exposición al virus ha supuesto un cambio en la concepción que teníamos hasta ahora de la atención tanto en el ámbito quirúrgico como en la consulta.

El cáncer de próstata (CP) permite cierto margen a la hora de planificar su diagnóstico, seguimiento y tratamiento, lo que facilita diseñar con seguridad oncológica una hoja de ruta basada en un cribado y una selección de prioridades.

El trabajo en unidades de uro-oncología como la nuestra se fundamenta en una consulta ambulatoria específica donde se realiza una atención integral al paciente con CP. El enfoque multidisciplinar convierte la atención individualizada en transversal, siendo el paciente valorado por distintas especialidades según sus necesidades. Y del mismo modo que durante la pandemia se ha producido la adaptación de los tratamientos mediante cirugía, también ha habido cambios en la atención presencial en consultas.

La Organización Mundial de la Salud declaró el brote causado por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2 o síndrome respiratorio agudo severo causado por coronavirus de tipo 2) una urgencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) el 30 de enero del 2020. El 11 de febrero del 2020 denominó a la enfermedad causada por el virus como COVID-19, declarándose la situación de pandemia el 11 de marzo del 2020.

El SARS-CoV-2 tiene una capacidad de transmisión e infección muy alta, manifestándose como una neumonía que puede causar problemas respiratorios severos y que requerirá, en algunos casos, ventilación asistida y cuidados intensivos. La saturación generada en los hospitales, la alarma social y la necesidad de proteger a determinados colectivos más vulnerables han cambiado la práctica habitual en las unidades de urología.

Los centros hospitalarios han sido ocupados bien en su totalidad o de forma parcial por pacientes con SARS-CoV-2, lo cual ha generado una imposibilidad para mantener la atención sanitaria habitual, produciéndose retrasos en consultas, estudios, diagnósticos y tratamientos. El tratamiento del CP ha sido el principal foco de atención en esta pandemia, sin embargo, en un trabajo basado en encuestas para examinar el impacto global de la COVID-19 en la atención urológica se informó una demora de más de 8 semanas en el 28% de las consultas, en el 30% de procedimientos ambulatorios y en el 31% de las cirugías urológicas¹. Esto ha supuesto un cambio radical en la atención al paciente. El impacto de estos cambios ha determinado la necesidad de una adaptación casi diaria y como resultado de esta la generación de nuevas pautas de trabajo. Se han desarrollado protocolos de priorización, fundamentalmente quirúrgica, implementándose del mismo modo la atención telemática²⁻⁴, si bien existen pocas publicaciones en este aspecto. En cuanto a esta última, no hemos encontrado criterios claros de actuación en la literatura revisada, por lo que desarrollamos una propuesta propia para los pacientes con CP.

El objetivo de este trabajo es mostrar la repercusión de la pandemia por SARS-CoV-2 sobre el manejo de los pacientes con CP y determinar la mejor adaptación posible e

individualizada para cada perfil de paciente especialmente en el ámbito ambulatorio, escenario en el que la atención telefónica ha adquirido un papel relevante.

Obtención de la evidencia

Se han revisado los artículos publicados en revistas de lenguaje español e inglés desde marzo del 2020 hasta enero del 2021. Se han seleccionado aquellos que aportaban los mayores niveles de evidencia en cuanto al riesgo en cada campo: cribado, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del CP.

Síntesis de la evidencia

Con relación al diagnóstico inicial de CP, Bakouny et al.⁵ analizan la implicación que el retraso en el cribado y diagnóstico puede tener sobre los pacientes en el ámbito oncológico encontrando que puede haber existido una disminución significativa en pruebas de detección y en número de diagnósticos de CP durante la pandemia. El porcentaje de positividad para el PSA pudo ser más alto durante el período de pandemia en comparación con los períodos de control (3 meses previos y mismo período del año anterior), un 22,7% frente al 9,9-13,2%, lo que puede reflejar la priorización de los pacientes con alta sospecha de CP. Sin embargo, las disminuciones porcentuales en detección fueron claras, en comparación con los de control, con variaciones entre un 60 y un 82% menos, según las pruebas analizadas en distintos ámbitos oncológicos, no solo en CP.

Las disminuciones porcentuales en los diagnósticos resultantes de las pruebas de detección del cáncer, también fueron evidentes (19-78% menos). Concluyen que si se hubiera examinado el mismo número de pacientes durante el período pandémico que en los 3 meses anteriores, aproximadamente 1.438 diagnósticos de sospecha no hubiesen sido obviados durante los primeros 3 meses de pandemia. En esta misma línea, un análisis de de Vincentiis et al. evalúa las tasas de diagnóstico de cáncer durante el período de pandemia encontrando una disminución del 39% con relación al promedio de diagnóstico 2018 y 2019. En CP hubo una reducción del 75%, aunque destaca que en número de diagnósticos de alto riesgo (ISUP 4-5), la reducción fue irrelevante, enfatizando que el retraso se centró más en riesgo bajo e intermedio⁶.

En CP, las consecuencias no parecen ser tan importantes comparado con otros tumores urológicos, aunque se desconoce con exactitud la repercusión que el retraso en realizar una prostatectomía radical (PR) puede tener sobre progresión o mortalidad en CP.

Sobre la biopsia prostática (Bp) no hay un consenso claro, priorizando o no de forma individualizada. La Sociedad Europea de Urología (EAU)⁷ recomienda retrasar las Bp, únicamente se realizarían antes de 3 meses, en casos con PSA ≥ 10 ng/ml o tacto rectal (TR) anormal sin resonancia; solo en caso de enfermedad localmente avanzada o sintomática se indicarían con una mayor prioridad. En caso de síntomas indicativos de metástasis se debe estadificar con prioridad alta mediante pruebas de imagen, recomendándose inicio de terapia de privación androgénica (TPA) si existe evidencia de extensión metastásica. En estos casos se podría posponer la biopsia. En vigilancia activa (VA) se puede retrasar la biopsia

de confirmación hasta 6 meses y el control con PSA con un máximo de 6 meses. Por su parte, la Sociedad de Urología de Australia y Nueva Zelanda (USANZ) defiende que la clasificación PIRADS 4/5 debe manejarse según práctica habitual⁸.

Un trabajo multicéntrico español ha confeccionado una serie de recomendaciones con relación al CP, desde el cribado hasta el tratamiento, utilizando un código de colores y categorías: emergencia, urgencia, urgente electiva, electiva y diferible⁹. Obek et al. realizan recomendaciones respecto a detección precoz, pudiéndose retrasar esta hasta el final de la pandemia si el paciente no presenta síntomas, ya que un retraso en 6-12 meses no debería tener ninguna incidencia negativa en la mayoría de los CP. La Bp solo se debe considerar en pacientes con PSA > 10 -20 ng/ml y TR anormal. Respecto a la indicación de inicio de tratamiento sistémico, en caso de metástasis, recomiendan posponer la biopsia e iniciar TPA¹⁰.

Respecto al ámbito del tratamiento, un trabajo retrospectivo sobre 513 pacientes de Meunier et al. basado en el riesgo de recidiva bioquímica (RBq) determina que parece no haber un umbral de tiempo para tratar pacientes con tumores Gleason score (GS) 6, este sería de 90 días para GS 7 y de 60 días para $GS \geq 8$ ¹¹. Gravas et al., evaluando la práctica clínica adaptada a la pandemia, ratifican esto analizando el nivel de adaptación a guías, encontrando que la PR es la intervención oncológica que recibió prioridad más baja exceptuando únicamente el alto riesgo, con una puntuación entre 4 y 5, siendo 1 la prioridad más baja y 10 la más alta¹².

La idea que subyace es que posponer los tratamientos para el CP de riesgo bajo e intermedio podría ser seguro, considerando el probable escaso efecto clínico que esto supone. Sin embargo, en el alto riesgo la controversia es mayor⁸.

Autores como Ficarra et al. dividen las cirugías según prioridad en varias categorías:

- Cirugías no aplazables, en las que un retraso podría afectar gravemente a los resultados oncológicos. Sería el caso del CP de alto riesgo o localmente avanzado no subsidiario de radioterapia (RT).
- Cirugías semi no diferibles en función de la afectación en cada región por COVID-19. Incluyendo aquí a pacientes con riesgo intermedio.
- Cirugías que pueden ser diferidas o con alternativas terapéuticas viables.

Centran su recomendación en solo realizar PR en alto riesgo, localmente avanzado y en pacientes no susceptibles de RT. Respecto a la Bp, proponen posponerla excepto en casos con una alta sospecha clínica si la fase de urgencia por COVID-19 se alarga en el tiempo¹³.

Stensland et al. sugieren posponer la mayoría de las PR, incluyendo el alto riesgo, dada la existencia de alternativas como RT¹⁴. Un retraso incluso mayor a 12 meses no debería alterar el seguimiento y la mortalidad cáncer específica. Fossati et al. sobre control oncológico y el impacto del tiempo entre diagnóstico de CP y PR, revisaron 2.653 pacientes tratados mediante PR encontrando que 283 experimentaron RBq y 84 recurrencia clínica (Rc). Los pacientes con mayor riesgo tuvieron tasas más altas de ambas después

de 12 meses de retraso del tratamiento quirúrgico. Objetivan que, en alto riesgo, el tiempo de espera se asoció significativamente tanto con la RBq como con la Rc, aunque la significación clínica se manifestó sobre todo a partir de los 12 meses¹⁵.

La EAU categoriza según un código de colores distintas prioridades⁷:

- Baja (verde): cuando el daño clínico entendido como progresión, metástasis o pérdida de función es muy poco probable si el tratamiento se pospone durante 6 meses.
- Intermedia (amarillo): se puede cancelar, pero debe reconsiderarse en caso de aumento de la capacidad asistencial, dado el probable daño clínico si se pospone 3-4 meses.
- Alta (rojo): última en cancelar. Evitar un retraso de más de 6 semanas por daño clínico muy probable si se pospone más tiempo.
- Emergencia: no se puede posponer más de 24 h por suponer una amenaza para la vida del paciente.

Así, respecto a la PR solo se recomienda realizarla en tumores localmente avanzados, incluyendo afectación ganglionar. Valorándose TPA más RT como alternativa a la cirugía y neoadyuvancia (NA) en sintomáticos, más RT 6 a 12 meses después. Ginsburg et al. objetivan que retrasos de hasta 12 meses no tendrán peores resultados oncológicos (anatomía patológica adversa, estadificación o tratamiento secundario) para el CP de riesgo intermedio y alto¹⁶.

Según Obek et al., la cirugía se podría demorar hasta 6-12 meses en riesgo intermedio desfavorable sin utilizar TPA NA¹⁰. Sin embargo, en alto riesgo, no conviene retrasarla más de 6 meses valorando como mejor opción la RT. En la afectación ganglionar, se requiere tratamiento dentro de las 6 semanas de diagnóstico, siendo la TPA más RT la mejor opción¹⁷. Kutikov et al. recomiendan que el alto riesgo sea tratado inmediatamente, aunque categoriza por edades¹⁸.

En cuanto al CP hormonosensible metastásico (CPHsM+) y CP resistente a castración metastásico (CPRCM+), la EAU y más autores plantean ofrecer tratamiento inmediato con abiraterona, apalutamida o enzalutamida evitando en lo posible el uso de quimioterapia⁷, enfatizando que las visitas presenciales se deberían considerar siempre en casos con CP de nuevo diagnóstico avanzados (ganglios+, M+)¹⁷.

Prescribir TPA NA en esta situación es una opción. Pacientes tratados mediante NA tuvieron mejores resultados patológicos después de la PR¹⁹. Tumores cT2 mostraron cifras de recurrencia local más bajas, en T3, aunque hubo menos tasas de márgenes positivos, el uso de NA no determinó menores tasas de progresión de PSA, aunque pacientes que recibieron más de 3 meses de NA tuvieron un riesgo menor de RBq a los 5 años en comparación con solo cirugía²⁰, la ventaja en supervivencia se desconoce. Algunos trabajos defienden la atención preferencial al alto riesgo considerando el uso de NA²¹, basándose en que el grupo de NA obtiene un estadio T patológico más bajo, menor probabilidad de invasión de vesículas seminales, ganglios linfáticos positivos o márgenes quirúrgicos positivos²².

Si bien la priorización respecto a la cirugía parece segura, no ocurre lo mismo con el conocimiento sobre cómo se debe realizar la transición hacia las consultas telemáticas

en pacientes con CP. ¿Son todos los pacientes susceptibles de una visita telefónica? o, dicho de otro modo, ¿es necesario evaluar presencialmente a todos los pacientes? Como debemos, en definitiva, seleccionar quién es presencial y quién no.

En un trabajo realizado desde el departamento de urología de Montefiore se tomó la decisión de convertir todas las visitas a la consulta en telefónicas, tanto en pacientes ya programados como en nuevas consultas. Desde el inicio de esta transición, las visitas presenciales se redujeron drásticamente a menos del 5% del volumen total, reservadas solo para aquellos pacientes que requerían una evaluación urgente. La visita telemática se ve como una oportunidad para reconsiderar la atención brindada hasta ahora y reflexionar sobre cómo debe evolucionar de cara al futuro²³.

La telemedicina no es una práctica nueva en el ámbito médico, aunque la literatura urológica al respecto es escasa²⁴. Se trata de un modelo de atención útil en poblaciones con problemas de movilidad y ante la escasez de profesionales²⁵. Permite brindar atención sin exponer a pacientes o profesionales al contagio reduciendo visitas innecesarias al hospital y limitando el número de personas en las salas de espera, fundamental para evitar la transmisión viral²⁶. La importancia de estas medidas de prevención cobra más valor si tenemos en cuenta la media de edad de nuestros pacientes²⁷ y que hasta el 94,5% de ellos puede presentar uno o más factores de riesgo frente a la infección por SARS-CoV-2²⁸.

Novara et al.²⁴ realizan una revisión de 45 artículos relacionados con la telemedicina y la urología (11 de ellos sobre CP) observando el éxito de la implementación de la telemedicina, mostrándose esta, al menos, como no inferior a la consulta presencial. No obstante, en la actualidad la evidencia es escasa por la heterogeneidad de los datos y estar limitada a grupos específicos de pacientes.

Discusión

La implantación de la telemedicina pudiera parecer tediosa y conllevar problemas en sectores como la medicina privada en cuanto a reembolsos y cobertura²⁹. Sin embargo, en nuestro ámbito fue relativamente sencillo pese a no contar con experiencia previa. Fue necesario permitir el acceso remoto a la intranet del servicio de salud, limitado hasta entonces a los centros sanitarios. Se generalizó el uso de la receta electrónica y se facilitaron teléfonos móviles a los profesionales. Se instalaron webcams para poder mantener sesiones multidisciplinares y comunicación entre servicios. Siempre aplicando el principio de confidencialidad y protección de datos, y utilizando plataformas adecuadas. Hubo especial precaución con la privacidad, asegurando una adecuada transmisión y recepción de la información²⁶.

Pese a los evidentes beneficios de la telemedicina, la rápida implementación de forma imperativa y generalizada puede, a priori, producir un rechazo a la misma. Sin embargo, múltiples estudios han mostrado una alta satisfacción con las consultas virtuales sin encontrar diferencias entre pacientes con diagnósticos oncológicos y aquellos con enfermedades benignas³⁰ incluso prefiriéndolas a las presenciales. No obstante, los pacientes señalaron la

estructuración de la consulta y las barreras tecnológicas como los principales puntos de mejora^{31,32}.

Es imprescindible capacitar a los profesionales para realizar una consulta telemática³³. Rodríguez Socarras et al.²⁶ proporcionan una guía exhaustiva para realizar las consultas de una forma segura. Remarcan la necesidad de mantener el mismo nivel de profesionalidad que en las consultas presenciales con el objeto de no deteriorar la relación médico-paciente basada en la confianza. En caso de dudas sobre la comprensión del paciente, debemos programar una revisión próxima en el tiempo³⁴. Prasad et al.²⁸ diseñan un conjunto de pautas y elaboran un folleto para el paciente con el fin de mejorar la efectividad de las consultas telefónicas. Se debe implementar, además, el diseño de plataformas adecuadas que cumplan las normas de privacidad³⁵ y, aunque se han proporcionado soluciones urgentes a corto plazo por parte de los distintos sistemas de salud, de aquí en adelante es preciso definir y regular las cuestiones relativas a la privacidad y a la ciberseguridad del paciente³⁶. A largo plazo, además, será preciso evaluar la calidad, seguridad y eficacia de la telemedicina.

Por otro lado, no debemos olvidar el impacto psicológico que la gran mayoría de los profesionales reconocen haber tenido con relación a la asistencia a pacientes con COVID-19, más intenso en personal de primera línea³⁷. Esto sumado al síndrome de «burnout», altamente prevalente entre los médicos³⁸. Por todo ello, debemos recordar la necesidad de medidas de protección y apoyo psicológico a nuestros profesionales incluso ante una aparente levedad de los síntomas.

Los cambios adaptativos necesarios en nuestro ámbito urológico han obligado a desarrollar distintas estrategias para optimizar la atención en consulta, entre estas cabe destacar el cribado mediante «triaje directo» o la clasificación de los pacientes antes de llegar a la consulta. En nuestra unidad, revisamos a todos los pacientes citados en la consulta de CP para determinar quiénes eran susceptibles de una visita telemática. Esto se desarrolló durante los primeros meses de la pandemia por parte de los 4 urólogos responsables de la unidad, junto a un gestor de casos que es a nuestro entender parte fundamental del desarrollo de este trabajo, el profesional encargado de esta tarea debe tener una amplia experiencia en el manejo de información relacionada con el CP, así como en la gestión administrativa de agendas de pacientes. El objetivo fue minimizar la exposición intentando coordinar de la manera más adecuada las pruebas médicas precisas disminuyendo así la necesidad de un mayor contacto con situaciones de riesgo (asistencia al centro hospitalario, hacinamiento en salas de espera, etc.)³⁹.

Los análisis realizados por otros autores en este escenario coinciden en que la mayoría de las consultas de urología deberían ser visitas telemáticas o bien posponer la cita durante la pandemia. Si la consigna es mantener a los pacientes seguros en sus domicilios debemos manejar una

serie de pautas que nos permitan realizar esto con garantía oncológica. Debemos ser cautos y aplicar todo el conocimiento recabado en trabajos similares, teniendo en cuenta los recursos disponibles y, sin duda, la capacidad de cada paciente para hacer frente a este tipo de asistencia⁴⁰.

La revisión realizada y nuestra propia experiencia han permitido desarrollar una clasificación para diferenciar la atención de pacientes en consulta. La atención telemática ha sido un planteamiento que ha ido gestándose desde el inicio de la pandemia, los cribados previos de todas las consultas para determinar qué pacientes debían ser atendidos de forma presencial y quiénes de manera telemática han constituido la base de este trabajo.

En un inicio, y debido a la situación, la forma de atención prioritaria fue telefónica, aunque se ha ido adaptando a las características de cada paciente y al perfil de la enfermedad. Finalmente, se ha desarrollado una clasificación de prioridades en las diferentes etapas del CP (cribado, diagnóstico, tratamiento y seguimiento) teniendo en cuenta todos los aspectos de la enfermedad y consecuentemente se ha adaptado a esta los controles requeridos bien telefónicos o presenciales. Hemos introducido así un nuevo elemento, la consulta telefónica. Establecemos 4 prioridades que, para una mejor comprensión, pueden asociarse a diferentes colores (tablas 1 y 2):





- Prioridad A o baja (color verde), la atención será telefónica en todos los casos con márgenes para revisión de 1 a 12 meses.
- Prioridad B o intermedia (color amarillo) en la que el paciente *valorado telefónicamente se considera subsidiario de visita presencial*, que se citará dentro de los 3 meses posteriores.
- Prioridad C o alta (color naranja) el paciente será visto *presencial* con un margen para la visita de 1 a 3 meses.
- Prioridad D o muy alta (color rojo), la visita deberá ser siempre *presencial* con un margen de hasta 48 h y considerada muy preferente.

En definitiva, la pandemia por COVID-19 ha obligado a restringir la consulta presencial en diversos aspectos de la práctica médica, pero abre la puerta para la implantación de la visita telefónica. En este trabajo se ha tratado de anuar el conocimiento recopilado junto a nuestra propia experiencia en el manejo del CP, adaptado al contexto actual. El CP, como se ha demostrado, nos ofrece un margen de maniobra adecuado para su manejo con seguridad oncológica. Además, el número total de consultas ambulatorias no ha descendido considerablemente, pudiendo mantener alrededor del 80% durante la pandemia en nuestro medio (datos propios no publicados). De aquí, nuestra propuesta de un programa de racionalización, en el que se introduce la atención telemática, y que permite revisiones adaptadas

Tabla 1 Prioridades por código de colores

A Color verde	Prioridad baja	Telefónica normal (1 a 12 meses)
B Color amarillo	Prioridad Intermedia	Telefónica pasa a presencial (1-3 meses)
C Color naranja	Prioridad alta	Presencial preferente (1 a 3 meses)
D Color rojo	Prioridad muy alta	Presencial muy preferente 24-48 h/Urgencias

Tabla 2 Prioridad de consulta en las diferentes etapas de CP

	Cribado	Diagnóstico	Tratamiento y seguimiento
A 	PSA 4-10 ng/ml sin FR	Bx negativa PSA < 10 ng/ml tras 1.ª bx negativa RMp negativa previa a biopsia Estadificación negativa previo a tratamiento local	VA tras primera visita ^{a,b} Terapia focal a partir de 3.º mes ^{a,b} PR a partir de 3.º mes SBRT en oligometástasis a partir de 3.º mes ^b TPA/PAI a partir de 3.º mes ^b Tratamiento de CPHsm+/CPRC a partir de 3.º mes
B 	PSA >10 ng/ml repetido TR alterado desde AP Biopsia no demorable	RMp positiva previa a biopsia Estadificación positiva previo a tratamiento local	En sospecha de RBq si segunda elevación PSA > 0,2 ng/ml Tratamiento de CPHsm+/CPRC a partir de 3.º mes si cambio analítico, radiológico o clínico
C 	Sintomático con sospecha de CP	Bx positiva PSA > 20 ng/ml y síntomas locales Estadificación positiva en alto riesgo	Inclusión en VA 1.ª vista tras terapia focal 1.ª visita tras PR/RT y visita de 3 meses Inicio y control 1.º 3 meses de tratamientos CPHsm/CPRC
D 		Obstrucción vía urinaria Compresión medular Sintomático	Síntomas incapacitantes Obstrucción de SV Dolor que no cede a analgesia habitual

AP: atención primaria; Bx: biopsia; CP: cáncer de próstata; CPHsm: cáncer de próstata hormonosensible metastásico; CPRC: cáncer de próstata resistente a la castración; FR: factores de riesgo; PAI: privación androgénica intermitente; PR: prostatectomía radical; RBq: recidiva bioquímica; RMp: resonancia multiparamétrica prostática; RT: radioterapia; SBRT: radioterapia estereotáctica; SV: sonda vesical; TPA: terapia de privación androgénica; TR: tacto rectal; VA: vigilancia activa.

^a Excepto visitas con TR según protocolo.

^b Excepto síntomas.

a los nuevos avances de la enfermedad y a las características socio-sanitarias del entorno.

Conclusión

El aprendizaje durante la pandemia por SARS-CoV-2 cambiará sin duda alguna, la atención al paciente oncológico. Estos cambios deberán construirse sobre el análisis y el conocimiento de la evolución y la respuesta a tratamientos del CP. Creemos que es fundamental en este aspecto la figura de un gestor de casos, que realice previamente una revisión de resultados de las distintas pruebas, actuando como un primer filtro. La atención telemática representa una oportunidad para desarrollar nuevos protocolos de actuación que deberán ser analizados exhaustivamente en futuros trabajos, con el fin de conformar un entorno seguro y garantizar resultados para estos pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Teoh JY, Ong WLK, Gonzalez-Padilla D, Castellani D, Dubin JM, Esperto F, et al. A global survey on the impact of COVID-19 on Urological Services. *Eur Urol.* 2020;78:265–75.
- Wallis CJD, Novara G, Marandino L, Bex A, Kamat AM, Karnes RJ, et al. Risks from Deferring treatment for genitourinary cancers: A collaborative review to aid triage and management during the COVID-19 pandemic. *Eur Urol.* 2020;78:29–42.
- Puliatti S, Eissa A, Eissa R, Amato M, Mazzone E, dell'Oglio P, et al. COVID-19 and urology: A comprehensive review of the literature. *BJU Int.* 2020;125:E7–14.
- Heldwein FL, Loeb S, Wroclawski ML, Sridhar AN, Carneiro A, Lima FS, et al. A systematic review on guidelines and recommendations for urology standard of care during the COVID-19 pandemic. *Eur Urol Focus.* 2020;6:1070–85.
- Bakouny Z, Paciotti M, Schmidt AL, Lipsitz SR, Choueiri TK, Trinh QD. Cancer screening tests and cancer diagnoses during the COVID-19 pandemic. *JAMA Oncol.* 2021;13:458–60.
- De Vincentiis L, Carr RA, Mariani MP, Ferrara G. Cancer diagnostic rates during the 2020 "lockdown", due to COVID-19 pandemic, compared with the 2018-2019: An audit study from cellular pathology. *J Clin Pathol.* 2021;74:187–9.
- Ribal MJ, Cornford P, Briganti A, Knoll T, Gravas S, Babjuk M, et al., European Association of Urology Guidelines Office Rapid Reaction Group. An Organisation-wide Collaborative Effort to Adapt the European Association of Urology Guidelines Recommendations to the Coronavirus Disease 2019 Era. *Eur Urol.* 2020;78:21–8.
- USANZ 2020. Guidelines for urological prioritisation during COVID-19. [consultado 15 Ene 2020]. Disponible en: <https://www.usanz.org.au/news-updates/our-announcements/usanz-announces-guidelines-urological-prioritisation-covid-19>.
- Gomez Rivas J, Dominguez M, Gaya JM, Ramirez-Backhaus M, Puche-Sanz I, de Luna F, et al. [Prostate cancer and

- COVID-19 pandemia: Current recommendations.]. *Arch Esp Urol.* 2020;73:367–73.
10. Obek C, Doganca T, Argun OB, Kural AR. Management of prostate cancer patients during COVID-19 pandemic. *Prostate Cancer Prostatic Dis.* 2020;23:398–406.
 11. Meunier ME, Neuzillet Y, Radulescu C, Cherbonnier C, Herve JM, Rouanne M, et al. [Does the delay from prostate biopsy to radical prostatectomy influence the risk of biochemical recurrence?]. *Prog Urol.* 2018;28:475–81.
 12. Gravas S, Fournier G, Oya M, Summerton D, Scarpa RM, Chlosta P, et al. Prioritising urological surgery in the COVID-19 era: A global reflection on guidelines. *Eur Urol Focus.* 2020;6:1104–10.
 13. Ficarra V, Novara G, Abrate A, Bartoletti R, Crestani A, de Nunzio C, et al. Urology practice during the COVID-19 pandemic. *Minerva Urol Nefrol.* 2020;72:369–75.
 14. Stensland KD, Morgan TM, Moinzadeh A, Lee CT, Briganti A, Catto JWF, et al. Considerations in the triage of urologic surgeries during the COVID-19 pandemic. *Eur Urol.* 2020;77:663–6.
 15. Fossati N, Rossi MS, Cucchiara V, Gandaglia G, Dell'Oglio P, Moschini M, et al. Evaluating the effect of time from prostate cancer diagnosis to radical prostatectomy on cancer control: Can surgery be postponed safely? *Urol Oncol.* 2017;35:150 e9–e150000000015.
 16. Ginsburg KB, Curtis GL, Timar RE, George AK, Cher ML. Delayed radical prostatectomy is not associated with adverse oncologic outcomes: Implications for men experiencing surgical delay due to the COVID-19 pandemic. *J Urol.* 2020;204:720–5.
 17. Goldman HB, Haber GP. Recommendations for tiered stratification of urological surgery urgency in the COVID-19 Era. *J Urol.* 2020;204:11–3.
 18. Kutikov A, Weinberg DS, Edelman MJ, Horwitz EM, Uzzo RG, Fisher RI. A war on two fronts: Cancer care in the time of COVID-19. *Ann Intern Med.* 2020;172:756–8.
 19. European Study Group on Neoadjuvant Treatment of Prostate Cancer Schulman CC, Debruyne FM, Forster G, Selvaggi FP, Zlotta AR, Witjes WP. 4-year follow-up results of a European prospective randomized study on neoadjuvant hormonal therapy prior to radical prostatectomy in T2-3N0M0 prostate cancer. *Eur Urol.* 2000;38:706–13.
 20. Meyer F, Moore L, Bairati I, Lacombe L, Tetu B, Fradet Y. Neoadjuvant hormonal therapy before radical prostatectomy and risk of prostate specific antigen failure. *J Urol.* 1999;162:2024–8.
 21. Tachibana I, Ferguson EL, Mahenthiran A, Natarajan JP, Masterston TA, Bahler CD, et al. Delaying cancer cases in urology during COVID-19: Review of the literature. *J Urol.* 2020;204:926–33.
 22. Eastham JA, Kelly WK, Grossfeld GD, Small EJ, Cancer, Leukemia Group B. Cancer and leukemia group B (CALGB) 90203: A randomized phase 3 study of radical prostatectomy alone versus estramustine and docetaxel before radical prostatectomy for patients with high-risk localized disease. *Urology.* 2003;62 Suppl 1:55–62.
 23. Watts KL, Abraham N. “Virtually Perfect” for some but perhaps not for all: Launching telemedicine in the Bronx during the COVID-19 pandemic. *J Urol.* 2020;204:903–4.
 24. Novara G, Checcucci E, Crestani A, Abrate A, Esperto F, Pavan N, et al. Telehealth in Urology: A systematic review of the literature. How much can telemedicine be useful during and after the COVID-19 pandemic? *Eur Urol.* 2020;78:786–811.
 25. Ellimoottil C, Skolarus T, Gettman M, Boxer R, Kutikov A, Lee BR, et al. Telemedicine in Urology: State of the art. *Urology.* 2016;94:10–6.
 26. Rodriguez Socarras M, Loeb S, Teoh JY, Ribal MJ, Bloemberg J, Catto J, et al. Telemedicine and smart working: Recommendations of the European Association of Urology. *Eur Urol.* 2020;78:812–9.
 27. Kim HJ. New horizons in geriatric urology. *Korean J Urol.* 2015;56:335–6.
 28. Prasad A, Brewster R, Rajasekaran D, Rajasekaran K. Preparing for telemedicine visits: Guidelines and setup. *Front Med (Lausanne).* 2020;7, 600794.
 29. Pronovost A, Peng P, Kern R. Telemedicine in the management of chronic pain: A cost analysis study. *Can J Anaesth.* 2009;56:590–6.
 30. Boehm K, Ziewers S, Brandt MP, Sparwasser P, Haack M, Willems F, et al. Telemedicine online visits in urology during the COVID-19 pandemic-potential, risk factors, and patients’ perspective. *Eur Urol.* 2020;78:16–20.
 31. Abdolahi A, Bull MT, Darwin KC, Venkataraman V, Grana MJ, Dorsey ER, et al. A feasibility study of conducting the Montreal Cognitive Assessment remotely in individuals with movement disorders. *Health Informatics J.* 2016;22:304–11.
 32. Edwards MA, Patel AC. Telemedicine in the state of Maine: A model for growth driven by rural needs. *Telemed J E Health.* 2003;9:25–39.
 33. Acharya RV, Rai JJ. Evaluation of patient and doctor perception toward the use of telemedicine in Apollo Tele Health Services, India. *J Family Med Prim Care.* 2016;5:798–803.
 34. Parpa E, Tsilika E, Gennimata V, Mystakidou K. Elderly cancer patients’ psychopathology: A systematic review: Aging and mental health. *Arch Gerontol Geriatr.* 2015;60:9–15.
 35. Carrion DM, Gomez Rivas J, Rodriguez-Socarras ME, Mantica G, Esperto F, Alvarez-Maestro M, et al. [Implementation of remote clinics in urology practice during the COVID-19 era: What have we learned?]. *Arch Esp Urol.* 2020;73:345–52.
 36. Ohannessian R, Duong TA, Odone A. Global telemedicine implementation and integration within health systems to fight the COVID-19 pandemic: A call to action. *JMIR Public Health Surveill.* 2020;6:e18810.
 37. Danet Danet A. Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. *Med Clin (Barc).* 2021;156:449–58.
 38. Marchalik D, Goldman CC, Carvalho FFL, Talso M, Lynch JH, Esperto F, et al. Resident burnout in USA and European urology residents: An international concern. *BJU Int.* 2019;124:349–56.
 39. Gadzinski AJ, Gore JL, Ellimoottil C, Odisho AY, Watts KL. Implementing telemedicine in response to the COVID-19 pandemic. *J Urol.* 2020;204:14–6.
 40. Katz EG, Stensland KD, Mandeville JA, MacLachlan LS, Moinzadeh A, Sorcini A, et al. Triage office based urology procedures during the COVID-19 pandemic. *J Urol.* 2020;204:9–10.