

¿Qué sucedió con el control del cáncer durante la pandemia?

Roxana Tabakman

9 de junio de 2021

Encuentre las últimas noticias y orientación acerca de la COVID-19 en el [Centro de información sobre el coronavirus \(SARS-CoV-2\)](#).

Antes de la pandemia de SARS-CoV-2 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) [preveía que en diez años](#) el número de personas recién diagnosticadas con [cáncer](#) aumentaría 32% en las Américas considerando el envejecimiento poblacional, los estilos de vida cambiando y la exposición a factores de riesgo aumentando, la recomendación para disminuir la carga del cáncer era la implementación de estrategias de prevención, tamizaje, detección temprana y tratamiento.^[1]

Sin embargo, en octubre, el [Informe Anual 2020](#) reconoció para las enfermedades no transmisibles (que incluyen cáncer) que el progreso hacia las metas ya se había desacelerado por "déficit de ejecución" de las intervenciones y pedía priorizar la [prevención](#), el diagnóstico, el tratamiento y el manejo de las enfermedades no transmisibles durante y después de la pandemia.^[2]

Una evaluación rápida en el informe detalló el impacto de la COVID-19 en 29 Estados miembros: 83% vio afectados los servicios para las enfermedades no transmisibles por el [cierre parcial de consultorios](#), [la cancelación de la atención electiva y ausentismo de pacientes en los establecimientos de salud por temor al contagio](#), entre otros factores. Asimismo, en la mayoría de los países el personal fue reasignado parcialmente a la respuesta a la pandemia.

El peso de esta tormenta perfecta en la atención de los pacientes oncológicos de la región aún se desconoce. Ahora, un grupo de expertos en cáncer de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Guatemala, Honduras, Perú, México, Nicaragua y Uruguay, intentó una aproximación a la respuesta. A partir de la selección de una diversidad de fuentes, incluyendo bases de datos públicas y [privadas](#) y publicaciones científicas, el grupo comparó datos de un mismo periodo (16 de marzo al 30 de junio) en 2019 y 2020.^[3]



Dr. Eduardo Cazap

El Dr. Eduardo Cazap, presidente de la Sociedad Latinoamericana y del Caribe de Oncología Médica (SLACOM), señaló: "Elegimos países con distintos sistemas de salud y un líder de cada país que constituyera cuatro grupos para estudiar los aspectos económicos, clínicos, de sistemas de salud y de políticas públicas".

"Dificultades en la empresa no faltaron. En la mayoría de los países hubo reticencia en comunicar datos oficiales. De Argentina no pudimos conseguir datos," dijo. "Al editar el material seleccionamos el que parecía tener más confiabilidad. En cuanto a los datos gubernamentales, hay que tener la seguridad de que sean reales", especificó.



Dr. Francisco Gutiérrez Delgado

De México, por ejemplo, se usaron únicamente datos del Hospital General y del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), dos centros de referencia al que acuden pacientes de todo el país. "La mayor parte de los que se atienden allí es de escasos recursos económicos y los primeros meses hubo restricciones a la movilidad y no había transporte público ni de provincia a la capital. Eso influyó mucho, porque quienes se atendieron fueron aquellos que estaban en México o tenían familiares o amigos que les dieron refugio. Los de afuera no podían llegar", dijo a *Medscape en español* el coordinador del grupo en México, Dr. Francisco Gutiérrez Delgado, presidente ejecutivo de la Escuela Latinoamericana de Oncología.



Dr. Robinson Rodriguez Lemes

Sin embargo, no todos coinciden sobre el valor de esta metodología. El director del Instituto Nacional del Cáncer (INCA) en Uruguay y presidente de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, Dr. Robinson Rodriguez Lemes, comentó a *Medscape en español*: "Tenemos serias reservas en relación con este trabajo. Respecto a Uruguay, es un informe muy parcial que hace que los resultados no sean confiables".

El Dr. Carlos Barrios, oncólogo brasileño, director del Grupo Latinoamericano de Investigación Clínica en Oncología (LACOG), que no participó del estudio, destacó: "Hoy cualquier intento de mirar hacia adelante, para la demanda que vendrá, es bienvenido. El artículo intenta ser una primera discusión que levanta apropiadamente la cuestión de cómo vamos a enfrentar esto. En Latinoamérica los sistemas de salud están en una situación límite o directamente faltan cosas. Cuando es desafiado no consigue atender las necesidades. Parte de lo que no se hizo fue debido a falta de planeamiento y análisis".

En oncología la telemedicina no alcanza

Para los países cuyos datos fueron evaluados (Brasil, Chile, Colombia, México, Perú y Uruguay), los autores constataron reducción en la mayoría de los servicios de atención al paciente oncológico, que fue variable, dependiendo del país. El número de visitas por primera vez a los servicios de oncología, por ejemplo, se redujo entre 28% y 38%, pero estos valores se refieren únicamente a consultas presenciales, siendo que en muchos lugares la [telemedicina](#) fue implementada con éxito.

"En México la mayoría de hospitales implementó la telemedicina. Aún así, la pandemia impactó negativamente en la atención, porque retrasó el diagnóstico oportuno, la atención de los pacientes con primeros diagnósticos con retrasos de hasta seis meses en quimioterapia y cirugía. Y aunque los servicios de radioterapia oficialmente no se detuvieron, también hubo atrasos por la movilidad restringida que afectó a los pacientes", puntualizó el Dr. Gutiérrez.

El trabajo refiere para México reducción de la patología de 26% y 74% según el mes y el centro estudiado, siendo que la cirugía oncológica llegó a detenerse completamente en el mes de junio en el Hospital General y la quimioterapia llegó a su piso en mayo en esta institución, con reducción de 83% (siendo que en abril y junio la reducción en este centro osciló entre 79% y 72%). El INCan consiguió mantener mucho mejor su oferta de quimioterapia (-27% en marzo/abril, -34% en mayo y +29% en junio).

El Dr. Cazab indicó que lo más importante del estudio es la gran caída registrada de los métodos de prevención. Por ejemplo, en el INCan de México en mayo se realizó la mitad de las mamografías esperadas y la prueba de Papanicolaou se redujo 70%.

El Dr. Gutiérrez coincidió en que lo más importante ahora es reactivar los estudios de diagnóstico oportuno, "retomarlos y redoblar esfuerzos, porque estamos diagnosticando en etapas más tardías". Asimismo, refirió que el número de pacientes que se diagnosticaba en etapa más temprana fluctuaba entre 20% y 30%. "Ahora diagnosticamos pacientes en 80% y 90% en etapas avanzadas. Eso trae impacto económico, financiero, en la sobrecarga en los hospitales que provoca más retraso para la atención y en la calidad de vida".

Uruguay, que suele ser referencia en salud pública, tuvo un comportamiento diferente a otros países. "Se dio prioridad al control de la pandemia, pero el cáncer siguió siendo prioritario y no se dejó de tratar los pacientes con cáncer ni de estudiar y tratar nuevos casos", puntualizó el Dr. Rodríguez.

Consultado por los datos relevados por el estudio en una muestra de centros públicos y privados, que indican que el tamizaje de cáncer de mama se habría frenado en 83% (en marzo/abril) y 72% (mayo), recuperándose parcialmente en junio (-36%) y que la prueba de Papanicolaou se habría reducido aún más (-93%, -86% y -44%, respectivamente), el Dr. Rodríguez afirmó:

"Hubo disminución en los momentos más críticos, pero nunca se dejó de hacer. Y no hay que perder de vista que en Uruguay el tamizaje para cáncer de cuello uterino se realiza cada dos años y una vez que es normal, la recomendación es cada 3 años. No hacer Papanicolaou en los meses de abril o mayo, que fueron el peor momento de la pandemia, no quiere decir que no se haya hecho dos meses después y eso no va a cambiar la incidencia o mortalidad. Hay que ver la película y no una foto".

El Dr. Rodríguez adelantó a *Medscape en español* datos aún no publicados, en los que se evalúan las estrategias preventivas, pero en periodos mayores, de un año en el caso de cáncer de mama, en tres, en el caso de prevención de cáncer de cuello uterino. "El cáncer de cuello uterino lleva muchos años en derivar a una etapa invasora, por lo que consideramos que se está en condiciones de mantener el control de esta patología tumoral".

Con esos datos y a lo largo de la entrevista con *Medscape en español* el Dr. Rodríguez rechazó uno a uno los datos obtenidos por sus colegas. Acerca de las mamografías, dijo: "En el INCA [de Uruguay] funciona un servicio que permite que las usuarias de distintas partes del país hagan su mamografía en su lugar de origen y a través de una red de diagnóstico por imagen se informa en Montevideo sin que el paciente se desplace. En comparación con 2018, en 2020 se realizó 14% más. De 2019 a 2020 hubo descenso de 20%. Mientras que en centros privados se reportó en el año hasta 40% de descenso de mamografía, en el Hospital Militar hubo reducción de 18%". Datos que el especialista considera muestran un panorama "lejos de los números" presentados en el artículo.

También aseguró que en Uruguay la asistencia del paciente oncológico se adaptó a la pandemia. Mencionó el ejemplo de un comité de mama que decide para cada caso si lo mejor es cirugía o quimioterapia y cirugía en segunda instancia o si la paciente necesita quimioterapia intravenosa o puede beneficiarse de quimioterapia vía oral. Destaca otras adaptaciones pandémicas, en la que algunos exámenes se hacen fuera del hospital y se atiende con una llamada telefónica, lo que dificulta la comparación de los datos.

Brasil, en función de los datos obtenidos de las fuentes oficiales del sistema público de salud, redujo las mamografías entre 73% y 83% y la prueba de Papanicolaou entre 54% y 82%. En el periodo estudiado, las cirugías disminuyeron entre 20% y 30% frente al año anterior.

"El sistema público de salud, así como la salud suplementaria, estaban trabajando en el límite y la pandemia hizo que las necesidades fueran mayores", señaló el Dr. Barrios, reforzando la necesidad de establecer un diagnóstico de lo que está ocurriendo, lo que va a ocurrir y cómo se van a evaluar y enfrentar las situaciones. "Tengo esperanza de que aprendamos algo con lo que pasó".

Medidas de prevención y mitigación

Los autores destacaron la necesidad de tener sistemas rápidos de registro para evaluar el impacto de la situación en la atención de los pacientes oncológicos y para reducir el impacto negativo de la pandemia en el control del cáncer. Asimismo, proponen una serie de medidas, algunas centradas en la actividad sanitaria, como la necesidad de adaptar las guías de práctica clínica para el manejo de pacientes con cáncer de acuerdo con la mejor evidencia disponible, pero con ajustes para la pandemia, al nivel de recursos y a las características de cada sistema de salud.

"La mayoría de las guías de práctica clínica es académica, para dar el mejor tratamiento posible que en muchas partes no es posible hacer. No son guías de políticas públicas, porque no son factibles, son inaplicables, los países no las pueden pagar o la mayoría de la gente no puede acceder a ellas", explicó el Dr. Cazap, declarándose a favor de desarrollar guías sustentables, relacionadas con el sistema de salud, válidas económicamente y que en lo posible eviten las desigualdades. Como ejemplo mencionó los obstáculos a la recomendación de mamografía. "Hay que ver cuál es la calidad de la mamografía fuera de las grandes ciudades, y la cantidad de mamógrafos necesarios para garantizar con buena calidad un método preventivo".

Para reducir el riesgo de diagnósticos tardíos sin abrumar la capacidad de los servicios oncológicos, el grupo de especialistas considera necesario el desarrollo de planes operativos estratégicos para la reintroducción de las actividades para la detección precoz del cáncer por fases. Sugieren también involucrar distintos niveles de atención y profesionales no especializados, y constituir redes de atención estructurando diferentes niveles de responsabilidad y mayor implementación de la telemedicina y tecnologías de comunicación para la evaluación y el seguimiento remotos de los pacientes.

En términos económicos proponen, entre otras medidas, desarrollar bases de datos administrativas para interpretar mejor los gastos agregados asociados con la atención del cáncer, por estadio y sitio de la enfermedad, y así promover un uso más eficiente de los recursos.

Con relación a la población, consideran importante desarrollar programas de comunicación y educación para que los pacientes con cáncer comprendan mejor el riesgo de infección por SARS-CoV-2 frente al riesgo de un control inadecuado de la enfermedad por miedo al virus. Otras propuestas están relacionadas al acceso y resaltan la necesidad de apoyo al transporte de pacientes, eliminación de pagos directos y otras estrategias para reducir el impacto económico del cáncer en los pacientes.

Sugieren reanudar lo antes posible medidas para el control de los factores de riesgo, en particular consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, obesidad y sedentarismo, vacunación contra el virus del papiloma humano y hepatitis B.

De forma amplia, proponen el fortalecimiento progresivo de los sistemas de salud, que incluye infraestructura, cobertura de servicios esenciales relacionados con el cáncer, mecanismos de financiación que protejan la atención del cáncer frente a las nuevas prioridades, y crear, en cada país, un sistema de salud integrado que mejore la actual segmentación y fragmentación. Todo en un contexto de acceso universal.

El Dr. Gutiérrez destacó la relevancia de que los programas de detección temprana sean prioritarios como política pública y de lograr la cobertura universal de toda la población. "Los profesionales de la salud tenemos que poner nuestro granito de arena. En estos momentos los oncólogos debemos redoblar esfuerzos, aportar más de nuestro tiempo para atender a todos los pacientes que nos llegan ya con diagnósticos retrasados y tratamientos prolongados, así como tratar de disminuir los tiempos de espera y de atención".

"El problema no es la COVID-19, sino la pos-COVID-19", destacó el Dr. Cazap. En la próxima década habrá aumento de mortalidad y de diagnóstico más avanzado. Va a ser por las personas y su reticencia a los controles, pero también por los gobiernos que en su mayoría consideraron que el único problema sanitario era la COVID-19. "Todos tenemos que exigir que el cáncer y las enfermedades estén en las agendas políticas", sostiene, y propone no apoyar partidos que no tengan la salud como prioridad. Si el médico no se preocupa por las políticas públicas, el problema en el consultorio será peor cada día.

Los doctores Cazap, Gutiérrez, Barrios y Rodríguez han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente.

Siga a Roxana Tabakman de Medscape en español en Twitter [@RoxanaTabakman](#).

Para más contenido siga a Medscape en [Facebook](#), [Twitter](#), [Instagram](#) y [YouTube](#).

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Perfiles de país sobre cáncer, 2020. Publicado en febrero de 2020. Consultado en versión electrónica. [Fuente](#)
2. Organización Panamericana de la Salud. Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana 2020. Salvar vidas y mejorar la salud y el bienestar. Consultado en versión electrónica. [Fuente](#)
3. Vázquez TR, Cazap E, Delgado L, Ismael J, y cols. Social Distancing and Economic Crisis During COVID-19 Pandemic Reduced Cancer Control in Latin America and Will Result in Increased Late-Stage Diagnoses and Expense. *JCO Glob Oncol*. May 2021;7:694-703. doi: 10.1200/GO.21.00016. PMID: 33999696. [Fuente](#)

Medscape Noticias Médicas © 2021 WebMD, LLC

Citar este artículo: ¿Qué sucedió con el control del cáncer durante la pandemia? - *Medscape* - 9 de jun de 2021.