ARTÍCULO ORIGINAL
Rev Méd Urug 2023; 39(3): e203
doi: 10.29193/RMU.39.3.3

Repercusión de la pandemia COVID-19 en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en pacientes asistidas en la Unidad de Mastología del Hospital de Clínicas

Impact of the COVID-19 Pandemic on diagnosis and treatment of breast cancer in patients assisted at Clinicals Hospital Breast Unit

Repercussão da pandemia de COVID-19 no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em pacientes atendidas na Unidade de Mastologia do Hospital de Clínicas

Natalia Camejo[1], Cecilia Castillo[2], Dahiana Amarillo[3], María Guerrina[4], Florencia Savio[5], Mariana Carrasco[6], Florencia Rodríguez[7], Florencia Vitureira[8], Guadalupe Herrera[9], Lucía Delgado[10], Gabriel Krygier[11]

Resumen

Introducción: la crisis sanitaria por COVID-19 impactó en la atención de diversas patologías, entre ellas, el cáncer. Con el fin de disminuir el riesgo de contraer SARS-CoV-2 se redujo el número de consultas, lo que determinó un aumento en la tasa de morbilidad y mortalidad para otras patologías, lo que se ha denominado la "segunda pandemia".

Objetivo: describir la actividad asistencial de la Unidad de Mastología (UM) en el período marzo 2020 - marzo 2022 y compararla con la del período marzo 2019 - marzo 2021.

Material y método: estudio observacional retrospectivo que incluyó a pacientes asistidas por cáncer de mama (CM) en el período marzo 2019 - marzo 2022.

Resultados: durante el año previo a la pandemia se asistieron 30 nuevas pacientes. En cuanto al tiempo entre el diagnóstico anatomopatológico y el primer tratamiento, en 73,3% fue ≤ 2 meses, 16,6% > 2 meses y ≤ 4 meses y en 10% fue > 4 meses. Durante la pandemia se asistieron 50 pacientes nuevas, lo que se traduce en un descenso de 16,6%. En cuanto al tiempo entre el diagnóstico anatomopatológico y el primer tratamiento: en 41% fue ≤ 2 meses, 33% > 2 meses y ≤ 4 meses y en 25% fue > 4 meses.

Conclusiones: si bien se logró mantener la actividad asistencial y dar continuidad a la mayoría de los tratamientos, durante la pandemia COVID-19 se redujo el número de pacientes derivadas al servicio en aproximadamente 16,6% y se produjo un aumento en el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el primer tratamiento.

1. Prof. Adjunta del Servicio de Oncología Clínica, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.
2. Prof. Agregada del Servicio de Oncología Clínica, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.
3. Asist. del Servicio de Oncología Clínica, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.
4. Prof. Adjunta del Servicio de Oncología Clínica, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.
5. Asist. del Servicio de Oncología Clínica, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.
6. Residente del Hospital Maciel, Servicio de Oncología Clínica.
7. Residente del Centro de Asistencia Médica del Sindicato Médico del Uruguay, Servicio de Oncología Clínica.
8. Residente del Servicio de Oncología Clínica, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.
9. Asist. del Departamento de Métodos Cuantitativos. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.
10. Prof. del Servicio de Oncología Clínica, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.
11. Prof. Director del Servicio de Oncología Clínica, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.
Servicio responsable: Servicio de Oncología Clínica, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Universidad de la República. Uruguay.
Correspondencia: Dra. Natalia Camejo. Correo electrónico: ncam3@yahoo.com
Los autores declaran no tener conflictos de intereses.
Trabajo aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Hospital de Clínicas (22/5/22).
Recibido: 3/2/23
Aprobado: 23/6/23
Creative Commons – Attribution 4.0 International - CC BY 4.0

Palabras clave: COVID-19
Cáncer de mama
Asistencia médica

Key words: COVID-19
Breast cancer
Medical Care

Palavras chave: COVID-19
Câncer de mama
Assistência médica

Introducción

El viernes 13 de marzo del 2020, el gobierno uruguayo decretó la emergencia sanitaria nacional por COVID-19, llamando a la población al confinamiento domiciliario, con el objetivo de frenar la progresión de la epidemia. Esto produjo cambios importantes en la organización de los servicios de salud e impactó en la atención de diversas patologías, entre ellas, el cáncer.

En Uruguay, las muertes por cáncer constituyen un cuarto (25,6%) del total de las defunciones registradas cada año. Se contabilizan anualmente casi 16.179 casos nuevos y mueren más de 7.995 pacientes por esta enfermedad[1,2]. Al igual de lo que se observa a nivel mundial, el CM en Uruguay es el más frecuente en el sexo femenino y la principal causa de muerte por cáncer. Cada año se registran unos 1.975 casos nuevos y unas 689 mujeres mueren como consecuencia de esta enfermedad[2].

Los objetivos de la atención de las pacientes con CM asistidas por la Unidad de Mastología (UM), en el contexto de la pandemia por COVID-19, fueron garantizar una atención oncológica adecuada; las pacientes, a pesar de la pandemia, deben tener una atención que asegure las mismas tasas de curabilidad (cánceres localizados) y de sobrevida (cánceres avanzados) previas a la pandemia, y proteger a los pacientes de la infección por el virus y de las complicaciones graves o letales que podría provocarles a causa de un posible estado de inmunosupresión. Con este fin, la Cátedra de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas elaboró recomendaciones para la asistencia de pacientes oncológicos en el marco de la epidemia y sobre el manejo del CM en el marco de la epidemia (diagnóstico y tratamiento)[3]. Estas recomendaciones se basaron en las realizadas por la autoridad sanitaria gubernamental, la Universidad de la República (Udelar), las sociedades científicas nacionales e internacionales, así como en los reportes publicados, y fueron ajustadas en función de la evolución de la epidemia y la evidencia científica disponible sobre COVID-19 en pacientes oncológicos.

Nuestro equipo reportó previamente los resultados preliminares de la evaluación de la asistencia de las pacientes diagnosticadas por CM. Nuestros resultados evidenciaron que, si bien se redujeron las consultas en aproximadamente 17%, la UM logró mantener la actividad asistencial y dio continuidad a la mayoría de los tratamientos. El tratamiento mayormente modificado fue la quimioterapia (QT), con la adición de G-CSF profilácticos para evitar la mielosupresión y las potenciales complicaciones por infección COVID-19[4]. Hemos estimado de especial interés realizar un estudio que evalúe la asistencia de estas pacientes en un período más prolongado durante la emergencia sanitaria (marzo 2020 - marzo 2022) y compararlo con la asistencia previa a la pandemia, proporcionando datos útiles para el personal médico y las autoridades sanitarias (Sistema Nacional de Emergencias).

En este sentido creemos importante conocer los datos sobre la forma en que fueron asistidas las pacientes durante el período pandémico y el impacto que tuvieron las modificaciones relacionadas con la asistencia con el fin de realizar los ajustes necesarios para optimizar la atención de las pacientes que requieran asistencia en este contexto sanitario.

Objetivo

Describir la actividad asistencial de la UM del Servicio de Oncología desde que el gobierno uruguayo decretó la emergencia sanitaria nacional por COVID-19 (13 de marzo de 2020 - 13 de marzo de 2022) y compararla con la actividad asistencial en el período comprendido entre el 12 de marzo de 2019 y el 12 de marzo de 2020.

Material y método

Estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyeron a las pacientes diagnosticadas de CM asistidas en la UM del Servicio de Oncología del Hospital de Clínicas en el período 12/3/2019 - 13/3/2022. Se recopilaron datos ingresados en el sistema de registro clínico electrónico denominado historia clínica electrónica oncológica (HCEO) durante ese lapso.

Se cuantificó el cambio en el volumen de actividad asistencial: número de pacientes derivadas al Servicio de Oncología y tratamientos realizados en el año prepandemia (12/3/2019 - 12/3/2020) versus el período pandémico (13/3/2020 - 13/3/2022) y se indagó acerca de los cambios realizados en los tratamientos.

Resultados

Período 12/3/2019 - 12/3/2020

Se asistieron 30 pacientes nuevas, de sexo femenino, con una edad mediana al diagnóstico de 59 años (rango 32 a 82). La mayoría de los tumores se encontraban limitados a la mama y la axila al momento del diagnóstico: 10 pacientes tuvieron tumores T1; 8 pacientes tumores T2, representando el 60% de los tumores. Con respecto a la axila: 19 pacientes fueron N0 y 6 pacientes N1, representando el 83,3% de los tumores. La distribución por estadio fue la siguiente: EI 14 pacientes (46,6%, IC 30,2-63,9); EII 9 pacientes (30%, IC 16,7-47,9); EIII 4 pacientes (13,3%, IC 5,3-29,7), y EIV 3 pacientes (10%, IC 3,5-25,6). Otras características clínico-patológicas de las pacientes se muestran en la tabla 1. Con respecto al perfil biológico: 21 pacientes (70%) fueron HER2- RE/RP+, 6 (20%) fueron HER2+ y las restantes tres pacientes (10%) fueron clasificadas como triple negativas (tabla 1). En cuanto al tiempo entre el diagnóstico anatomopatológico y el primer tratamiento: en 76,6% (IC 59,1-88,2) fue ≤ 2 meses, 13,3% (IC 5,3-29,7) > 2 meses y ≤ 4 meses y en 10% (IC 3,4-25,6) fue > 4 meses.

Con respecto al tratamiento quirúrgico sobre la glándula mamaria, 19 pacientes (70,4%, IC 51,2-84,2) fueron tratadas con mastectomía sectorial (MS) y 4 pacientes (14,8%, IC 5,9-32,5) con mastectomía total (MT). En lo referente al manejo axilar, 20 pacientes

Tabla1. Características clínico-patológicas, estadio, RRHH y HER 2 de las pacientes incluidas en el estudio en el período marzo 2019-2020 (n= 30) y en el período marzo 2010-2022 (n= 57).

Pacientes diagnosticadas en el período marzo 2019-2020 (n= 30)			Pacientes diagnosticadas en el período marzo 2020-2022 (n= 57)		
Mediana de edad al diagnóstico	59		Mediana de edad al diagnóstico	57	
	Pacientes (Fr Abs)	(%)		Pacientes (Fr Abs)	(%)
Tamaño tumoral			Tamaño tumoral		
T1	11	36,6	T1	10	17,5
T2	8	26,6	T2	24	42,1
T3	6	20	T3	14	24,5
T4	5	16,6	T4	9	15,8
Estatus ganglionar axilar			Estatus ganglionar axilar		
0	19	63,3	0	30	52,6
1	6	20	1	15	26,3
2	4	13,3	2	9	15,8
3	0	NC	4	3	5,2
Estadio			Estadio		
I	14	46,6	I	19	33,3
II	9	30	II	20	35
III	4	13,3	III	11	20
IV	3	10	IV	7	12,2
Perfil molecular			Perfil molecular		
RRHH+/HER2 –	21	70	RRHH+/HER2 –	40	70
HER2+	6	20	HER2+	12	21
Triple negativas	3	10	Triples negativas	5	9

(74%) fueron sometidas a biopsia del ganglio centinela (BGC), seguida o no de vaciamiento ganglionar axilar (VAG) de estar indicado, las restantes pacientes fueron a VAG.

El tratamiento sistémico fue realizado con la siguiente intención:
- Adyuvancia (CM precoz): 21 pacientes (70%, IC 52,1-83,3).
- Neoadyuvancia (CM resecable e irresecable): 6 pacientes (20%, IC 9,5-37,3).
- CM avanzado: 3 pacientes (10%, IC 3,5-25,6).

En cuanto al tipo de tratamiento sistémico, 20 pacientes (66,6%, IC 48,8-80,8) recibieron quimioterapia, 90% de estas pacientes (18) la recibieron con criterio adyuvante/neoadyuvante y 10% (2) paliativo. Los planes de quimioterapia adyuvante/neoadyuvante en la mayoría de los casos (14 pacientes, 77,7%) fueron los que contenían antraciclinas y taxanos en forma concurrente o secuencial. Las restantes recibieron planes en base a taxanos sin antraciclinas (TC). Todas las pacientes con CM receptor de estrógeno (RE) o de progesterona (RP) positivos recibieron hormonoterapia y todas las pacientes con CM HER 2 positivas recibieron trastuzumab.

Entre las pacientes que recibían QT, 6 pacientes (30%) recibieron factores estimulantes de colonias granulocíticas (G-CSF).

Período 13/3/2020 - 13/3/2022

Se asistieron 57 pacientes nuevas, de sexo femenino, con una edad mediana al diagnóstico de 57 años (rango 32 a 82). La mayoría de los tumores se encontraban limitados a la mama y la axila al momento del diagnóstico: 10 pacientes tuvieron tumores T1; 24 pacientes tumores T2, representando el 59,6% de los tumores. Con respecto a la axila: 30 pacientes fueron N0 y 15 pacientes N1, representando el 78,9% de los tumores. La distribución por estadio fue la siguiente: EI 19 pacientes (33,3%, IC 22,5-46,3); EII 20 pacientes (35%, IC 24-48,1); EIII 11 pacientes (20%, IC 11,1-31,3), y EIV 7 pacientes (12,2%, IC 6,1-23,3). El resto de las características clínico-patológicas de las pacientes se muestra en la tabla 1. Con respecto al perfil biológico: 40 pacientes (70,2%) fueron HER2- RE/RP+, 12 (21%) fueron HER2+ y las restantes 5 pacientes (8,8%) fueron clasificadas como triple negativas (tabla 1). En cuanto al tiempo entre el diagnóstico anatomopatológico y el primer tratamiento en 52,8% (IC 39,9-65) fue ≤ 2 meses; 21,6% (IC 12,5-33,3) > 2 meses y ≤ 4 meses y en 25,6% (IC 16,7-39) fue > 4 meses.

Con respecto al tratamiento quirúrgico sobre la glándula mamaria, 37 pacientes (65%, IC 51,9-76) fueron tratadas con MS y 20 pacientes (35%, IC 24,5-48,1) con MT. En lo referente al manejo axilar, 37 pacientes (65%, IC 51,9-76) fueron derivadas a BGC seguida o no de VAG de estar indicado, las restantes pacientes fueron a VAG.

El tratamiento sistémico fue realizado con la siguiente intención:
- Adyuvancia (CM precoz): 34 pacientes (60%, IC 46,7-71,4).
- Neoadyuvancia (CM resecable e irresecable): 16 pacientes (28%, 18,1-40,8).
- CM avanzado: 7 pacientes (12%, IC 6,1-23,25).

En cuanto al tipo de tratamiento sistémico, 48 pacientes (84,2%, IC 72,6-91,5) recibieron quimioterapia, 94% de estas pacientes (45) la recibieron con criterio adyuvante/neoadyuvante y 4% (2) paliativo. Los planes de quimioterapia adyuvante/neoadyuvante en la mayoría de los casos (33 pacientes, 68,7%) fueron los que contenían antraciclinas y taxanos en forma concurrente o secuencial. Las restantes recibieron planes en base a TC. Todas las pacientes con CM, RE o RP positivos, recibieron hormonoterapia y todas las pacientes con CM HER 2 positivas recibieron trastuzumab.
Entre las pacientes que recibían QT, 23 pacientes (48%) recibieron G-CSF.

En el momento de comparar a las pacientes asistidas en el período prepandemia versus el período pandemia, vemos que la edad mediana al diagnóstico, el perfil biológico, el tratamiento quirúrgico a nivel mamario y axilar y la cantidad de pacientes tratadas con intención paliativa fueron similares en ambos grupos. Sin embargo, apreciamos un descenso de 5% en el número de pacientes referidas al servicio, un descenso del número de tumores EI y un aumento en el número de tumores EIII, un incremento en el tiempo entre el diagnóstico de CM y el primer tratamiento, un aumento en el número de tratamiento con QT indicados, así como en el número de pacientes que recibieron G-CSF, y un incremento en el número de pacientes que recibieron neoadyuvancia a expensas de un descenso del número que recibieron tratamiento adyuvante.

Discusión

Las medidas implementadas durante la pandemia a nivel general (en particular el distanciamiento físico) y en el funcionamiento de los prestadores de salud llevaron a posponer estudios de tamizaje, consultas presenciales, estudios de control y tratamientos, con riesgo de complicaciones infecciosas o que requirieran cuidados críticos. Esto pudo determinar un retraso en el diagnóstico y tratamiento de los diferentes cánceres, entre ellos, el CM, lo que pudo influir en el pronóstico de las pacientes, en este contexto, en Inglaterra, se ha reportado un aumento de la mortalidad por cáncer vinculado al retraso en el diagnóstico durante la pandemia[5], y

se sabe incluso que los retrasos breves en el inicio del tratamiento pueden impactar en la sobrevida de las pacientes[6].

En Uruguay la mayoría de las pacientes diagnosticadas de CM presentan una edad avanzada; de hecho, la edad mediana de las pacientes a las que se les diagnosticó su primer CM infiltrante en el período 2012 - 2016 fue de 63 años (51-74)[2,7,8], y tienen una o más comorbilidades, lo que aumenta el riesgo de sufrir complicaciones debido al COVID-19[9]. Por otra parte, los tratamientos con QT frecuentemente causan inmunosupresión y, por lo tanto, se cree que los pacientes con cáncer son más susceptibles a desarrollar infecciones severas por el virus SARS-CoV-2 y a desarrollar COVID-19[10,11].

Lo anteriormente mencionado pudo determinar un cambio tanto en la estrategia terapéutica (por ejemplo, optar por realizar neoadyuvancia con el fin de retrasar el tratamiento quirúrgico) como en los planes de tratamiento seleccionados por el equipo médico (planes de QT menos supresores).

Previamente nuestro equipo evaluó la actividad en la UM durante el período considerado como el "pico" de la pandemia, desde su inicio hasta el 30 de junio de 2020, evidenciando que hubo una reducción de 17% de las consultas y que el tratamiento mayormente modificado fue la QT, con la adición de G-CSF profilácticos para evitar la mielosupresión y las potenciales complicaciones por infección COVID-19[4]. Consideramos de especial interés evaluar el impacto de la pandemia COVID-19 en un período más amplio e indagar si hubo modificaciones en el tiempo entre el diagnóstico de CM y el primer tratamiento, así como en las recomendaciones de los tratamientos neoadyuvante y adyuvante. Para ello, hemos realizado un estudio observacional retrospectivo, analizando el número de pacientes derivadas, estadio, tiempo hasta el primer tratamiento y tipo de tratamiento recibido en el período prepandémico y durante la pandemia.

La mediana de edad fue similar para ambos grupos (59 y 57 años para el período prepandemia y pandemia respectivamente).

Al comparar el número pacientes nuevas asistidas en el período 13/3/2020 - 13/3/2022, apreciamos un descenso de 5% con respecto al período 12/3/2019 - 12/3/2020 de las pacientes referidas a nuestro servicio (30 versus 57). Sin embargo, la mayoría de las pacientes referidas a la UM durante la pandemia fueron referidas durante el período 13/3/2021 - 13/3/2022; si tenemos en cuenta el período 13/3/2020 - 12/3/2021 el descenso fue de 16,6% (30 vs 50). Este hecho seguramente se vincule con la creación del Programa de Rápida Resolución del Cáncer de Mama, en octubre del 2021.

Dicho programa fue ideado con el fin de mitigar el impacto que la pandemia tuvo en el acceso a la atención y en el retraso diagnóstico y su objetivo es brindarle a las pacientes con CM un diagnóstico y tratamiento en 15 días a partir de realizada la consulta, lo que provocó un aumento en el número de pacientes derivadas a la UM.

No se hallaron diferencias en cuanto al perfil biológico RRHH+/HER2– 70% vs 70,2%, HER2+ 20% vs 21%; triple negativas (10% vs 8,8%).

En lo que se refiere al estadio se evidenció un descenso del número de tumores EI (46,6% vs 33,3%) y un aumento en el número de tumores EIII (13,3% vs 20%), sin identificarse cambios en el resto de los estadios.

Se demostró un aumento en el tiempo entre el diagnóstico de CM y el primer tratamiento (disminución del número de pacientes en las cuales el tiempo fue ≤ 2 meses: 76,6% vs 52,8%; aumento del número de pacientes en las cuales el tiempo fue > 2 y ≤ 4 meses: 13,3% vs 18,65% y > 4 meses 10% vs 25,4%.

Estos resultados pueden ser consecuencia de la confluencia de diferentes factores: suspensión de consultas médicas en los centros de atención primaria y en hospitales, la interrupción o el retraso en las pruebas diagnósticas, que los pacientes prefiriesen no concurrir a los diferentes centros de salud a causa de la pandemia.

Con respecto al tratamiento quirúrgico sobre la glándula mamaria, un número similar de pacientes recibieron MT (30% vs 35%) y MS (70% vs 65%). En lo referente al manejo axilar se verificó un descenso en el número de pacientes que fueron sometidas a BGC (74% vs 65%) seguida o no de VAG de estar indicado, las restantes pacientes fueron derivadas a VAG.

Al analizar el número de pacientes de QT se observó un aumento en el número de tratamiento indicado en el período pandémico (66% vs 84,2%), así como en el número de pacientes que recibieron G-CSF (30% vs 48%), lo que puede ser explicado al menos parcialmente por el mayor número de tumores EIII.

En lo referente a la secuencia de tratamiento seleccionada, se constató un aumento en el número de pacientes que recibieron neoadyuvancia (70% vs 60%) a expensas de un descenso del número que recibieron tratamiento adyuvante (20% vs 28%). Esto puede ser consecuencia de las recomendaciones internacionales de algunos paneles de expertos, como el consenso de European Society of Medical Oncology (ESMO), donde se recomienda diferir las cirugías, y en las pacientes candidatas a recibir tratamiento sistémico con realizarlo en forma neoadyuvante[12]. Creemos fundamental evaluar, en un futuro cercano, si estos cambios en la estrategia terapéutica tuvieron un impacto en la sobrevida de las pacientes.

La cantidad de pacientes tratadas con intención paliativa fue similar en los dos períodos (10% vs 12%).

En cuanto a los planes de QT, si bien la mayoría de las pacientes recibieron esquemas que contenían antraciclinas y taxanos en forma concurrente o secuencial, se corroboró un descenso de los planes que contenían antraciclinas y taxanos en el período pandémico (77,7% vs 68,7%). Hecho que podría estar vinculado con la selección de regímenes de QT menos inmunosupresores.

En ambos períodos todas las mujeres con tumores mayores a 1 cm o axila positiva, HER 2 positivos, recibieron tratamiento con trastuzumab adyuvante y todas las pacientes con CM RE/RP positivos recibieron hormonoterapia.

Debemos mencionar que las indicaciones fueron evaluadas caso a caso en el comité multidisciplinario de la UM.

Nuestros resultados revelan una merma en la actividad asistencial, en el número de pacientes referidas a la UM, un aumento de las pacientes diagnosticadas con CM EIII, así como un incremento en el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de CM y el primer tratamiento como consecuencia de la epidemia de COVID-19. Sin embargo, la elaboración de pautas de diagnóstico y tratamiento oncológico durante la pandemia COVID-19 para las pacientes portadoras de CM asistidas en la UM permitieron garantizar una atención oncológica adecuada. Sería interesante conocer si esto tuvo un impacto en la sobrevida de las pacientes, para lo cual es necesario un mayor seguimiento.

Dentro de las fortalezas del presente estudio corresponde destacar que, si bien los datos fueron recabados en forma retrospectiva, se utilizó una base de datos anónima y confiable, como es la HCEO.

Sin embargo, al interpretar los resultados obtenidos es preciso tener en cuenta que esta evaluación fue realizada únicamente en pacientes asistidas en la UM del Servicio de Oncología del Hospital de Clínicas, lo que podría introducir sesgos y limita, por ende, la posibilidad de extrapolar los resultados a las pacientes asistidas en otros centros. De esta forma, queda pendiente para estudios a futuro la evaluación de la asistencia, incluyendo pacientes asistidas en instituciones privadas y procedentes del interior del país.

Asimismo, debemos tener en cuenta que se describen las características de las pacientes asistidas en un año prepandemia y las de aquellas asistidas en dos años de pandemia, lo que podría introducir un sesgo temporal y hacer que las comparaciones sean menos directas. Sin embargo, en nuestro trabajo no se evalúan parámetros, como la sobrevida, en donde los cambios en la práctica clínica, los avances en los tratamientos, las actualizaciones de pautas o protocolos, producidos a lo largo del tiempo podrían haber tenido un impacto. Pensamos que datos obtenidos acerca de la forma en que fueron asistidas nuestras pacientes y sobre las modificaciones realizadas en los tratamientos pueden ayudar a optimizar la atención si se presentara alguna situación similar.

Conclusiones

La pandemia COVID-19 ha condicionado importantes cambios en el tratamiento habitual de enfermedades como el cáncer. En nuestro estudio se constató un descenso en el número de pacientes diagnósticas de CM durante el período pandémico, aumento del número de pacientes con estadio más avanzado y en el tiempo desde el diagnóstico hasta el primer tratamiento. Debemos destacar que la UM logró mantener la actividad asistencial y dar continuidad a la mayoría de los tratamientos. Un mayor seguimiento ayudará a conocer el impacto en la sobrevida y en el pronóstico de las pacientes diagnosticadas de CM durante la pandemia.

Summary

Introduction: The COVID-19 health crisis had a significant impact on the management of various pathologies, including cancer. To reduce the risk of contracting SARS-CoV-2, the number of consultations was reduced, leading to increased morbidity and mortality rates for other pathologies, which has been referred to as the "second pandemic." Objective: The aim of this study is to describe the clinical activity of the Breast Unit (BU) during the period March 2020-2022 and compare it with the activity during the period March 2019-2021.

Objective: The aim of this study is to describe the clinical activity of the Breast Unit (BU) during the period March 2020-2022 and compare it with the activity during the period March 2019-2021.

Method: Retrospective observational study including patients attending the BU during the period March 2019-2022.

Results: In the year before the pandemic, 30 new patients were assisted. Regarding the time between anatomopathological diagnosis and the initiation of the first treatment: in 73.3% of cases, it was $\leq$ 2 months, 16.6% > 2 months and $\leq$ 4 months, and in 10%, it was > 4 months. During the pandemic, 50 new patients were assisted, representing a decrease of approximately 16.6% in the number of new patients attended Regarding the time between anatomopathological diagnosis and the initiation of the first treatment: in 41% of cases, it was $\leq$ 2 months, 33% > 2 months and $\leq$ 4 months, and in 25%, it was > 4 months.

Conclusions: Although the BU managed to maintain its clinical activity and continuity of most treatments during the COVID pandemic, there was a reduction in the number of patients referred to the service by approximately 16.6% and an increase in the time elapsed between diagnosis and the initiation of the first treatment.

Resumo

Introdução: A crise sanitária causada pela COVID-19 impactou o atendimento de diversas patologias, inclusive o câncer. Para diminuir o risco de contrair SARS-CoV-2, reduziu-se o número de consultas, o que determinou um aumento da taxa de morbimortalidade por outras patologias, o que tem sido chamado de "segunda pandemia".

Objetivo: Descrever a atividade assistencial da Unidade de Mastologia (UM) no período março de 2020 - março de 2022 e compará-la com a do período março de 2019 - março de 2020.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo que incluiu pacientes atendidos pelo CM no período março de 2019 - março de 2022.
Resultados: No ano anterior à pandemia foram atendidos 30 novos pacientes. Em relação ao tempo entre o diagnóstico patológico e o primeiro tratamento: em 73,3% foi ≤2 meses, 16,6% >2 meses e ≤4 meses e em 10% foi >4 meses. Durante a pandemia, foram atendidos 50 novos pacientes, o que se traduz em uma queda de 16,6%no número de novos pacientes atendidos. Quanto ao tempo entre o diagnóstico patológico e o primeiro tratamento: em 41% foi ≤2 meses, 33% >2 meses e ≤4 meses e em 25% foi >4 meses.

Conclusões: Embora tenha conseguido manter a atividade assistencial e dar continuidade à maioria dos tratamentos, durante a pandemia de COVID-19 o número de pacientes encaminhados para o Serviço diminuiu cerca de 16,6% e houve um aumento do tempo decorrido entre o diagnóstico e o primeiro tratamento.

Bibliografía

1. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud; Léon I, Misa A, Gianneo O. Vigilancia de la mortalidad por todas las causas: enero a julio 2015-2020. Montevideo: MSP, setiembre 2020. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/Informe%20preliminar%20de%20mortalidad%20global%20enero-julio.pdf [Consulta: 15 setiembre 2022].
2. Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Registro Nacional de Cáncer. Situación epidemiológica del Uruguay en relación al cáncer. Montevideo: CHLCC, mayo 2019. Disponible en: http://www2.comisioncancer.org.uy/uc_513_1.html [Consulta: 24 setiembre 2022].
3. Universidad de la República, Facultad de Medicina, Hospital de Clínicas. Servicio de Oncología Clínica; Camejo N, Castillo C, Delgado L, coords. Recomendaciones acerca del diagnóstico y tratamiento oncológico del Cáncer de Mama en Uruguay durante la pandemia covid-19. Disponible en: https://www.oncologiamedica.hc.edu.uy/publicaciones/recomendaciones-acerca-del-diagnostico-y-tratamiento-oncologico-del-cancer-de-mama-en-uruguay-durante-la-pandemia-covid-19/ [Consulta: 24 setiembre 2022].
4. Castillo C, Camejo N, Amarillo D, Rodriguez F, Vitureira F, Krygier G, et al. Impact of the covid-19 pandemic on health care activities at a Uruguayan mastology unit. J Cancer Res Ther 2021; 17(2):547-50. doi: 10.4103/jcrt.JCRT_1689_20.
5. Maringe C, Spicer J, Morris M, Purushotham A, Nolte E, Sullivan R, 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(8):1023-34. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30388-0.
6. Sud A, Jones ME, Broggio J, Loveday C, Torr B, Garrett A, et al. Collateral damage: the impact on outcomes from cancer surgery of the covid-19 pandemic. Ann Oncol 2020; 31(8):1065-74. doi: 10.1016/j.annonc.2020.05.009.
7. Garau M, Alonso R, Musetti C, Barrios E. Incidencia y mortalidad de cáncer en Uruguay: 2013-2017. Colomb Med 2022; 53(1):e2014966. doi: 10.25100/cm.v53i1.4966.
8. Barrios E, Garau M. Cáncer: magnitud del problema en el mundo y en Uruguay, aspectos epidemiológicos. Anfamed 2017; 4(1):9-46. doi: 10.25184/anfamed2017.4.1.2.
9. Schrag D, Hershman D, Basch E. Oncology practice during the covid-19 pandemic. JAMA 2020; 323(20):2005-6. doi: 10.1001/jama.2020.6236.
10. Liang W, Guan W, Chen R, Weng W, Li J, Xu K, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. Lancet Oncol 2020; 21(3):335-7. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30096-6.
11. Yu J, Ouyang W, Chua MLK, Xie C. SARS-CoV-2 transmission in patients with cancer at a tertiary care hospital in Wuhan, China. JAMA Oncol 2020; 6(7):1108-10. doi: 10.1001/jamaoncol.2020.0980.
12. Curigliano G, Banerjee S, Cervantes A, Garassino MC, Garrido P, Girard N, et al. Managing cancer patients during the covid-19 pandemic: an ESMO multidisciplinary expert consensus. Ann Oncol 2020; 31(10):1320-35. doi: 10.1016/j.annonc.2020.07.010.

Contribución de autores
Concepción: Natalia Camejo, Cecilia Castillo, Dahiana Amarillo, María Guerrina, Lucía Delgado y Gabriel Krygier.
Diseño: Natalia Camejo, Cecilia Castillo, Dahiana Amarillo y María Guerrina.
Ejecución: Natalia Camejo, Cecilia Castillo, Dahiana Amarillo, Florencia Savio, Mariana Carrasco, Florencia Rodríguez y Florencia Vitureira.
Análisis: Natalia Camejo, Cecilia Castillo, Dahiana Amarillo, María Guerrina y Florencia Savio.
Interpretación de los resultados: Natalia Camejo, Cecilia Castillo.
Redacción: Natalia Camejo, Cecilia Castillo, Lucía Delgado y Gabriel Krygier.
Revisión crítica: Lucía Delgado y Gabriel Krygier.

ORCID
Natalia Camejo, ORCID: 0000-0002-8684-0291
Cecilia Castillo, ORCID: 0000-0002-0417-0512
Dahiana Amarillo, ORCID: 0000-0002-8615-8639
María Guerrina, ORCID: 0000-0002-5983-0688
Florencia Savio, ORCID: 0000-0003-1733-8553
Mariana Carrasco, ORCID: 0000-0002-8888-0780
Florencia Rodríguez, ORCID: 0000-0003-3602-5915
Florencia Vitureira, ORCID: 0000-0002-7152-9679
Guadalupe Herrera, ORCID: 0000-0001-6888-2343
Lucía Delgado, ORCID: 0000-0002-2966-5490
Gabriel Krygier, ORCID: 0000-0002-0518-1854