ARTICULO ORIGINAL
Rev Méd Urug 2022; 38(3): e38303
doi: 10.29193/RMU.38.3.2

Impacto de la pandemia COVID-19 en el tiempo entre la detección de lesiones premalignas de cuello de útero y su tratamiento

Impact of the COVID-19 pandemic on the time between detection of cervical precancerous lesions and their management

Impacto da pandemia de COVID 19 no tempo entre a detecção de lesões cervicais pré-malignas e seu tratamento

Autores: Isabel Cassarino[1], Julieta Rijo[2], María Trombotti[3]
Coautores: Fernanda Nozar[4], Stephanie Viroga[5]

Resumen

Introducción: la pandemia por COVID-19 ha afectado la salud de la mujer y en particular a los derechos sexuales y reproductivos. En el contexto de cambios asistenciales por la pandemia COVID 19, podría verse afectado el tamizaje y seguimiento de las lesiones premalignas de los cánceres de cuello de útero (CCU), poniendo en riesgo su diagnóstico oportuno y tratamiento precoz. El objetivo de este estudio es reportar los tiempos transcurridos entre el resultado de *screening* patológico y el tratamiento de lesiones premalignas de CCU, cotejando con los plazos establecidos por la ordenanza ministerial vigente y comparando los tiempos observados antes y durante la pandemia.

Métodos: se realizó un estudio observacional, analítico, de corte transversal, mediante un análisis comparativo antes y después de la pandemia por COVID-19. Se incluyeron usuarias a quienes se les realizó conización quirúrgica en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en dos períodos de tiempo: 1 de marzo de 2019 a 29 de febrero de 2020, y 1 de marzo de 2020 a 28 de febrero de 2021.

Resultados: la media en días observada desde el PAP hasta la conización fue de 245 para el primer periodo y de 242 para el segundo. El porcentaje de pacientes que cumplen con la ordenanza ministerial en ambos períodos no supera el 5%.

Conclusiones: no se evidenció una mayor demora en el seguimiento y tratamiento de estas usuarias durante la pandemia por COVID-19, sin embargo los tiempos observados superan ampliamente los establecidos por Ordenanza Ministerial en los periodos pre pandemia y durante la misma.

Palabras clave: COVID-19
Cáncer de cuello uterino
Detección precoz del cáncer
Neoplasia intraepitelial cervical
Lesión premaligna de cuello uterino
Tiempo de tratamiento

Key words: COVID-19
Uterine cervical cancer
Cancer screening test
Cervical intraepithelial neoplasia
Cervical premalignant lesion
Time to treatment

1. Dra en Ginecotocología Clínica A. Facultad de Medicina. UDELAR.
2. Dra en Ginecotocología Clínica A. Facultad de Medicina. UDELAR.
3. Postgrado de Ginecotocología Clínica A. Facultad de Medicina. UDELAR.
4. Profesora Adjunta. Clínica Ginecotocológica A. Facultad de Medicina. UDELAR.
5. Asistente de clínica. Clínica Ginecotocológica A. Facultad de Medicina. UDELAR.
Aprobado por el Comité de Ética del CHPR.
No se contó con financiamiento económico para la realización de este estudio. Los autores declaran no tener conflicto de interés.
Correspondencia: Dra. Maria Trombotti. Correo electrónico: mmtrombotti@gmail.com
Recibido: 15/10/2021
Aprobado: 27/7/2022

Introducción

La pandemia por COVID-19 ha generado una serie de problemas de salud, entre ellos los vinculados a la salud de la mujer y a los derechos sexuales y reproductivos, principalmente en los sectores sociales más vulnerados[1].

En Uruguay, como medida de disminución de movilidad y para disminuir el riesgo de exposición de los pacientes al virus, se decretó en 2020 la suspensión transitoria de consultas médicas presenciales para patologías no agudas y no urgentes, y se mantuvo como primera línea de consulta la telemedicina[2-4]. Esta constituye un recurso útil y ampliamente utilizado, pero no lo es tanto para muchos de los temas vinculados con la salud sexual y reproductiva[1].

Cuando se interrumpe la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en los establecimientos de salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que se dé prioridad a los servicios de salud digitales, las intervenciones de autocuidado, el acceso a los medicamentos, las pruebas diagnósticas, la información y el asesoramiento. En esta prioridad debería incluirse la garantía del acceso a los anticonceptivos, el aborto según lo permitido por la ley y los servicios de prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incluidos el VIH y los papilomavirus humanos (HPV)[5].

El HPV se transmite por vía sexual muy fácilmente; la prevalencia de esta infección puede alcanzar el 80% de acuerdo a la etapa de la vida analizada. La mayoría de estas infecciones se resuelven sin síntomas y sin tratamiento. Pero cuando el virus no se elimina, la infección persistente puede causar cambios precancerosos en el tejido cervical, progresando a una lesión de cáncer invasivo. La detección temprana y el tratamiento durante esta etapa puede evitar la gran mayoría de los cánceres de cuello de útero (CCU), o en su defecto realizar el diagnóstico en etapas precoces[6].

El CCU representa el segundo cáncer en incidencia en nuestro medio dentro de los génitomamarios, con 314 casos nuevos en promedio para el período 2012-2016[7]. Es el tercer cáncer más frecuente en mujeres y una de las principales causas de muerte por cáncer en las mujeres de todo el mundo[6,7].

Los países más afectados son aquellos que se encuentran en vías de desarrollo, que engloban al 85% de los CCU del mundo, y los de mayor vulnerabilidad sanitaria y social, siendo un claro marcador de inequidad[6], lo cual puede verse potenciado por los daños ocasionados por la pandemia COVID-19.

Uruguay cuenta desde el año 2011 con el primer Plan Nacional de Prevención Integral del Cáncer de Cuello Uterino (PPCCU). El plan integra acciones a nivel de prevención primaria, con énfasis en la educación integral en salud y derechos sexuales y reproductivos, prevención secundaria con foco en las políticas de tamizaje adecuadas a la realidad, y prevención terciaria, asegurando el continuo promoción, prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, rehabilitación integral y cuidados paliativos a todas las mujeres[6].

En Uruguay el *screening* de CCU se realiza mediante prueba de Papanicolau (PAP). De acuerdo a los registros de sensibilidad diagnóstica en el país, la Guía de Práctica Clínica de Tamizaje de CCU del Ministerio de Salud Pública (MSP), recomienda iniciar el tamizaje poblacional a los 21 años e interrumpirlo a los 69, realizando los dos primeros PAP en forma anual, y de ser normales continuar cada 3 años[6].

En caso de obtenerse un resultado patológico (se considera como anormal según el sistema Bethesda: ASCUS, ASC-H, L-SIL, H-SIL, ACG, AIS, carcinoma escamosoinvasor, adenocarcinoma invasor), algunos casos tendrán indicado estudio colposcópico con toma de biopsia y eventualmente tratamiento[6].

Las etapas posteriores al tamizaje son críticas para la prevención del CCU. La falta de seguimiento y tratamiento es uno de los principales problemas en el intento de reducir la mortalidad por este cáncer[8].

En este sentido el MSP, en el marco del PPCCU y mediante la Ordenanza 466/2012, modificada en 2013 (Ordenanza 276/2013) dispuso que entre la toma de muestra de PAP y su informe no deben transcurrir más de 30 días; en casos positivos no deben pasar más de 15 días entre el resultado del PAP y la colposcopía; entre la colposcopía y el inicio del tratamiento no deberían transcurrir más de 20 días; en total no se deben superar los 65 días desde la toma del PAP y el inicio del tratamiento[9,10].

En el contexto de los cambios asistenciales por la pandemia, podría verse afectado tanto el tamizaje de lesiones premalignas de CCU, así como el adecuado control y seguimiento de las usuarias con resultados patológicos, poniendo en riesgo el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de estas lesiones.

El presente estudio tiene como objetivo analizar el impacto de la pandemia en el tiempo transcurrido entre un resultado patológico de screening de CCU y el tratamiento de las lesiones premalignas, comparando dos períodos: antes y durante la pandemia, y cotejando estos tiempos con la ordenanza ministerial vigente.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo, de corte transversal, mediante un análisis comparativo antes y después de la pandemia por COVID-19.

Se incluyeron las usuarias a las cuales se le realizó una conización quirúrgica en el Centro Hospitalario

Pereira Rossell (CHPR) en dos períodos de tiempo: 1° de marzo de 2019 a 29 de febrero de 2020, denominado primer período, y 1° de marzo de 2020 a 28 de febrero de 2021 denominado segundo período, considerando que en marzo de 2020 se presentaron los primeros casos de COVID-19 en Uruguay.

Los criterios de exclusión utilizados fueron: edad menor a 21 años; usuarias en las que no se contaba con el informe de PAP o con la fecha de toma de la muestra; conización quirúrgica con un primer cono insuficiente en lesión o en extensión, conización quirúrgica realizada por motivos distintos a lesión premaligna de CCU (por ejemplo en cirugía de prolapso de órganos pélvicos); y pacientes embarazadas, ya que la realización de un cono quirúrgico durante el embarazo solo se recomienda ante sospecha de invasión.

Se realizó un protocolo de investigación que se registró ante la Comisión Nacional de Ética en Investigación del Ministerio de Salud Pública, y ante el Comité de Ética en investigación del CHPR.

Se solicitó consentimiento informado de forma telefónica a las participantes del estudio. Así mismo se solicitó autorización a los servicios asistenciales implicados para recabar datos de las usuarias.

El listado de pacientes que se sometieron a conización quirúrgica en los periodos establecidos se obtuvo del Sistema de Descripción Operatoria de ASSE.

Los datos se obtuvieron de las siguientes bases de datos: Historia Clínica Electrónica de la Administración de Servicios de Salud del Estado (HCEA); Sistema de Información Programa de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino perteneciente a la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer (SIPCCU); Archivo digital del Servicio de Anatomía Patológica del CHPR; y base de datos del servicio de Tracto Genital Inferior del CHPR.

Se codificaron los datos para respetar el anonimato de las pacientes.

La variable principal considerada en el estudio fue el tiempo transcurrido entre la toma de muestra de PAP y el tratamiento. Las variables secundarias fueron el tiempo transcurrido entre la toma de muestra de PAP y realización de estudio colposcópico; tiempo transcurrido entre realización de estudio colposcópico e informe anatomopatológico; tiempo transcurrido entre informe anatomopatológico y conización quirúrgica; tiempo transcurrido entre estudio colposcópico y tratamiento. Los tiempos fueron medidos y expresados en días.

Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS V15.0. Se calculó la media de los días transcurridos entre: PAP y tratamiento, PAP y colposcopía; colposcopía e informe anatomopatológico; informe anatomopatológico y tratamiento; y colposcopía y tratamiento, en ambos períodos.

Se utilizó un test de comparación de medias mediante una prueba T de muestras independientes, entre los dos periodos para las diferentes etapas diagnósticas-terapéuticas, asumiendo igual varianza en ambos períodos. El nivel de significación estadística usado en los contrastes de hipótesis fue $p < 0,05$.

Se calculó el porcentaje de pacientes que cumplían con los tiempos establecidos por la ordenanza ministerial para cada etapa diagnóstica- terapéutica en ambos períodos.

Resultados

Se estudiaron 104 usuarias que fueron sometidas a conización quirúrgica en el periodo comprendido entre marzo de 2019 y febrero de 2020 (primer período); y 122 usuarias en el período marzo del 2020 a febrero del 2021 (segundo período), siendo la muestra 226 usuarias.

De las 104 usuarias del primer período se excluyeron 18. Los motivos de exclusión fueron: no contar con la fecha de realización de PAP (ocho casos), ser el procedimiento una reconización (ocho casos) y haberse realizado una conización quirúrgica por otro motivo diferente a patología cervical premaligna (dos casos). Se analizan en total 86 usuarias en este grupo.

De las 122 usuarias del segundo período, se excluyeron 27: siete por no contar con PAP, 15 por ser el procedimiento una reconización, cuatro por conización realizada por otro motivo, y una usuaria embarazada. En total, en este grupo se analizaron 95 usuarias. No se encontraron menores de 21 años en ninguno de los dos períodos.

En cuanto al análisis descriptivo de la población en estudio, la media de edad fue de 40,4 años en el primer período (rango entre 21 y 65 años) y de 40,9 años en el segundo (rango entre 21 y 76 años). La diferencia de medias de edades no fue estadísticamente significativa (diferencia de medias: 0,54; IC95% [-2,8:3,8]; p=0,75).

El 51% de los PAP informaron HSIL (lesión intraepitelial de alto grado) como resultado en ambos períodos, seguido en frecuencia por LSIL (lesión intraepitelial de bajo grado) que fue informado en el 20% en el primer período y 16% en el segundo periodo. El resultado informado con menor frecuencia para ambos períodos fue el carcinoma invasor, presentándose en tres usuarias.

Las colposcopías analizadas informaron cambios mayores en un 56% y 46% en el primer y segundo período respectivamente, y aproximadamente 30% informaron cambios menores en ambos períodos. Fueron informadas como normales 12% en el primer periodo y 18% en el segundo.

De los informes histológicos analizados, se constató que HSIL fue la lesión presente en la gran mayoría

Tabla 1. Características de la población estudiada.

		Primer período Marzo 2019-Febrero 2020 (número de pacientes)	*Segundo período Marzo 2020-Febrero 2021 (número de pacientes)*
Edad	21-29	10	14
	30-49	57	62
	≥ 50	19	19
	TOTAL	86	95
Colpocitología oncológica	Normal	0	1
	ASCUS	6	14
	ASCH	11	11
	LSIL	20	16
	HSIL	44	49
	AGC	4	0
	AIS	0	1
	Carcinoma(E/A)*	1	2
	TOTAL	86	95
Colposcopía	Normal	10	17
	Cambios mayores	27	32
	Cambios menores	48	44
	Sin dato	1	2
	Total	86	95
Histología	Normal	0	2
	Epitelio anómalo	1	0
	LSIL	2	5
	HSIL	82	83
	AIS*	0	1
	C. Escamoso**	1	1
	Adenocarcinoma	0	1
	Sin dato	9	2
	TOTAL	86	95
Conización	Suficiente	57	55
	Insuficiente	26	34
	Sin dato	3	6
	TOTAL	86	95

* Carcinoma escamoso y adenocarcinoma.
** Carcinoma escamoso.

de las biopsias en estudio, con un 95% y 87% para el primer y segundo periodo, respectivamente. Menos del 2% informaron lesiones invasoras de CCU para ambos periodos. Las piezas de conización quirúrgica fueron suficientes en lesión y extensión en un 66% en el primer periodo y 58% en el segundo (tabla 1).

De las variables en estudio, se analizó la media en días del tiempo transcurrido desde la realización del PAP hasta la conización quirúrgica de la paciente. El valor obtenido fue de 245 días para el primer período y de 242 días para el segundo período. Del análisis estadístico se realizó un test de comparación de medias, obteniéndose a través de los cálculos realizados una diferencia de medias con un nivel de significancia de 0,8 ($p < 0,05$) que no es estadísticamente significativa (diferencia de medias: 3,19; IC 95% [-40,8:47,2]) (tabla 2, figura 1).

Posteriormente se realizó un análisis por etapas de los tiempos transcurridos entre los diferentes pasos diagnósticos y terapéuticos para ambos períodos, comparándolos a su vez con la ordenanza ministerial (tabla 2).

La media de días para el tiempo transcurrido entre el PAP y la colposcopía fue de 114 días para el primer período y 108 para el segundo período (47% y 42% del tiempo total respectivamente) (diferencia de medias: 5,5; IC95% [-33,3:44,4]; p=0,7).

Cuando se analizó el tiempo transcurrido entre colposcopía y diagnóstico anatomopatológico, se obtuvo una media de 12 días para el primer período y de 11 para el segundo período (5% y 4% del tiempo total

Tabla 2. Análisis descriptivo de las variables en estudio y análisis estadístico de la diferencia de medias entre ambos periodos.

Variables analizadas		*Primer período Marzo 2019- Febrero 2020*	*Segundo período Marzo 2020- Febrero 2021*	*Diferencia de medias Nivel de significancia p<0,05*		
				Diferencia de medias	*IC*	*p*
Colpocitología-colposcopía (Ordenanza ministerial: 45 días)	Media de días % en plazos de OM* Total de pacientes	114 31% 83	108 22% 92	5,5	[-33,3: 44,4]	0.7
Colposcopía-AP	Media de días % en plazos de OM* Total de pacientes	12 - 79	11 - 85	1,3	[-2,6: 5,3]	0,5
AP- conización	Media de días % en plazos de OM* Total de pacientes	117 - 82	138 - 88	-21,1	[-49,0: 6,7]	0,1
Colposcopia- Conización (Ordenanza ministerial: 20 días)	Media de días % en plazos de OM* Total de pacientes	129 0% 83	134 1% 92	-5,0	[-30,4: 20,4]	0,7

* Porcentaje de pacientes que cumplen con los plazos establecidos por la ordenanza ministerial.

respectivamente) (diferencia de medias: 1,3; IC95% [-2,6:5,3]; p=0,5).

Para ambos períodos, la instancia que tomó más tiempo fue desde el diagnóstico anatomopatológico hasta el tratamiento, siendo la media de 117 días para el primer período y de 138 días para el segundo período (48% y 54% del tiempo total, respectivamente) (diferencia de medias: -21,1; IC95% [-49,0:6,7]; p=0,1).

Para el tiempo transcurrido entre la colposcopía y conización se estimó una media de 129 días para el primer periodo y de 134 días para el segundo período (diferencia de medias: -5,0; IC95% [-30,4:20,4]; p=0,7) (tabla 2, figura 2).

En ninguna de las etapas, la media de días cumple con el tiempo establecido por la ordenanza ministerial (tabla 2, figura 1).

Cabe destacar que la etapa diagnóstica en la que un mayor número de pacientes cumple con la ordenanza es entre la realización de colpocitología oncológica y la colposcopía: 31% de las pacientes en el primer periodo y 22% en el segundo. El porcentaje de pacientes que cumplen con la ordenanza ministerial en ambos periodos no supera el 5% (tabla 2).

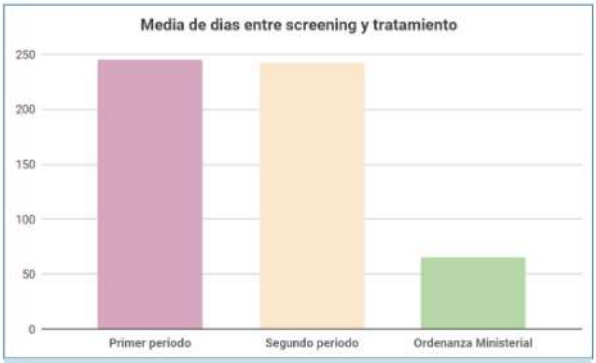


Figura 1. Tiempo entre colpocitología oncológica y tratamiento para ambos períodos y el establecido por la ordenanza ministerial.

Discusión

En base a los resultados obtenidos en este estudio, se rechaza la hipótesis de que la pandemia por COVID-19 ha afectado el tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento de lesiones premalignas de CCU para los períodos establecidos.

Si se analizan cuáles podrían ser las causas del rechazo de la hipótesis, por un lado se debe destacar que en nuestro medio no se suspendieron las cirugías de causa oncológica, como es el caso de la conización cervical, siendo una patología preinvasora. Por el contrario, al suspenderse las cirugías no oncológicas-no urgentes durante este período, se dispuso de más horas de block para coordinar estas cirugías a la brevedad.

Asimismo, el tiempo entre el informe anatomopatológico y el tratamiento es más prolongado durante la pandemia, en lo que podría haber influido una mayor demora en la valoración preoperatoria (consultas con ginecólogo, cardiólogo, anestesista, etcétera) por suspensión de policlínicas presenciales.

De acuerdo a los resultados analizados se puede concluir que los tiempos de demora entre el *screening* patológico de CCU y el tratamiento superan ampliamente lo establecido por la ordenanza ministerial, la

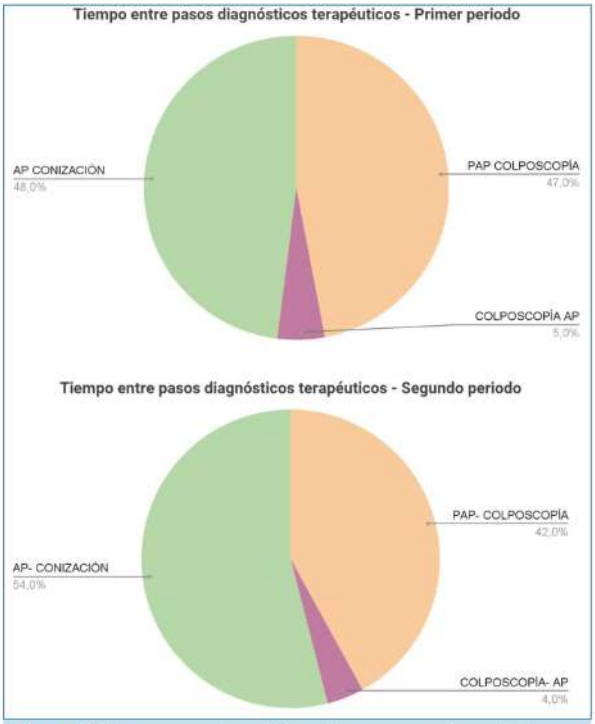


Figura 2. Tiempos entre diferentes pasos diagnósticos- terapéuticos en ambos periodos. AP: anatomía patológica.

que determina un plazo máximo de 65 días[10], siendo la media de días en nuestro estudio de 245 y 242 para el primer y segundo período, respectivamente. A su vez, menos del 5% del total de pacientes cumplen con la ordenanza ministerial. Esto deja en evidencia que existe una problemática en el seguimiento y tratamiento de estas pacientes previo a la pandemia.

Al detectar una lesión premaligna de CCU, es de vital importancia una resolución rápida por varios motivos. En primer lugar, el tratamiento adecuado y oportuno de las lesiones intraepiteliales constituye la forma efectiva de lograr la prevención del CCU. Por otra parte, ante un resultado patológico de *screening*, los tiempos de demora observados en este estudio pueden generar un alto nivel de incertidumbre y angustia en las usuarias. Un proceso diagnóstico-terapéutico más eficiente favorece la adherencia en el seguimiento y tratamiento de las usuarias, fortaleciendo la confianza en el sistema de salud, sabiendo que la falta de seguimiento y tratamiento, es uno de los principales problemas que afecta a los países en su intento de reducir la mortalidad por este cáncer[8]. Numerosos autores consideran que lograr el seguimiento para el diagnóstico y el tratamiento tiene más impacto en la mortalidad que la alta cobertura de tamizaje[11].

De la revisión y observación de historias clínicas realizada para la recolección de datos de las pacientes, y de los resultados del análisis de las diferentes etapas diagnóstico-terapéuticas, surgen como posibles causas de demoras: tiempo prolongado en ser atendido por un ginecólogo que sea responsable de coordinar la cirugía, incluyendo dificultades en el proceso de referencia desde un centro de primer nivel de atención. Por ejemplo, casos en los que es un médico/ginecólogo de primer nivel de atención quien recibe el informe anatomopatológico y determina la indicación de tratamiento, derivando a la paciente para su resolución al CHPR. Otras posibles causas sonla demora en tener consultas con especialistas como parte de la valoración preoperatoria, comorbilidades de las pacientes que enlentecen el estar en oportunidad anestésico quirúrgica, falta de disponibilidad de horas de block del servicio que sigue a la usuaria, suspensión de cirugías por patologías agudas concomitantes, entre otras.

En este estudio se evidenció que la instancia que tomó más tiempo fue desde el diagnóstico histológico hasta el tratamiento, siendo de un 48% y 54% del tiempo total para el primer y segundo período, respectivamente, seguido del tiempo entre el PAP y la colposcopía, que representa 47% y 42% del tiempo total en el primer y segundo período respectivamente.

Como posibles causas que expliquen este resultado se plantean el tiempo que transcurre hasta que un profesional ve el resultado del PAP, repetición de solicitud de estudios por no contar el médico tratante con el informe de los mismos (PAP, colposcopía, informe anatomopatológico) lo cual retrasa además el inicio del tratamiento; la no concurrencia de las pacientes a las consultas médicas o de procedimientos agendados, entre otras.

En este sentido, en cuanto al tiempo entre la colpocitología oncológica y la colposcopía, de acuerdo a lo reportado por la Memoria Anual 2020, en el período comprendido entre el 1° de julio de 2019 y el 30 de junio de 2020 a nivel nacional se efectuó el seguimiento de 916 mujeres con probable patología informada por PAP. Se logró establecer contacto con 69% de ellas. Los motivos por los que no se logró tener contacto con el resto fueron: registro defectuoso de los números telefónicos, no corresponder el número con el titular del servicio, por estar inhabilitados para recibir llamadas o simplemente por no contestar. De las mujeres ubicables, 75% se realizó la colposcopía y en 83% de las colposcopías se realizó una biopsia[11].

Estos datos sugieren que acciones destinadas a localizar de forma efectiva a las usuarias con colpocitología oncológica patológica pueden tener un fuerte impacto en la mejora del seguimiento de estas pacientes.

Esto nos lleva a considerar que no hay una instancia diagnóstico-terapéutica que se pueda identificar como causante o responsable del no cumplimiento de

los tiempos pautados por la ordenanza ministerial, sino que es el conjunto de ellas.

Sin embargo, el diseño de este estudio no permite identificar si las causas planteadas previamente son significativas para explicar los tiempos prolongados entre las diferentes instancias.

Se destaca que si bien nuestro estudio comparó los tiempos de demora observados durante la pandemia COVID-19 con la ordenanza ministerial vigente, a nivel internacional, se establecieron plazos más prolongados considerados como aceptables para el seguimiento de las lesiones premalignas de CCU durante la pandemia[12]. De todas formas, los tiempos obtenidos en este estudio los superan ampliamente.

La CHLCC (Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer) registró un 44% menos de de informes de PAP en 2020 con respecto a igual fecha del mes de noviembre de 2019[7]. La suspensión de las consultas presenciales, así como la postergación de las consultas en policlínica para control ginecológico, provocó un descenso significativo en el tamizaje de lesiones premalignas de CCU y por consiguiente su seguimiento y tratamiento. Probablemente tenga un impacto negativo en la incidencia de CCU en el futuro, teniendo en cuenta que ASSE tiene una cobertura de PAP inferior al 30% y que de las usuarias que tienen sospecha de lesiones precancerosas hay una pérdida del contacto en el seguimiento en un 30%[11].

A nivel internacional, en un estudio realizado en Chile[13] se encontró una disminución semanal promedio de 54,2% de exámenes de Papanicolaou. Las biopsias cervicales también disminuyeron, aunque en menor medida que otras prestaciones, con una reducción semanal de 29,5%. En este estudio se encontró que la disminución en el número de prestaciones vinculadas al tamizaje y diagnóstico de distintos tipos de cáncer afectó de manera diferencial a hombres y mujeres. No solo se verificó una importante reducción en el número de mamografías, sino que en los cánceres que afectan a hombres y mujeres (colorrectal y gástrico, por ejemplo) hubo una mayor reducción en el número de prestaciones a mujeres, lo que deja en evidencia cómo la pandemia afecta en forma desigual a diferentes poblaciones, vulnerando los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se identifican las propias de un estudio transversal. La población estudiada fueron usuarias cuyo tratamiento se realizó en el CHPR, por lo que no se puede extrapolar los resultados a otros centros asistenciales tanto del ámbito público como privado.

Como otra limitación se destaca que las bases de datos utilizadas no incluyen a las pacientes en las que se realizó cono LEEP, siendo este otro tratamiento utilizado para las lesiones precursoras de CCU.

Como fortalezas se destaca que aunque el estudio fue realizado en un único centro asistencial, se trata del centro de referencia ginecológico a nivel nacional, lo cual permitió incluir a usuarias procedentes de todo el territorio. Además, la población estudiada incluyó a la totalidad de las pacientes sometidas a conización quirúrgica en este centro en un periodo de dos años.

Asimismo al momento de recabar datos, se logró acceder a la mayor parte de la información requerida a través de las bases de datos utilizadas. Dado que la mayoría de los datos estaban en plataformas electrónicas, se logró obtener resultados de estudios diagnósticos realizados en otros centros asistenciales, en diferentes puntos del país y no solo los que estuvieran informados en el CHPR.

Por último, es importante manifestar que el segundo período está conformado por las usuarias cuya conización quirúrgica se realizó durante la pandemia COVID-19, incluyéndose a un porcentaje de usuarias en las que el diagnóstico y la valoración preoperatoria se realizó en el período prepandemia, lo que pudo haber generado un sesgo en lo resultados.

Conclusiones

Los tiempos observados entre el diagnóstico de una lesión premaligna de CCU y su tratamiento son muy superiores a los establecidos por la ordenanza ministerial, no identificándose un paso diagnóstico-terapéutico como responsable de esta demora, ya que el problema parece ser multicausal. No se evidenció una mayor demora en el seguimiento y tratamiento de estas usuarias a causa de la pandemia por COVID-19, lo que puede atribuirse al esfuerzo de nuestro Sistema de Salud de continuar brindando las prestaciones esenciales a las usuarias, asegurando el seguimiento de las patologías oncológicas. De todas formas, es necesario diseñar nuevas estrategias para mejorar el seguimiento y tratamiento de lesiones pre invasoras y de esta forma evitar que evolucionen a CCU, sabiendo que se trata de una enfermedad prevenible, causante de una alta morbimortalidad en nuestro medio, que vulnera los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y genera altos costos para el sistema sanitario desde el punto de vista económico, político y social.

Abstract

Introduction: the COVID-19 pandemic has affected women's health in general, and in particular their sexual and reproductive rights. Within the context of changes in health care services due to the COVID-19 pandemic, the screening and follow up of cervical precancerous lesions could be affected, and in turn, this could prevent timely diagnosis and early treatment. This study

aims to report the period of time be-tween pathological findings in screening tests and the treatment of precancerous lesions of cervical cancer, analyze it within the context of deadlines set in the Ministry of Health regulations in force, and compare it to pre-pandemic deadlines and time frames during the COVID-19 pandemic.

Method: observational, analytical and transversal study conducted by means of analyzing the situation before and after the COVID-19 pandemic. The study included users who underwent surgical conization at the Pereira Rossell Hospital during two periods of time: Between March 1, 2019 and February 29, 2020 and between March 1, 2020 and February 28, 2021.

Results: average number of days from the PAP test until conization was 245 days for the first period and 242 for the second one. The percentage of patients that comply with the Ministerial decree in both periods is lower than 5%.

Conclusions: the study found time to treatment in the follow up and management of users did not increase during the COVID-19 pandemic. However, the times ob-served widely exceed the deadlines set in the ministerial decree in both periods, that is before and during the pandemic.

Resumo

Introdução: a pandemia de COVID-19 afetou a saúde das mulheres e em particular os direitos sexuais e reprodutivos. No contexto das mudanças na saúde devido à pandemia de COVID 19, o rastreamento e o acompanhamento das lesões pré-malignas do câncer de colo de útero (CCU) podem ser afetados, colocando em risco o diagnóstico oportuno e o tratamento precoce.
Objetivo: descrever os tempos decorridos entre o resultado do rastreamento patológico e o tratamento das lesões pré-malignas do CCU, comparando-os com os períodos estabelecidos pela atual Portaria Ministerial, e comparar os tempos observados antes e durante a pandemia.

Métodos: foi realizado um estudo observacional, analítico e transversal por meio de uma análise comparativa antes e após a pandemia de COVID19. Foram incluídos as usuárias que realizaram a conização cirúrgica no Hospital Pereira Rossell em dois períodos de tempo: 1º de março de 2019 a 29 de fevereiro de 2020 e 1º de março de 2020 a 28 de fevereiro de 2021.

Resultados: a média de dias observados do PAP à conização foi de 245 para o primeiro período e 242 para o segundo. O percentual de pacientes que cumprem a Portaria Ministerial em ambos os períodos não ultrapassa 5%.

Conclusões: não houve evidência de maior demora no acompanhamento e tratamento desses usuários durante a pandemia por COVID-19, porém os tempos observados superam em muito os estabelecidos por Portaria Ministerial nos períodos pré-pandemia e durante a mesma.

Bibliografía

1. Briozzo L, Nozar F, Fiol V, Ben S, Greif D, Stapf C, et al. Análisis del impacto de la pandemia COVID-19 sobre la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva. Rev Méd Urug 2020; 36(4):249-74. doi: 10.29193/rmu.36.4.12 Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902020000400249&lng=es&nrm=iso&tlng=es [Consulta: 12 abril 2021].
2. República Oriental del Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud, Junta Nacional de la Salud. Resolución N°2. (Montevideo, 15 de marzo de 2020).
3. República Oriental del Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Ordenanza Ministerial N° 1.591/020. Exhorta a postergar la demanda de servicios médicos no esenciales o urgentes. (Montevideo, 9 de diciembre de 2020).
4. República Oriental del Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud, Junta Nacional de la Salud. Resolución N°38. (Montevideo, 23 de marzo de 2021).
5. Organización Mundial de la Salud. Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales, 1 de junio de 2020. Ginebra: OMS, 2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334360/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Consulta: 3 setiembre 2020].
6. Ministerio de Salud Pública. Programa de Salud Integral de la Mujer. Departamento de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Guía de práctica clínica de tamizaje de cáncer de cuello de útero 2014. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-practica-clinica-tamizaje-cancer-cuello-utero [Consulta: 12 abril 2021].
7. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Situación epidemiológica de Uruguay en relación al Cáncer. Incidencia del cáncer en el quinquenio 2013-2017. Tendencia de la mortalidad por cáncer hasta 2019. Montevideo: CHLCC, mayo 2021. Disponible en: https://www.comisioncancer.org.uy/Ocultas/Situacion-Epidemiologica-del-Uruguay-en-relacion-al-Cancer--Mayo-2021-uc108 [Consulta: 3 setiembre 2021].
8. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Memoria anual 2019. Área de Prevención del cáncer de Cuello Uterino. Montevideo: CHLCC, diciembre 2019. Disponible en: https://www.comisioncancer.org.uy/aucdocumento.aspx?267,1100 [Consulta: 12 abril 2020].
9. República Oriental del Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Ordenanza Ministerial N° 466/2012. (Montevideo, 24 de agosto de 2012).
10. República Oriental del Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Ordenanza Ministerial 276/2013. (Montevideo, 9 de mayo de 2013). Ref.: 001-3-5874/2012.
11. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Memoria anual 2020. Área de prevención del cáncer de cuello uterino. Montevideo; CHLCC, diciembre de 2020. Disponible en:

https://www.comisioncancer.org.uy/aucdocumento.aspx?267,1077 [Consulta: 16 febrero 2021].
12. ASCCP. COVID-19 Resources. Interim Guidance for Timing and Treatment Procedures for Patients with Abnormal Cervical Screening Tests (20 may 2020). Disponible en: https://www.asccp.org/covid-19-resources [Consulta: 15 agosto 2020].
13. Cuadrado C, Flores S, Vidal F, Pacheco J, Fuentes A, Martínez S; Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Proyecto CoV-IMPACT-C. ¿Cuál ha sido el impacto de la pandemia en el acceso a servicios ambulatorios vinculados al cáncer?. 20 Octubre 2020. Disponible en: http://www.saludpublica.uchile.cl/documentos/cual-ha-sido-el-impacto-de-la-pandemia-en-el-acceso-a-servicios-ambulatorios-vinculados-al-cancer-pdf-descargable_169838_0_0851.pdf [Consulta: 12 abril 2021].

Los autores participaron por igual en las distintas etapas de elaboración del artículo
Isabel Cassarino, ORCID 0000-0003-0581-687X
Julieta Rijo, ORCID 0000-0003-4173-2104
María Trombotti, ORCID 0000-0003-2488-8668
Fernanda Nozar, ORCID 0000-0003-2820-2141
Stephanie Viroga, ORCID 0000-0001-9065-6692