

# COVID-19 y Cáncer del Cuello Uterino: Análisis del Registro Hospitalario de Cáncer del Instituto Nacional del Cáncer de Río de Janeiro

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n4.4874>

*Covid-19 e Câncer do Colo do Útero: Análise do Registro Hospitalar de Câncer do Instituto Nacional de Câncer no Rio de Janeiro*  
*COVID-19 and Cervical Cancer: Analysis of the Hospital Cancer Registry of the National Cancer Institute in Rio de Janeiro*

Monique Villa Real Ayala<sup>1</sup>; Maria Tereza Fonseca da Costa<sup>2</sup>

## RESUMEN

**Introducción:** El cáncer de cuello uterino sigue siendo un problema de salud pública a pesar de la posibilidad de realizar exámenes de detección y diagnóstico temprano. **Objetivo:** Análisis comparativo de 2486 pacientes analíticas y no analíticas, remitidas al INCA únicamente para tratamiento, con seguimiento en el hospital de origen, ingresadas con cáncer de cuello uterino, entre enero de 2017 y diciembre de 2021, en el Hospital Oncológico II (HCII/INCA), utilizando como base de datos el Registro Hospitalario de Cáncer. **Método:** Estudio cuantitativo y observacional dividido en cuatro grupos: analíticos prepandemia, analíticos pandemia, no analíticos prepandemia y no analíticos pandemia. Se analizaron descriptivamente cinco variables seleccionadas: tiempo entre el diagnóstico y el ingreso hospitalario, primer tratamiento recibido en el hospital, estado de la enfermedad después del primer tratamiento, motivo de no tratamiento y estadificación. Se utilizó la prueba de ji al cuadrado de Pearson para verificar la asociación de las variaciones de frecuencia con los períodos prepandémico y pandémico. **Resultados:** Entre las pacientes analíticas, durante la pandemia, hubo un aumento del 34,1% en la proporción de pacientes ingresadas más de 61 días después del diagnóstico, del 4,6% en las derivaciones hacia soporte terapéutico y una reducción del 6,3% en los casos con remisión completa de la enfermedad después del tratamiento. Entre los casos no analíticos, durante la pandemia hubo un aumento del 20,6% en la proporción de pacientes ingresados en estadio IV, un 23,3% de pacientes sin tratamiento por progresión de la enfermedad o falta de condiciones clínicas y un 12,1% de derivaciones hacia apoyo terapéutico. **Conclusión:** La pandemia de COVID-19 tuvo un impacto negativo en la enfermedad y el acceso al sistema de salud.

**Palabras clave:** Neoplasias del Cuello Uterino; Diagnóstico Precoz; Admisión del Paciente; COVID-19.

## RESUMO

**Introdução:** O câncer do colo do útero continua sendo um problema de saúde pública apesar da possibilidade de rastreamento e diagnóstico precoce. **Objetivo:** Análise comparativa de 2.486 pacientes analíticas e não analíticas, encaminhadas ao INCA apenas para tratamento, com acompanhamento no hospital de origem, admitidas com câncer do colo do útero, entre janeiro de 2017 e dezembro de 2021, no Hospital do Câncer II (HCII/INCA), utilizando como base de dados o Registro Hospitalar de Câncer. **Método:** Estudo quantitativo e observacional dividido em quatro grupos: analíticos pré-pandemia, analíticos pandemia, não analíticos pré-pandemia e não analíticos pandemia. As cinco variáveis selecionadas foram analisadas de forma descritiva: tempo entre diagnóstico e admissão hospitalar, primeiro tratamento recebido no hospital, estado da doença após primeiro tratamento, razão para o não tratamento e estadiamento. Utilizou-se o teste chi-quadrado de Pearson para verificar a associação das variações das frequências com os períodos pré-pandemia e pandemia. **Resultados:** Entre as pacientes analíticas, na pandemia, houve aumento de 34,1% na proporção de pacientes admitidas com mais de 61 dias após o diagnóstico, 4,6% de encaminhamentos ao suporte terapêutico e redução de 6,3% de casos com remissão completa da doença pós-tratamento. Entre as não analíticas, na pandemia, houve aumento de 20,6% da proporção de pacientes admitidas em estádio IV, 23,3% de pacientes submetidas a nenhum tratamento por avanço da doença ou falta de condições clínicas e 12,1% de encaminhamentos ao suporte terapêutico. **Conclusão:** A pandemia da covid-19 teve impacto negativo sobre a doença e o acesso ao sistema de saúde.

**Palavras-chave:** Neoplasias do Colo do Útero; Diagnóstico Precoce; Admissão do Paciente; COVID-19.

## ABSTRACT

**Introduction:** Cervical cancer remains a public health problem despite the possibility of screening and early diagnosis. **Objective:** Comparative analysis of 2,486 analytical and non-analytical patients referred to INCA only for treatment, with follow-up at the hospital of origin, admitted with cervical cancer between January 2017 and December 2021 at *Hospital do Câncer II (HCII/INCA)*, using the Hospital-based Cancer Registry as database. **Method:** Quantitative and observational study divided into four groups: pre-pandemic analytical, pandemic analytical, pre-pandemic non-analytical and pandemic non-analytical. Five selected variables were analyzed descriptively: time between diagnosis and hospital admission, first treatment received at the hospital, disease status after first treatment, reason for non-treatment and staging. Pearson's chi-square test was utilized to verify the association of frequency variations between the pre-pandemic and pandemic periods. **Results:** Among analytical patients during the pandemic, there was a 34.1% increase in the proportion of patients admitted more than 61 days after diagnosis, 4.6% in referrals for therapeutic support and a 6.3% reduction in cases with complete remission of the disease after treatment. Among non-analytical patients during the pandemic, there was a 20.6% increase in the proportion of patients admitted in stage IV, 23.3% of patients who did not submit to any treatment due to disease progression or lack of clinical conditions and 12.1% of referrals for therapeutic support. **Conclusion:** The COVID-19 pandemic had a negative impact on the disease and access to the health system.

**Key words:** Uterine Cervical Neoplasms; Early Diagnosis; Patient Admission; COVID-19.

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Cáncer (INCA). Universidade Estácio de Sá, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: mayala@inca.gov.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0004-5628-7992>

<sup>2</sup> Universidade Estácio de Sá, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: maria.fonseca@estacio.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-5249-5143>

**Dirección para correspondencia:** Monique Villa Real Ayala. Via Binário do Porto, 831, 7º andar – Santo Cristo. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP 20081-250. E-mail: mayala@inca.gov.br



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino continúa siendo una cuestión de salud pública, especialmente en países de medios y bajos ingresos. En el Brasil, esta patología es más común en las regiones Norte y Nordeste y, a pesar de los avances en la detección y en el tratamiento, todavía es una de las principales causas de muerte por cáncer en mujeres.

Para cada año del trienio 2023-2025, el Instituto Nacional del Cáncer (INCA) estimó que sean diagnosticados 17 010 nuevos casos de cáncer de cuello uterino, con riesgo estimado de 15,38 casos por cada 100 000 mujeres, siendo el cáncer de cuello uterino el tercer tipo más común en mujeres. En 2020, la tasa de mortalidad para el cáncer de cuello uterino en el Brasil ajustada mediante la población mundial era de 4,6 fallecidas por cada 100 000 habitantes<sup>1</sup>.

La infección persistente originada por el virus del papiloma humano (VPH) es la principal causa de desarrollo del cáncer de cuello uterino: el objetivo del virus es la célula epitelial basal o metaplásica, cuya proliferación es necesaria para la replicación viral. El cáncer cervical viene precedido por anormalidades celulares en el epitelio conocidas como neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) principalmente en la unión escamocolumnar cuando el epitelio columnar se transforma en epitelio escamoso, conformando la llamada zona de transformación (ZT)<sup>2</sup>.

Los tipos histopatológicos más comunes son el espino-celular y el adenocarcinoma. Entre los tumores invasivos, el carcinoma espinocelular de células grandes no queratinizante es el más frecuente asociado a la infección por VPH.

En el Brasil, se han dado desde la década de 1980 diversas iniciativas gubernamentales de incentivo al control del cáncer de cuello uterino<sup>3</sup>. El rastreo del cáncer de cuello uterino, por medio del examen citopatológico, es una estrategia de salud pública capaz de reducir la incidencia y la mortalidad de la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece una cobertura de entre el 80% y 85% de la población femenina de 25 a 64 años para que haya reflejos en las estadísticas de morbilidad<sup>4</sup>. Además, para lograr esta alta cobertura poblacional, es necesario implementar un mecanismo activo de búsqueda y reclutamiento de mujeres, una forma de detección organizada, pues las acciones aisladas de información y educación movilizan más a las mujeres naturalmente motivadas que a aquellas que ya están retrasadas con la detección<sup>5</sup>.

En 2021 la OMS pasó a recomendar que la detección sea hecha mediante el examen de VPH-ADN, que identifica el ácido desoxirribonucleico (ADN) del VPH, cada cinco años en mujeres con edades entre 25 y 64 años, acompañado o no de citología. En el Brasil se hace a través del examen de Papanicolaou hasta que se establezca

la detección para VPH. La periodicidad puede variar, pero, para mujeres con dos exámenes consecutivos y con intervalo de un año normales, el examen puede pasar a ser realizado cada tres años. La prioridad debe ser para mujeres entre 30 y 49 años<sup>6</sup>.

Se estima que hasta llegar a una atención para tratamiento, empezando por las unidades de Atención Primaria a la Salud (APS), pasando por el examen colpocitológico, colposcopia, biopsia, exámenes complementarios para diagnóstico y estadificación, tales como ecografía y tomografía computarizada, y posteriormente dirigirse al hospital de referencia donde será tratada y acompañada, la paciente recorrerá un largo trayecto mediante la regulación de vacantes. La paciente tendrá un considerable tiempo de espera, en el flujo del Sistema de Regulación, que es un proceso responsable por garantizar el acceso a las camas hospitalarias, procedimientos y consultas o tratamientos especializados<sup>7</sup>.

Las solicitudes de consultas de baja y media complejidades deben hacerse mediante la Regulación Municipal (SISREG) y, para consultas de alta complejidad (cirugía cardíaca, neurocirugía y oncología), mediante el Sistema de Regulación Estatal (SER), en el caso del estado de Río de Janeiro<sup>7</sup>.

Aunque sea una enfermedad de fácil prevención y detección temprana, las pacientes continúan siendo admitidas con estadificaciones avanzadas (III y IV) en el INCA<sup>8</sup>.

En marzo de 2020, la OMS reconoció a la COVID-19 como una pandemia, con posteriores orientaciones sanitarias restrictivas, ocasionando una limitación de las atenciones en las unidades básicas de salud y una caída sustancial de la búsqueda por servicios de salud en general<sup>9</sup>.

El presente estudio tiene la intención de dilucidar las principales alteraciones en el perfil de las pacientes con diagnóstico del cáncer de cuello uterino, admitidas en el HCII/INCA, localizado en Río de Janeiro, comparando las observaciones del período de enero de 2017 a diciembre de 2019, período prepandemia, con aquellas del período de enero 2020 a diciembre 2021, durante la pandemia.

## MÉTODO

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y cuantitativo realizado en el HCII/INCA, situado en la región del centro del municipio de Río de Janeiro. Se usó como fuente la base de datos del Registro Hospitalario de Cáncer del Hospital del Cáncer II (RHC-HCII)<sup>10</sup> en los años de 2017 a 2021, incluyéndose todos los registros de las pacientes admitidas con el código C53 (neoplasia maligna de cuello uterino) de la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados a la Salud (CIE-10)<sup>11</sup>, en el período analizado.

Las pacientes fueron divididas inicialmente en dos grupos: pacientes admitidas en los años 2017, 2018 y 2019, denominado grupo prepandemia; y pacientes admitidas en los años 2020 y 2021, llamado grupo pandemia. Posteriormente, cada grupo fue dividido en dos subgrupos más: analíticos prepandemia (APP); analíticos pandemia (AP); no analíticos prepandemia (NAPP); y no analíticos pandemia (NAP).

Los casos se consideran analíticos cuando son recibidos con diagnóstico para ser estadificados, tratados y acompañados en el propio HCII, mientras que los no analíticos son aquellos cuyos diagnóstico y estadificación se hicieron en otra unidad hospitalaria de referencia y posteriormente referidos al INCA para alguna modalidad de su tratamiento (radioterapia, braquiterapia y quimioterapia). El objetivo de separar los casos en analíticos y no analíticos es poder hacer el acompañamiento diferenciado de los analíticos, prioritarios en la evaluación de resultados dependientes de la asistencia prestada específicamente por el hospital<sup>12</sup>.

La sumatoria de los casos analíticos y no analíticos permitió la observación del perfil de todas las pacientes atendidas por la institución.

Con la finalidad de describir en forma detallada, con representatividad de las pacientes admitidas en el HCII con cáncer de cuello uterino, se incluyeron a todas las 2486 pacientes registradas en la base de datos del RHC bajo el CIE C53 del 1 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2021, no aplicándose, por lo tanto, el cálculo para determinar el tamaño muestral ni el cálculo de poder. Las pacientes con llenado incompleto de los datos, señalado como sin informaciones, para determinada variable, en la fecha de la obtención de estos, fueron descritas así en los resultados.

Al momento de la obtención de datos de la presente investigación, el RHC-HCII estaba alimentado hasta diciembre de 2021. Los datos fueron obtenidos del RHC-HCII, el 1 de diciembre de 2022, con el número

de parecer 5.712.339 (CAAE: 63059622.4.0000.5274), el cual fue favorable en su remisión al Comité de Ética en Pesquisa (CEP) de dicho hospital, y con el parecer de la institución copartícipe número 5.770.455 (CAAE: 63059622.4.3001.5284). El estudio siguió todas las recomendaciones de la Resolución n.º 466/2012<sup>13</sup> del Consejo Nacional de Salud.

Los datos se analizaron de forma descriptiva. Los resultados se presentaron en forma de frecuencias obtenidas por tabulaciones simples entre variables. La prueba ji al cuadrado de Pearson<sup>14</sup> se usó para verificar la asociación de las variaciones de las frecuencias de las categorías con los períodos prepandemia, de 2017 a 2019, y pandemia, entre 2020 y 2021, tanto en los grupos analíticos como en los no analíticos. El objetivo fue probar la relación entre el período (prepandemia y pandemia) y cada variable, de forma independiente. El programa utilizado fue el SPSS<sup>15</sup> v.22 (IBM, USA). Los valores de *p* inferiores a 0,05 fueron considerados con significación estadística. Se detallarán a continuación los resultados, con énfasis en las variables que presentaron prueba ji al cuadrado de Pearson, con valor de *p* inferior a 0,05.

## RESULTADOS

La distribución del total de las pacientes a lo largo del período del estudio y de los cuatro grupos se detalla en la Tabla 1. De acuerdo con los datos presentados, se puede observar que hubo una caída gradual del número de pacientes, con cáncer de cuello uterino, admitidas en el HCII/INCA, considerando los dos períodos de estudio.

En el período prepandemia, la reducción de admisiones fue de alrededor del 20% entre 2017 y 2018 y del 10% al año siguiente. Cuando se evaluó la proporción de caída en las admisiones entre 2019 y 2020, el primer año de la pandemia del coronavirus, se observó un valor aproximado del 32%; y del 51% cuando se evaluó la caída proporcional en 2021, en comparación con 2019.

Tabla 1. Distribución de los 2486 casos admitidos del HCII/INCA (2017-2021)

Año	Analíticos		No analíticos		Total por año
	Número	(%)	Número	(%)	
2017	497	66,70	248	33,30	745
2018	358	60,67	232	39,33	590
2019	319	59,96	213	40,04	532
2020	221	61,73	137	38,27	358
2021	172	65,90	89	34,10	261
Total	1567	63,03	919	36,97	2486

Fuente: Adaptado de RHC/HCII<sup>10</sup>.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

La distribución entre pacientes analíticas y no analíticas permaneció estable durante todo el período del estudio, manteniéndose entre el 35% y 40% de las pacientes no analíticas. El Gráfico 1 muestra la caída evolutiva en las admisiones tanto de casos analíticos como no analíticos a lo largo de este período.

Se seleccionaron las siguientes variables extraídas de la ficha de registro de tumor: tiempo entre el diagnóstico y la primera consulta hospitalaria (días); estadificación; primer tratamiento recibido en el hospital; y estado de la enfermedad después del primer tratamiento. Con la intención de dilucidar la variable primer tratamiento recibido en el hospital, se incluyó posteriormente la variable motivo para el no tratamiento. Los resultados están representados en la Tabla 2.

Como se observa, en el grupo de pacientes analíticas, durante la pandemia, hubo un aumento del 34,1% en la proporción de pacientes admitidas con más de 61 días después del diagnóstico, reducción del 6,3% de casos con remisión completa de la enfermedad después del primer tratamiento, y aumento del 4,6% de encaminamientos hacia el soporte terapéutico. Aunque el estudio haya señalado la ausencia de significación estadística para las variables estadificación, el primer tratamiento recibido en el hospital y el motivo para el no tratamiento, los valores de  $p$  fueron mayores de 0,5 (0,987 – 0,065 – 0,890, respectivamente). Se nota que la estadificación de admisión para la mayor parte de las pacientes del grupo analítico se mantuvo en el estadio III, el tratamiento recomendado permanece en asociación de radioterapia y quimioterapia, por lo tanto las pacientes son sometidas al tratamiento específico, lo que vuelve a la opción “no se aplica” la más frecuente para la variable motivo para el no tratamiento; sin embargo, el desenlace para el tratamiento fue diferente, como se citó anteriormente. Para los demás resultados citados, todos los valores de  $p$  fueron menores de 0,05.



Gráfico 1. Casos analíticos y no analíticos (2017-2021)

Fuente: Adaptado de RHC/HCII<sup>10</sup>.

Nota: No hubo diferencia entre los cuatro grupos en lo que se refiere al perfil sociodemográfico de la población estudiada cuando se observan raza, color, educación, grupo etario y consumo o no de tabaco.

Entre las pacientes no analíticas, en el período de la pandemia, hubo aumento del 20,6% de la proporción de pacientes admitidas en estadio IV, reducción del 23,1% de los casos que presentaron remisión completa de la enfermedad, con caída del 15,7% de los casos enviados hacia radioterapia aisladamente, 23,3% más de pacientes sometidas a ningún tratamiento por avance de enfermedad o falta de condiciones clínicas, y 12,1% más de envíos hacia soporte terapéutico.

## DISCUSIÓN

En 2017 la Red de Atención Oncológica del estado de Río de Janeiro estaba compuesta por 25 Unidades de Asistencia de Alta Complejidad en Oncología (Unacon) y Centros de Asistencia de Alta Complejidad en Oncología (Cacon), respectivamente, tres servicios aislados de radioterapia y dos hospitales de cirugía oncológica, distribuidos en doce municipios en ocho de las nueve regiones del estado. Actualmente, según datos de la Sociedad Brasileña de Radioterapia, constan 30 aparatos de radioterapia en el estado de Río de Janeiro, estando ocho fuera del municipio de Río<sup>16</sup>.

El Plan Oncológico<sup>12</sup> del estado de Río de Janeiro, aprobado en julio de 2017 y vigente entre 2017 y 2021, estimó un déficit de 49 unidades para la atención de pacientes con cáncer en todo el estado y estableció una partida especial, además de cofinanciación del estado para la acreditación y habilitación de nuevas Unacon para los pacientes oncológicos. Este Plan Oncológico fue renovado en 2022.

La estrategia, que prevé el aumento del financiamiento e inversión en nuevos Cacon y Unacon, puede ser una de las justificaciones para la caída consecutiva del número de pacientes con cáncer de cuello uterino atendidas por el HCII/NCA observada incluso antes de la pandemia de la COVID-19 en 2020. No obstante, el presente estudio no tiene elementos suficientes para evaluar esta posibilidad.

De forma semejante, la literatura mundial<sup>17-20</sup>, en el período de la pandemia de la COVID-19, observó una caída variable tanto en la realización de exámenes colpocitológicos como en las biopsias y cirugías para tratamiento del cáncer de cuello uterino.

El aumento del tiempo necesario para llegar hasta el HCII/INCA después del diagnóstico puede explicarse por la suspensión temporal, por el plazo de 90 días, de las consultas y procedimientos agendados por el SISREG, establecido por el Decreto Río n.º 47282<sup>21</sup>, que mantenía los procedimientos relacionados al cáncer, el cual fue sucedido por las Resoluciones SMS n.º 4330<sup>22</sup> y n.º 4334, las cuales, a su vez, no contemplaban colposcopia, biopsia cervical y consultas domiciliarias de pacientes oncológicos,

Tabla 2. Datos clínicos analíticos y no analíticos prepandemia y pandemia

Características	Analíticos		No analíticos		p	
	Prepande-mia (%)	Pande-mia (%)	Prepande-mia (%)	Pande-mia (%)		
<b>Tiempo entre diagnóstico y primera consulta (días)</b>			< 0,001*		< 0,001*	
<b>Menos de 30</b>	34,6	13,5	20,6	12,4		
<b>Entre 30-60</b>	36,5	25,7	17,2	19,0		
<b>Entre 61-120</b>	15,7	40,7	14,7	31,0		
<b>Entre 121-180</b>	3,3	10,2	8,2	8,4		
<b>Más de 180</b>	4,0	6,6	32,9	18,1		
<b>Inválidos</b>	5,9	3,3	6,3	11,1		
<b>Estadificación</b>			0,987		< 0,001*	
<b>0</b>	9,8	9,2	7,2	7,1		
<b>I</b>	21,7	21,6	6,6	1,3		
<b>II</b>	28,7	28,0	15,4	4,0		
<b>III</b>	33,0	34,1	32,6	24,3		
<b>IV</b>	5,5	6,1	21,9	42,5		
<b>Sin información</b>	1,3	1,0	16,2	20,8		
<b>Primer tratamiento recibido en el hospital</b>			0,065		< 0,001*	
<b>Ninguno</b>	0,1	0,5	60,9	71,2		
<b>Cirugía</b>	27,4	27,7	0,3	0		
<b>Radioterapia</b>	12,8	8,7	33,8	18,1		
<b>Quimioterapia</b>	2,0	1,3	3,0	6,6		
<b>Radioterapia + quimioterapia</b>	57,7	61,8	2,0	4,0		
<b>Estado de la enfermedad después del final de este tratamiento</b>			< 0,001*		< 0,001*	
<b>Remisión completa</b>	68,6	62,3	27,1	4,0		
<b>Enfermedad estable</b>	3,2	6,1	2,3	1,8		
<b>Enfermedad en progresión</b>	6,4	3,3	0,6	0		
<b>Soporte terapéutico</b>	8,4	13,0	1,2	13,3		
<b>Deceso</b>	12,9	9,7	7,5	9,3		
<b>No se aplica</b>	0,3	4,1	60,9	71,7		
<b>Sin información</b>	0,2	1,5	0,4	0		
<b>Motivo para no tratamiento</b>			0,890		< 0,001*	
<b>Tratamiento realizado fuera</b>	3,9	4,1	34,3	11,9		
<b>Enfermedad avanzada/falta de condiciones clínicas</b>	11,0	11,7	27,1	50,4		
<b>Abandono de tratamiento</b>	0,2	0,3	1,2	0		
<b>Recusa</b>	0	0	0,3	0,4		
<b>Deceso</b>	0,6	1,0	25,4	31,9		
<b>Otros motivos</b>	0,3	0,5	10,7	5,3		
<b>No se aplica</b>	84,1	82,4	1,0	0		

Fuente: Adaptado de RHC/HCI<sup>10</sup>.(\*) valor de *p* significativo.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

que no fuesen de alto riesgo, como procedimientos a ser mantenidos durante la pandemia. Tal hecho dificulta no solo el acceso de las pacientes al sistema de salud sino también poder caminar en la línea de cuidado del cáncer de cuello uterino hacia el diagnóstico y el tratamiento oportuno a tiempo.

Los Decretos n.º 46983<sup>23</sup> y n.º 47012<sup>24</sup> del Gobierno del Estado también interrumpieron, temporalmente, el transporte intermunicipal. Este hecho se vuelve de suma importancia cuando se observa que más del 50% de las pacientes analíticas vienen de otro municipio del estado de Río de Janeiro. Además de las resoluciones del Ministerio de Salud, del Gobierno del Estado de Río de Janeiro y del Comité de Crisis, el flujo de recolección del examen Pap-nicolau, el resultado y el seguimiento para la colposcopia, para las biopsias y consultas en las unidades de atención especializado son presenciales, lo que, al momento de la pandemia, puede haber contribuido para retardar el proceso, a medida que la población fue orientada a mantenerse distanciada de los servicios de salud para permitir la atención prioritaria de pacientes con COVID-19.

Aunque en la Ficha de Registro de Tumor conste la estadificación según la Clasificación de Tumores Malignos (TNM)<sup>25</sup> para el cáncer de cuello uterino, la clasificación utilizada es la de la *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO)<sup>26</sup> 2018 para estadificación.

Según datos del INCA<sup>1</sup>, hasta 2019, cerca del 35% de los casos analíticos era diagnosticado en estadificación avanzada (III y IV). Se encuentra, en los años de 2020 y 2021, un poco más del 39% de las pacientes con diagnóstico en fase avanzada. Aunque no existen datos de una serie larga para los casos no analíticos. Sin embargo, al observar a las pacientes no analíticas, se encontró un aumento del 20,6% en las admisiones en estadificación IV cuando se comparan los años 2020 y 2021 con el período prepandemia, mientras que hubo reducción del 5,3% y 11,4% en las admisiones en estadificaciones I y II respectivamente, en este mismo grupo.

El aumento del porcentaje de pacientes admitidas en estadificación IV en el grupo NAP puede justificar el consiguiente aumento de pacientes no tratadas por avance de la enfermedad o falta de condiciones clínicas en este grupo, pero sería de gran importancia el conocimiento del intervalo de tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento propuesto, hasta como una forma de evaluación del servicio prestado en el hospital de origen, del sistema de regulación de vacantes y de la red de atención de radioterapia y braquiterapia. De esta forma, no se sabe si estas pacientes no son tratadas por ya llegar en estadio IV o si, además de llegar en estadio más avanzado, ellas aguardan todavía por más tiempo en la regulación de vacantes para el tratamiento específico.

Un estudio realizado por la Sociedad Brasileña de Radioterapia<sup>27</sup> hizo un retrato de los servicios de radioterapia y aparatos en el Brasil y el impacto sufrido por la pandemia de la COVID-19. En el país, hay 284 servicios de radioterapia, estando el 52% en la región Sudeste.

El déficit de aparatos o el porcentaje de aparatos obsoletos gira en torno del 50%. Durante la pandemia, el 15% de los servicios tuvieron una reducción de más del 50% del número de atenciones diarias y el 46% de las pacientes escogió posponer el tratamiento del cáncer con este tipo de tratamiento. Se estimó que, considerando los cinco principales tumores, hubo por lo menos 5000 muertes relacionadas a la falta de radioterapia en un año<sup>27</sup>.

Los resultados presentados por el estudio revelaron un impacto significativo de la pandemia de COVID-19 en el manejo y pronóstico del cáncer de cuello uterino tanto en pacientes analíticas como en las no analíticas. De hecho, la infraestructura más limitada al acceso, el diagnóstico y el tratamiento ya eran desafiantes antes de la pandemia. Además, se hace evidente la importancia de un sistema de salud resiliente, capaz de proteger los servicios esenciales, incluso en crisis globales. De esta forma, los retrasos en el inicio del tratamiento y en el diagnóstico refleja la vulnerabilidad del sistema de salud y puede afectar el desenlace.

La prevalencia del cáncer de cuello uterino y el estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico son aspectos determinantes. En poblaciones cuya detección se hace de forma organizada y amplia, y la prevención es efectiva, puede haber una mayor proporción de diagnósticos tempranos, difiriendo de los resultados encontrados en este estudio.

Aunque los hallazgos reflejan una realidad específica del HCII/INCA, la generalización hacia otros contextos depende de las semejanzas entre las características demográficas, epidemiológicas y estructurales de las poblaciones y sistemas de salud involucrados. Poblaciones con diferencias significativas en determinantes sociales de salud pueden presentar variaciones de los tiempos de diagnóstico, accesibilidad al tratamiento y desenlaces.

Como limitaciones en el análisis de estos resultados, se reconoce que los estudios trasversales, considerando un único momento de observación –en este caso los datos fueron observados el primero de diciembre de 2022–, deben ser identificados como exploratorios de una situación en estudio, no indicándose enfoques analíticos para discusión sobre causa y efecto.

Considerando la inclusión de toda la muestra del período, no se aplica el cálculo muestral ni el cálculo de poder. No obstante, se debe observar que el estudio seleccionó a la población de una única unidad de referencia del Sistema Único de Salud (SUS), pacientes admitidas en el HCII y que, por lo tanto, tuvieron acceso a la línea



de cuidado de cáncer de cuello uterino. A consecuencia de la pandemia de la COVID-19, los grupos presentaron número de componentes bastante diferentes, hecho que puede hacer menos evidentes características importantes en grupos con menos pacientes.

El estudio en cuestión utiliza el RHC como base de datos, una fuente secundaria. Una fuente secundaria es obtenida de una fuente preexistente, en este caso la ficha de tumor. Tiene como ventajas un menor costo y resultados más rápidos que investigaciones de fuentes primarias. No obstante, hay otras desventajas, como, por ejemplo, la ausencia de variables o informaciones importantes para la investigación. Se debe considerar también la posibilidad de error de llenado por parte del responsable técnico, retraso de registro, entre otras limitaciones inherentes al trabajo humano<sup>28</sup>.

## CONCLUSIÓN

El cáncer de cuello uterino es un tumor de crecimiento lento, con posibilidad de diagnóstico en fase temprana cuando la detención en la población se hace de forma organizada y amplia; sin embargo, la llegada del coronavirus al Brasil en febrero de 2020 trajo innumerables desafíos al ya sobrecargado Sistema de Salud del país.

Parece de suma importancia que se dé atención especial al mejoramiento del sistema de detección, aumentándole eficacia y cobertura, incluso contextualizado en emergencias sanitarias, como fue la pandemia de la COVID-19. Sin embargo, saber cuáles fueron las etapas de la detección que ofrecieron mayor dificultad a la usuaria no fue el objetivo de este estudio.

Para que las usuarias regresen a buscar las unidades de atención primaria, pueden necesitarse estrategias de comunicación, divulgación y búsqueda activa en visitas domiciliarias por parte de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), afirmando la seguridad y las medidas de contención de contagio de la COVID-19, pues muchas mujeres todavía permanecen alejadas por miedo de contaminación por el coronavirus.

Con el aumento del número de pacientes enviadas directamente hacia el soporte terapéutico, se hace necesario pensar en clínicas de cuidados paliativos y control del dolor junto a las unidades básicas de atención para aportar mejor calidad de vida y asistencia a una población ya tan golpeada por la pandemia. Además del cuidado al paciente, se vuelve necesario mantener grupos de apoyo y orientación a los familiares. Esto evitaría también que los hospitales se quedasen con una gran cantidad de pacientes en soporte terapéutico y garantizando una mejor oferta de camas disponibles para aquellas candidatas al tratamiento curativo.

## APORTES

Monique Villa Real Ayala contribuyó sustancialmente en la concepción y en el planeamiento del estudio; en la obtención, análisis e interpretación de los datos; y en la redacción. Maria Tereza Fonseca da Costa contribuyó sustancialmente en la obtención, análisis e interpretación de los datos; y en la revisión crítica. Ambas autoras aprobaron la versión final a publicarse.

## DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

Nada a declarar.

## FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No hay.

## REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. Dados e números sobre o câncer de colo do útero. Relatório anual 2023. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2023.
2. Sellors JW, Sankaranarayanan R. Introdução à anatomia do colo uterino. Colposcopia e tratamento da neoplasia intra-epitelial cervical: manual para principiantes. Washington, D.C.: OPAS; 2004.
3. Instituto Nacional de Câncer. Plano de ação e redução da incidência e mortalidade por câncer de colo de útero: sumário executivo. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2010.
4. Telio MA, Oselame GB, Dutra DA, et. Fatores relacionados à adesão do exame colpocitopatológico no município de Cerro Azul. Cien Cuid Saude. 2014;13(1):90-6.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Rastreamento. Normas e manuais técnicos. Brasília, DF: MS; 2010. (Série A. Cadernos de Atenção Primária).
6. World Health Organization. Who guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. Genebra: WHO; 2021.
7. Secretaria Estadual de Saúde (RJ) [Internet]. Rio de Janeiro; SSERJ; [2000]. Regulação. [acesso 2022 nov 10]. Disponível em: [www.saude.rj.gov.br](http://www.saude.rj.gov.br)
8. Thuller LC, Bergmann A, Casado L. Perfil das pacientes com câncer de colo de útero no Brasil, 2000-2009: estudo de base secundária. Rev Bras Cancerol. 2012;58(3):351-7. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2012v58n3.583>
9. Araújo SEA, Leal A, Centrone AFY. Impacto da Covid-19 sobre o atendimento de pacientes oncológicos: experiência de um centro oncológico localizado em um epicentro Latino – Americano da pandemia. Einstein (São Paulo). 2021;(19):1-8.



10. Integrador RHC: Registros Hospitalares de Câncer [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; [2012]. [acesso 2024 maio 18]. Disponível em: <https://irhc.inca.gov.br>
11. Organização Mundial da Saúde. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Edusp; 2008.
12. Instituto Nacional de Câncer (BR). Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2010.
13. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção I:59.
14. Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, et al. Epidemiologia 2 ed. Editora Atheneu; 2009. Capítulo 24, Associação estatística em epidemiologia: análise bivariada; p. 429-56.
15. SPSS®: Statistical Package for Social Science (SPSS) [Internet]. Versão 20.0. [Nova York]. International Business Machines Corporation. [acesso 2023 mar 9]. Disponível em: [https://www.ibm.com/br-pt/spss?utm\\_content=SRCWW&p1=Search&p4=43700077515785492&p5=p&gclid=CjwKCAjwgZCoBhBnEiwAzb35Rwltb7s14pOSLocnoMOQh9qAL59IHVc9WP4ixhNTVMjenRp3-aEgxoCubsQAvD\\_BwE&gclsrc=aw.ds](https://www.ibm.com/br-pt/spss?utm_content=SRCWW&p1=Search&p4=43700077515785492&p5=p&gclid=CjwKCAjwgZCoBhBnEiwAzb35Rwltb7s14pOSLocnoMOQh9qAL59IHVc9WP4ixhNTVMjenRp3-aEgxoCubsQAvD_BwE&gclsrc=aw.ds)
16. Secretaria de Estado da Saúde (RJ). Plano Estadual de Atenção Oncológica [Internet]. 2. ed. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro; 2017. 119 p. [acesso 2024 ago 25]. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/boletins-cib/2228-planoatencaooncologicafinal-centrosregionaisdiagnosticos-052017/file.html#:~:text=O%>
17. Miller MJ, Lanfang Xu, Qin J, et al. Impact of Covid-19 on cervical cancer screening rates among women aged 21-65 years in a large integrated health care system – southern California, january 1-september 30, 2019, and january 1-september 30, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2019;70(4):109-13. doi: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7004a1>
18. Ivanus U, Jerman T, Oblak UG, et al. The impact of the Covid-19 pandemic on organised cervical cancer screening: the first results of the slovenian cervical screening programme and registry. Lancet Reg Health Eur. 2021;5:100101. doi: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100101>
19. Ribeiro CM, Correa FM, Migowski A. Efeitos de curto prazo da pandemia de Covid-19 na realização de procedimentos de rastreamento, investigação diagnóstica e tratamento do câncer no Brasil: estudo descritivo, 2019 – 2020. Epidemiol Serv Saúde. 2021;31(1):e2021405.
20. Duarte MBO, Argenton JLP, Carvalheira JBC. Impact of Covid-19 in cervical and breast cancer screening and systemic treatment in São Paulo, Brasil: na interrupted time series analysis. JCO Glob Oncol. 2022;8:1-16. doi: <https://doi.org/10.1200/GO.21.00371>
21. Prefeitura do Rio de Janeiro. Decreto Rio nº 47.282 de 21 de março de 2020. Determina a adoção de medidas adicionais, pelo Município, para enfrentamento da pandemia do novo Coronavírus - COVID - 19, e dá outras providências. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro. 2020 mar 21; Seção 1.
22. Secretaria Municipal de Saúde (RJ). Resolução nº 4.330 de 17 de março de 2020. Aprovar e conceder efeito normativo à Nota Técnica da Assessoria Especial - Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro. 2020 mar 18; Seção 1.
23. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Decreto nº 46.983 de 20 de março de 2020. Amplia as medidas de enfrentamento da propagação decorrente do novo coronavírus (COVID-19) através de restrições no sistema de transporte público e mobilidade urbana, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. 2020 mar 20; Ano XLVI; Edição 52-A; Seção 1:1.
24. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Decreto nº 47.012 de 31 de março de 2020. Altera redação do art. 1º do decreto 46.983 de 20 de março de 2020 para incluir o inciso viii que determina a paralisação integral da circulação de trens na operação da extensão Guapimirim e fechamento de todas as estações no trecho entre as estações de Saracuruna e Guapimirim. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. 2020 abr 1; ano XLVI; Edição 60; Seção 1:3.
25. Brierley JD, Gospodarowicz M, Wittekind Ch, editors. TNM Classification of Malignant Tumours. 8 ed. Chichester, West Sussex, UK: Wiley Blackwell; 2017.
26. Bhatla N, Denny L, editors. FIGO Cancer Report 2018. Inter J Ginecol Obstet. 2018;143(s2):1-158. doi: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12608>
27. Sociedade Brasileira de Radioterapia [Internet]. São Paulo: SBR; 2024. Impacto da pandemia Covid-19 nos serviços de radioterapia do Brasil, 2022. [acesso 2023 mar 13]. Disponível em: <http://www.sbradioterapia.com.br>
28. Bussab WO, Morettin PA. Estatística básica. São Paulo: Saraiva; 2023.

Recebido em 26/8/2024

Aprovado em 16/12/2024

