



EDITORIAL

Retraso diagnóstico del cáncer por la pandemia COVID-19. Posibles consecuencias



The impact of COVID-19 on cancer diagnosis delay: possible consequences

La pandemia de la enfermedad por coronavirus SARS-COV-2 (COVID-19) ha provocado una importante crisis sanitaria, económica y social que, muy posiblemente, persistirá en el tiempo. Para frenar la propagación del virus, los diferentes países instauraron medidas de contención y mitigación restringiendo la movilidad de personas, incluyendo el confinamiento domiciliario a nivel estatal. Las medidas de confinamiento aplicadas en España han sido muy severas, con un primer estado de alarma aprobado el 14 de marzo de 2020 y prorrogado hasta el 21 de junio, con el cierre de todas las actividades no esenciales y confinamiento domiciliario y un segundo estado de alarma entre el 25 de octubre de 2020 a 9 de mayo de 2021, con importantes restricciones, aunque sin confinamiento domiciliario¹.

El inicio de la pandemia marcó un cambio en el funcionamiento de los servicios sanitarios, centrándose mayoritariamente en la atención de los pacientes con complicaciones de la COVID-19 y disminuyendo e incluso cancelando los servicios sanitarios no esenciales. Los diagnósticos y tratamientos de los pacientes se redujeron a los casos urgentes y se dejaron de hacer la mayoría de las actividades preventivas rutinarias. En atención primaria se primó la comunicación de los pacientes con los médicos y enfermeras de forma telemática (teléfono, e-consulta, videoconferencia), desaconsejando las consultas presenciales. A la vez, hay estudios que señalan que algunos pacientes no acudieron a los centros sanitarios por miedo a contraer COVID-19².

Las medidas para reducir la mortalidad y controlar la pandemia, han conllevado una demora en la atención y seguimiento de muchos pacientes, con importantes daños colaterales. Con relación al cáncer, se aplazaron los programas de prevención primaria (deshabitación tabaco, vacuna del virus papiloma humano) y también se pospusieron los cribados (mama, colorrectal y cérvix), lo cual ha ocasionado un descenso de la detección de cánceres asintomáticos. En atención primaria, la dificultad de evaluación de los signos

y síntomas de sospecha de cáncer a través de la telemedicina y la escasa accesibilidad a pruebas complementarias supuso un descenso en el diagnóstico de los cánceres sintomáticos. En los pacientes oncológicos hubo una disminución de las visitas y procesos diagnósticos de seguimiento y de los tratamientos.

Un estudio de series temporales realizado con los registros de la historia clínica informatizada de atención primaria del *Institut Català de la Salut*, entre marzo y septiembre de 2020, estima una reducción de 8.700 casos nuevos (IC 95%: 4.135-13.397), lo que representa un 34% menos de los cánceres esperados³. Durante marzo, abril y mayo de 2020, los meses con las medidas restrictivas más duras, las reducciones estimadas fueron, respectivamente, del 36, 59,3 y 45,5%. Al evaluar los tipos específicos de diagnóstico de cáncer, la mayor reducción ha ocurrido en los cánceres de piel (melanomas y no melanomas) (43,7%), seguido del cáncer de próstata (33,3%), colorrectal (CCR) (27,3%), pulmón (20%) y mama (17%). Los efectos negativos sobre la incidencia del cáncer se han dado en todos los grupos de edad, sexo y clase social, especialmente en los mayores de 64 años y en los hombres. La persistencia y mayor lentitud de recuperación se ha observado entre los colectivos más vulnerables. En este estudio y en este mismo periodo de tiempo, las pruebas de detección de cáncer estándares como la colonoscopia y la mamografía disminuyeron en un total de 16.219 y 15.099 casos, respectivamente. Contrariamente, el número de radiografías de pulmón aumentó, en el contexto de pruebas diagnósticas para descartar infecciones asociadas a la COVID-19³.

Otra visión complementaria del retraso diagnóstico del cáncer en España, desde una perspectiva hospitalaria, es el estudio realizado a través de un cuestionario dirigido a 78 departamentos implicados en la gestión de pacientes oncohematológicos de 37 hospitales públicos de tercer nivel⁴. Se estima que entre marzo y junio de 2020, la reducción del número de nuevos pacientes visitados fue de un 20,8%. El

número de biopsias específicas para el diagnóstico de cáncer se redujo un 21,2% y el de citologías un 30,2%.

Estos estudios al igual que los estudios de otros países^{5,6} muestran un alarmante descenso en el diagnóstico de nuevos cánceres, lo que potencialmente podría aumentar el número de pacientes diagnosticados de cáncer en fase avanzada. En muchos cánceres, el retraso en el diagnóstico y tratamiento conlleva un riesgo real de pasar de ser cánceres curables (cirugías en estadios iniciales) a convertirse en incurables⁷. A la vez, con más complicaciones, peor calidad de vida, mayores costes y sufrimiento de las personas.

Un estudio de modelización del impacto de la infección por COVID en la supervivencia del cáncer realizado en el Reino Unido, estima que para diversos cánceres como colorrectal, esófago, pulmón, hígado, vejiga, páncreas, estómago, laringe y orofaringe, un retraso de tres meses en el diagnóstico provoca una reducción de la supervivencia a largo plazo (10 años) por encima del 10% en la mayoría de los grupos de edad y un retraso de seis meses, en muchos de estos cánceres, en más del 30%⁸. Otro estudio de modelización, también del Reino Unido, estima que comparado con las cifras prepandémicas, las muertes por cáncer de mama hasta cinco años después del diagnóstico aumentarían entre un 7,9 y 9,5%, por CCR entre 15,3 y 16,6%, por cáncer de pulmón entre 4,8 y 5,3% y para el de esófago entre un 5,8 y 6,0%⁹.

En las últimas décadas, la mortalidad por cáncer en España a pesar del aumento en la incidencia, había experimentado un fuerte descenso, aunque no de forma uniforme para todos los cánceres¹⁰. La pandemia actual ha afectado a la capacidad de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento del cáncer y, en consecuencia, las futuras estadísticas podrían modificarse. Durante la pandemia el sistema sanitario ha mostrado algunas debilidades (carencia de materiales, falta de anticipación, hospitalocentrismo, descoordinación, entre otros ejemplos), pero también ha demostrado su capacidad resolutoria y de adaptación, con formas de trabajo novedosas y dinámicas.

La vacunación contra la COVID-19 supone el principio del fin de la pandemia y es el momento que el sistema sanitario en su conjunto, con los cambios necesarios para favorecer su sostenibilidad, vuelva a funcionar con la mayor normalidad posible. Los programas de prevención y cribado se han ido reanudado y se espera que alcancen su completa recuperación, a la vez que puedan asumir el retraso ocasionado durante la pandemia.

Lograr un diagnóstico precoz del cáncer en atención primaria sigue siendo una prioridad, a la vez que recuperar la carga residual de los cánceres no diagnosticados durante la pandemia. A pesar de un protagonismo de la teleasistencia en la atención primaria post-pandemia, para poder asegurar una correcta evaluación de los síntomas y signos de sospecha del cáncer es importante recuperar la consulta presencial (apreciación de cambios físicos, lenguaje no verbal, percepción subjetiva de que algo no va bien) y recobrar el acceso sin demora a los procedimientos y pruebas diagnósticas solicitadas desde la atención primaria, garantizando el correcto funcionamiento de los circuitos de diagnóstico rápido del cáncer. Abordar la acumulación de retrasos diagnósticos, quizás requiera una provisión de consultas y servicios adicionales. También es importante implicar a los pacientes en

el cuidado y responsabilidad de su propia salud y que ante la presencia de cualquier signo o síntoma no pospongan ni renuncien a consultar a su médico de atención primaria.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Consumo y Bienestar Social. Situación del COVID en España. [Consultado 07 mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm>.
2. Baldi E, Savastano S. Fear of Contagion: One of the Most Devious Enemies to Fight During the COVID-19 Pandemic. *Disaster Med Public Health Prep.* 2020;1-2.
3. Coma E, Guiriguet C, Mora N, Marzo-Castillejo M, Benítez M, Méndez-Boo L, et al. Impact of the COVID-19 pandemic and related control measures on cancer diagnosis in Catalonia: a time-series analysis of primary care electronic health records covering about five million people. *BMJ Open.* 2021;11:e047567.
4. Amador M, Matias-Guiu X, Sancho-Pardo G, Contreras Martínez J, de la Torre-Montero JC, Peuelas Saiz A, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the care of cancer patients in Spain. *ESMO Open.* 2021;6:100157.
5. Jones D, Neal RD, Duffy SRG, Scott SE, Whitaker KL, Brain K. Impact of the COVID-19 pandemic on the symptomatic diagnosis of cancer: the view from primary care. *Lancet Oncol.* 2020;21:748-50.
6. London JW, Fazio-Eynullayeva E, Palchuk MB, Sankey P, McNair C. Effects of the COVID-19 pandemic on cancer-related patient encounters. *JCO Clin Cancer Inform.* 2020;4:657-65.
7. Whitaker K. Earlier diagnosis: the importance of cancer symptoms. *Lancet Oncol.* 2020;21:6-8.
8. Sud A, Torr B, Jones ME, Broggio J, Scott S, Loveday C, et al. Effect of delays in the 2-week-wait cancer referral pathway during the COVID-19 pandemic on cancer survival in the UK: a modelling study. *Lancet Oncol.* 2020;21:1035-44.
9. 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;21:1023-34.
10. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. Global Cancer Observatory. *Cancer Today.* [Consultado 07 May de 2021]. Disponible en: <http://gco.iarc.fr>.

Mercè Marzo-Castillejo^{a,*}, Carolina Guiriguet Capdevila^b y Ermengol Coma Redon^b

^a *Unitat de Suport a la Recerca Costa de Ponent, IDIAP Jordi Gol, Institut Català de la Salut (ICS), Cornellà de Llobregat, Barcelona, España*

^b *Sistemes d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària (SISAP), Institut Català de la Salut (ICS), Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mmarzoc@gencat.cat (M. Marzo-Castillejo).