



# **Factores clínicos y sociales asociados al diagnóstico y tratamiento oportuno de los cuatro cánceres más frecuentes en el Hospital de Clínicas de junio a octubre 2021.**

Metodología Científica II – 2021  
Grupo 108

Servicio responsable:

Cátedra de Oncología Clínica - Hospital de Clínicas.

*Autores:*

*Maldonado, Valentina<sup>1</sup>. Mazzupappa, Valentina<sup>1</sup>. Olivera, Valeria<sup>1</sup>. Quadro, Nury<sup>1</sup>. Rivero, Juan<sup>1</sup>.  
Rodríguez, Gabriela<sup>1</sup>.*

*Orientadores:*

*Prof. Agdo. Dr. Cuello, Mauricio<sup>2</sup>. Asist. Dr. Lyra, Iván<sup>2</sup>.*

*<sup>1</sup> Ciclo de Metodología Científica II 2021 - Facultad de Medicina - Universidad de la República, Uruguay.*

*<sup>2</sup> Cátedra de Oncología Clínica - Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Facultad de Medicina - Universidad de la República, Uruguay.*

## Resumen

**Introducción:** El diagnóstico de cáncer en Uruguay es considerado un problema de salud pública, siendo la segunda causa de muerte luego de las enfermedades cardiovasculares. El retraso en el diagnóstico y en el inicio del tratamiento de las patologías oncológicas impacta negativamente en el pronóstico y sobrevida de los pacientes. **Objetivos:** Identificar características epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal en 49 pacientes con diagnóstico confirmado de uno de los cuatro cánceres más frecuentes de Uruguay, atendidos en el servicio de oncología médica del Hospital de Clínicas desde junio a octubre de 2021. Se hizo cálculo de frecuencias para el análisis de los datos. **Resultados:** Del total de pacientes, el 59,2% eran de sexo femenino, el 51% correspondían a edades comprendidas entre 60 y 89 años y 51% eran del interior del país. El tabaquismo se documentó en 63,3% de los encuestados, el consumo de bebidas alcohólicas en 52,4% y el consumo diario de frutas y verduras en el 34,7% de los pacientes. Al procurar atención médica, el 67,3% presentaban síntomas, mientras que el restante fue diagnosticado mediante un control en salud. Los antecedentes familiares de cáncer de primer grado se observaron en el 28,5% de los encuestados. **Conclusiones:** Las características clínico-epidemiológicas de los encuestados con diagnóstico de alguno de los cuatro cánceres más frecuentes en Uruguay en este hospital, fueron en su gran mayoría similares a las descritas en otros trabajos. La mayoría presentó síntomas al momento del diagnóstico junto con factores de riesgo conocidos para desarrollar cáncer, como tabaquismo, consumo de alcohol, bajo nivel socioeconómico y cultural, entre otros.

**Palabras clave:** cáncer, epidemiología, factores sociales.

## Abstract:

**Introduction:** Cancer diagnosis in Uruguay is considered a public health problem, the second cause of death after cardiovascular diseases. The delay in the diagnosis and in the beginning of the treatment of the oncological pathologies negatively impacts the prognosis and survival of the patients. **Objective:** Identify epidemiological characteristics of patients diagnosed with cancer at Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. **Methods:** We conducted a descriptive and cross-sectional study in 49 patients with a confirmed diagnosis of one of the four most frequent cancers in Uruguay, treated at the medical oncology service of the Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela from June to October 2021. Frequency calculations were made for data analysis. **Results:** Of the total number of patients, 59.2% were female, 51% were aged between 60 and 89 years and 51% were from the interior of the country. Smoking was documented in 63.3% of the respondents, the consumption of alcoholic beverages in 52.4% and the daily consumption of fruits and vegetables in 34.7% of the patients. When seeking medical attention, 67.3% had symptoms, while the remaining were diagnosed through a health check.

Family history of first-degree cancer was observed in 28.5% of those surveyed. **Conclusions:** The clinical epidemiological characteristics of the respondents diagnosed with one of the four most frequent cancers in Uruguay in this hospital, were mostly similar to those described in other studies, most presented with symptoms at diagnosis and known risk factors for developing cancer, such as smoking, alcohol consumption, low socioeconomic and cultural level, among others.

**Key words:** cancer, epidemiology, social factors.

# Índice

Introducción.....	5
Cáncer de mama .....	5
Cáncer de pulmón .....	7
Cáncer de próstata .....	8
Cáncer colorrectal .....	9
Objetivos.....	12
Principal.....	12
Secundarios.....	12
Metodología.....	13
Recolección de datos .....	13
Variables a analizar .....	13
Análisis estadístico.....	15
Aspectos éticos: .....	15
Resultados .....	16
Discusión.....	24
Conclusiones.....	28
Bibliografía.....	29
Anexos.....	31
Anexo 1: Consentimiento informado.....	31
Anexo 2: Instrumento general .....	33

## Introducción

El cáncer se define como un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizado por el crecimiento descontrolado y expansión anormal de células que puede, sin el debido control, llevar a la muerte. Se trata de una entidad de origen multifactorial y su desarrollo puede transcurrir en muchos años.

Los factores de riesgo para su desarrollo se pueden clasificar en modificables donde se incluye la dieta, la exposición a la luz solar, la radiación, el consumo de sustancias (tabaco, alcohol, otras drogas), infecciones, entre otros; y los no modificables como la edad, sexo, factores hormonales, historia familiar de cáncer u otras enfermedades predisponentes.

Los avances en materia sanitaria y la mejora en la calidad de vida de los últimos años ha producido un aumento de la población añosa, lo que ha significado un cambio en el perfil epidemiológico mundial, con un aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, como lo es esta enfermedad.

La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), en la base de datos GLOBOCAN 2020 estima que hubo aproximadamente 19,3 millones de nuevos casos y 10 millones de muertes por cáncer en todo el mundo. Se espera un aumento de aproximadamente el 50% en la carga del cáncer entre 2020 y 2040 debido solo a los cambios demográficos. (1)

Actualmente, Uruguay se encuentra en medio de un proceso de transición demográfica – epidemiológica, a la par de países desarrollados, siendo el cáncer la segunda causa de muerte luego de los eventos cardiovasculares. Recientemente, se estiman 8.000 las defunciones y más de 16.000 nuevos casos por año. Así como en los países desarrollados, en Uruguay predominan el cáncer de mama, próstata, pulmón y colorrectal, pero también el de cérvix y esófago, que se asocian a factores de tipo infecciosos y son más característicos de países en vías de desarrollo. (2)

El diagnóstico precoz con el consiguiente tratamiento oportuno mejora el pronóstico y aumenta la supervivencia del paciente con patología oncológica, brindando una ventana terapéutica más amplia con mayores probabilidades de curación, siendo este uno de los principales pilares para el control del cáncer. Con este objetivo, la evidencia y recomendaciones actuales de salud pública sugieren que las políticas en prevención deben apuntar a la educación en salud de la población, brindando herramientas que faciliten el reconocimiento de los factores de riesgo para la enfermedad, diseñando estrategias sanitarias que promuevan el acceso de la población a las pruebas de screening disponibles y su contacto cercano con los prestadores de salud. (3)

### Cáncer de mama

El cáncer de mama es el más frecuente en la mujer a nivel mundial. La tasa de incidencia es mayor en países con mejor calidad de vida y la tasa de mortalidad es variable, aunque van en descenso, gracias al

impacto generado por las pruebas de tamizaje y el progreso y variedad de terapias para su tratamiento; es por esto que la letalidad es más alta en los países menos desarrollados. (2)

En Uruguay, desde mitad del siglo XX, se trata de la principal causa de muerte por cáncer y es el más frecuente en la población femenina. La Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer revela una incidencia de 73,1/100.000 habitantes y una mortalidad de 21,09/100.000. Datos del Ministerio de Salud Pública afirman que se diagnostican 1850 casos anualmente, resultando en una relación de 5 casos y 2 fallecimientos diarios.

El cáncer de mama es una entidad de etiología multifactorial, sobre la cual contribuyen factores de riesgo no modificables como la menarca precoz, la edad mayor a 50 años, menopausia tardía, nuliparidad, hiperplasia ductal atípica, antecedentes familiares de cáncer de mama, etnia, alteraciones metabólicas, entre otros. Dentro de los factores de riesgo modificables, se destacan el consumo de alcohol, uso de anticonceptivos orales, terapias de reemplazo hormonal, dieta hipercalórica, sedentarismo y exposición ambiental a disruptores endocrinos. (4)(5)

A la fecha, existen diferentes mecanismos de tamizaje para el cáncer de mama, entre las más usadas frecuentemente encontramos: autoexamen de mama, el examen clínico, la mamografía y ecografía mamaria.

El advenimiento de la técnica mamográfica fue el suceso más importante en la historia del diagnóstico y prevención de la patología mamaria. Su uso generalizado y sistematizado la convirtió en la principal herramienta de prevención secundaria y detección temprana de esta entidad. Dicho tamizaje está dirigido a mujeres de la población general, en el rango entre 50 y 74 años de edad, sin síntomas ni signos de patología mamaria, sin riesgo hereditario, sin antecedentes de radiación torácica o hiperplasia atípica, y deberá repetirse cada dos años. Gracias a su aplicación, el diagnóstico se realiza en etapas precoces de la enfermedad y esto mejora el pronóstico y sobrevida de las pacientes. (6)

Con respecto al autoexamen de mama, si bien no existe evidencia que justifique su aplicación como método de tamizaje, es importante su recomendación como modo de estimular el autoconocimiento y el autocuidado del cuerpo. Sobre el examen clínico de mama tampoco hay evidencia que demuestre su efecto sobre la disminución de la mortalidad, pero se recomienda utilizarlo durante el control clínico. (7)

Es muy importante enfocar el abordaje del cáncer desde intervenciones que concienticen acerca de estos factores modificables, sobre los cuales se puede actuar, y también educar a la población en cuanto a los métodos de tamizaje disponibles, para así favorecer el diagnóstico oportuno y tratamiento exitoso.

Si bien en la actualidad, el cáncer de mama es una patología que se puede detectar con métodos efectivos como los expresados anteriormente, y existen alternativas de tratamiento oportuno que si se ofrecen a tiempo aumentan considerablemente la sobrevida en este grupo de pacientes, según resultados de un

estudio realizado en Colombia y publicado en el año 2016, ‘‘Determinantes del tratamiento oportuno en mujeres con cáncer de mama apoyadas por seis organizaciones no gubernamentales en Colombia’’, se puso en evidencia el retraso en el acceso a los servicios de salud desde el inicio de los síntomas al inicio del tratamiento, donde se detectó una demora mayor a 8 meses (247 días) en lograr acceder a un tratamiento oportuno. Se comparó este estudio con uno similar, realizado por Hansen y colaboradores en población danesa, donde se detectó una demora en la atención de 65 días, de los cuales, 40 días correspondían a demoras propias del sistema de salud, entre la atención inicial por el médico general y el inicio del tratamiento. (8)

### Cáncer de pulmón

En Uruguay es el segundo cáncer más frecuente en hombres y la principal causa de muerte por cáncer en estos. Por otro lado, en la población femenina es el cuarto en incidencia y ocupa el tercer lugar en mortalidad por cáncer. Por año se registran 1400 casos de cáncer de pulmón. A nivel mundial, se trata de la principal causa de muerte por cáncer, a pesar de los avances en diagnóstico y tratamiento. (2)

Se trata de una enfermedad de origen multifactorial, cuyos principales factores de riesgo son el tabaquismo, mayores de 70 años de edad, raza afroamericana, sexo masculino, bajo nivel socioeconómico y educativo, etc.

La incidencia del cáncer de pulmón está disminuyendo en los países que comenzaron a implementar campañas para dejar y evitar el tabaquismo, son países generalmente de ingresos altos e incluyen a los Estados Unidos, el Reino Unido, los países nórdicos, Australia, Nueva Zelanda, Singapur, Alemania y Uruguay.

Si bien la incidencia es mayor en hombres, se ha notado un aumento de la incidencia de cáncer de pulmón en mujeres en el último tiempo, aunque el cáncer de mama sigue siendo la principal causa de muerte por cáncer en este grupo. (9)

Recomendaciones internacionales establecen la importancia de trabajar en la prevención del cáncer de pulmón. Por ejemplo, por medio de campañas dirigidas a la prevención y abandono del tabaquismo, aunque existe gran número de casos de pacientes ex fumadores y no fumadores que desarrollan la enfermedad, lo que demuestra que el rol de otros factores, más allá del tabaquismo, es importante en el desarrollo de la enfermedad. El número de casos no está sólo determinado por el nivel de tabaquismo, sino que puede estar relacionado a otras variables como la inhalación de humo de carbón, de la calefacción o de la cocina, o ser fumador pasivo.

Los factores que afectan el pronóstico de los pacientes con cáncer de pulmón son el estadio, histología, estado funcional, comorbilidades, edad y sexo, y la mayoría de estos no son modificables. En cuanto al estadio al momento del diagnóstico, cuanto más precoz, mayor probabilidad de realizar un tratamiento de intención curativa, lo que aumentará la supervivencia en estos pacientes.

Son factores determinantes del retraso en el diagnóstico el bajo nivel académico, bajos recursos, estadíos más avanzados de la enfermedad, lo que dificulta su hallazgo y determina repetidas intervenciones invasivas para lograrlo, la demora en la remisión hacia la consulta con el especialista, demoras en la asignación de fecha. (10)

Se trata de una enfermedad con peor pronóstico en poblaciones más vulnerables. El bajo nivel socioeconómico se relaciona con una limitación en el seguimiento de las recomendaciones con respecto al screening de cáncer de pulmón y el siguiente diagnóstico precoz y cumplimiento del tratamiento. Su detección es un proceso complejo que implica una toma de decisiones compartida entre el médico y el paciente, el cual debe ser capaz de comprender la información e indicaciones transmitidas, debe reconocer los factores de riesgo para la enfermedad, la importancia del screening y de la realización de las siguientes exploraciones, la importancia del acceso y cumplimiento del tratamiento, lo que también está limitado por el nivel académico alcanzado y la mayor edad. Se trata de un proceso que puede estar condicionado tanto por factores asociados al paciente como al prestador de salud. En este último, juega un rol importante la habilidad del médico tratante para transmitir la información que el paciente necesita y se puede ver limitada por la escasez de tiempo en las consultas. (11)

El cribado de este cáncer se realiza mediante la detección por tomografía computarizada a dosis bajas, el cual tiene indicación en población con alto riesgo de cáncer de pulmón; pacientes entre 55 y 74 años de edad, con un índice paquete/año mayor o igual a 30, cesación de tabaquismo hace menos de 15 años.

El aumento en la sobrevida que se ha observado en pacientes con cáncer de pulmón en los últimos años también es multifactorial, incluyendo la disminución del tabaquismo y los avances en el tratamiento, con el aumento de las cirugías toracoscópicas y la radiación estereotáctica para la enfermedad en etapa temprana y mejores tratamientos en etapa avanzada (terapias dirigidas e inmunológicas), además del cribado del cáncer de pulmón.

La sobrevida en pacientes con cáncer de pulmón sigue estando muy influenciada por el estadio en el momento del diagnóstico, y la mayoría de los cánceres de pulmón (57%) se diagnostican cuando el cáncer ha hecho metástasis. El hallazgo en estadios avanzados limita la posibilidad de aplicar tratamientos curativos. Por ello es importante hacer énfasis en la aplicación de screenings, que permitan el diagnóstico temprano, en etapas precoces de la enfermedad, y que permitan un mejor abordaje de la misma. (9)

### Cáncer de próstata

El cáncer de próstata está entre los 5 cánceres con mayor incidencia a nivel mundial, siendo el segundo cáncer de mayor diagnóstico en hombres, con aproximadamente 1,4 millones de casos nuevos en 2020 según GLOBOCAN. En Uruguay el cáncer de próstata es el de mayor incidencia en el sexo masculino,

con aproximadamente 1400 casos nuevos por año. Presenta 576 disfunciones anuales, siguiendo al cáncer de pulmón que aún sigue siendo el de mayor mortalidad. (3)

Los factores de riesgo establecidos para esta enfermedad son la edad avanzada, raza afroamericana y los antecedentes familiares de cáncer de próstata. La edad es el factor de riesgo más asociado debido a que su incidencia aumenta considerablemente en hombres mayores de 55 años. (12)

Por otra parte, el cáncer de próstata es el quinto cáncer con mayor mortalidad en hombres a nivel mundial, se estimaron 366.000 muertes sólo en el año 2015. Al inverso de la incidencia, se demostró que los países menos desarrollados experimentan mayor mortalidad. Las diferencias entre tasas de incidencia y mortalidad informadas por muchos países son atribuibles a factores sociales y a diferencias en las prácticas de detección. (12)(13)

Entre los factores sociales encontramos las diferencias en el acceso de atención médica, estilo de vida, conocimiento y conciencia poblacional. Una revisión realizada en Estados Unidos publicada en 2018 sobre la incidencia, detección y mortalidad del cáncer de próstata influida por la raza, etnia y ubicación geográfica demostró que hombres de la misma raza y etnia que viven en distintos países presentan diferencias en la incidencia y mortalidad, lo que sugiere que también están implicados factores como la dieta y el nivel socioeconómico. (13)

En relación a las prácticas de detección, se ha visto que la detección de antígeno prostático específico (PSA) presenta un rol importante en el diagnóstico del cáncer de próstata, diversos países occidentalizados, incluido Estados Unidos, han experimentado una notable reducción en su mortalidad. Se estima que parte de esta disminución sea por la detección temprana del cáncer mediante la detección de PSA y el concomitante tratamiento oportuno. Datos recientes del informe del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF) documentó que el screening de PSA reveló potencial benéfico al reducir la mortalidad en hombres entre 55 y 69 años. (14)

En Brasil se llevó a cabo un estudio que incluyó 17.571 hombres mayores de 45 años entre el período de enero de 2004 y diciembre de 2007, a estos pacientes se les realizó determinación de PSA y los resultados identificaron 652 casos de cáncer de próstata. El 81% de los diagnosticados regresaron a hacerse estudios adicionales y el 72% se sometieron a exámenes de biopsia, sin embargo, se observaron diferencias en las tasas de cumplimiento según el nivel educativo, donde hombres analfabetos tenían un menor cumplimiento de los estudios adicionales en relación con hombres alfabetizados. También se vio que los hombres analfabetos presentaban peores variables de pronóstico: PSA mayor a 10 ng/ml, enfermedad localmente avanzada y puntuaciones de Gleason mayor a 7. (15)

### Cáncer colorrectal

El cáncer colorrectal (CCR) es uno de los cánceres con mayor incidencia y mortalidad a nivel mundial. En la base de datos GLOBOCAN 2020 se estima que para ese año hubo 1.931.590 casos incidentes y

935.173 muertes por esta causa por lo que constituye a nivel mundial el tercer cáncer más frecuente y la segunda causa de muerte por cáncer. (1)

En el espectro mundial, Uruguay posee tasas de incidencia y mortalidad por CCR notoriamente elevadas similares a aquellas de los países de muy alto IDH. En nuestro país, el CCR ocupa el segundo lugar en incidencia por cáncer en la mujer y el tercer lugar en el hombre, pero considerando ambos sexos, ocupa el segundo lugar en incidencia y mortalidad.

Según cifras del MSP se detectan anualmente en nuestro país alrededor de 2000 casos de cáncer de colon y fallecen 1000 personas por esta causa, siendo la tercera causa de muerte por cáncer en hombres y la segunda en mujeres. Se estima que aproximadamente un 4% de los uruguayos serán diagnosticados con CCR a lo largo de la vida. (3)

El riesgo de CCR aumenta con la edad, detectándose más del 90% de los casos en personas mayores de 50 años. Otros factores de riesgo incluyen: antecedentes familiares o personales de cáncer, antecedentes de pólipos de colon, enfermedades inflamatorias intestinales y los relacionados al estilo de vida como las dietas ricas en carnes rojas con bajo consumo de frutas y verduras, la obesidad, el sedentarismo, el consumo de alcohol y tabaco.

Las tasas de supervivencia relativa a los 5 años para pacientes con CCR en etapas localizadas varían entre 92%, 87% y 63%, mientras que pacientes con enfermedad en etapa loco regional poseen tasas que varían entre 89%, 69% y 53% las cuales disminuyen a solamente 11% para pacientes con enfermedad metastásica. Con respecto a la distribución por estadios, más de la mitad (54,5%) pertenecen a estadios avanzados (III y IV). Las diferencias de sobrevida en los distintos estadios demuestran la importancia de realizar un diagnóstico temprano, sabiendo que la tasa de supervivencia desciende de 90% para los estadios iniciales hasta niveles muy bajos para la enfermedad avanzada. (16)

Se recomienda el screening, en personas entre los 50 y 74 años de edad, con el test de sangre oculta en heces cada 2 años. Si el test resulta positivo, debe estudiarse con colonoscopia. (16)

Existen a nivel mundial varios estudios que intentan caracterizar los factores que influyen en el retraso diagnóstico y terapéutico del CCR, así como determinar el impacto de estos en la sobrevida. Se han identificado factores de retraso atribuibles a los pacientes como no reconocer la gravedad de los síntomas o la enfermedad en sí misma, la no disponibilidad de pruebas de screening y factores atribuibles a los profesionales, como diagnósticos erróneos, falta del examen del paciente, o recibir resultados negativos o falsos negativos de las pruebas. (17)

En el año 2011 un estudio danés concluyó que el tiempo hasta el diagnóstico afecta la mortalidad de pacientes con CCR y que los resultados controversiales respecto a ese tema pueden deberse a que la atención primaria agiliza atender pacientes enfermos y evita que personas sanas concurren al hospital. (18)

Un estudio realizado en España en el año 2017, registró un retraso excesivo en el tratamiento en un 65,5% de los casos, y concluyó que el mismo se debe tanto a factores clínicos como factores socio-culturales. (19)

En el año 2019 en los Países Bajos se realizó un análisis retrospectivo de 790 pacientes con CCR primario sometidos a cirugía electiva entre 2010 y 2016, donde concluyeron que el retraso prolongado del tratamiento no conduce a una supervivencia general o libre de cáncer más pobre. (20)

Mientras que cuando aparecen los primeros síntomas, el efecto del retraso sobre la sobrevida es controversial, existe evidencia que apoya que la sobrevida aumenta cuando el diagnóstico se realiza en etapas asintomáticas lo que en definitiva apoya la promoción de los programas de screening, así como la educación de la población sobre el acceso a los mismos y de la enfermedad, lo que resalta la importancia del acceso a herramientas que permitan a las personas tener control sobre su salud.

## Objetivos

### Principal.

Identificar características epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

### Secundarios.

- Determinar las causas de retraso en el diagnóstico y tratamiento en este grupo de cánceres.
- Evaluar el peso de los determinantes socioeconómicos en el acceso a tratamiento.

## Metodología

Se desarrolló un estudio observacional, descriptivo y transversal, dirigido a personas mayores de 18 años con reciente diagnóstico de cáncer (colorrectal, mama, pulmón o próstata) atendidas en el Servicio de Oncología Médica del Hospital de Clínicas de junio a octubre de 2021.

La muestra estuvo conformada por los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y que consultaron en el servicio durante el periodo de recolección de datos.

Los criterios de inclusión fueron: edad mayor o igual a 18 años, firma del consentimiento informado y reciente diagnóstico de cáncer colorrectal, mama, pulmón o próstata.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes con diagnóstico de cáncer previo en nueva o la misma topografía, pacientes con anatomía patológica no concluyente, y pacientes con diagnóstico oncológico que cumplieran los criterios de inclusión pero que no estaban en condiciones de tratamiento sistémico dado compromiso vital.

### - **Recolección de datos**

Se le otorgó a cada participante que ingresó al estudio un código identificador único con el fin de que la participación de los mismos en el estudio fuera anónima. Una persona del equipo de coordinación era la única capaz de vincular los pacientes a su información.

Para la recolección de datos se realizó una encuesta de caracterización demográfica, socioeconómica y clínica de manera telefónica y presencial.

Una vez expresado el interés del paciente para ser incluido en nuestro estudio se hacía uso de una tableta electrónica y del programa “Survey Monkey” donde se recolectaban todas las respuestas obtenidas de los pacientes. Durante la recolección de respuestas del cuestionario el paciente siempre fue supervisado por un miembro del equipo médico quien aclaraba dudas y evitaba que una tercera persona interviniera en el proceso de recolección de datos.

### - **Variables a analizar**

Variables:

VARIABLE	CONCEPTO	OPERACIONALIZACIÓN
Edad.	Tiempo transcurrido entre el nacimiento y la actualidad.	Años cumplidos hasta la fecha de ingreso al estudio, comprendidos en intervalos [18-39]; [40-59], [60-89].
Género.	Se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para	<ul style="list-style-type: none"><li>● Masculino.</li><li>● Femenino.</li><li>● Prefiero no decir.</li><li>● Otro.</li></ul>

	los hombres y las mujeres.	
Motivo de la primera consulta.	Problemas de salud/síntomas/cambios corporales, que lo hicieron consultar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mama: hinchazón, bulto, secreción, cambio de coloración, dolor mamario.</li> <li>• Pulmón: disnea, tos, disfagia, flema con sangre.</li> <li>• Próstata: disuria, hematuria, micción en dos tiempos, pujos y tenesmo.</li> <li>• Colorrectal: diarrea, constipación, rectorragia, oclusión intestinal, dolor abdominal, gleras.</li> </ul>
Tiempo.	Magnitud física con la que se mide la duración o separación de acontecimientos.	Fecha (Día, mes y año) de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• aparición del primer síntoma,</li> <li>• primera consulta,</li> <li>• primera consulta con médico especialista,</li> <li>• diagnóstico con anatomía patológica.</li> </ul>
Estado civil.	La situación estable o permanente en la que se encuentra una persona física en relación con sus circunstancias personales y con la legislación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero.</li> <li>• Viudo.</li> <li>• Separado/divorciado.</li> <li>• Casado/viviendo en pareja.</li> <li>• Otro.</li> </ul>
Nivel de instrucción	Último nivel educativo alcanzado por el paciente al momento del estudio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Básico o primaria incompleta.</li> <li>• Básico o primario completo.</li> <li>• Secundaria incompleta.</li> <li>• Secundaria completa.</li> <li>• Técnico incompleto.</li> <li>• Técnico completo.</li> <li>• Universidad o superior incompleta.</li> <li>• Universidad o superior completa.</li> <li>• No recuerdo/no quiero responder.</li> </ul>
Situación laboral.	Situación en la que se encuentra el paciente en relación con el mercado de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empleado formal.</li> <li>• Trabajador independiente.</li> <li>• Retirado/jubilado.</li> <li>• Desempleado.</li> <li>• Pensión.</li> <li>• Ama de casa/marido de casa/compañero de casa.</li> </ul>
¿Alguna vez estuvo desempleado?	El desempleo es aquella situación en que la persona que está en condiciones de trabajar, no tiene empleo o lo ha perdido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí.</li> <li>• No.</li> <li>• No recuerda/no quiere contestar.</li> </ul>
Tabaquismo.	Consumo de al menos un cigarrillo en los últimos 6 meses.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fumador y respectivo IPA.</li> <li>• Exfumador.</li> <li>• Fumador pasivo.</li> <li>• No fumador.</li> </ul>

Consumo regular de marihuana alguna vez.	Consumo de marihuana al menos una vez al mes durante un año.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sí.</li> <li>● No.</li> <li>● No quiero responder.</li> </ul>
Ingesta de alcohol.	Consumo de sustancias etílicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sí.</li> <li>● Solo en el pasado.</li> <li>● Nunca.</li> </ul>
Consumo de mate.	Consumo de infusión hecha con hojas de yerba mate.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sí, aún bebo.</li> <li>● Nunca.</li> <li>● Solo en el pasado.</li> </ul>
Antecedentes familiares de cáncer.	Presencia de cáncer en miembros de la familia del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Padre.</li> <li>● Madre.</li> <li>● Hermanos.</li> <li>● Abuelos.</li> <li>● Tíos.</li> <li>● Primos.</li> </ul>
Procedencia.	Lugar de donde procede.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Montevideo.</li> <li>● Interior del País.</li> <li>● Extranjero.</li> </ul>

- **Análisis estadístico**

Para el análisis de los datos se ejecutó una estadística descriptiva, resumiendo las variables estudiadas utilizando frecuencias, promedios, medias y desviaciones estándar.

El análisis estadístico se realizó utilizando el software SPSS 25.

- **Aspectos éticos:**

Este estudio fue aprobado por el Comité de ética del Hospital de Clínicas. Para la realización del mismo se tuvo en cuenta la normativa que rige la investigación con seres humanos como el decreto 158/019 a nivel nacional, e igualmente se respetó la autonomía de los participantes y la confidencialidad y la privacidad de los datos obtenidos.

## Resultados

Se incluyeron en el estudio 49 pacientes, donde la edad media fue de  $60.0 \pm 12.4$  años y el 59,2% de los participantes fueron mujeres. Un porcentaje menor de los pacientes está casado o vive en pareja (36,7%), mientras que el restante está separado/divorciado (30,6%), soltero (20,4%) o viudo (12,2%).

De los 49 pacientes encuestados, 25 son procedentes del interior del país, 23 son de Montevideo y un paciente es procedente de Venezuela y actualmente reside en Montevideo (Ver tabla 1). Respecto a la identificación étnica, el 79,6% se identificaron como blancos y el 16,3% al grupo mestizos.

Tabla 1: *Características demográficas de 49 pacientes diagnosticados con uno de los cuatro cánceres más frecuentes en Uruguay atendidos en el Hospital de Clínicas, Montevideo, junio-octubre 2021.*

Características demográficas	Frecuencia N (%)
<b>Edad</b>	
[18-39]	4 (8,2)
[40-59]	20 (40,8)
[60-89]	25 (51,0)
<b>Género</b>	
Femenino	29 (59,2)
Masculino	20 (40,8)
<b>Procedencia</b>	
Montevideo	23 (47,0)
Interior del país	25 (51,0)
Extranjero	1 (2,0)

N: número total.

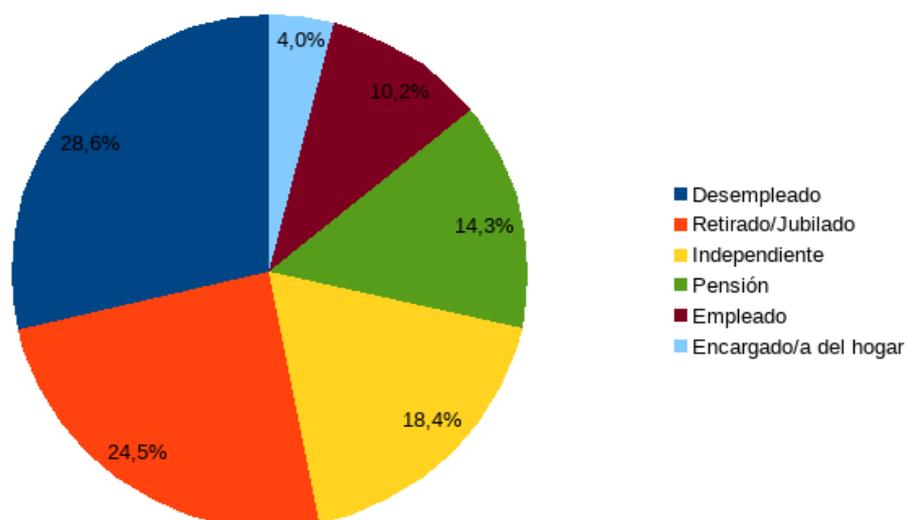
Como se puede observar en la tabla 2, el nivel educativo de la población estudiada es bajo, comparado con los pacientes que tienen secundaria completa o un estudio terciario. Se observa que el 20,4% de los pacientes tienen primaria incompleta, y poco más del 30% de los pacientes que cursaron secundaria, no completaron sus estudios.

Tabla 2: *Nivel de instrucción de 49 pacientes diagnosticados con uno de los cuatro cánceres más frecuentes en Uruguay atendidos en el Hospital de Clínicas, Montevideo, junio-octubre 2021.*

Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	10	20,4
Primaria completa	12	24,5
Secundaria incompleta	16	32,7
Secundaria completa	3	6,1
Técnico incompleto	2	4,1
Técnico completo	3	6,1
Superior incompleto	1	2
Superior completo	3	4,1

En cuanto a la situación laboral de los participantes, se destaca que el 28,6% de estos se encuentra desempleado actualmente, mientras que un 24,5% está retirado/jubilado. Un 18,4% de los pacientes son trabajadores independientes, 14,3% reciben pensión y solo un 10,2% se encuentra en actividad laboral al momento del estudio, mientras que un 4% corresponden a los participantes que se encargan del hogar (ama de casa/compañero de casa), lo que se expresa en la figura 1.

Figura 1. Situación laboral de 49 pacientes diagnosticados con uno de los cuatro cánceres más frecuentes en Uruguay atendidos en el Hospital de Clínicas, Montevideo, junio-octubre 2021.



Respecto a la frecuencia del consumo de frutas y verduras en los participantes del estudio, se observó que el 34,7% de los pacientes consumen verduras frescas todos los días, 38,8% consume verduras más de tres días a la semana, y 26,5% relataron consumir menos de tres días a la semana.

Según los datos analizados en cuanto al consumo de frutas frescas, un 42,9% de los encuestados relataron un consumo diario de frutas, lo que equivale a 21 pacientes, de un total de 49 encuestados.

De estos, el 24,5% refirió un consumo de frutas mayor a tres días a la semana, mientras que en el 32,7% de los pacientes se observó un consumo menor a tres días a la semana.

Referente al consumo de tabaco, se observó que el 63,3% de los encuestados relataron ser ex-tabaquistas, de los cuales, la mitad afirman haber abandonado el hábito tabáquico luego de recibir el diagnóstico de cáncer. El 16,3% aún mantienen el hábito tabáquico a pesar de la enfermedad, mientras que el 20,4% del total de encuestados niegan haber fumado en algún momento de su vida. La edad promedio de inicio del consumo de tabaco es de  $18,7 \pm 6,5$  años.

Al interrogar tabaquistas y ex tabaquistas respecto a su consumo diario de cigarrillos, los resultados demostraron que el 64,2% fuman o fumaron más de 20 cigarrillos al día, el 25,5% entre 10 y 15 cigarrillos y un 10,3% refieren haber fumado o fumar menos de 10 cigarrillos al día. El 98% de los encuestados refiere no haber consumido marihuana regularmente.

Con respecto al consumo de alcohol, el 26,5% de los encuestados relataron haber consumido alcohol sólo en el pasado, de los cuales, el 33,3% afirma haber abandonado el consumo debido a la enfermedad oncológica que cursa actualmente. Por otra parte, el 24,5% mantiene el consumo de alcohol actualmente y el 49% niega haber consumido alcohol en algún momento de su vida.

Al interrogar a los que beben alcohol actualmente y a los que lo hicieron en el pasado sobre las características de dicho consumo, los resultados demostraron que el 52,4% beben o bebieron alcohol 1 o 2 días en la semana, el 14,3% entre 3-5 días en la semana y el 33,3% entre 6 y 7 días en la semana. Las bebidas de mayor consumo fueron vino, whisky y cerveza.

Según la encuesta, el 73,5% de los pacientes beben mate actualmente, 18,4% bebieron en el pasado y 8,2% nunca lo hicieron. De los que beben o bebieron, el 77,6% tenían un consumo diario y el 67,3% consideraron que la temperatura del agua del mate era caliente o muy caliente.

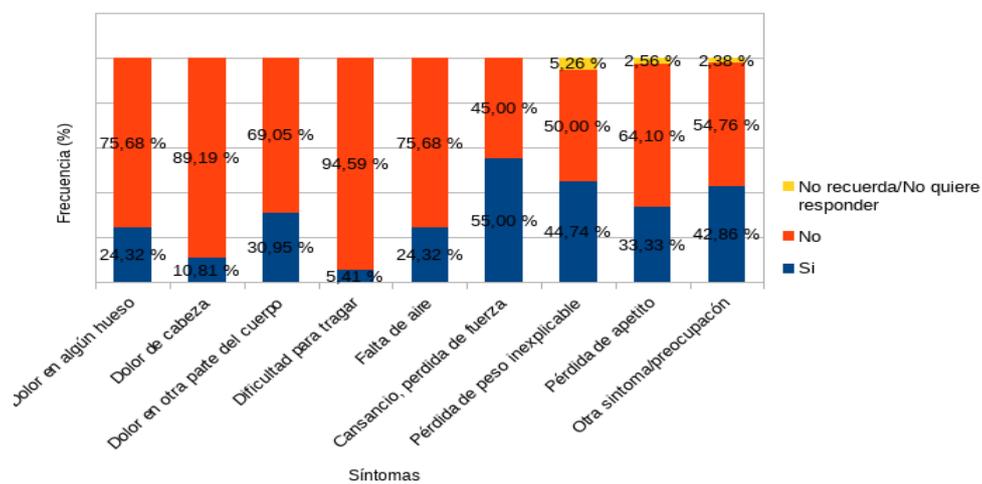
Del total de pacientes, el 28,5% tenían familiares de primer grado con diagnóstico de cáncer, entre ellos cáncer mama, de próstata, pulmón, colon y páncreas.

En cuanto a la asistencia en salud; el 53,1% de los encuestados refirió que cuando tiene una emergencia habitualmente concurre al Hospital de Clínicas. El 46,9% restante afirmó que concurre a otros servicios, dentro de estos, el 20% concurre al Hospital de Las Piedras. Sobre la atención asistencial de estos servicios el 81,6% consideró que la misma es buena, el 14,3% consideró que es regular, el 2% consideró que la atención es mala y el otro 2% muy mala.

El 51% de los encuestados refirió controlarse en policlínica de su barrio, de los cuales, 12% concurren a la policlínica menos de una vez al año, 24% concurren 1 vez al año y el 64% entre 2-5 veces al año.

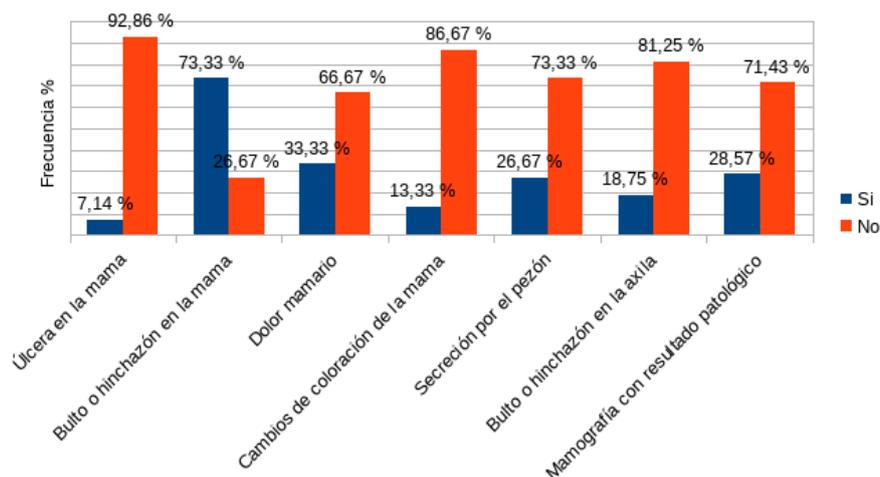
En relación al proceso de diagnóstico de la enfermedad oncológica por la que fueron encuestados, el 67,3% refirió haber presentado síntomas, preocupaciones y/o cambios corporales por los que procuraron atención médica. De los síntomas y/o signos generales la mayoría de los encuestados (55%) manifestó sentir cansancio, pérdida de fuerza seguido por la pérdida de peso inexplicable (44,74%). (Ver figura 2).

Figura 2: Características clínicas de 49 pacientes diagnosticados con uno de los cuatro cánceres más frecuentes en Uruguay atendidos en el Hospital de Clínicas, Montevideo, junio-octubre 2021.



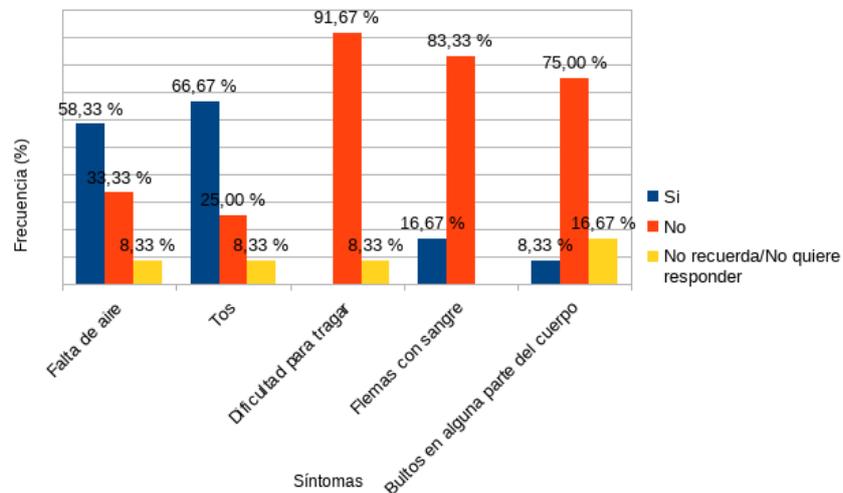
De las personas encuestadas por cáncer de mama el síntoma predominante fue el bulto o hinchazón de la mama presente en el 73,33% de los encuestados. Mientras que todos los demás síntomas interrogados en relación a este tipo de cáncer estuvieron ausentes en la mayoría de los encuestados. (Figura 3).

Figura 3: Signos y/o síntomas de los pacientes con cáncer de mama atendidos en el Hospital de Clínicas, Montevideo, junio-octubre 2021.



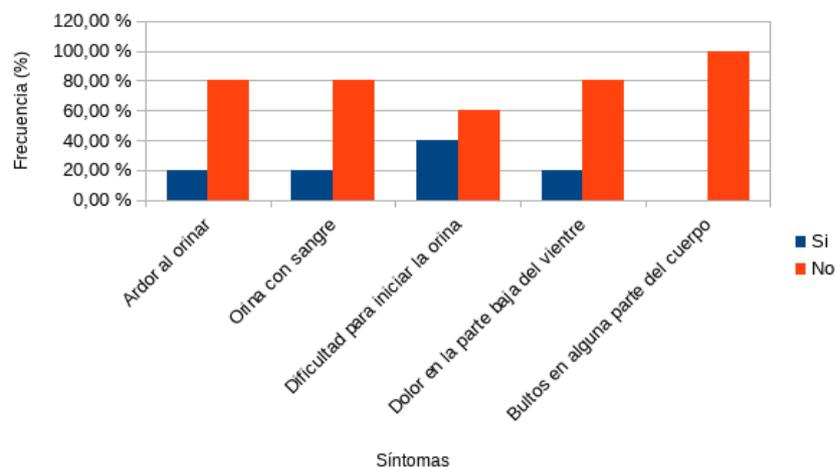
De los encuestados con diagnóstico de cáncer de pulmón el síntoma que estuvo presente con mayor frecuencia fue la tos (66,67%), seguido por la falta de aire presente en el 58,33% de los pacientes. Los otros síntomas interrogados estuvieron ausentes en la mayoría de los encuestados. (Figura 4).

Figura 4: *Signos y/o síntomas de los pacientes con cáncer de pulmón atendidos en el Hospital de Clínicas, Montevideo, junio-octubre 2021.*



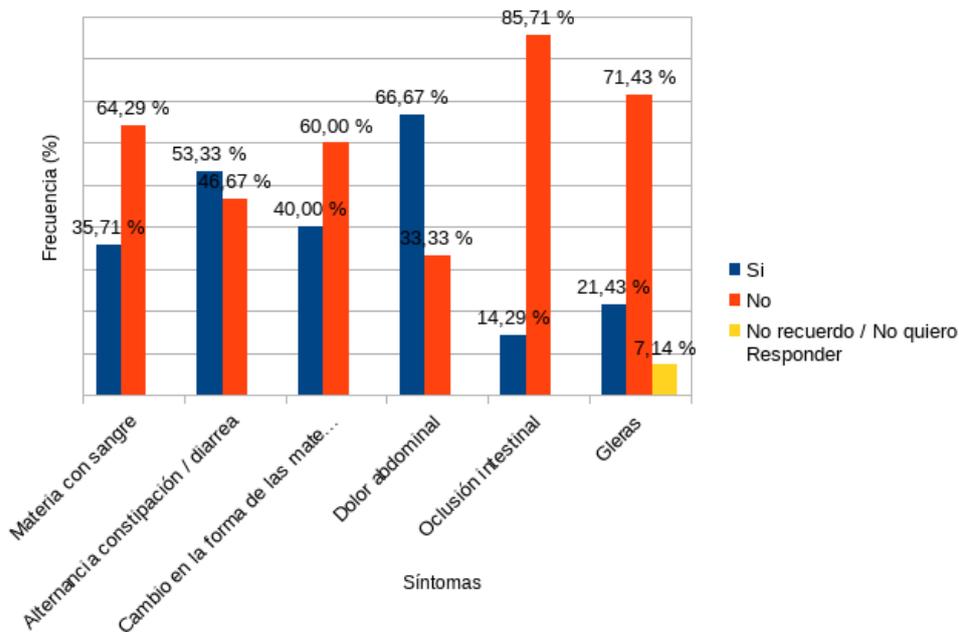
Con respecto al cáncer de próstata todos los síntomas interrogados estuvieron ausentes en la mayoría de los encuestados. (Figura 5).

Figura 5: *Signos y/o síntomas de los pacientes con cáncer de próstata atendidos en el Hospital de Clínicas, Montevideo, junio-octubre 2021.*



Para el cáncer colorrectal los síntomas presentes en la mayoría de los encuestados fueron el dolor abdominal, presente en el 66,67%, y la alternancia constipación-diarrea presente en el 53,33% de los encuestados. (Figura 6).

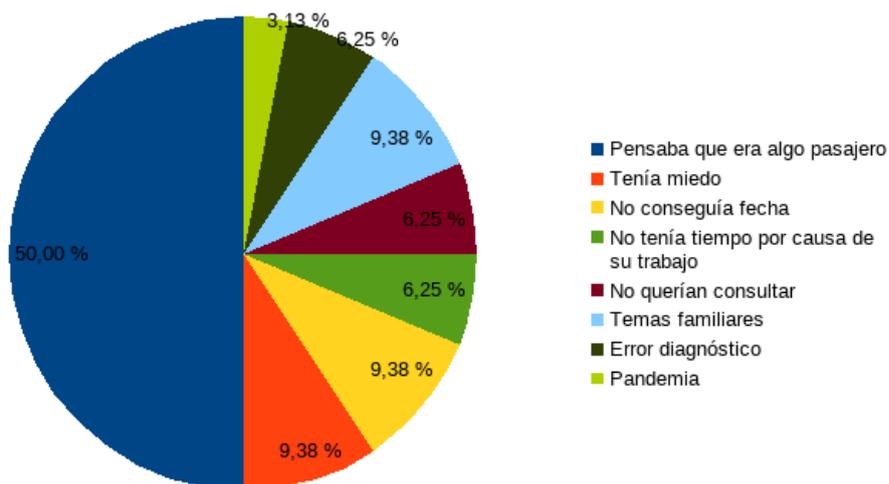
Figura 6: *Signos y/o síntomas de los pacientes con cáncer colorrectal atendidos en el Hospital de Clínicas, Montevideo, junio-octubre 2021.*



Respecto al tiempo durante el cual presentaron los síntomas anteriormente citados antes de consultar con un médico, la mayoría de los participantes (42,86 %) consultó antes de la semana mientras que el 16,67 % consultó en las primeras dos semanas, y el mismo porcentaje consultó entre los 6 y 12 meses. El tiempo de mayor demora para la consulta fue de más de 12 meses que fue la situación de dos encuestados.

Sobre los motivos por los cuales tardaron en consultar; el 50% de los encuestados refirió que fue debido a que pensaron que se trataba de algo pasajero. El 9,38% refirió que fue debido a que tenían miedo, el mismo porcentaje no consiguió fecha o se tardó en consultar debido a temas familiares (cuidado de enfermos). (Figura 7).

Figura 7: *Motivos de demora para consultar de 49 pacientes diagnosticados con uno de los cuatro cánceres más frecuentes en Uruguay, atendidos en el Hospital de Clínicas, Montevideo, junio-octubre 2021.*



La mayoría de los encuestados refirió que el primer médico al que contactaron fue el médico de emergencias (37,5%), el 27,1% tuvo el primer contacto con un médico en policlínica, el 25% directamente con especialistas y el 10,4% restante con los servicios de emergencia móvil.

En cuanto al tiempo para obtener esta primera cita con el médico/proveedor de atención médica; el 34,7% refirió no haber tenido ningún tiempo de espera (consulta en emergencias), el 28,6% refirió una demora de algunos días para la primera consulta, el 16,3% consiguió la consulta el mismo día que se puso en contacto con el proveedor de atención médica y el 20,4% refirió una demora de algunas semanas. El tiempo máximo de espera para la primera consulta fue de 8 semanas.

En cuanto al tiempo promedio que tardaron los pacientes en poder coordinar los estudios solicitados por el especialista, el 34,7% tuvo que esperar algunos días y el 30,6% tardó algunas semanas. Tan solo un 10,2% pudo realizar los estudios el mismo día por encontrarse en emergencia o al día siguiente. El 14,3% de los pacientes esperó aproximadamente un mes.

Respecto al médico que realizó el diagnóstico de cáncer, el 20,4% de los encuestados lo obtuvo de un médico de emergencia y con el mismo porcentaje lo obtuvieron directamente de un especialista. El 8,16% obtuvo su diagnóstico en policlínica.

Del total de los pacientes encuestados, el 10,4% concurrió con resultado de un estudio paraclínico patológico. Para los pacientes con cáncer de mama, 26,7% tenía una mamografía alterada. De los pacientes con cáncer colorrectal, el 20% tuvo un test de sangre oculta en materia fecal alterado. De los pacientes con cáncer de pulmón, el 25% tuvo una radiografía de tórax alterada y para los pacientes con cáncer de próstata, el 60% tenía una prueba sanguínea del antígeno prostático específico anormal.

Una vez que los pacientes obtuvieron su diagnóstico de cáncer, un 34,7% tardó varios días en obtener una consulta con un médico especialista, otro 34,7% tardó varias semanas y un 22,4% no fue referido a un especialista.

En lo que respecta al tiempo de espera para consultar al especialista una vez realizado el diagnóstico, el 4,08% de los pacientes esperó hasta 5 días, 8,16% esperó de 5 a 10 días, 2,04% de 11 a 15 días, 14,28% de 1 a 2 semanas, 4,08% de 3 a 4 semanas, otro 4,08% de 5 a 8 semanas, 2,04% esperó 6 meses, otro 2,04% el mismo día y 4,08% no recuerda.

Se les consultó a los pacientes cuál era el nombre del Hospital en el que consultó con especialista y el 69,3% indicó que fueron atendidos en el Hospital de Clínicas. En cuanto al medio de traslado que utilizaron para acceder a los hospitales correspondientes, el 57,1% de los pacientes refirió trasladarse en ómnibus, 16,3% en auto propio, 14,3% utilizó taxi o Uber y el porcentaje restante lo hizo a pie, en motocicleta o en ambulancia.

En cuanto a la percepción de los pacientes con respecto a su diagnóstico, el 44,9% de los pacientes refirió que su diagnóstico fue más tarde de lo que pudo haber sido, el 36,7% refirió que fue más temprano de lo que podría haber sido y 18,4% no lo consideró ni tarde ni temprano.

Los pacientes fueron interrogados sobre determinados factores que pudieron retrasar, impulsar o no fueron un factor para su diagnóstico. El 21,3% dijo no haber tenido síntomas o cambios corporales, para 23,4% eso no fue un factor y 55,3% tuvo síntomas que lo llevaron a consultar.

Sobre el conocimiento de la enfermedad, para el 59,6% no fue un factor, mientras que el 29,8% tenía conocimiento y el 10,6% lo desconocía. Para la mayoría de los pacientes la preocupación sobre la enfermedad (53,2%) y el conocimiento sobre el tratamiento (68,1%), no fueron factores determinantes, tampoco lo fueron otros problemas de salud en el 78,7%. En cuanto a sus finanzas, 19,1% indicó que no tenían problemas, para el 68,1% no fue un factor y el 12,8% tuvo apoyo financiero. En cuanto al apoyo familiar, el 4,3% declaró tener problemas, para 48,9% no fue un factor y 46,8% tuvieron apoyo familiar. Por otro lado, para el 53,2% el transporte no fue un factor, el 40,4% tenía buen acceso a medios de transporte y sólo 6,4% tuvo problemas en este punto. De los pacientes, el 4,3% refirió tener problemas laborales, para 87,2% no fue un factor y el 8,5% recibió ayuda en su trabajo para consultar. El 8,5% de los pacientes relató tener personas dependientes bajo su cuidado, lo que resultó en una demora al momento de acceder a su diagnóstico, para el 85,1% no fue un factor y el 6,4% recibió colaboración con este tema.

Con respecto a otros factores que pudieran retrasar el diagnóstico, 52,2% de los pacientes refirió que tuvo acceso rápido a la cita médica cuando la solicitó, el 58,7% pudo coordinar las fechas para sus estudios rápidamente y el 63% también consiguió fecha rápida para especialista. El 63% refirió que la ubicación con respecto a los centros médicos no fue un factor, y el 60% que su diagnóstico se consiguió a tiempo gracias a la buena organización del centro de salud al que asistió.

En cuanto a su percepción con respecto a su futuro tratamiento el 93,3% se mostró muy esperanzado, el 4,4% indiferente y el 2,2% sin esperanza.

## Discusión

En este estudio se describen las características de los pacientes con diagnóstico de alguno de los cánceres más frecuentes (cáncer de mama, pulmón, próstata y colorrectal) en el Hospital de Clínicas en el período comprendido entre junio y octubre de 2021, se destaca que existe una mayor frecuencia en mujeres, en el grupo de edad comprendido entre los 60 y 89 años. La distribución por edades coincide con diversos estudios en los cuales se menciona como factor de riesgo no modificable para la patología oncológica el envejecimiento de la población.

Respecto al estilo de vida, se reconoce que hábitos como el tabaquismo, el consumo de alcohol, los malos hábitos dietéticos, la obesidad y el sedentarismo pueden contribuir a la epidemiología de diferentes tipos de cáncer. (21) (22) El porcentaje de tabaquistas y ex tabaquistas de este estudio fue de 79,6%, el consumo de alcohol estuvo presente en el 51% de los encuestados y el consumo de frutas y verduras menor a 3 veces a la semana fue de 26,5% y 32,7% respectivamente.

Son múltiples los estudios que mencionan como uno de los principales factores de riesgo modificables el consumo de tabaco, fuertemente vinculado con el cáncer de pulmón, aunque representa un factor de riesgo para otros tipos de cáncer y otras enfermedades no oncológicas. En la revisión bibliográfica realizada en Polonia en el año 2019 se destacó que “en todo el mundo, el consumo de tabaco es el mayor factor de riesgo evitable para la muerte causada por el cáncer: causa la muerte de alrededor de 6 millones de personas cada año”. (23)

Sobre el consumo de alcohol, cereales integrales, verduras, frutas y el riesgo de cáncer; el Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer/ Instituto Americano para la Investigación del Cáncer en su informe pericial del proyecto de actualización continua concluyó que existe evidencia suficiente de que el consumo de alcohol aumenta el riesgo de diversos cánceres como el cáncer de boca, laringe, mama y que este riesgo es mayor cuando aumenta el consumo. En relación al consumo de cereales integrales y alimentos que contienen fibra dietética afirman que, en general, el mayor consumo disminuye el riesgo de algunos tipos de cáncer como el cáncer colorrectal. (24) (25)

Por otra parte, existen estudios que relacionan el mejor nivel socioeconómico y el mayor nivel educativo con un mejor conocimiento sobre estas patologías, lo que se ve reflejado en una búsqueda temprana por la atención médica, con el consiguiente diagnóstico y tratamiento oportuno. Las personas con un menor nivel educativo se asocian a una menor adherencia a controles en salud y pruebas de tamizaje, como se demostró en una revisión sistemática realizada en Brasil respecto al cáncer de mama, que concluyó que cuanto mayor es el nivel socioeconómico y educacional de la mujer, hay una mayor prevalencia de conductas preventivas, tendiendo a una consulta precoz y activa, resultando en un diagnóstico precoz. (26)

Lo que se observó en los pacientes de este estudio es que el 24,5% tenían primaria completa, y apenas el 6% de los pacientes completaron secundaria. Con respecto a esto un estudio descriptivo llevado a cabo en México en el año 2012 encontró que las mujeres de áreas urbanas, de estratos medio-alto, con secundaria o más tuvieron un mayor porcentaje de autoexploración y examen clínico de mamas en comparación con mujeres de los estratos bajo y medio. También hallaron diferencias según el tipo de localidad, siendo menor la utilización de las técnicas de autoexploración en mujeres de áreas rurales. (27) De acuerdo con lo anterior, un estudio sobre el cáncer de próstata realizado en Chile en el año 2014 evidenció que el porcentaje de pacientes del grupo con menor nivel educativo, que habían iniciado el screening, era inferior al grupo de mayor nivel educativo, y además la edad de inicio de dichos controles era más tardía en el grupo con educación básica que en los que tenían educación universitaria. (28) Si bien estos resultados no indican una mayor incidencia de la enfermedad en los grupos de menor nivel educativo, como indicamos anteriormente, el conocimiento sobre la patología implica una adherencia temprana a los programas de screening lo que en definitiva implica un diagnóstico precoz con mejores resultados a largo plazo.

En relación a la situación laboral los resultados de este estudio indican que únicamente el 10% de los encuestados presentaban trabajo estable al momento del estudio, no siendo esta la situación laboral de más del 40% de los pacientes, que refirió estar desempleado o vivir de trabajo independiente. Un estudio de revisión realizado en España en el año 2015 encontró que son múltiples los factores que explican la relación causal entre inactividad laboral y enfermedad, como la pérdida de la cobertura sanitaria, factores psicosociales como estados de ansiedad y depresión que se asocian a las malas condiciones de trabajo y/o la pérdida del mismo, que a su vez conllevan a una vulnerabilidad que predispone a las enfermedades y hábitos de vida no saludables que suelen vincularse a las personas en estado de desempleo como el tabaquismo, el sedentarismo; factores vinculados a la etiología del cáncer. (29)

Según lo anteriormente expresado, si bien hay evidencia de que existe una relación directa entre el nivel educacional y el nivel socioeconómico con su oportuno diagnóstico, este último no fue evaluado de forma específica y podría ser un factor a considerar en estudios futuros.

Respecto a la procedencia de los pacientes, se observó que más del 50% de los pacientes eran del interior del país. En relación al acceso a la salud y a los métodos diagnósticos disponibles en el interior del país, si bien es un hecho que esta es menor a la accesibilidad que existe en la capital del país, con tecnología de vanguardia, hoy en día se está descentralizando. En este sentido, un estudio retrospectivo realizado en Chile en el año 2019, concluyó que características como la residencia urbana y un bajo grado de marginación, esto último vinculado a mejor acceso educativo, cultural y social, se asociaron a una mayor probabilidad de supervivencia que aquellos provenientes de una localidad de tipo rural o con alto grado de marginación. (30) Volviendo a los resultados del estudio, destacamos que, para establecer alguna asociación entre la procedencia de los pacientes y el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno

de las patologías oncológicas, hay que tener en cuenta muchas variables como por ejemplo la situación económica, acceso a servicios básicos, el nivel educativo, entre otros.

En cuanto a la sintomatología específica según el tipo de cáncer; en el cáncer de mama el síntoma más frecuente fue el bulto en la mama (73,33%) lo que es consistente con un estudio realizado en el Reino Unido en el 2017 que encontró que el 83% del total de casos de cáncer de mama analizados presentaron un bulto en la/s mama/s, seguido por anomalías en el pezón (7%), dolor mamario (6%) y anomalías en la piel de la/s mama/s (2%). (31)

En el cáncer de pulmón los resultados indicaron que los síntomas más frecuentes fueron la tos, presente en el 66,67% de los encuestados, y la falta de aire presente en el 58,3%. Según un estudio descriptivo, transversal, realizado en Cuba, en el que se analizaron los datos de pacientes que consultaron entre los años 2013 y 2016, se encontró que los síntomas más frecuentes fueron: tos (69,2%), el dolor torácico (50%) y la disnea (40,4%). (32)

En el cáncer colorrectal los síntomas presentes en la mayoría de los encuestados fueron el dolor abdominal, presente en el 66,7%, y la alternancia constipación-diarrea presente en el 53,3% de los encuestados. De acuerdo con estos resultados, un estudio transversal realizado en Colombia en el año 2012 encontró que el dolor abdominal estuvo presente en el 86,1% de los pacientes, el estreñimiento en el 50%, los vómitos y el cambio de hábito intestinal en el 50% y 47,2% respectivamente. (33) En Perú en el año 2015, un estudio descriptivo, transversal en el cual se analizó la información de 114 pacientes que consultaron en el servicio entre 2009 y 2013, encontró que el síntoma más frecuente fue el dolor abdominal presente en el 76,2%, y la pérdida de peso en el 69%, la constipación y la diarrea crónica estuvieron presentes en el 50% y el 40,5% de los pacientes respectivamente. (34)

Los programas internacionales de atención oportuna al cáncer, estipulan como un objetivo de calidad, que los pacientes con sospecha de cáncer deben contar con un diagnóstico establecido en un máximo de 28 días, por lo que de acuerdo con la información obtenida nuestra calidad se encuentra muy por encima de esta meta.

De acuerdo a la percepción de cada paciente, el 44,9% refirió que su diagnóstico fue más tarde de lo que pudo haber sido, el 36,7% refirió que fue más temprano de lo que podría haber sido y 18,4% no lo consideró ni tarde ni temprano.

Consultados sobre los factores que pudieron retrasar, impulsar o no fueron un factor para su diagnóstico, el 21,3% dijo no haber tenido síntomas o cambios corporales mientras que el 55,3% tuvo síntomas que lo llevaron a consultar.

El conocimiento de la enfermedad, la preocupación sobre la enfermedad, el conocimiento sobre el tratamiento, el tener otros problemas de salud, las finanzas, el apoyo familiar, el transporte y el cuidado

de dependientes para la mayoría de los encuestados no fue un factor que incidiera en el tiempo de diagnóstico.

A pesar de que el 44,9% de los pacientes refirió que su diagnóstico fue más tarde de lo que pudo haber sido, el 52,2% de los pacientes refirió que tuvo acceso rápido a la cita médica cuando la solicitó, el 58,7% pudo coordinar las fechas para sus estudios rápidamente y el 63% consiguió fecha rápida para especialista.

Dentro de las limitaciones que se identificaron en el presente trabajo, se encuentra que la muestra obtenida es mayoritariamente del Hospital de Clínicas, el cual es un hospital de concentración y más del 60% de los pacientes fueron atendidos de inicio en dicha institución, lo cual permite la duda de que posiblemente hay una pérdida de pacientes e información importante de aquellos que inician abordaje diagnóstico en las unidades médicas del interior y del resto de Montevideo. Así también, se destaca que la pandemia por COVID19 afectó de manera importante el diseño inicial del estudio al generar limitaciones importantes de asistencia de los pacientes de manera presencial y la captación de datos vía telefónica no siempre se logró completar en un solo intento.

## Conclusiones

En conclusión, las características epidemiológicas y clínicas de los afectados por los cuatro cánceres más frecuentes en Uruguay y estudiados en este hospital, fueron en su gran mayoría similares a las descritas en otros trabajos.

Teniendo presente que la mayoría de los pacientes presentó síntomas en el momento del diagnóstico y considerando la evidencia que existe sobre la epidemiología del cáncer y su evolución, es de suponer que la mayoría de los pacientes de este estudio fueron diagnosticados en etapas avanzadas. Al mismo tiempo es de destacar que el porcentaje de personas asintomáticas que consultaron con resultados de estudios patológicos fue de 10,4%, lo que inferiría una baja adherencia a los programas de screening.

Por lo que se recomienda, incrementar las campañas de promoción de salud y prevención de enfermedades encaminadas a evitar el hábito tabáquico, e incrementar el consumo de frutas y verduras, así como también estimular el control en salud en la población general.

Debido a las limitaciones del estudio, no es posible establecer asociaciones entre diferentes variables que puedan ser relevantes; como establecer y/o diferenciar la incidencia de determinados cánceres, o el acceso al diagnóstico y/o tratamiento de los mismos según la procedencia, ya sea del interior del país o de Montevideo. Al igual que estimar el impacto de los diferentes determinantes socioeconómicos en el tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de los cánceres más frecuentes en Uruguay. Todas estas son razones por lo que sería de interés el realizar estudios prospectivos de mayor volumen, en donde se pueda incluir un mayor número de participantes de diferentes centros asistenciales con la finalidad de establecer los factores que influyen en los diferentes tiempos diagnósticos y terapéuticos, y el efecto de estos en la sobrevida.

Finalmente, conociendo que existe un impacto del nivel socioeconómico en el acceso al diagnóstico y al tratamiento oportuno, que no se pudo establecer de forma específica con este estudio, se podría valorar en estudios futuros las diferencias en el acceso a la salud que existen entre los distintos grupos de una misma población, evaluando herramientas como la health literacy, la cual se relaciona directamente con las habilidades de las personas para comprender y aplicar conceptos relacionados a la salud sabiendo que los grupos más vulnerables, aquellos con bajos recursos económicos, bajo nivel educativo y que viven en zonas deficitarias, son más propensos a tener conocimientos limitados en salud; y que a menor nivel de alfabetización en salud existen bajos niveles de control en salud, y por ende, menor adherencia a las políticas de prevención secundaria.

A pesar de las limitaciones citadas, este artículo es la primera investigación descriptiva que se enfoca en las características clínicas y sociales de adultos uruguayos con cáncer.

## Bibliografía

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209–49.
2. Barrios E, Garau M. Cáncer: magnitud del problema en el mundo y en Uruguay, aspectos epidemiológicos. *An la Fac Med.* 2017;4(1):04–66.
3. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Situación Epidemiológica del Uruguay en relación al Cáncer. *Regist Nac del Cáncer, Com Honor Lucha Contra el Cáncer [Internet].* 2019;1–61. Available from: [http://www.comisioncancer.org.uy/uc\\_513\\_1.html](http://www.comisioncancer.org.uy/uc_513_1.html)
4. Vázquez T, Krygier G, Barrios E, Cataldi S, Vázquez A, Alonso R, et al. Análisis de sobrevivencia de una población con cáncer de mama y su relación con factores pronósticos: estudio de 1.311 pacientes seguidas durante 230 meses: trabajo de equipo multidisciplinario. *Rev Médica del Uruguay.* 2005;21(2):107–21.
5. Luisa D, Sánchez T, Marcia D, Portillo G, Lewis MCS, Dantés HG. Factores de riesgo de Cáncer mamario en mujeres residentes en América Latina y el Caribe . 2016;(Figura 3):1–20.
6. Oliva M, Sartori E, Gotta C. Evolución del diagnóstico radiológico de la mama: su impacto en la morbimortalidad por cáncer de mama. *Rev argent radiol.* 2004;67(April 2003):161–73.
7. Basso J, Lustemberg C, Quian J, Rosa R, Echevarría A. Guía de Práctica Clínica de Detección Temprana del Cáncer de Mama. *Minist Salud Pública República Orient del Uruguay [Internet].* 2015;9–27. Available from: [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/Iniciativas sanitarias \(guia deteccion cancer mama\).pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Iniciativas sanitarias (guia deteccion cancer mama).pdf)
8. Sánchez G, Niño CG, Estupiñán AC. Determinantes del tratamiento oportuno en mujeres con cáncer de mama apoyadas por seis organizaciones no gubernamentales en Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2016;34(3).
9. Bade BC, Dela Cruz CS. Lung Cancer 2020: Epidemiology, Etiology, and Prevention. *Clin Chest Med [Internet].* 2020;41(1):1–24. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ccm.2019.10.001>
10. Salomaa ER, Sällinen S, Hiekkanen H, Liippo K. Delays in the diagnosis and treatment of lung cancer. *Chest.* 2005;128(4):2282–8.
11. Haas K, Brillante C, Sharp L, Elzokaky AK, Pasquinelli M, Feldman L, et al. Lung cancer screening: Assessment of health literacy and readability of online educational resources. *BMC Public Health.* 2018;18(1):1–7.
12. Pernar CH, Ebot EM, Wilson KM, Mucci LA. The Epidemiology of Prostate Cancer. *Cold Spring Harb Perspect Med.* 2018;8(12).
13. Taitt HE. Global Trends and Prostate Cancer: A Review of Incidence, Detection, and Mortality as Influenced by Race, Ethnicity, and Geographic Location. *Am J Mens Health.* 2018;12(6):1807–23.
14. Merriel SWD, Funston G, Hamilton W. Prostate Cancer in Primary Care. *Adv Ther [Internet].* 2018;35(9):1285–94. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12325-018-0766-1>
15. Sierra MS, Soerjomataram I, Forman D. Prostate cancer burden in Central and South America. *Cancer Epidemiol [Internet].* 2016;44:S131–40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.canep.2016.06.010>
16. Delgado L, Basso J, Quian J, Rosa R, Ruocco H, Brescia A, et al. Guía de práctica clínica de tamizaje del cáncer colo-rectal. 2018. p. 23.
17. Mitchell E, Macdonald S, Campbell NC, Weller D, Macleod U. Influences on pre-hospital delay in the diagnosis of colorectal cancer: A systematic review. *Br J Cancer.* 2008;98(1):60–70.
18. Tørring ML, Frydenberg M, Hansen RP, Olesen F, Hamilton W, Vedsted P. Time to diagnosis and mortality in colorectal cancer: A cohort study in primary care. *Br J Cancer.* 2011;104(6):934–40.
19. Zarcos-Pedrinaci I, Fernández-López A, Téllez T, Rivas-Ruiz F, Rueda A A, Suarez-Varela MMM, et al. Factors that influence treatment delay in patients with colorectal cancer.

- Oncotarget. 2017;8(22):36728–42.
20. Strous MTA, Janssen-Heijnen MLG, Vogelaar FJ. Impact of therapeutic delay in colorectal cancer on overall survival and cancer recurrence – is there a safe timeframe for prehabilitation? *Eur J Surg Oncol* [Internet]. 2019;45(12):2295–301. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2019.07.009>
  21. Irigaray P, Newby JA, Clapp R, Hardell L, Howard V, Montagnier L, et al. Lifestyle-related factors and environmental agents causing cancer: An overview. *Biomed Pharmacother*. 2007;61(10):640–58.
  22. Salas D, Peiró R. Evidencias sobre la prevención del cáncer. *Rev Española Sanid Penit*. 2013;15(2):66–75.
  23. Lewandowska AM, Rudzki M, Rudzki S, Lewandowski T, Laskowska B. Environmental risk factors for cancer - review paper. *Ann Agric Environ Med*. 2019;26(1):1–7.
  24. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Alcoholic Drinks and the risk of cancer. 2018; Available from: <https://www.wcrf.org/sites/default/files/Alcoholic-Drinks.pdf>
  25. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Wholegrains, vegetables and fruit and the risk of cancer. *Continous Updat Proj* [Internet]. 2018;1–140. Available from: <http://www.wcrf.org/sites/default/files/Prostate-Cancer-2014-Report.pdf>  
<http://www.aicr.org/continuous-update-project/reports/breast-cancer-report-2017.pdf>  
<http://www.aicr.org/continuous-update-project/reports/breast-cancer-report-2017.pdf>
  26. Tortajada J dos S, Oliveira TS, Costa CKF, Picinin MB, Massuda EM. Desigualdades Socioeconômicas Na Mortalidade Por Câncer De Mama: Revisão Sistemática. *Nucleus*. 2019;16(2):441–52.
  27. Agudelo M. Determinantes sociodemográficos del acceso a la detección del cáncer de mama en México : una revisión de las encuestas nacionales Sociodemographic determinants of access to breast cancer screening in Mexico : A review of national surveys. *Salud Colect Buenos Aires*. 2013;9:79–90.
  28. Novoa C, Anguita C, Badilla-o S. Prostate cancer screening is associated with educational level and knowledge about the disease Nivel educacional como determinante en tamizaje de cáncer de próstata. *Rev Med Chil*. 2014;1136–41.
  29. Lastra-del-Prado R, Rodríguez-García J, Muñoz Cifuentes P, Gimeno Feliú LA. Cáncer y paro. *Semergen*. 2016;42(2):94–102.
  30. Gutiérrez-juárez RR, Álvarez-bañuelos MT. Artículo Original Marginación Como Factores Pronóstico De Supervivencia Al Cáncer De Próstata Place of Residence and Social Marginalization As Prognostic Factors for Prostate Cancer. 2020;37(3):423–30.
  31. Koo MM, von Wagner C, Abel GA, McPhail S, Rubin GP, Lyratzopoulos G. Typical and atypical presenting symptoms of breast cancer and their associations with diagnostic intervals: Evidence from a national audit of cancer diagnosis. *Cancer Epidemiol* [Internet]. 2017;48:140–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.canep.2017.04.010>
  32. Pérez Guerra L, Rodríguez Flores O, Morales Morales Y, Amores Ramos A, Jaime Valdés L, Pérez Rodríguez A. Cáncer de pulmón: aspectos clínicos y diagnósticos en pacientes afectados del Policlínico Marta Abreu. Estudio de cinco años. *Acta Médica del Cent*. 2017;11(3):49–56.
  33. Julián E, Julio H. Características clínicas, demográficas e histopatológicas de los pacientes con cáncer colorrectal del Hospital Universitario de Santander Clinical, demographic and histopathological characteristics of patients with colorectal cancer at Hospital Universita. *Rev Colomb Cirugía*. 2012;27(3):213–20.
  34. Machicado Zuñiga E, Giraldo Casas RC, Estefanía Fernández KF, Geng Cahuayme AAA, García Dumler D, Concha Llona IF, et al. Localización y clínica asociada al cáncer de colon. Hospital Nacional Arzobispo Loayza: 2009 - 2013. *Horiz Médico*. 2015;15(2):49–55.

## Anexos

### Anexo 1: Consentimiento informado.

#### Hoja de información para el paciente y consentimiento informado

**Estudio: Análisis de los determinantes socioeconómicos de la salud y acceso a cuidados en cáncer. Tiempo al tratamiento en los 4 tumores más frecuentes.**

**Responsables: Prof. Agdo. Dr. Mauricio Cuello, Asist. Dra. Dahiana Amarillo, Asist. Dra María Eugenia Camblor, Asist. Ivan Lyra, Asist. Clara Rodriguez, Prof. Agdo Gabriel Krygier.**

**Entrevistadores: Br. Valentina Maldonado, Br. Valentina Mazzupappa, Br. Valeria Olivera, Br. Nury Quadro, Br. Juan Andrés Rivero, Br. Gabriela Rodríguez.**

#### **Contacto con Investigador Principal:**

Prof. Agdo. Dr. Mauricio Cuello. Av. Italia s/n, 11600, Montevideo, Uruguay. Tel/Fax +598 2487 2075  
email: oncocli@gmail.com

#### **Introducción:**

Usted está siendo invitado a participar en un estudio para investigar factores ambientales y sociales que pueden tener posibles efectos sobre la salud de las personas.

Usted recibirá un original completo de este Formulario.

El estudio se realizará en pacientes que acuden al Servicio de Oncología Clínica, Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay. Serán seleccionados pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, próstata, pulmón y colorrectal. Usted ha sido elegido por tener diagnóstico de una de estas enfermedades.

Por favor, lea atentamente este formulario de consentimiento y aclare con los coordinadores de la investigación o su médico del Hospital cualquier pregunta que tenga sobre el estudio antes de la firma del consentimiento.

#### **Cuestionario:**

Usted decide si quiere o no participar en este Estudio. Su participación es completamente voluntaria.

Un entrevistador le hará preguntas en el hospital, en una entrevista que dura aproximadamente 30 minutos.

No hay compensación o pago por completar el cuestionario. Este Estudio no traerá un beneficio clínico directo para usted. No causará molestias físicas y no se realizarán pruebas adicionales.

Si usted decide no participar, esto no afectará su atención médica usual y no necesita expresar las razones de su decisión.

Sí usted optará por no participar en el Estudio, esto no implicará ningún tipo de pérdida de los beneficios a los que de todos modos tiene derecho, NO va a afectar en modo alguno su atención en nuestro servicio ni los tratamientos a recibir.

Si usted decide solo responder algunas preguntas, la calidad de la atención que recibe NO va a cambiar.

#### **Confidencialidad:**

Su nombre no será utilizado en ningún informe, ni divulgado de manera alguna. Sus datos no van a ser revelados porque se mantendrán en el anonimato.

Usted puede solicitar la retirada de sus datos de la base en cualquier momento, solo debe llamar al Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas de Montevideo y manifestarlo (teléfono: 24872075). Al mismo teléfono puede comunicarse ante cualquier duda que presente.

#### **Comité de ética:**

Todos los estudios de investigación son revisados por un grupo independiente de personas, llamado Comité de Ética en Investigación, para proteger su seguridad, sus derechos, su bienestar y su dignidad. Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como paciente, puede comunicarse con:

Nombre representativo del Comité de Ética: Comité de Ética del Hospital de Clínicas

Dirección: Av. Italia s/n, 11600, Montevideo, Uruguay.

Número de teléfono: 24871306

Un comité es un grupo de personas que realizan una revisión independiente de la investigación.

Con la firma de este consentimiento informado, usted no renuncia a los derechos que le corresponden de conformidad con las leyes uruguayas en materia de responsabilidad civil por daños.

El Comité de Ética del Hospital de Clínicas ha revisado este estudio para asegurarse que la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de los sujetos que participen en el mismo se encuentren protegidos

**Consentimiento informado:**

Mediante la firma de este formulario, usted confirma lo siguiente:

- He tenido tiempo para leer esta información y pensar en el estudio, y se ha respondido a mis preguntas adecuadamente.
- Acepto participar en este estudio de investigación y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.
- Acepto que mi información personal codificada se puede recopilar y utilizar para la investigación

---

Firma del Paciente

---

Fecha

---

Nombre del Paciente

---

N° de de Cédula de Identidad

**Confirmo que le he explicado la naturaleza y el propósito de este estudio al paciente:**

---

Firma del Investigador

---

Fecha

---

Nombre del investigador

---

N° de Cédula de Identidad

***Cuando este formulario esté firmado y fechado, le entregaremos un original.***

## Anexo 2: Instrumento general.

Información clínica, patológica, demográfica y de comorbilidades	
Datos demográficos	
1. Número de identificación del participante	<input type="text"/>
2. Edad	<input type="text"/>
3. Diagnóstico	<input type="radio"/> Confirmado <input type="radio"/> No confirmado <input type="radio"/> AP pendiente
4. Fecha de ingreso al estudio	<input type="text"/>
5. Género	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Prefiero no decir <input type="radio"/> Otro (especifique) <input type="text"/>
6. Fecha de nacimiento	
Fecha	
Fecha	<input type="text" value="DD/MM/AAAA"/> <input type="text"/>

7. Procedencia étnica

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Afroamericano                     | <input type="radio"/> Blancos      |
| <input type="radio"/> Asiático                          | <input type="radio"/> Indígena     |
| <input type="radio"/> Caribeños                         | <input type="radio"/> Se desconoce |
| <input type="radio"/> Mestizos/múltiples grupos étnicos |                                    |
| <input type="radio"/> Otro (especifique)                |                                    |

8. ¿Cual es su país de nacimiento?

9. Si usted no nació en Uruguay, ¿cuántos años/meses ha estado viviendo aquí?

- No aplica
- Años / Meses

10. ¿En qué ciudad o pueblo vive?

11. En caso de vivir en un barrio de Montivideo

- No aplica
- Código Postal

12. ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en su actual vivienda?

13. ¿Donde vivía antes?

14. Su estado civil actual es:

- Soltero
- Viudo
- Separado / Divorciado
- Casado / Viviendo en pareja
- Otro (especifique)

15. ¿Fue alguna vez al colegio/escuela?

- Sí
- No

16. ¿Cuál es el grado de educación más alto que usted obtuvo?

- Básica o primaria Incompleto
- Básica o primaria completo
- Secundaria Incompleto
- Secundaria completo
- Técnico Incompleto
- Técnico completo
- Universidad o superior Incompleto
- Universidad o superior completo
- No recuerdo / no quiero responder

17. ¿Cuál es su situación laboral actual?

- Empleado formal (BPS)
- Trabajador independiente (changas)
- Retirado/jubilado
- Desempleado
- Pensión
- Ama de casa/marido de casa/compañero de casa

18. ¿Cuántas horas a la semana trabaja?

- No aplica
- Número de horas

19. Si tiene un cónyuge o pareja, ¿cuál es su situación laboral actual?

- Empleado/a
- Trabajador independiente (changas)
- Retirado/jubilado
- Desempleado
- Pensión
- Ama de casa/marido de casa/compañero de casa

20. ¿Alguna vez ha estado desempleado?

- Sí
- No
- No recuerda/no quiere contestar

21. ¿Cuál es el mayor tiempo que ha estado desempleado (en meses)?

22. ¿Cuál es el ingreso mensual medio (en pesos uruguayos) en su hogar?

23. ¿Cuántas personas en su hogar dependen de los ingresos de este hogar, incluyendo a usted mismo, sus hijos o bebés?

Por favor, incluya a los niños incluso si están bajo custodia compartida.

Adultos

Niños (menores de 13 años)

Adolescentes (13-19 años)

24. En relación con el alojamiento de su vivienda, ¿en cuál de estas formas ocupa este alojamiento?

- Compra con hipoteca/préstamo
- Alquileres
- Actualmente estoy sin hogar
- No quiero responder
- Otro (especifique)

25. ¿Ha experimentado alguna vez la falta de vivienda?

- Sí
- No
- No recuerda/no quiere contestar

Información clínica, patológica, demográfica y de comorbilidades

Tabaco y otras drogas

26. ¿Fuma o fumó un cigarrillo, o un cigarro, o una pipa regularmente (todos los días) durante al menos un año?

- Nunca  
 Solo en el pasado  
 Sí, actualmente

27. ¿Cuántos cigarrillos por día fuma o fumó?

28. ¿A qué edad comenzó a fumar?

29. ¿A qué edad dejó de fumar? (años)

30. ¿Dejó de fumar debido a esta enfermedad o síntomas?

- Sí  
 No  
 No quiero responder

31. ¿Alguna vez ha usado marihuana con regularidad (al menos una vez al mes durante un año)?

- Sí  
 No  
 No quiero responder

32. ¿Cuántos años tenía cuando probaste marihuana por primera vez?

- No aplica  
 Años

33. ¿Cuántos cigarrillos de marihuana fuma o fumaba normalmente al mes?

- No aplica  
 0 a 1 por mes  
 2 a 10 por mes  
 11 a 20 por mes  
 21-30 por mes  
 >30 por mes  
 No quiere responder

34. ¿Cuántos años tenía la última vez que usó marihuana?

No aplica

Años

35. ¿Bebe algo de alcohol?

Sí

Sólo en el pasado

Nunca

36. En una semana típica, ¿cuántos días bebe (o bebió) alcohol?

No aplica

Otro (especifique)

37. En el año, justo antes de enfermarse (o antes de dejar de beber alcohol), ¿cuántos bebidas alcohólicas tomó cada DÍA?

No aplica

Otro (especifique)

38. ¿Cuántos días a la semana toma o tomó alcohol justo después de levantarse por la mañana?

39. ¿Cuántos años hace que dejó de beber?

40. ¿Dejó de beber debido a esta enfermedad o síntomas?

Sí

No

No aplica

41. ¿Qué bebidas toma o solía tomar?

Bebidas blancas o licor u otras bebidas fuertes (por ejemplo, vodka, whisky, tequila, ron, ginebra, aguardiente, caña).

\*\*Especifique número de tragos o botellas por semana

Vino. \*\*Especifique número de vasos o botellas por semana

Cerveza. \*\*Especifique número de latas o botellas por semana

Información clínica, patológica, demográfica y de comorbilidades

Dieta y otros hábitos

42. ¿Con qué frecuencia come...

Verduras frescas (excluyendo papas)

Fruta Fresca

43. ¿Usted bebe o ha bebido mate?

- Sí, aun bebo
- Nunca
- Solo en el pasado

44. ¿Cual era/és su consumo de mate?

- Diario
- Semanal

45. ¿Toma solo o en grupos?

- Solo
- En grupos

46. ¿A que temperatura toma el mate?

- Frio
- Tibio
- Caliente
- Muy caliente

## Información clínica, patológica, demográfica y de comorbilidades

### Salud general

47. Si te acuerdas, ¿puedes decirme cuál era tu peso hace dos años?

48. ¿Puede decirme cuál era su peso a los 20 años?

49. ¿Puedes decirme tu altura en cm?

50. Antecedentes familiares de cáncer (padres, hermanos, hijos, tíos, primos)

Padre (edad)

Madre (edad)

Hermanos (edad)

Abuelos (edad)

Tíos (edad)

Primos (edad)

51. ¿A qué Hospital concurre si tiene que ir a una emergencia de forma habitual?

- Hospital de Clínicas
- Hospital Maciel
- Hospital Pasteur
- Hospital Español
- Otro (especifique)
- Coordinado del cerro
- Hospital de la Costa
- Mutualista

52. ¿Cómo considera que es la atención?

- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

53. ¿Se controla en policlínica de su Barrio?

- Sí
- No

54. ¿Con qué frecuencia?

- Menos de 1 vez al año
- 1 vez al año
- 2-5 veces al año
- No aplica

**Información clínica, patológica, demográfica y de comorbilidades**

**Factores para el diagnóstico**

55. ¿Tenía preocupaciones/síntomas de salud/ cambios corporales que le hicieron contactar a un médico/proveedor de atención médica?

- Sí
- No
- No recuerda/no quiere contestar

56. ¿Cuáles fueron los problemas de salud/síntomas/cambios corporales? (marque todas las que correspondan)

	Sí	No	No recuerdo / No quiero responder
Dolor en algún hueso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor de cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor en otra parte del cuerpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para tragar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de aire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cansancio, pérdida de fuerza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pérdida de peso inexplicable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pérdida de apetito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra preocupación de salud / síntoma / cambio corporal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

57. En caso de cáncer de **MAMA**, ¿usted presentó alguno de los siguientes síntomas?

	Sí	No	No recuerdo / No quiero responder
Úlcera en la mama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bulto o hinchazón en la mama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor mamario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cambios de coloración de piel de alguna mama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Secreción por el pezón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bulto o hinchazón en la axila	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mamografía con resultado patológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

I

58. En caso de cáncer de **PULMÓN**, ¿usted presentó alguno de los siguientes síntomas?

	Sí	No	No recuerdo / No quiero responder
Falta de aire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para tragar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flama con sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bultos en alguna parte del cuerpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

59. En caso de cáncer de **PRÓSTATA**, ¿usted presentó alguno de los siguientes síntomas?

	Sí	No	No recuerdo / No quiero responder
Ardor al orinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orina con sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para iniciar la orina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor en la parte baja del vientre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bultos en alguna parte del cuerpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

60. En caso de cáncer de **COLORECTAL**, ¿usted presentó alguno de los siguientes síntomas?

	Sí	No	No recuerdo / No quiero responder
Materia con sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alternancia constipación / diarrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cambio en la forma de las materias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor abdominal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oclusión intestinal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

61. ¿Cuál es su mejor estimación de la fecha en que notó por primera vez la primera de estas preocupaciones de salud/síntomas/cambios corporales? Si no puede recordar la fecha exacta, puede rellenar con el día 1 del mes y el año que iniciaron los síntomas.

Fecha estimada

Fecha

62. Aproximadamente por cuánto tiempo tuvo esa preocupación(es) de salud/síntoma(s)/cambio(s) corporal(s) antes de contactar a un médico?

(Por favor piense en cuánto tiempo tuvo algún problema o preocupación antes de hacer el primer contacto con algún médico)

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Menos de 1 semana | <input type="radio"/> 2 - 5 meses     |
| <input type="radio"/> 1 - 2 semanas     | <input type="radio"/> 6-12 meses      |
| <input type="radio"/> 3 - 4 semanas     | <input type="radio"/> Más de 12 meses |
| <input type="radio"/> 5 - 7 semanas     |                                       |

63. ¿Porque piensa que demoró esa cantidad de tiempo en consultar?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Pensaba que era algo pasajero | <input type="radio"/> No conseguía fecha                       |
| <input type="radio"/> Tenía miedo                   | <input type="radio"/> No tenía con quien dejar a los niños     |
| <input type="radio"/> No tenía dinero               | <input type="radio"/> No tenía tiempo por causas de su trabajo |
| <input type="radio"/> Otro (especifique)            |  |

64. ¿A quien contactó por primera vez?

- Un médico en policlínica
- Un médico en emergencia
- Servicios de Emergencia Móvil
- Directamente a un Especialista (ejemplo ginecólogo, cirujano, gastroenterólogo, neumólogo)
- Otro (especifique)

65. Una vez que se puso en contacto con el primer médico/proveedor de atención médica, ¿cuánto tiempo se tardó en obtener esa cita?

(Por favor, piense en la primera visita para hablar sobre su(s) misma(s) preocupación(es) de salud o síntoma(s))

- Algunos días
- Algunas semanas
- Mismo día o del día siguiente
- Ningún tiempo de espera (por ejemplo, usted fue a Emergencias)

Número de días o semanas que tuvo que esperar

66. ¿En qué fecha visitó por primera vez a su médico o profesional de la salud?

Si no puede recordar la fecha exacta, puede rellenar con el día 1 del mes y el año que iniciaron los síntomas.

Fecha en que visitó a su médico

Fecha

MM/DD/AAAA

67. Luego de la primera consulta, el médico pidió estudios para el diagnóstico?

- Sí
- No

68. ¿Cuánto tiempo demoró en poder coordinar esos estudios?

(Por favor, piense en la primera visita para hablar sobre su(s) misma(s) preocupación(es) de salud o síntoma(s))

- Algunos días
- Algunas semanas
- Mismo día o del día siguiente
- Ningún tiempo de espera (por ejemplo, usted fue a Emergencias)

Número de días o semanas que tuvo que esperar

69. Si su cáncer fue descubierto sin buscar una cita por una preocupación de salud/ síntoma(s)/cambio(s) corporal(s), ¿qué médico descubrió su cáncer?

Por ejemplo: a través de un chequeo, o investigación/tratamiento de otro problema. ¿qué médico/proveedor de atención médica estaba involucrado?

- Un médico en policlínica
- Un médico en emergencia
- Servicios de Emergencia Móvil
- Directamente a un Especialista (ejemplo ginecólogo, cirujano, gastroenterólogo, neumólogo)
- Otro (especifique)

70. ¿Cuál de las siguientes preocupaciones de salud/síntomas/cambios corporales fueron identificados por primera vez por su médico/proveedor de atención médica? Marque todas las que correspondan

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Úlcera en alguna parte del cuerpo            | <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito                                      |
| <input type="checkbox"/> Bulto o hinchazón en alguna parte del cuerpo | <input type="checkbox"/> Sangrado  |
| <input type="checkbox"/> Dolor en algún hueso                         | <input type="checkbox"/> Estudio/examen patológico (mamografía)                  |
| <input type="checkbox"/> Dolor en otra parte del cuerpo               | <input type="checkbox"/> Estudio/examen patológico (sangre oculta en la materia) |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar                       | <input type="checkbox"/> Estudio/examen patológico (placa de tórax)              |
| <input type="checkbox"/> Falta de aire                                | <input type="checkbox"/> Estudio/examen patológico (PSA)                         |
| <input type="checkbox"/> Cansancio, pérdida de fuerza                 | <input type="checkbox"/> Estudio/examen patológico (otro)                        |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso inexplicable                 | <input type="checkbox"/> Otra preocupación de salud / síntoma / cambio corporal  |

Otro (especifique)

71. ¿En qué fecha fue que dicho profesional lo noto?

Si no puede recordar la fecha exacta, puede rellenar con el día 1 del mes y el año que iniciaron los síntomas.

Fecha estimada

Fecha

DD/MM/AAAA

72. ¿Cuál es el tiempo de viaje entre su casa y el médico o profesional de la salud que vi por primera vez acerca de sus síntomas o que notó por primera vez sus síntomas?

Horas

Minutos

73. ¿Cuántas veces visitó a las siguientes personas para la investigación de sus síntomas antes de que le diagnosticaron el cáncer?

Anote el número de visitas a cada uno:

Médico de cabecera	<input type="text"/>
Emergencia en hospitales	<input type="text"/>
Especialista (ejemplo: ginecólogo)	<input type="text"/>
Emergencia móvil	<input type="text"/>

74. Después de que su médico o profesional de la salud lo refiriera por su condición sospechada, ¿cuánto tiempo le tomó obtener una cita con el especialista?

- Varios días
- Varias semanas
- No aplicable a mí (por ejemplo, no fui referido sino fui directamente a un especialista)

Número de días o semanas que tuvo que esperar

75. ¿Cuál fue la fecha de su primera cita con el médico especialista, involucrado en la investigación y/o tratamiento de su cáncer, a quien fue referido?

Si no puede recordar la fecha exacta, puede rellenar con el día 1 del mes y el año que iniciaron los síntomas.

Fecha estimada

Fecha

76. ¿En qué fecha le dijeron que tenía cáncer o que podía tener cáncer por primera vez?

Si no puede recordar la fecha exacta, puede rellenar con el día 1 del mes y el año que iniciaron los síntomas.

Fecha estimada

Fecha

77. ¿Cuál es el tiempo de viaje entre su casa y el hospital donde usted vio al especialista médico involucrado en la investigación y/o tratamiento de su cáncer?

Horas

Minutos

78. ¿Cuál era el nombre del Hospital en el que consultó con especialista?

79. ¿Qué método de transporte usó para llegar al hospital? Marque todas las que correspondan

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pie                         | <input type="checkbox"/> Auto propio         |
| <input type="checkbox"/> Bicicleta                   | <input type="checkbox"/> Taxi/Uber o similar |
| <input type="checkbox"/> Ciclomotores / Motocicletas | <input type="checkbox"/> Ómnibus             |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique)          |  |

80. Volviendo a su diagnóstico de cáncer, complete la siguiente declaración de la manera que mejor describa cómo se siente.

Considerando todas las cosas, mi diagnóstico fue confirmado....

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Mucho más temprano de lo que podría haber sido | <input type="radio"/> Más tarde de lo que podría haber sido       |
| <input type="radio"/> Antes de lo que podría haber sido              | <input type="radio"/> Mucho más tarde de lo que podría haber sido |
| <input type="radio"/> Ni temprano ni tarde                           |   |

81. Ahora, en relación con la razón principal por la que usted cree que se demoró el diagnóstico: ¿es algo sobre usted, o algo sobre otras personas o circunstancias?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Totalmente sobre mí | <input type="radio"/> Sobre otras personas o circunstancias            |
| <input type="radio"/> Sobre mí            | <input type="radio"/> Totalmente sobre otras personas o circunstancias |
| <input type="radio"/> Ni una cosa ni otra |  |

82. ¿Cuáles de los siguientes factores retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?

- **Síntomas/Cambios corporales**

- No tuve síntomas/cambios corporales (por ejemplo, no noté ningún problema).
- No fue un factor
- Sí noté síntomas/cambios corporales

83. ¿Cuáles de los siguientes factores retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?

- **Conocimiento**

- Falta de conocimiento (no sabía qué ayuda buscar)
- No fue un factor
- Tenía conocimiento del cáncer (por ejemplo, de los antecedentes familiares, de los medios de comunicación, de las noticias)

84. ¿Cuáles de los siguientes factores retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?

- Preocupación

- Falta de preocupación (por ejemplo, no creía que el síntoma fuera algo de lo que preocuparse)
- No fue un factor
- Me preocupaba el cáncer (por ejemplo, la autocomprobación regular)

85. ¿Cuáles de los siguientes factores retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?

- Sobre el tratamiento

- Miedo al diagnóstico o al tratamiento
- No fue un factor
- Ya tenía desde antes chequeos regulares (no tengo miedo a los médicos)

86. ¿Cuáles de los siguientes factores retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?

- Problemas de salud

- Tenía otras preocupaciones prioritarias de salud en curso (por ejemplo, preocupación o distracción por otros problemas de salud).
- No fue un factor
- Asistir por otro(s) problema(s) de salud me ayudó a mi diagnóstico

87. ¿Cuáles de los siguientes factores retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?

- Financieros

- Problemas financieros retrasaron mi diagnóstico (por ejemplo, costo del servicio, costo del viaje, no podía dejar de trabajar)
- No fue un factor
- Tuve apoyo financiero (por ejemplo, ayuda con los costos)

88. ¿Cuáles de los siguientes factores retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?

- Familia

- Problemas familiares retrasaron mi diagnóstico (por ejemplo, divorcio, duelo, mudanza)
- No fue un factor
- Apoyo familiar (por ejemplo, acompañado a la cita, ayuda para el cuidado de dependientes)

89. ¿Cuáles de los siguientes factores retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?

- Transporte

- Problemas de transporte retrasaron mi diagnóstico
- No fue un factor
- Tengo mucha disponibilidad de transporte (por ejemplo auto propio o familiar, sin problemas para el transporte público)

90. ¿Cuáles de los siguientes factores retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?

**- Trabajo**

- Problemas laborales retrasaron mi diagnóstico (por ejemplo trabajo rotatorio, si no trabajaba no cobraré)
- No es un factor
- En mi trabajo me ayudaron a que consultara al médico (por ejemplo, días libres para una cita)

91. ¿Cuáles de los siguientes factores retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?

**- Dependientes**

- El cuidado de otras personas dependientes retrasó mi diagnóstico (por ejemplo, niños pequeños, parientes ancianos)
- No fue un factor
- Tuve apoyo de los servicios sociales (por ejemplo, ayuda para el cuidado de niños pequeños, parientes ancianos) y pude consultar a tiempo

92. ¿Cuáles de los siguientes factores retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?

**- Influencia de otros**

- Estuve influenciado por otros para NO BUSCAR ayuda/asesoramiento (por ejemplo, su pareja o amigo lo desanimó)
- No fue un factor
- Estuve influenciado por otros para buscar ayuda/asesoramiento (por ejemplo, su pareja o amigo o hijo lo animó)

93. ¿Cuáles de los siguientes factores retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?

**- Primera cita**

- Creo que mi diagnóstico se retrasó porque no conseguí hora con médico
- No fue un factor
- Tuve rápido acceso a consulta con el médico cuando lo solicite

94. ¿Cuáles de los siguientes factores retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?

**- Estudios**

- Creo que mi diagnóstico se retrasó porque no conseguí hora para estudios solicitados
- No fue un factor
- Tuve rápido acceso a estudios cuando lo solicite

95. ¿Cuáles de los siguientes factores retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?

**- Especialistas**

- Creo que mi diagnóstico se retrasó porque no conseguí hora con especialista
- No fue un factor
- Tuve rápido acceso a consulta con el especialista cuando lo solicite

96. ¿Cuáles de los siguientes factores retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?

**- Ubicación**

- Tuve retraso en el diagnóstico por problemas con la ubicación del servicio (por ejemplo, demasiado lejos)
- No fue un factor
- Tengo buena ubicación a centros médicos (por ejemplo, cerca, de fácil acceso)

97. ¿Cuáles de los siguientes factores retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?

**- Organización**

- Creo que mi diagnóstico se retrasó porque la organización de mi centro de salud es mala
- No fue un factor
- Creo que me diagnosticaron a tiempo por la buena organización del centro de salud

98. Pensando en los resultados futuros de mi tratamiento, ¿qué tan esperanzado u optimista diría que soy?

- Muy esperanzador u optimista
- Indiferente
- No hay esperanza ni optimismo en absoluto

99. ¿Cómo cree que se compara su nivel de optimismo con el de otras personas con un diagnóstico similar?

Mucho menos esperanzado u optimista	Igual	Mucho menos esperanzado u optimista
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>

100. Por último, por favor, utilice este espacio para decirnos qué podríamos hacer, si acaso, ¿para mejorar el proceso de obtener un diagnóstico para pacientes como usted?