

Facultad de Medicina. Universidad de la República
Montevideo, Uruguay. Grupo 113, 2024

EVALUACIÓN DE LA PREVALENCIA DE HÁBITOS SALUDABLES EN PACIENTES EN CONTROL POR CÁNCER DE MAMA: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO.

Uruguay, 2024. Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Hospital Departamental de Soriano Zoilo A. Chelle, Hospital Británico y Servicio Médico Integral.

AUTORES

Br. Caraballo, Guillermo ¹
Br. Fernández, Florencia ¹
Br. Franco, María Pía ¹
Br. Gazzola, Mauro ¹
Br. Piñeiro, Valeska ¹
Br. Rodríguez, Serena ¹

ORIENTADORAS

Prof. Adjunta Dra. Natalia Camejo ²
Asistente Dra. Dahiana Amarillo ²
Prof. Agregada Dra. Cecilia Castillo ²

¹ Ciclo de Metodología Científica II 2024-Facultad de Medicina Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

² Departamento de Oncología Clínica. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Facultad de Medicina, UDELAR.

Índice

Abreviaturas	pág.3
Resumen-Abstract	pág.4
1. Introducción	pág.6
1.1 Epidemiología.....	pág.6
1.2 CM y sus características.....	pág.7
1.3 Factores de riesgo para el CM	pág.7
1.3.1 Factores de riesgo no modificables	pág.7
1.3.2 Factores de riesgo modificables	pág.8
1.4 Aumento en la supervivencia de CM.....	pág.9
2. Objetivos generales	pág.10
2.1 Objetivos específicos.....	pág.10
3. Materiales y metodología.....	pág.10
3.1 Materiales.....	pág.10
3.2 Métodos.....	pág.12
4. Normas éticas.....	pág.14
5. Resultados.....	pág.14
6. Discusión.....	pág.19
7. Conclusiones y perspectivas.....	pág.23
Bibliografía.....	pág.24
Agradecimientos.....	pág.29
Anexos.....	pág.30

Índice de Tablas y Figuras

- ❖ **Figura 1.** Graphical abstract.
- ❖ **Figura 2.** Incidencia y Mortalidad, sexo femenino, en 2022. Extraído de: Cáncer TODAY, IARC. globocan 2022.
- ❖ **Figura 3.** Principales sitios de cáncer. Extraída de CHLCC resumen estadístico-MAMA. Incidencia y mortalidad periodo 2016-2020.
- ❖ **Figura 4.** Diagrama de flujo. Selección de población muestral.
- ❖ **Tabla I.** Características clínico-patológicas y biológicas de la población muestral.
- ❖ **Figura 5.** Caracterización de la población muestral en base a las variables específicas.
- ❖ **Figura 6.** Prevalencia de adhesión a los HS (consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de frutas y verduras) en la población muestral.
- ❖ **Figura 7.** Prevalencia de adhesión a los HS (IMC y Actividad física) en la población muestral.
- ❖ **Figura 8.** Adhesión a los HS en función a cada centro.
- ❖ **Tabla II.** Tabla de contingencia para variable 1. Adherencia en función del centro.
- ❖ **Tabla II.I.** Test de χ^2 para variable 1.
- ❖ **Figura 9.** Cálculo de proporciones para la variable 1.

Abreviaturas

ACS: Sociedad Americana del Cáncer

AF: Actividad física

CM: Cáncer de Mama

CHLCC: Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer

EE.UU: Estados Unidos

FR: Factores de Riesgo

FYV: Frutas y verduras

HB: Hospital Británico

HC: Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"

HDS: Hospital Departamental de Soriano "Zoilo A. Chelle"

HER2: Receptor 2 del Factor de Crecimiento Epidérmico Humano

HS: Hábitos Saludables

HT: Hormonoterapia

IMC: Índice de Masa Corporal

MIDES: Ministerio de Desarrollo Social

MSP: Ministerio de Salud Pública

OH: Alcohol

OMS: Organización Mundial de la Salud

QT: Quimioterapia

RT: Radioterapia

SMI: Servicio Médico Integral

TQ: Tabaquismo

UY: Uruguay

RESUMEN

Introducción: El cáncer de mama (CM) es el cáncer más diagnosticado y con mayor mortalidad en las mujeres uruguayas y a nivel mundial. Los hábitos saludables se asocian a una mejor calidad de vida, menor riesgo de recurrencia y mayor supervivencia. El objetivo de este estudio fue evaluar en pacientes en control por CM la prevalencia de hábitos saludables (peso, consumo de alcohol y tabaco, ingesta adecuada de frutas y verduras, y actividad física regular) y como se comportan en función del centro asistencial, la edad actual, los años transcurridos tras el diagnóstico y estadio de la enfermedad.

Metodología: Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, multicéntrico en pacientes en control por CM en estadios EI-III, mediante la realización de un cuestionario de forma presencial y telefónica.

Resultados: El total de pacientes elegibles (n=209) fueron de sexo femenino, 63% pertenecía al sector público y el 37% al privado. Presentando este último una mayor adherencia a HS en comparación con el sector público. Evidenciando una adherencia general a 3 HS o más del 80,8%.

Conclusiones: la adhesión a HS fue elevada, sin embargo, es de vital importancia continuar fomentando y concientizando acerca de su importancia y los beneficios para esta población, principalmente en la actividad física (AF) y el consumo de frutas y verduras (FYV).

Palabras claves: Cáncer de mama; pacientes en control por CM; hábitos saludables.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer (BC) is the most frequently diagnosed cancer and the one that causes the highest mortality in Uruguayan women and worldwide. Healthy habits are associated with a better lifestyle, less risk of recurrence and better survival. The objective of this study was to evaluate in patients undergoing follow-up for BC the prevalence of their healthy habits (weight, alcohol and tobacco consumption, adequate intake of fruits and vegetables and regular

physical activity) and how they behave depending on the healthcare center, current age, years since diagnosis and stage of the disease.

Methodology: An observational, descriptive, multicenter study was carried out in patients undergoing follow-up for BC in stages EI-III, through the completion of a questionnaire carried out in person and via phone.

Results: The total sample of eligible patients (n=209) were female, 63% belonged to the public sector and 37% to the private one. The last one presented higher adherence to HS in comparison to the public sector. Evidence sustained a general adherence to 3 or more HS of 80.8%.

Conclusions: adherence to HS was elevated, however, is crucial to keep encouraging and promoting its importance and benefits to this population, particularly the physical activity and the consumption of fruits and vegetables.

Keywords: Breast cancer, patients undergoing breast cancer monitoring, healthy habits.

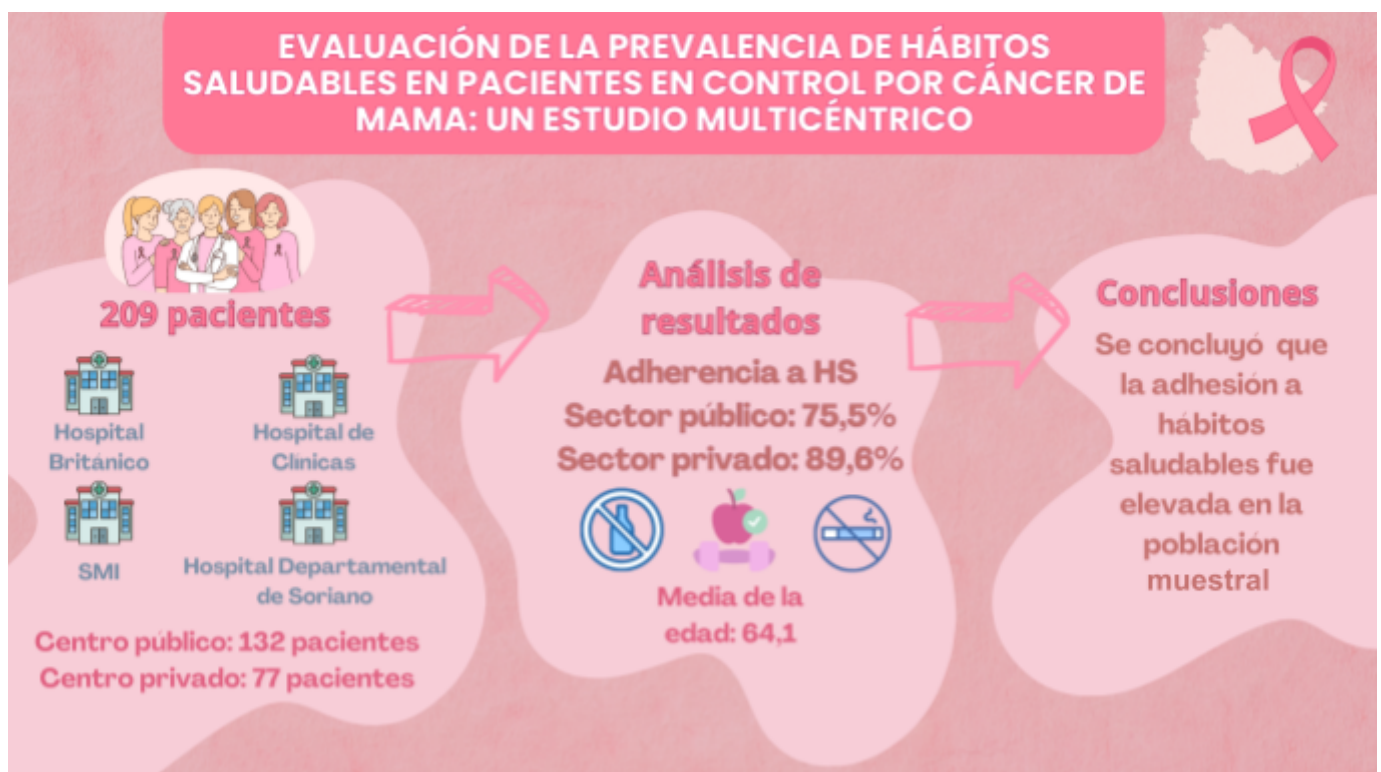


Figura 1. Graphical abstract.

1. Introducción:

1.1 Epidemiología

El cáncer de mama (CM) es el cáncer más diagnosticado y representa la mayor causa de muerte por cáncer en mujeres uruguayas y en el mundo.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)[1], la mortalidad mundial por CM entre 1980 y 2020 se ha reducido un 40% en países desarrollados. Las más recientes cifras publicadas por The Global Cancer Observatory, indican un total de 2.296.840 de casos nuevos de CM en 2022 en la población mundial para ambos sexos, posicionándose en segundo lugar en cuanto a incidencia, luego del cáncer de pulmón [2].

En cambio sí solo se observa la población de sexo femenino, el CM ocupa el primer lugar en incidencia y mortalidad con un total de 2.296.840 casos a nivel mundial (**Figura 2**) [3].

Absolute numbers, Incidence and Mortality, Females, in 2022
World
(Top 15 cancer sites)

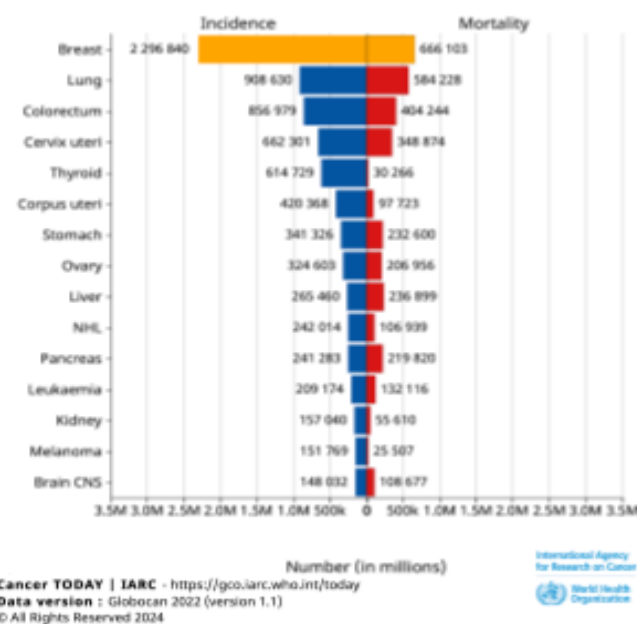


Figura 2. Incidencia y Mortalidad, sexo femenino, en 2022.
Modificado de: Cáncer TODAY, IARC. globocan 2022.

CÁNCER EN URUGUAY 2016-2020

Principales sitios de Incidencia con su respectiva Mortalidad

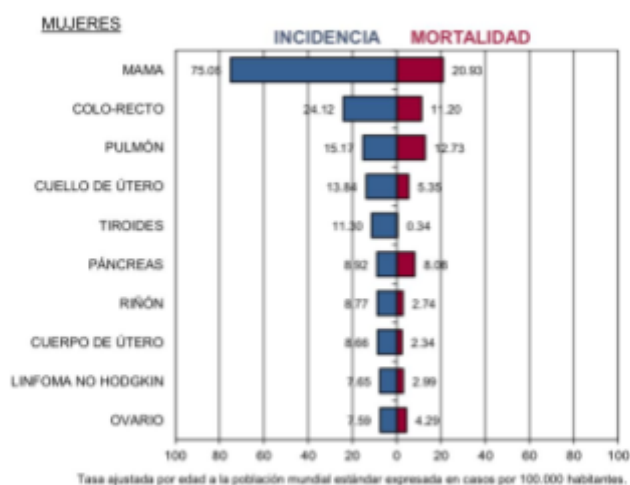


Figura 3. Principales sitios del cáncer. Período 2016-2020. Extraído de: CHLCC. Resumen Estadístico – MAMA. Incidencia y Mortalidad período 2016-2020. Tendencia de la Mortalidad hasta 2021.

La Sociedad Americana del Cáncer (ACS) estima para el 2024 más de 2 millones de nuevos casos de cáncer, de los cuales más de 300.000 corresponden a CM. En cuanto a la mortalidad por cáncer se estiman 600.000 muertes, 42.870 por CM para el 2024 [4].

En Uruguay (UY) cada año se diagnostican más de 1800 mujeres y mueren aproximadamente 700 por

esta causa. Además las tasas de incidencia estandarizada por edad por CM en mujeres se han mostrado invariables en lo que respecta al periodo 2002 - 2016 [\[5\]](#) (**Figura 3**).

1.2 CM y sus características

Actualmente, el CM se clasifica en tres subtipos moleculares en función de su expresión génica como: lumbales A y B, sobreexpresión del receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) y *basal like* o triple negativo. La evolución clínica de cada subtipo molecular de CM es diferente y junto con la clasificación TNM marca la pauta de tratamiento junto con otras características clínico-patológicas [\[6\]](#).

1.3 Factores de riesgo para el CM

Los factores de riesgo (FR) para el CM se pueden clasificar en dos categorías: no modificables y modificables.

Estudios recientes han demostrado que un 5-10% de los CM son atribuidos a factores genéticos y antecedentes familiares, mientras que entre un 20-30% se atribuyen a factores modificables. Estos últimos, no solo aumentan el riesgo de CM, sino que además podrían empeorar el pronóstico, resultados y calidad de vida de las pacientes [\[6\]\[7\]](#). Entre estos se encuentra el consumo de alcohol (OH), el sobrepeso pero sobre todo la obesidad, hábitos dietéticos poco saludables con un pobre consumo de frutas y verduras (FYV), el tabaquismo (TQ) y la falta de actividad física (AF) [\[8\]](#) [\[9\]](#) [\[10\]](#).

Este hecho traduce la necesidad de educar y fomentar la importancia de la adherencia a hábitos saludables (HS) en pacientes con CM [\[11\]](#).

1.3.1 Factores de riesgo no modificables

Dentro de los FR no modificables se destacan el sexo femenino, la edad, los antecedentes familiares de CM [\[12\]](#) y factores hormonales conforme al historial reproductivo de la paciente, ya que está relacionado con la ventana de exposición a estrógenos [\[1\]](#).

El sexo es el factor de riesgo más importante según la OMS, ya que se describe que en el 99% de los casos de CM se producen en el sexo femenino y entre un 0.5-1% en el sexo masculino [\[1\]](#).

1.3.2 Factores de riesgo modificables

Según la ACS dentro de los FR que han mostrado más asociación se encuentra el consumo de OH, aumentando el riesgo proporcionalmente a la cantidad de OH consumido, el riesgo comienza a aumentar con 10-15 g/día [\[13\]](#) [\[14\]](#). Sin embargo, fue demostrado que entre 1,9 y 2,8% de las muertes en pacientes con CM fueron atribuidas al consumo moderado/intenso de OH [\[15\]](#) [\[16\]](#). Además según estudios internacionales las pacientes que tienen una mayor ingesta de OH presentan un mayor riesgo de recurrencia de cáncer [\[17\]](#).

Otro factor de riesgo es el sobrepeso y la obesidad sobre todo caracterizado por un IMC entre 25-29.9 y ≥ 30 respectivamente, que está fuertemente asociado a la incidencia del CM y especialmente la obesidad al aumento en las recidivas [\[18\]](#). La obesidad, adicionalmente aumenta la producción de estrógenos, siendo esta una causa importante de su asociación con el riesgo de CM [\[13\]](#), asociado así también a un peor pronóstico de la enfermedad, aumento del riesgo de recurrencias y un aumento en las tasas de mortalidad por CM [\[19\]](#).

En contrapartida la dieta mediterránea es un factor protector para el CM [\[20\]](#), incluyendo una dieta rica en frutas, verduras, legumbres, nueces, frutos secos, aceite de oliva y pescados, así como otros alimentos ricos en antioxidantes [\[21\]](#) [\[22\]](#).

El TQ ha demostrado una contribución modesta pero significativa en relación al riesgo de desarrollar CM [\[23\]](#). Además, continuar con el consumo tabáquico tiene efectos perjudiciales en relación a los síntomas asociados con el cáncer, a los tratamientos y la sobrevida [\[24\]](#).

Con respecto al AF, guías clínicas para pacientes con cáncer así como para la población general recomiendan 150 minutos por semana de ejercicio aeróbico y al menos 2 días a la semana de entrenamiento de resistencia, durante y posterior al tratamiento, ya que esto mejora la calidad de vida y la fatiga

relacionada al cáncer [25] [13]. A su vez, la AF es un excelente complemento para aliviar los efectos colaterales de las terapias tradicionales como la QT y la RT, permitiendo reducir síntomas asociados como la fatiga, ansiedad, depresión y aumentar el consumo máximo de oxígeno (VO₂máx), fuerza muscular, condición física y calidad de vida [26].

El artículo publicado por Mctiernan, A. & col. [27] menciona que los pacientes con mayores niveles de AF reducen entre un 40-50% el riesgo relativo de muerte, en comparación con pacientes con niveles más bajos de AF en CM, colon y próstata.

Aun así, investigaciones han mostrado que aproximadamente solo el 14% de los pacientes con cáncer se adhieren a las mismas [28].

1.4 Aumento en la supervivencia de CM

Se calcula que fallecen anualmente alrededor de 670.000 personas por CM en todo el mundo, es importante destacar que las tasas de mortalidad por CM han descendido en los últimos años [1]. De hecho, de acuerdo con la ACS, la supervivencia a los 5 años ha aumentado de 63% en 1960 al 90% en la actualidad [29].

Esto es gracias a la detección temprana con mamografía que ha determinado un aumento en la incidencia de estadios tempranos con bajo riesgo biológico tumoral y un aumento en la detección de enfermedades *in situ* [30].

Hasta el momento la mamografía constituye el mejor método para el diagnóstico oportuno y está demostrado que es efectiva a fin de reducir la mortalidad por esta enfermedad [31].

Según la Guía de Práctica Clínica del MSP (Ministerio de Salud Pública) del UY del año 2015, se recomendaba el tamizaje mamográfico cada dos años en mujeres de 50 a 69 años, para las mujeres de 40 a 49 años, la decisión se debía individualizar, discutiendo los beneficios y riesgos con cada paciente. En el caso de mujeres de 70 a 74 años, tampoco se recomendaba el tamizaje sistemático, pero podía considerarse una mamografía de acuerdo con la preferencia de la paciente y los posibles beneficios en esta franja etaria [32].

La guía actualizada del MSP de UY amplía el rango de edad para el tamizaje mamográfico en mujeres de riesgo promedio a los 40 a 74 años. En estas nuevas recomendaciones, el tamizaje se sugiere de forma anual en mujeres de 40 a 49 años, buscando detectar precozmente el CM en un grupo con una incidencia creciente. Para mujeres de 50 a 74 años, se propone una frecuencia bienal, basada en la evidencia que respalda los beneficios en esta población. Debemos aclarar que su publicación oficial aún está pendiente.

Dado que se cuenta con poca información acerca de la prevalencia de HS en pacientes en control por CM de la población uruguaya, el presente estudio se propone evaluar dicha prevalencia en esta población.

2 Objetivos generales

- Evaluar la prevalencia de HS en pacientes actualmente en control por CM.

2.1 Objetivos específicos

- Informar a las mujeres encuestadas, sobre la importancia de tener HS y las actuales recomendaciones.
- Comparar la prevalencia de HS en los centros asistenciales del sector público y privado.
- Comparar la adherencia a HS de las pacientes según su rango etario: ≤ 65 o > 65 años.
- Comparar la adherencia a HS de las pacientes según los años transcurridos desde el diagnóstico ≥ 5 años o < 5 años.
- Comparar la adherencia a HS de las pacientes según su estadio.

3. Materiales y Metodología

3.1 Materiales:

Tras obtener los avales de los Comités de Ética de cada centro, se procedió con la recolección de datos que fue llevada a cabo durante los meses de septiembre-noviembre del 2024. Se solicitó a cada institución una lista de las pacientes atendidas en los Departamentos de Oncología con el fin de recabar sus

contactos telefónicos.

En el Hospital de Clínicas “Dr Manuel Quintela” (HC), el Hospital Departamental de Soriano Zoilo A. Chelle (HDS) y el Servicio Médico Integral (SMI), se contactó a las pacientes telefónicamente para invitarlas a participar en el estudio, entregado el consentimiento informado correspondiente (**Anexo 2**), y procediendo a realizar la encuesta (**Anexo 1**), a aquellas que consienten y a las que cumplían con los criterios de inclusión, (excluyendo a quienes habían fallecido, quienes estaban aún bajo QT/RT o la habían culminado hace menos de 1 año y quienes no respondieron). A este grupo de pacientes se les solicitó un segundo consentimiento informado, el cual permitió acceder a su historia clínica posteriormente, para corroborar los datos obtenidos y establecer el estadio de la enfermedad (**Anexo 2**). Posteriormente, se les envió la hoja y el folleto informativo en formato PDF vía correo electrónico (**Anexo 4**).

En el Hospital Británico (HB) las entrevistas se llevaron a cabo de forma presencial, por lo que se abordó a las pacientes en las consultas de policlínica. Previamente se verificaron los criterios de inclusión y luego se las invitó a participar de la investigación donde se les entregó el consentimiento informado para que pudiesen leerlo en su totalidad, asegurando la comprensión de lo plasmado en el mismo (**Anexo 3**). Una vez obtenido el consentimiento se procedió a la realización de la encuesta, entregando posteriormente el material informativo (hoja y folleto) en forma presencial (**Anexo 4**).

Antes de la obtención del consentimiento informado, se comunicó a todas las pacientes sobre los objetivos y la importancia de esta investigación, así como las razones por las cuales fueron seleccionadas para participar, datos que también se encontraban detalladas en la hoja informativa que se les entregó posteriormente a las mismas.

Los consentimientos se recabaron de forma telefónica o presencial de acuerdo a las normativas de cada centro.

Con cada participante se completó una planilla que contenía el consentimiento informado, donde se registraron los datos de las pacientes encuestadas (nombre, cédula, edad, correo electrónico) y la información del investigador que realizó la encuesta (nombre, cédula de identidad y firma).

Se intentó contactar telefónicamente hasta tres veces a las pacientes, de no lograrse la comunicación, las pacientes eran excluidas de la investigación.

La hoja de información al paciente incluyó:

- El propósito del estudio y sus objetivos.
- La importancia de la investigación y cómo contribuye al conocimiento sobre el CM.
- Los criterios de inclusión y exclusión para la participación en el estudio.
- Una explicación de los procedimientos que se seguirán durante el estudio.
- Información sobre la confidencialidad y anonimato en el manejo de los datos personales.
- Los derechos de las participantes, incluyendo su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencias negativas para las mismas.
- Información de contacto para resolver cualquier duda o inquietud.

3.2 Métodos:

En este estudio observacional descriptivo, multicéntrico, se incluyeron pacientes mayores de 18 años, diagnosticadas con CM en estadios I, II o III, que habían finalizado el tratamiento con QT y/o RT en un periodo no menor a un año, pudiendo estar bajo HT, que se encontraban en seguimiento médico durante los meses en los que se llevó a cabo la recolección de los datos, en los centros que participaron de la investigación.

Para el análisis de los datos se aplicaron estadísticas descriptivas para las variables cuantitativas continuas, con el fin de caracterizar la población estudiada. Para establecer la adherencia de la población muestral se realizó la proporción de la misma.

Posteriormente con el fin de analizar las variables específicas planteadas, se optó por realizar un test de χ^2 para las variables categóricas (Centro asistencial, Edad actual ≤ 65 o > 65 años, años desde el diagnóstico ≥ 5 años o < 5 años y el estadio), para determinar si efectivamente había una asociación significativa entre la adhesión a los HS y las variables específicas (determinado de acuerdo al valor p para una significancia del 95%).

Para ello se utilizó el programa JASP 0.19.1.0, el cual realizó los cálculos de las frecuencias observadas y esperadas bajo la hipótesis nula de independencia entre las variables. Para completar el análisis de las variables específicas, se realizó el cálculo de las proporciones junto con su intervalo de confianza, con el fin de establecer la categoría que presentaba la adherencia más significativa. Donde se definieron las proporciones como P1, P2 y así sucesivamente.

$$P = \text{Nro. pacientes que adhieren} / \text{Nro. pte total}$$

Después de analizados los datos se decidió exponerlos utilizando gráficos de barra.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que se encuentren actualmente en tratamiento con QT o RT o que no hubiese pasado un año desde finalizado el mismo.
- Pacientes con estadios IV.
- Pacientes menores de 18 años.

Factores evaluados:

1. Consumo de FYV, valorando la cantidad, siendo esta $<$ o $\geq$ o igual a 5 veces al día.
2. Peso expresado en kg.
3. Estatura expresada en mts.
4. TQ, evaluando si fuma en la actualidad o no.
5. Consumo de OH, valorando la frecuencia del consumo, siendo este una bebida o más al día, menos de una bebida al día o el no consumo de OH. Considerando una bebida como el equivalente a 350 ml de cerveza o una copa de vino o un trago de licor. Considerando que adhiere a HS cuando la frecuencia es menor a 1 bebida por día.
6. AF, evaluando si participa o no semanalmente en al menos 150 minutos de actividad o su equivalente en AF vigorosa de 75 minutos.

Variables específicas:

- Adhesión a los HS.
- Centro asistencial público o privado.
- La edad actual de la paciente (≤ 65 o > 65 años).
- Los años transcurridos desde el diagnóstico ≥ 5 años o < 5 años.
- Según el estadio I, II o III.

4. Normas éticas:

Aspectos éticos

Esta investigación se encuentra enmarcada dentro del Decreto N° 158/19 [33] y registrada en el MPS con el N° MSP: 9093053.

Los consentimientos informados empleados en el estudio cumplen con lo dispuesto en la Ley N° 18.335 [34] sobre derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud, en su Artículo 12, reglamentado por el Decreto N° 274/010 [35].

Se considera la Ordenanza N° 827/016 [36] que ampara la confidencialidad de los datos recabados en esta encuesta y está alineada con la Ley N° 18.331 de Protección de Datos Personales [37].

Dado que el estudio se desarrolló en varios centros, el método de recolección de datos se adoptó según el centro en que se llevó a cabo.

Los consentimientos informados solicitados por vía telefónica fueron registrados mediante la lectura de sus contenidos a la paciente, posteriormente se envió vía correo electrónico una hoja de información. Cada consentimiento informado recabado fue almacenado en una única carpeta, que permaneció bajo resguardo de la investigadora vocera del grupo, Maria Pia Franco, hasta finalización de la investigación en enero de 2025.

5. Resultados:

Partiendo de un N total de 438 pacientes, 188 del HC, 121 del HDS, 100 del SMI y 29 del HB, se consideró un n muestral de 209 pacientes elegibles para ser incluidas en el estudio, como se muestra en el diagrama de la **Figura 4**.

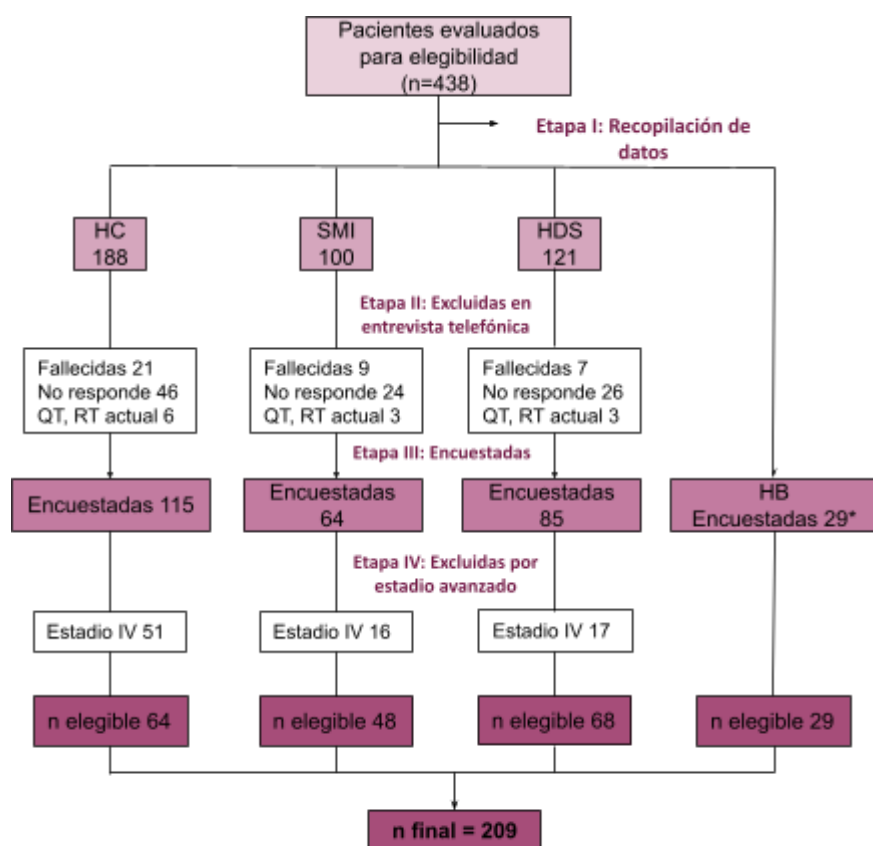


Figura 4. Diagrama de flujo. Selección de población muestral

La mediana de edad fue de 65 (22-87) años, con una media de 64.06 (DE 11.26). Del total de pacientes encuestadas, 105 (50%) tenían 65 años o menos y las restantes 104 (49.8%) era mayor a 65 años.

Del total de las mismas se presentaron 81 (38.7%) en estadio I,

El 100% del n muestral era de sexo femenino, diagnosticadas entre el 2003-2023. Se observó que 113 (54.1%) de las pacientes habían sido diagnosticadas hace menos de 5 años, mientras que las restantes 96 (45.9%) fueron diagnosticadas hace 5 años o más.

Del total de las encuestadas 132 (63%) provenían de centros públicos mientras que las restantes 77 (37%) pertenecían a centros privados.

Tabla I. Características clínico-patológicas y biológicas de la población muestral.

Variable		n	%
Edad actual	≤ 65 años	105	50%
	> 65 años	104	49,76%
Estadio	I	81	38,76%
	II	90	43,06%
	III	38	18,18%
Años transcurridos desde el diagnóstico	≥ 5 años	96	45,93%
	< 5 años	113	54,07%
Centro de salud	Público	132	63,15%
	Privado	77	36,85%

90 (43.1%) en estadio II y 38 (18.2%) en estadio III (**Tabla I y Figura 5**).

La prevalencia de adhesión a HS en la población total fue de 169 (80.8%) pacientes, cumpliendo así con la adherencia de 3 o más de los HS indagados (**Figuras 6 y 7**).

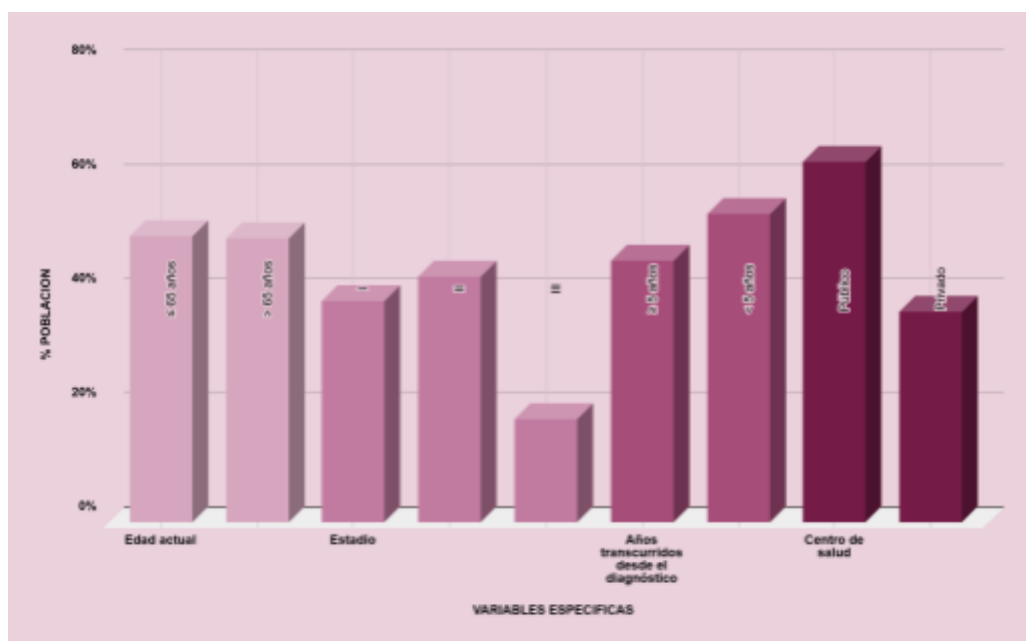


Figura 5. Caracterización de la población en base a las variables específicas seleccionadas.

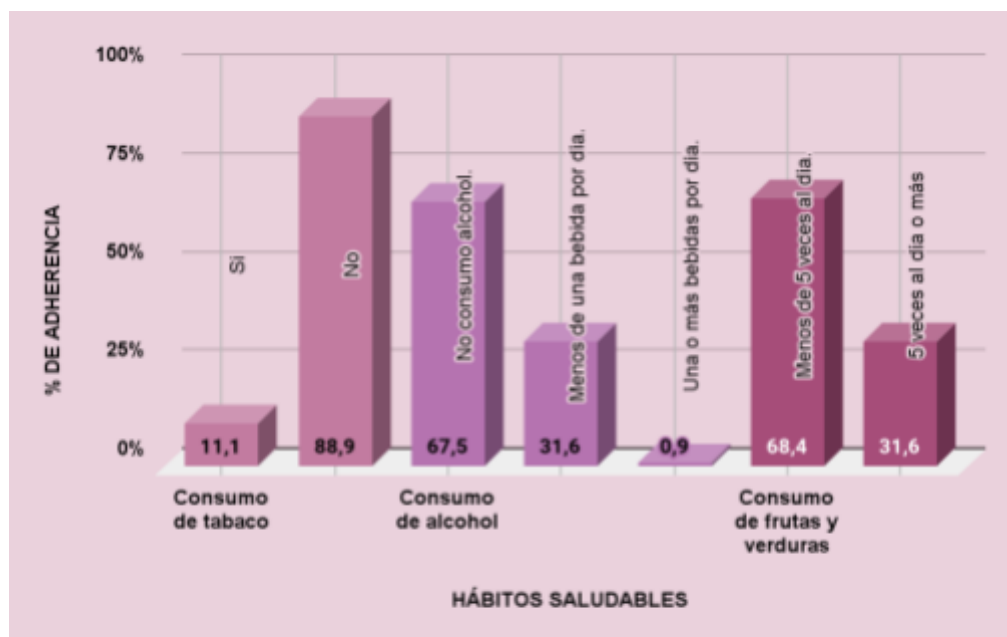
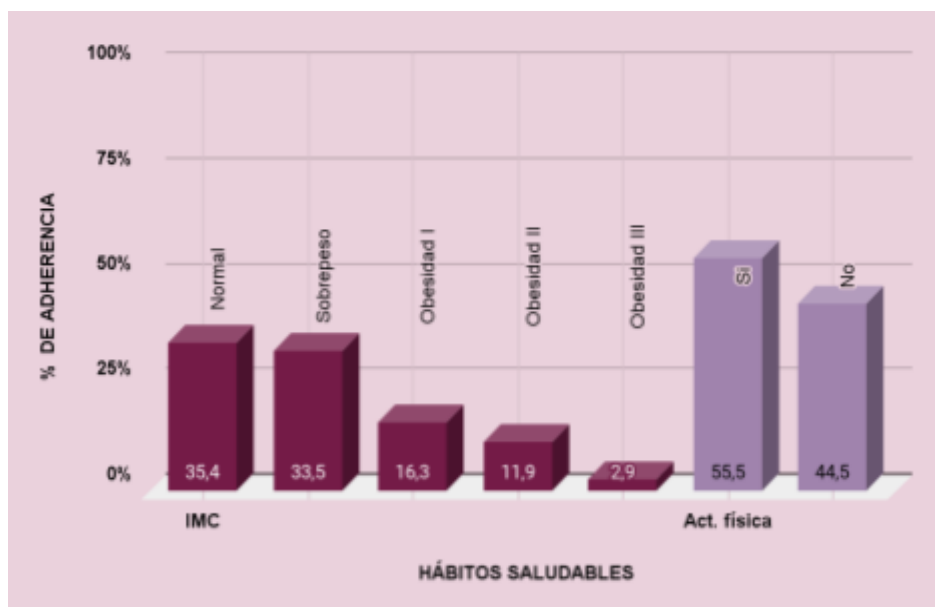


Figura 6. Prevalencia de adhesión a los hábitos saludables (consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de frutas y verduras) en la población muestral.

En cuanto al IMC, se vio una media de 29.3 (DE 6.1), la mediana fue 26.7 (18.4-57.8), 74 (35.4%) de las pacientes se presentaban con normopeso, 70 (33.5%) con sobrepeso y 65 (31.1%) con obesidad de grado variable (**Figura 7**).

En relación al consumo de tabaco, 23 (11,1%) pacientes consumían tabaco, mientras que 186 (88,9%) no consumían (**Figura 6**).

En cuanto al consumo de OH, 141 (67,5%) no consumían, 66 (31,6%) consumían menos de una bebida al día y 2 (0,9%) presentaban un consumo igual o mayor a una bebida al día. **(Figura 6).**



Respecto al consumo de FYV, 143 (68,4%) consumían menos de 5 veces al día mientras que 66 (31,6%) consumían 5 veces al día o más **(Figura 6).**

En cuanto a la AF 116 (55,5%) realizaban al menos 150 minutos semanales o su equivalente en AF vigorosa de 75

Figura 7. Prevalencia de adhesión a los hábitos saludables (índice de masa corporal y Actividad física) en la población muestral.

minutos o más a la semana, mientras que 93 (44,5%) no alcanzaba esa meta. **(Figura 7).**

A su vez, la prevalencia de 3 o más HS fue evaluada para cada centro, obteniendo como resultados: 55 (85.9%) para el HC, 45 (66.2%) para el HDS, 43 (89.6%) para el SMI y 26 (89.6%) para el HB **(Figura 8).**

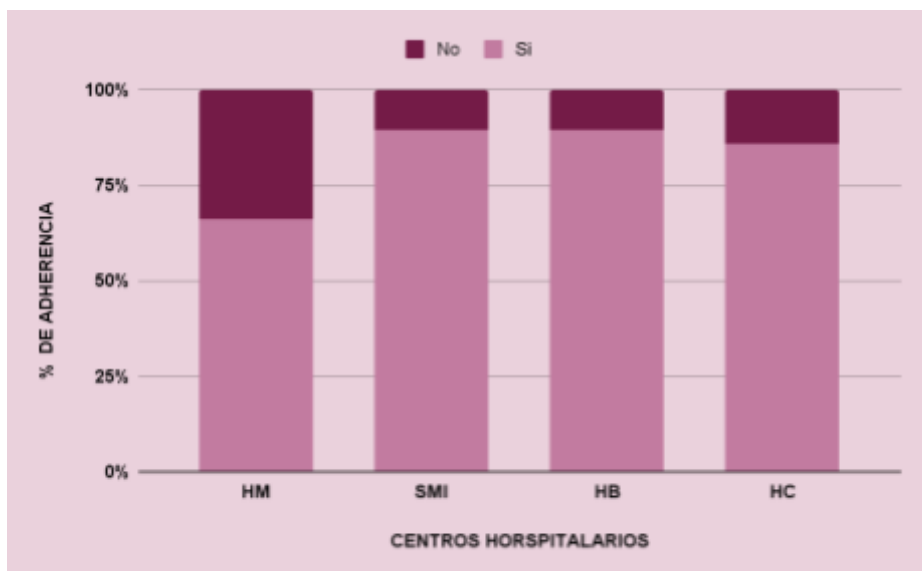


Figura 8. Adhesión a los hábitos saludables en función a cada centro.

En cuanto a la adhesión a los HS en función del centro público o privado **(Anexo 5)**, se evidenció una mayor

3#adhesión a los HS en el sector privado de forma significativa, con un valor $p=0.014$ (**Tabla II y II.I**).

Tabla II. Tabla de contingencia. Adherencia en función del centro.

Adherencia a hábitos saludables	Centro		Total
	Público	Privado	
Si	100 (59,2%)	69 (40,8%)	169 (100%)
No	32 (80%)	8 (20%)	40 (100%)
Total	132 (63,1%)	77 (36,8%)	209 (100%)

Tabla II.I. Test de χ^2 para variable 1.

Test de Chi-cuadrado	Valor	df	p
χ^2	6,03	1	0,014
N	209		

Posteriormente se realizó el cálculo de las proporciones de adhesión tanto para el centro público (P1) como privado (P2),

donde se ve un aumento en la proporción de pacientes que adhieren en el sector privado en

comparación con el sector público (**Figura 9**).

Frente a estos resultados se decidió evaluar cuál o cuáles de los HS eran los que variaban significativamente en función del centro, evidenciando que los mismos fueron el consumo de FYV (valor $p=0,007$), el IMC (valor $p=0,002$) y la actividad física (valor $p=0,036$) (**Anexos 9-13**).

$$\begin{aligned} P1 &= 100 / 132 = 0.757 * 100 = 75.7\% \quad IC: 68.3-83.3\% \\ P2 &= 69 / 77 = 0.896 * 100 = 89.6\% \quad IC: 83-96.2\% \end{aligned}$$

Figura 9. Cálculo de proporciones de la variable 1.

Luego se buscó evaluar la correlación entre la adherencia a los HS en función de la edad de las encuestadas (≤ 65 o > 65 años) (**Anexo 6**), adhesión a los HS en función de los años transcurridos desde el diagnóstico (< 5 o ≥ 5 años) (**Anexo 7**) y la variabilidad de adhesión según el estadio de la enfermedad, I, II o III (**Anexo 8**), ninguno de los cuales obtuvo un resultado significativo, (valor $p=0,276$), (valor $p=0,234$) y (valor $p=0,643$) respectivamente, por lo cual no se puede afirmar que exista una asociación entre la adherencia a los HS y las variables previamente mencionadas (**Anexos 14-16**).

6. Discusión

Esta investigación es la primera en realizarse a nivel nacional con el objetivo de evaluar la prevalencia de los HS en pacientes bajo control por CM, y analizar su comportamiento en función de diversas variables.

La relevancia de este estudio radica en su potencial para comprender el comportamiento de los HS en este grupo específico de pacientes, lo cual podría permitir, en el futuro, la creación de guías y recomendaciones orientadas a mejorar la calidad de vida de este sector de la población.

Entre los resultados destacados de esta investigación se observó una alta prevalencia de adhesión a los HS, la cual alcanzó un 80.8%.

Este nivel elevado de adhesión podría atribuirse a la amplia difusión de campañas anuales de prevención y concientización, que promueven el conocimiento y la importancia de los HS en la población, tanto en pacientes con CM como para la población general [\[39\]](#) [\[40\]](#) [\[41\]](#) [\[42\]](#).

En relación a los HS evaluados, los resultados mostraron que solo el 0.9% de las pacientes reportaron un consumo excesivo de OH, este valor es notablemente inferior al 6.8% reportado en pacientes en control por CM en los EEUU [\[43\]](#). Comparando con datos locales en UY existe el consumo per cápita más elevado de las Américas e incluso algunas regiones de Europa [\[44\]](#). Además la segunda Encuesta Nacional sobre FR para enfermedades no transmisibles (ENT) reportó que el 38% de las mujeres de entre 15 y 64 años había consumido OH en los últimos 30 días [\[45\]](#). Sin embargo, es importante considerar que la definición de "consumo social" utilizada en nuestro estudio (menos de una bebida por día) no es directamente comparable con la categoría de "consumo en los últimos 30 días" de la encuesta nacional, lo que podría explicar parte de la diferencia en las cifras. Esto pone de manifiesto la necesidad de unificar criterios para evaluar comportamientos relacionados con el consumo de OH en futuros estudios.

En cuanto al consumo de tabaco, la mayoría de las pacientes (88.9%) no fumaban, un porcentaje similar al 89.8% reportado a nivel internacional en pacientes en control por CM [\[43\]](#). Además según datos nacionales, tan solo el 18% de las mujeres uruguayas fuman [\[46\]](#). Esta menor prevalencia observada

en nuestra población para el consumo de tabaco y OH, podría reflejar un mayor nivel de concientización sobre los riesgos asociados al consumo en mujeres con CM, posiblemente influenciado por la atención oncológica y las recomendaciones médicas específicas para esta población.

En cuanto a la AF, en nuestro estudio el 55% de las pacientes cumplían con las recomendaciones. Este porcentaje es similar al 53.8% reportado en pacientes en control por CM en los EEUU, lo que sugiere que una proporción significativa de pacientes logra adherirse a las recomendaciones internacionales. [43]. Sin embargo, es notablemente superior al 14% reportado en otro estudio que analizó la AF en pacientes en control por CM hispanas y latinas en los EEUU [28].

La discrepancia observada entre los niveles de AF en diferentes estudios podría atribuirse a las características específicas de las poblaciones analizadas. Por ejemplo, las pacientes en control por CM hispanas y latinas en EE.UU enfrentan barreras significativas que limitan su participación en programas de AF, como acceso limitado a instalaciones, falta de tiempo debido a responsabilidades familiares y laborales, y percepciones culturales negativas hacia el ejercicio. Estas limitaciones estructurales y personales resaltan la necesidad de intervenciones culturalmente adaptadas para promover la AF en poblaciones vulnerables.

En UY la prevalencia de AF en las mujeres es del 42% según los datos aportados por la Secretaría Nacional de Deporte. [47]. Por lo que se han implementado diversas campañas para promover la AF, incluyendo la instalación de equipos de ejercicio en plazas públicas a nivel nacional. Estas iniciativas permiten a personas mayores de 15 años realizar movimientos para mejorar su condición física y salud en espacios accesibles para la comunidad [48] [40] [49].

Estas acciones reflejan un compromiso a nivel nacional para fomentar estilos de vida más activos y saludables, facilitando el acceso a la AF y contribuyendo a la mejora de la salud pública. Esto podría explicar por qué el nivel de adhesión a esta pauta en nuestra población es similar al evidenciado en pacientes en control por CM en los EEUU y superior al de las pacientes hispanas y latinas que viven en ese país. Las campañas implementadas en UY han acercado

la posibilidad de realizar ejercicio físico a toda la población, independientemente de su nivel económico y social, reduciendo las barreras estructurales y promoviendo una mayor equidad en el acceso a hábitos saludables.

Respecto al consumo de FYV, aquel que superó las 5 porciones al día fue el de menor prevalencia (31%), el 68% restante no cumplían con las recomendaciones. Si bien nuestras cifras son similares al evidenciado a nivel internacional en sobrevivientes de CM [\[43\]](#), al compararlo con datos nacionales, este porcentaje, aunque bajo, sobresale frente a la prevalencia de este HS en las mujeres uruguayas, donde se estima que solo el 10.9% alcanza la cantidad diaria recomendada de consumo [\[45\]](#). Estos datos reflejan una preocupante tendencia de bajo cumplimiento en una área clave para la salud, lo que resalta la necesidad urgente de implementar estrategias de educación y promoción tanto a nivel local como global.

En nuestro estudio, el 64% de las pacientes presentaba sobrepeso u obesidad, una cifra significativamente superior al 24.7% de obesidad reportado en pacientes en control por CM en los EEUU. Esta diferencia podría reflejar variaciones culturales y socioeconómicas entre ambas poblaciones [\[43\]](#). A nivel nacional las cifras coinciden con la prevalencia de sobrepeso y obesidad que se evidencia en las mujeres uruguayas, alcanzando el 61% [\[50\]](#). Resaltando así otro grave problema de salud pública global ya que como se mencionó previamente, la obesidad se asocia a un peor pronóstico de la enfermedad, así como riesgo aumentado de recaída y mayor mortalidad [\[19\]](#). Por lo que resulta imprescindible hacer hincapié en concientizar y educar a esta población sobre esta problemática de salud para poder generar un mayor impacto en la calidad de vida de las pacientes. De todos modos, el IMC no debería considerarse de forma aislada sino considerando su interacción con las demás conductas de cada paciente.

Por último, se evidenció a su vez una adherencia a HS mayor en el sector privado, en particular, el IMC, consumo de FYV y la AF. Esto coincide con datos internacionales, donde un nivel socioeconómico elevado presenta 19% menos riesgo de muerte en pacientes con CM post tratamiento en comparación con un bajo nivel [\[51\]](#).

Además estudios nacionales indican que el 55% de quienes poseen un nivel educativo alto (enseñanza terciaria) realizan mayor AF que quienes tienen un nivel educativo medio (secundaria completa o incompleta) [47]. Este hecho podría verse asociado a un mayor nivel sociocultural y económico que permiten una mejor calidad de vida.

Es importante mencionar que en UY existen múltiples políticas públicas, destacando varios espacios disponibles para el acceso a la AF mencionadas previamente así como múltiples guías y talleres de acceso gratuito sobre alimentación saludable [52]. También programas que brindan apoyo económico mensual para facilitar el acceso a alimentos [53].

La desigualdad socio-cultural es una problemática de salud pública en UY, que condiciona la adhesión a los HS (entre otras), en la cual aún queda mucho camino por recorrer con el fin de disminuir estas diferencias.

Este estudio presenta varias fortalezas que respaldan la validez y relevancia de sus hallazgos. En primer lugar, incluye pacientes provenientes de diversos centros de salud, tanto públicos como privados, de Montevideo y del interior del país, lo que permite captar una población con diferencias socioeconómicas y culturales y aumenta la aplicabilidad de los resultados a distintos contextos dentro de UY. Además, el tamaño de la muestra es considerable, lo que aporta robustez a las conclusiones y fortalece su validez estadística. Otra fortaleza destacable es su enfoque integral, que abarca múltiples hábitos saludables como la AF, el consumo de FYV, el TQ y el OH, proporcionando una visión completa de los estilos de vida de las pacientes. Al alinearse con las directrices de la American Cancer Society (ACS), el estudio asegura que la evaluación esté en sintonía con estándares internacionales para la promoción de comportamientos saludables, subrayando su relevancia en el ámbito global y en la implementación de estrategias de salud pública.

Sin embargo, este estudio presenta limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, este estudio se limita a describir los HS actuales de las pacientes con CM y no evalúa su impacto en los resultados clínicos. Por lo tanto, no busca establecer relaciones entre los hábitos reportados y el pronóstico o la evolución de la enfermedad. Además, la información sobre los

HS fue recopilada mediante encuestas, lo que puede introducir sesgos de deseabilidad social y errores de memoria, afectando la precisión de los datos. Otro aspecto a destacar es la falta de información sobre los HS previos al diagnóstico y su evolución posterior, lo que limita el análisis de posibles cambios en el comportamiento de los HS en función del diagnóstico. La inclusión de datos retrospectivos o longitudinales en futuros estudios sería clave para comprender mejor la evolución de estos hábitos y diseñar estrategias más efectivas de intervención.

En base a lo discutido se podrían y deberían llevar a cabo nuevas investigaciones así como plantear nuevas políticas públicas de prevención y promoción en salud con el fin de abordar las problemáticas mencionadas previamente haciendo quizás mayor hincapié en el sector público.

Conclusiones y perspectivas

Este estudio destacó resultados positivos en cuanto a la adherencia general a los HS en pacientes con CM, aunque persisten áreas de oportunidad que requieren mayor atención. Es fundamental continuar fortaleciendo las estrategias de promoción de la salud, diseñando modelos más precisos de concientización y fomentando la creación de políticas públicas, con un enfoque particular en el ámbito público, donde la adherencia es menor. Estas acciones tienen el potencial de mejorar los resultados y reducir las disparidades en salud.

Dado el diseño transversal de esta investigación, se priorizó el análisis de los datos más prevalentes. Sin embargo, futuras investigaciones con un enfoque longitudinal podrían evaluar cambios en los HS antes y después del diagnóstico de CM, lo que permitiría identificar factores asociados a estos comportamientos. Además, estudios comparativos entre pacientes en control por CM y mujeres sin la enfermedad podrían proporcionar información más completa para guiar intervenciones específicas, especialmente considerando que el CM sigue siendo la principal causa de mortalidad por cáncer en mujeres en UY.

Bibliografía:

1. Cáncer de mama [Internet]. Who.int. [citado el 14 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
2. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [DD Month YYYY].
3. Cancer Today [Internet]. Who.int. 2024 [cited 2024 Nov 14]. Available from: https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/bars?mode=cancer&key=total&group_populations=1&types=0_1&sort_by=value1&populations=900&multiple_populations=0&values_position=out&cancers_h=20&sexes=2
4. American Cancer Society | Cancer Facts & Statistics [Internet]. American Cancer Society | Cancer Facts & Statistics. Available from: https://cancerstatisticscenter.cancer.org/?_gl=1
5. CHLCC. Resumen Estadístico – MAMA. Incidencia y Mortalidad periodo 2016-2020. Tendencia de la Mortalidad hasta 2021. <https://www.comisioncancer.org.uy/Ocultas/RESUMENES-ESTADISTICOS-para-los-cancer-es-mas-frecuentes--uc264>
6. Valle-Solís AE, Miranda-Aguirre AP, Mora-Pérez J, Pineda-Juárez JA, Gallardo-Valencia LE, Santana L, et al. Supervivencia en cáncer de mama por subtipo mediante inmunohistoquímica: Un estudio retrospectivo. Gaceta de México [Internet]. 2019 Apr 3;155(91). Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2019/gms191i.pdf>
7. Oup.com. 2023. Available from: <https://academic.oup.com/alcalc/article/55/3/246/5748223>
8. Lee K, Kruper L, Dieli-Conwright CM, Mortimer JE. The Impact of Obesity on Breast Cancer Diagnosis and Treatment. Current Oncology Reports [Internet]. 2019 Mar 27;21(5). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6437123/>
9. Schwedhelm C, Boeing H, Hoffmann G, Aleksandrova K, Schwingshackl L. Effect of diet on mortality and cancer recurrence among cancer survivors: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Nutrition Reviews. 2016 Nov 17;74(12):737–48. <https://academic.oup.com/nutritionreviews/article/74/12/737/2656957>
10. Holmes MD. Physical Activity and Survival After Breast Cancer Diagnosis. JAMA. 2005 May 25;293(20):2479. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/200955>

11. Obeagu EI, Obeagu GU. Breast cancer: A review of risk factors and diagnosis. *Medicine* [Internet]. 2024 Jan 19;103(3):e36905–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10798762/#sec-a.d.btitle>
12. PREVENCIÓN: FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA [Internet]. Available from: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2015/prevencion-factores-riesgo.pdf>
13. Factores de riesgo del cáncer de seno relacionados con el estilo de vida [Internet]. www.cancer.org. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-seno/riesgos-y-prevencion/factores-de-riesgo-para-el-cancer-de-seno-relacionados-con-el-estilo-de-vida.html>
14. Starek-Świechowicz B, Budziszewska B, Starek A. Alcohol and breast cancer. *Pharmacological Reports*. 2022 Oct 30; <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9889462/>
15. Driutti M, Maso LD, Federica Toffolutti, Giulia Valdi, Ettore Bidoli, Giudici F, et al. Breast cancer deaths attributable to alcohol consumption: Italy, 2015–2019. *The Breast* [Internet]. 2023 Aug 7 [cited 2024 Nov 14];71:96–8. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10432776/>
16. Oup.com. 2023. Available from: <https://academic.oup.com/alcalc/article/55/3/246/5748223>
17. 1.Gregory K, Zhao L, Felder TM, Clay-Gilmour A, Eberth JM, E Angela Murphy, et al. Prevalence of health behaviors among cancer survivors in the United States. *Journal of cancer survivorship* [Internet]. 2023 Mar 18 [cited 2024 Apr 22]; Available from: <https://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10024006/>
18. Vernaci G, Maria Vittoria Dieci, Manfrin S, Mantiero M, Falci C, Faggioni G, et al. BMI is an independent prognostic factor for late outcome in patients diagnosed with early breast cancer: A landmark survival analysis. 2019 Jul 20;47:77–84. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0960977619305326?fr=RR-2&ref=pdf_download&rr=8e232c309c651a95
19. Kamineni A, Anderson ML, White E, Taplin SH, Porter P, Ballard-Barbash R, et al. Body mass index, tumor characteristics, and prognosis following diagnosis of early-stage breast cancer in a mammographically screened population. *Cancer Causes & Control*. 2012 Dec 7;24(2):305–12. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3557530/>
20. Flore G, Deledda A, Lombardo M, Armani A, Velluzzi F. Effects of Functional and Nutraceutical Foods in the Context of the Mediterranean Diet in Patients Diagnosed with Breast Cancer. *Antioxidants* [Internet]. 2023 Oct 1 [cited 2024 Feb 24];12(10):1845.

Available from: <https://www.mdpi.com/2076-3921/12/10/1845>

21. Almanza-Aguilera E, Cano A, Gil-Lespinard M, Nerea Burguera, Zamora-Ros R, Jakszyn P, et al. Mediterranean diet and olive oil, microbiota, and obesity-related cancers. From mechanisms to prevention. *Seminars in Cancer Biology*. 2023 Oct 1;95:103–19. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1044579X23001116?via=ihub#bbib39>
22. De Cicco P, Catani MV, Gasperi V, Sibilano M, Quaglietta M, Savini I. Nutrition and Breast Cancer: A Literature Review on Prevention, Treatment and Recurrence. *Nutrients* [Internet]. 2019 Jul 3 [cited 2019 Dec 11];11(7):1514. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6643/11/7/1514/htm>
23. Guo Q, Lu Y, Liu W, Lan G, Lan T. The global, regional, and national disease burden of breast cancer attributable to tobacco from 1990 to 2019: a global burden of disease study. *BMC Public Health*. 2024 Jan 6;24(1). <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-023-17405-w>
24. Majeed BA, Ayyala DN, Coughlin SS. Cigarette smoking after surviving breast cancer: A pilot study. *Current Cancer Reports*. 2021;3(1):124–7. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8612097/>
25. CAMPBELL KL, WINTERS-STONE KM, WISKEMANN J, MAY AM, SCHWARTZ AL, COURNEYA KS, et al. Exercise Guidelines for Cancer Survivors. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2019 Nov;51(11):2375–90. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8576825/>
26. Moncada Jiménez J. Ejercicio físico: terapia no tradicional para personas con cáncer. *Rehabilitación*. 2004 Jan;38(2):86–91. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0048712004734337?fr=RR-2&ref=pdf_download&rr=8e23388d6a6ffbbe
27. MCTIERNAN A, FRIEDENREICH CM, KATZMARZYK PT, POWELL KE, MACKO R, BUCHNER D, et al. Physical Activity in Cancer Prevention and Survival. *Medicine & Science in Sports & Exercise* [Internet]. 2019 Jun;51(6):1252–61. Available from: <https://journals.lww.com/acsm-msse/Pages/articleviewer.aspx?year=2019&issue=06000&article=00020&type=Fulltext>
28. Gonzalo-Encabo P, Sami N, Wilson RL, Kang DW, Ficarra S, Dieli-Conwright CM. Exercise as Medicine in Cardio-Oncology: Reducing Health Disparities in Hispanic and Latina Breast Cancer Survivors. *Current Oncology Reports* [Internet]. 2023 Sep 16 [cited 2024 Nov 14];25(11):1237–45. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10640421/>

29. American Cancer Society. Survival rates for breast cancer [Internet]. www.cancer.org. 2023. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/understanding-a-breast-cancer-diagnosis/breast-cancer-survival-rates.html>
30. Pashayan N, Antoniou AC, Ivanus U, Esserman LJ, Easton DF, French D, et al. Personalized early detection and prevention of breast cancer: ENVISION consensus statement. Nature Reviews Clinical Oncology. 2020 Jun 18;17. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7567644/>
31. Camejo N, Castillo C, Artagaveytia N, Hernandez AL, Schiavone A, Soledad M, et al. Estudio de los factores de riesgo para el cancer de mama en mujeres uruguayas. South Florida Journal of Health. 2021 Mar 17;2(1):147–55. https://sum.org.uy/db-docs/Docs_secciones/nid_16/FR.pdf
32. Guía de práctica clínica de detección Cáncer de mama [Internet]. Ministerio de Salud Pública. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-practica-clinica-deteccion-cancer-mama>
33. Decreto N° 158/019 [Internet]. www.impo.com.uy. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/158-2019>
34. Ley N° 18335 [Internet]. www.impo.com.uy. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>
35. Decreto N° 274/010 [Internet]. www.impo.com.uy. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/274-2010>
36. Ordenanza N° 827/016 Reglamentación sobre Comités de Éticas de Investigación [Internet]. Ministerio de Salud Pública. 2016 [cited 2024 Nov 14]. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-827016-reglamentacion-sobre-comites-eticas-investigacion>
37. Ley N° 18331 [Internet]. www.impo.com.uy. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008>
38. Datos importantes sobre el cáncer de mama [Internet]. Ministerio de Salud Pública. 2023. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/datos-importantes-sobre-cancer-mama>
39. Manual para cantinas saludables en centros educativos [Internet]. Ministerio de Salud Pública. 2024 [cited 2024 Nov 15]. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/manual-para-c>

antinas-saludables-centros-educativos

40. Red de Actividad Física del Uruguay – Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular [Internet]. Cardiosalud.org. 2024 [cited 2024 Nov 15]. Available from: <https://cardiosalud.org/actividad-fisica-y-salud/rafu/>
41. Política de control del tabaco en Uruguay [Internet]. Ministerio de Relaciones Exteriores. 2020 [cited 2024 Nov 15]. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-relaciones-exteriores/comunicacion/noticias/politica-de-control-del-tabaco-en-uruguay>
42. de H. ABRÍ EL PARAGUAS Prevención del cáncer de mama [Internet]. Comisioncancer.org.uy. 2024 [cited 2024 Nov 15]. Available from: <https://www.comisioncancer.org.uy/Ocultas/ABRI-EL-PARAGUAS-Prevencion-del-cancer-de-mama-uc370>
43. Zhao G, Li C, Okoro CA, Li J, Wen XJ, White A, et al. Trends in modifiable lifestyle-related risk factors following diagnosis in breast cancer survivors. Journal of Cancer Survivorship. 2013 Jun 22;7(4):563–9. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11764-013-0295-5>
44. Baja percepción del riesgo en el consumo de alcohol [Internet]. Ministerio de Salud Pública. [citado el 15 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/baja-percepcion-del-riesgo-consumo-alcohol>
45. 2da encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles [Internet]. Ministerio de Salud Pública. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/2da-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-de-enfermedades-no>
46. La cantidad de fumadores en Uruguay pasó de representar 25 % de la población en 2009 a 21,6 % en 2017 [Internet]. Uruguay Presidencia. Available from: <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/cantidad-fumadores-uruguay-paso-representar-25-poblacion-2009-216-2017>
47. El 53 % de los uruguayos practica actividad física, 13 % más que en 2005 [Internet]. Uruguay Presidencia. 2016 [cited 2024 Nov 14]. Available from: <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/53-uruguayos-practica-actividad-fisica-13-2005>
48. Más de 60 plazas de deportes de todo Uruguay incluirán estaciones saludables [Internet]. Uruguay Presidencia. 2023 [cited 2024 Nov 16]. Available from: <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/60-plazas-deportes-todo-ur>

uguay-incluiran-estaciones-saludables

49. Guía de actividad física para la población uruguaya [Internet]. Ministerio de Salud Pública. Available from:

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-actividad-fisica-para-poblacion-uruguaya>

50. Porcentaje de personas con sobrepeso y obesidad según sexo. País urbano [Internet]. Ministerio de Desarrollo Social. 2024. Available from:

<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/indicador/porcentaje-personas-sobrepeso-obesidad-segun-sexo-pais-urbano>

51. Märit Halmin, Rino Bellocco, Lagerlund M, Karlsson P, Göran Tejler, Lambe M. Long-term inequalities in breast cancer survival – a ten year follow-up study of patients managed within a National Health Care System (Sweden). Acta Oncológica. 2008 Jan 1;47(2):216–24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18210298/>

52. Guía alimentaria para la población uruguaya [Internet]. Ministerio de Desarrollo Social. Available from:

<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/guia-alimentaria-para-la-poblacion-uruguaya>

53. Guía Nacional de Recursos Sociales del MIDES [Internet]. Mides.gub.uy. 2024. Available from:

<https://guiaderecursos.mides.gub.uy/30484/programa-de-apoyo-a-enfermos-cronicos-pa>
[ec](https://guiaderecursos.mides.gub.uy/30484/programa-de-apoyo-a-enfermos-cronicos-pa)

Agradecimientos

Nos gustaría agradecer a las Dras. Natalia Camejo, Dahiana Amarillo y Cecilia Castillo en su rol como tutoras de este proyecto, su paciente orientación y aporte de conocimientos fueron imprescindibles para el desarrollo de esta investigación. Agradecemos a las pacientes que fueron el pilar fundamental, con su gran amabilidad y disposición que permitió la realización del mismo y a todo el personal de los diferentes centros hospitalarios por su apoyo y coordinación. También agradecemos a la coordinadora del curso Silvina Bartesaghi por la continua orientación y el soporte brindado a lo largo de todo el proyecto.

ANEXOS:

Anexo 1. Cuestionario de comportamiento saludable

CUESTIONARIO DE COMPORTAMIENTO SALUDABLE

CENTRO ASISTENCIAL:

Número de cédula:

Topografía tumoral:

Fecha de diagnóstico:

Por favor, responda las siguientes preguntas con sinceridad para evaluar sus hábitos de comportamiento saludable.

1. ¿Cuántas veces al día consume frutas o verduras (sin incluir papas fritas)?
 - Menos de 5 veces al día.
 - 5 veces al día o más.
2. ¿Cuál es su peso en kilogramos? _____ kg
3. ¿Cuál es su altura en metros? _____ m
4. ¿Es usted fumador/a?
 - Sí, fumo actualmente.
 - No, no fumo.
5. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume a la semana? Una bebida equivale a: 350 ml de cerveza o 1 copa de vino o 1 trago de licor.
 - No consumo alcohol.
 - Menos de una bebida por día.
 - Una o más bebidas por día.
6. ¿Participa en al menos 150 minutos de actividad física a la semana o su equivalente en actividad física vigorosa de 75 minutos o más a la semana?.
 - Sí.
 - No.

Por favor, conteste estas preguntas con sinceridad. Este cuestionario le ayudará a evaluar sus hábitos de comportamiento saludable y comprender en qué áreas podría realizar cambios para mejorar su salud.

Anexo 2. Consentimiento informado telefónico

CONSENTIMIENTO INFORMADO TELEFÓNICO

Hola buenos días, mi nombre es [Nombre del investigador], soy estudiante de la carrera Dr. en Medicina, la llamé desde el servicio de Oncología Clínica del [centro asistencial del que pertenezca (HC, H. Británico, H.Dep.Soriano o SMI)]. Estamos llevando a cabo un trabajo de investigación acerca de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en el Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Hospital Departamental de Soriano Zoilo A. Chelle, Hospital Británico y el Servicio Médico Integral.

Si usted nos autoriza, la conversación será grabada con el fin de respaldar sus datos e información así como también al grupo de investigadores.

¿Cuál es su nombre y apellido? _____

Cédula _____

Nuestro proyecto de investigación tiene como objetivo evaluar la prevalencia de los hábitos saludables en pacientes en control por cáncer de mama, dada la importancia que conlleva la adherencia a conductas más saludables.

La estamos llamando ya que usted forma parte de esta población y creemos nos sería de utilidad su testimonio.

El propósito de esta información es ayudarle a decidir si acepta participar de una breve encuesta de 6 preguntas que forma parte de la investigación en salud dirigida por el Departamento de Oncología Clínica de los centros ya mencionados cuyo título es **“Evaluación de la prevalencia de hábitos saludables en pacientes en control por Cáncer de mama de la población Uruguay en el 2024.”**

Su participación en esta investigación no asume riesgos mayores a los riesgos compartidos por todas las investigaciones con seres humanos. En el caso de que alguna de las preguntas produzca incomodidad, se podrá dejar de responder en cualquier momento.

Su participación en esta investigación no contempla beneficios personales directos. Tampoco

dará derecho a ninguna remuneración ni compensación de carácter económico.

Los resultados obtenidos podrían ser publicados en revistas académicas o libros y/o ser presentados en conferencias, sin embargo, la identidad y los datos personales de los participantes se mantendrán de forma confidencial y anónima así como durante el análisis de los datos.

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene derecho a no aceptar participar y terminar su participación en cualquier momento, sin mediar explicación, y sin consecuencia para usted.

En caso de tener alguna consulta relacionada a la investigación, podrán acceder a los investigadores vía mail.

Mail: prevalenciacamama2024@gmail.com

¿Estaría usted interesada en participar y (si corresponde) grabar el momento del consentimiento?

[NO] Muchas gracias por su tiempo.

[SI] Muchas gracias por desear participar.

¿Nos otorga el consentimiento para poder acceder a su historia clínica con el fin de obtener datos acerca del estadio de la enfermedad, fecha de diagnóstico y de la finalización del tratamiento del CM?

SÍ, otorgo el consentimiento

NO, no otorgo el consentimiento

Montevideo, ____ de _____ de _____.

Se me explicó claramente en forma telefónica acerca del proyecto. He tenido la oportunidad de preguntar sobre el mismo y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente a participar en esta investigación como participante y entiendo que puedo no participar de la investigación sin que me afecte en ninguna forma mi cuidado médico.

Nombre del paciente _____

Mail de contacto: _____

Anexo 3. Consentimiento informado presencial

CONSENTIMIENTO INFORMADO PRESENCIAL

Evaluación de la prevalencia de hábitos saludables en pacientes en control por cáncer de mama en la población Uruguaya en el 2024

Centros: Hospital de Clínicas, Hospital Departamental de Soriano, Hospital Británico y Servicio Médico Integral

Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Hospital Departamental de Soriano Zoilo A. Chelle, Hospital Británico y el Servicio Médico Integral.

Investigadores: Caraballo Guillermo, Fernandez Florencia, Franco Maria Pia, Gazzola Mauro, Piñeiro Valeska, Rodriguez Serena.

Orientadores: Natalia Camejo, Dahiana Amarillo y Cecilia Castillo

El objetivo del estudio es evaluar la prevalencia de hábitos saludables en pacientes en control por cáncer de mama en diferentes centros asistenciales del país, dada la importancia que conlleva la adherencia a conductas más saludables, mejorando la calidad de vida, aumentando la sobrevida, y contribuyendo además a disminuir las recidivas en pacientes que culminaron el tratamiento de cáncer de mama. Los hábitos serán medidas mediante parámetros de obesidad (IMC), el consumo de frutas y verduras, la práctica de ejercicio físico y consumo de alcohol y tabaco.

La participación en esta investigación no asume riesgos mayores a los riesgos compartidos por todas las investigaciones con seres humanos. En el caso de que alguna de las preguntas produzca incomodidad, se podrá dejar de responder en cualquier momento.

Su participación en esta investigación no contempla beneficios personales directos. Tampoco dará derecho a ninguna remuneración ni compensación de carácter económico.

Los resultados obtenidos podrían ser publicados en revistas académicas o libros y/o ser presentados en conferencias, sin embargo, la identidad y los datos personales de los participantes se

mantendrán de forma confidencial y anónima así como durante el análisis de los datos.

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene derecho a no aceptar participar y terminar su participación en cualquier momento, sin mediar explicación, y sin consecuencia para usted.

En caso de tener alguna consulta relacionada a la investigación, podrán acceder a los investigadores vía mail.

Mail: prevalenciacamama2024@gmail.com; cascecilia@gmail.com

Montevideo, ____ de _____ de _____.

“Yo _____ (nombre) C.I. _____, he sido invitado a participar en la investigación **“Evaluación de la prevalencia de hábitos saludables en pacientes en control por cáncer de mama en la población Uruguaya en el 2024”**. Se me informó acerca del proyecto, entiendo que recibiré una encuesta. He sido informado de los posibles riesgos. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el mail de contacto que se me ha dado de esa persona. He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi asistencia médica.”

Firma y C.I. del sujeto de investigación:

C.I. _____ Firma: _____

“Yo _____ (nombre) C.I. _____, autorizo el acceso a mi Historia Clínica con el fin de obtener datos acerca del estadio de la enfermedad, fecha de diagnóstico y de la finalización del tratamiento del CM con el fin de ser usada para la investigación **“Evaluación de**

la prevalencia de hábitos saludables en pacientes en control por cáncer de mama en la población Uruguaya en el 2024”.

Firma y C.I. del investigador principal encargado de obtener el consentimiento (investigador):

C.I. _____ Firma: _____

Firma y C.I. del sujeto de investigación:

C.I. _____ Firma: _____

Anexo 4. Hoja y folleto informativo para la paciente

HOJA INFORMATIVA PARA EL PACIENTE

“Evaluación de la prevalencia de hábitos saludables en pacientes en control por Cáncer de mama en la población Uruguaya en el 2024”

Centros: Hospital de Clínicas, Hospital Departamental de Soriano, Hospital Británico y Servicio Médico Integral

Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Hospital Departamental de Soriano Zoilo A. Chelle, Hospital Británico y el Servicio Médico Integral.

Investigadores: Caraballo Guillermo, Fernandez Florencia, Franco Maria Pia, Gazzola Mauro, Piñeiro Valeska, Rodriguez Serena.

Orientadores: Natalia Camejo, Dahiana Amarillo y Cecilia Castillo

¿Por qué realizamos esta Investigación?

Esta investigación forma parte de La unidad curricular “Metodología Científica” de la carrera Dr. en Medicina, la cual los investigadores cursan actualmente, siendo esta investigación parte fundamental de la ganancia de la unidad curricular mencionada. m,nlo00’

¿Cuál es el objetivo y de que se trata?

El objetivo del estudio es evaluar la prevalencia de conductas saludables en pacientes en control por cáncer de mama, dada la importancia que conlleva la adherencia a dichas conductas en esta población, dado que en base a múltiple evidencia científica y recomendaciones de guías de práctica clínica, se ha visto que se asocian con mejoras en la calidad de vida, aumentando la sobrevida, y contribuye además a disminuir las recidivas. En la actualidad no se cuenta con un estudio de estas características en la población uruguaya.

¿Por qué fui seleccionada para participar de esta investigación?

Se trata de un estudio enfocado en la población con diagnóstico previo de cáncer de mama procedentes de varios centros asistenciales del país y nuestros criterios de inclusión son: ser mayor de 18 años, haber culminado la quimioterapia y radioterapia en un periodo no menor a un año, pacientes cuya enfermedad se encuentre en estadios tempranos y que estén actualmente en control en el Departamento de Oncología de los centros mencionados.

Por ende, si usted cumple con estos criterios será invitada a participar de la investigación.

¿Qué debo hacer para participar?

Para participar se le entregará o leerá una breve encuesta de 6 preguntas, que indaga sobre las conductas saludables a las que usted está adherida, todas cerradas o de múltiple opción y de fácil comprensión y se le solicitará que la responda con sinceridad. Se les entregará también el consentimiento informado correspondiente, el mismo es un documento medicolegal de carácter obligatorio que tiene el fin de informar al encuestado de los derechos y riesgos que asume la participación en la investigación, de ser firmado este documento, el encuestado estaría indicando acceder a participar de la misma, pudiendo en cualquier momento terminar su participación, sin mediar explicación, y sin consecuencia alguna para usted.

Estas conductas saludables serán medidas mediante parámetros de obesidad (IMC), el consumo de frutas y verduras, la práctica de ejercicio físico y consumo de alcohol y tabaco.

En caso de tener alguna otra consulta relacionada a la investigación, podrá acceder a los investigadores vía mail.



RECOMENDACIONES POST TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA

Medidas que puede tomar adicionales a
las relacionadas con el tratamiento

CONTROL DEL TABACO

- El tabaco es la droga más consumida en el mundo
- Causa dependencia
- Es la principal causa de muerte, enfermedad y discapacidad
- Cada día 13 uruguayos mueren a causa del cigarrillo

REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA

- Mejor calidad de vida
- Menos síntomas de cansancio
- Mejor funcionamiento físico
- 150-300 minutos a la semana
- Consultar a un profesional de la salud antes de comenzar

CONTROLES MÉDICOS

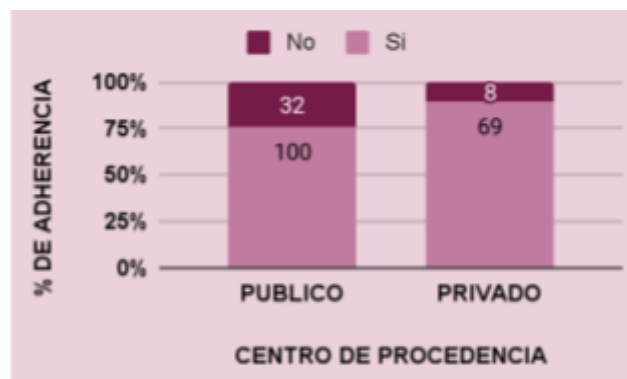
- Recuerda mantener un contacto con tu médico tratante y concurrir a los controles indicados
- Despejar dudas e inquietudes con profesionales de la salud genera mayor tranquilidad y seguridad

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

- La alimentación influye en la prevención del cáncer y otras enfermedades crónicas como las cardiovasculares y la diabetes
- El 35% de las muertes por cáncer se deben a una dieta inadecuada

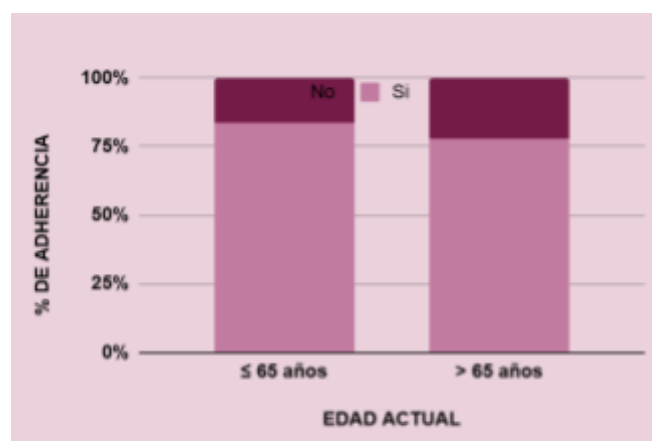
Fuente: Asociación Americana de Cáncer

Anexo 5



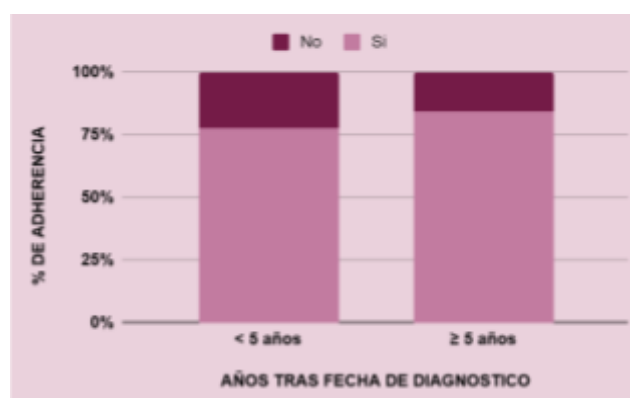
Anexo 5. Gráfico de adhesión a HS según el centro hospitalario.

Anexo 6



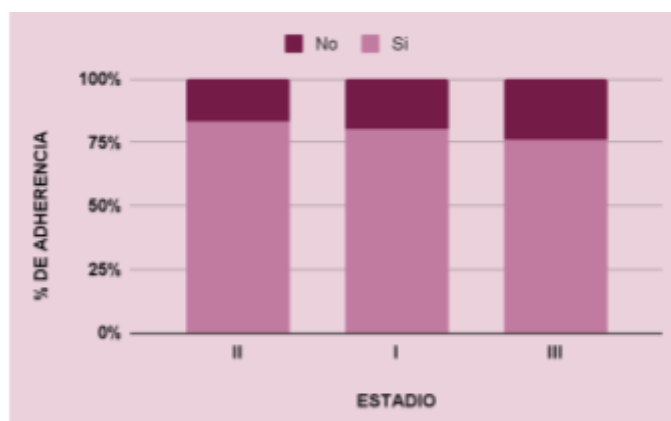
Anexo 6. Adherencia en función de la edad actual

Anexo 7



Anexo 7. Adherencia en función de los años transcurridos tras el diagnóstico

Anexo 8



Anexo 8. Gráfico de adhesión a HS según el estadio de la enfermedad.

Anexo 9

Anexo 9. Tabla de contingencia y test de χ^2 para la actividad física en función del centro público o privado

Actividad física	Centro hospitalario		
	PUBLICO	PRIVADO	
Si	66 (50%)	50 (65%)	116 (55,5%)
No	66 (50%)	27 (35%)	93 (44,5%)
Total	132 (100%)	77 (100%)	209 (100%)

Test de Chi-cuadrado	Valor	df	p
X^2	4.392	1	0,036
N	209		

Anexo 10

Anexo 10. Tabla de contingencia y test de χ^2 del IMC en función del centro

Indice de Masa Corporal	Centro hospitalario		Total
	PUBLICO	PRIVADO	
Normopeso	37 (28%)	37 (48%)	74 (35,4%)
Sobrepeso	44 (33,3%)	26 (33,7%)	70 (33,5%)
Obesidad	51 (38,6%)	14 (18,2%)	65 (31,1%)
Total	132 (100%)	77 (100%)	209 (100%)

Test de Chi-cuadrado	Valor	df	p
X^2	12.051	2	0,002
N	209		

Anexo 11

Anexo 11. Tabla de contingencia y test de χ^2 para el consumo de frutas y verduras en función del centro público o privado

Consumo de frutas y verduras	Centro hospitalario		
	PUBLICO	PRIVADO	
Mas de 5 veces	33 (25%)	33 (42,8%)	66 (31,6%)
Menos de 5 veces	99 (75%)	44 (57,1%)	143 (68,4%)
Total	132 (100%)	77 (100%)	209 (100%)

Test de Chi-cuadrado	Valor	df	p
χ^2	7.177	1	0,007
N	209		

Anexo 12

Anexo 12. Tabla de contingencia y test de χ^2 para el consumo de alcohol en función del centro público o privado

Consumo de alcohol	Centro hospitalario		
	PUBLICO	PRIVADO	
No consume	94 (71,2%)	47 (61%)	141 (67,5%)
Menos 1 por día	38 (28,8%)	28 (36,4%)	66 (31,6%)
1 o mas por día	0	2 (2,6%)	2 (0,9%)
Total	132 (100%)	77 (100%)	209 (100%)

Test de Chi-cuadrado	Valor	df	p
χ^2	5,058	2	0,08
N	209		

Anexo 13

Anexo 13. Tabla de contingencia y test de χ^2 para la actividad física en función del centro público o privado

Tabaquismo	Centro hospitalario		
	PUBLICO	PRIVADO	
Fuma actualmente	66 (50%)	50 (65%)	116 (55,5%)
No fuma	66 (50%)	27 (35%)	93 (44,5%)
Total	132 (100%)	77 (100%)	209 (100%)
Test de Chi-cuadrado	Valor	df	p
χ^2	0,047	1	0,828
N	209		

Anexo 14

Anexo 14. Tabla de contingencia y test de Chi². Adherencia en función del rango etario.

	Adherencia a hábitos saludables		
Edad	Si	No	Total
≤ 65 años	88 (83,8%)	17(16,2%)	105(100%)
> 65 años	81(77,9%)	23(22,1%)	104(100%)
Total	169 (80,9%)	40(19,1%)	209(100%)

Test de Chi-cuadrado	Valor	df	p
X ²	1,185	1	0,276
N	209		

Anexo 15

Anexo 15. Tabla de contingencia y test de Chi². Adherencia en función de los años transcurridos desde el diagnóstico

	Fecha del diagnóstico categorizada		
Adhiere a >3 hábitos saludables	< 5 años	≥ 5 años	
Si	88(52,1%)	81(47,9%)	169(100%)
No	25(62,5%)	15(37,5%)	40(100%)
Total	113(54,1%)	96(45,9%)	209(100%)

Test de Chi-cuadrado	Valor	df	p
X ²	1,417	1	0,234
N	209		

Anexo 16

Anexo 16. Tabla de contingencia y test de Chi². Adherencia en función del estadio.

	Estadio			
Adhiere a hábitos saludables	I	II	III	Total
Si	65 (38,5%)	75 (44,4%)	29(17,2%)	169(100%)
No	16 (40%)	15 (37,5%)	9(22,5%)	40(100%)
Total	81 (38,8%)	90 (43,1)	38(18,2%)	209(100%)

Test de Chi-cuadrado	Valor	df	p
X ²	882	2	0,643
N	209		