

Oncología en el interior del país. Experiencia en un Centro Docente Asociado de Rivera

Oncology Outside the Capital: Experience at the Rivera Teaching Center

Oncologia no interior do país: Experiência no Centro Docente Associado de Rivera

NATALIA CAMEJO⁽¹⁾, MONIKA RONDAN⁽²⁾, CECILIA CASTILLO⁽¹⁾, GABRIEL KRYGIER⁽¹⁾

(1) Servicio de Oncología Clínica, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

Correos electrónicos:
ncam3@yahoo.com,
cascecilia@gmail.com,
gabriel.krygier@gmail.com
ORCID: 0000-0002-8684-0291
ORCID: 0000-0002-0417-0512
ORCID: 0000-0002-0518-1854

(2) Ex. Residente del Servicio de Oncología Clínica, Cooperativa Médica de Rivera (COMERI).

Correo electrónico:
monikamrondan@gmail.com
ORCID: 0009-0002-9326-8948

RESUMEN

Introducción: El cáncer es una de las principales causas de muerte en nuestro país. Los cánceres de mama, próstata, pulmón y colorrecto abarcan aproximadamente la mitad de los casos presentes en el país. En el departamento de Rivera, la incidencia de cáncer en hombres y mujeres durante el periodo 2016-2020 mostró altos valores de cáncer de próstata y de mama.

Objetivo: Describir y analizar el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes asistidos en el Sanatorio COMERI, Rivera, durante el período 2015-2022.

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, que incluyó pacientes portadores de cáncer asistidos en el Sanatorio COMERI de la ciudad de Rivera, en el periodo 2015 - 2022.

Resultados: Se incluyeron 254 pacientes, 130 eran mujeres con una mediana de edad de 63 años, mientras que para los hombres fue 66 años. Los tumores más frecuentes fueron mama (25%), colorrecto (16%) y próstata (13%). Con respecto a los criterios de tratamiento, de los pacientes con tumores EI-III, 16% permanecieron en control exclusivo, 6% recibieron tratamiento neoadyuvante, 42% tratamiento adyuvante y 22% tratamiento radical. De los pacientes con tumores EIV 12% recibieron tratamiento oncoespecífico y 2% tratamiento sintomático paliativo. El tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento oncológico fue ≤ 2 meses para el 70% de los pacientes y para el 30% restante fue ≤ 3 meses. El 20% de los pacientes fue discutido en Comité de Tumores. Todos los pacientes con enfermedad diseminada, fueron encaminados a seguimiento en conjunto con UCP.

Conclusiones: El cáncer es un problema de salud importante en Uruguay. Los datos obtenidos en este estudio pueden ayudar a planificar mejoras en infraestructura, logística, equipamiento y personal de salud, optimizando así la calidad del servicio brindado en el Sanatorio COMERI.

Palabras clave: Epidemiología; Neoplasmas; Características clínico-patológicas

ABSTRACT

Introduction: Cancer is one of the leading causes of death in our country. Breast, prostate, lung, and colorectal cancers account for approximately half of the cancer cases in the country. In the department of Rivera, the incidence of cancer in both men and women during the period 2016-2020 showed high values for prostate and breast cancer. **Objective:** To describe and analyze the clinical-epidemiological profile of patients treated at the COMERI Sanatorium, Rivera, during the period 2015-2022.

Materials and Methods: Observational, retrospective study that included cancer patients treated at the COMERI Sanatorium in the city of Rivera, during the period 2015-2022.

Results: A total of 254 patients were included, 130 were women with a median age of 63 years, while for men it was 66 years. The most common tumors were breast (25%), colorectal (16%), and prostate (13%). Regarding treatment criteria, among patients with stage I-III tumors, 16% remained under exclusive monitoring, 6% received neoadjuvant treatment, 42% received adjuvant treatment, and 22% underwent radical treatment. Of the patients with stage IV tumors, 12% received tumor-specific treatment and 2% received symptomatic palliative care. The time between diagnosis and the first oncological treatment was ≤ 2 months for 70% of patients, and ≤ 3 months for the remaining 30%. Twenty percent of patients were discussed in Tumor Board meetings. All patients with disseminated disease were referred for follow-up in conjunction with the Palliative Care Unit (PCU).

Conclusions: Cancer is a major health issue in Uruguay. The data obtained from this study can assist in planning improvements in infrastructure, logistics, equipment, and healthcare personnel, thereby optimizing the quality of services provided at the COMERI Sanatorium.

Key words: Epidemiology; Neoplasms; Clinicopathological features

RESUMO

Introdução: O câncer é uma das principais causas de morte em nosso país. Os cânceres de mama, próstata, pulmão e colorretal representam aproximadamente metade dos casos no país. No departamento de Rivera, a incidência de câncer em homens e mulheres durante o período de 2016-2020 mostrou altos valores de câncer de próstata e mama. **Objetivo:** Descrever e analisar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes atendidos no Sanatório COMERI, Rivera, durante o período de 2015-2022.

Materiais e métodos: Estudo observacional, retrospectivo, que incluiu pacientes com diagnóstico de câncer atendidos no Sanatório COMERI da cidade de Rivera, no período de 2015 - 2022.

Resultados: Foram incluídos 254 pacientes, sendo 130 mulheres com mediana de idade de 63 anos, enquanto para os homens foi de 66 anos. Os tumores mais frequentes foram mama (25%), colorretal (16%) e próstata (13%). Quanto aos critérios de tratamento, entre os pacientes com tumores em estádios I-III, 16% permaneceram em controle exclusivo, 6% receberam tratamento neoadjuvante, 42% tratamento adjuvante e 22% tratamento radical. Entre os pacientes com tumores em estágio IV, 12% receberam tratamento oncoespecífico e 2% tratamento sintomático paliativo. O tempo entre o diagnóstico e o primeiro tratamento oncológico foi ≤ 2 meses para 70% dos pacientes, enquanto para os 30% restantes foi ≤ 3 meses. 20% dos pacientes foram discutidos em Comitê de Tumores. Todos os pacientes com doença diseminada foram encaminhados para acompanhamento conjunto com a UCP.

Conclusões: O câncer é um problema importante de saúde no Uruguai. Os dados obtidos neste estudo podem ajudar a planejar melhorias em infraestrutura, logística, equipamentos e recursos humanos, otimizando assim a qualidade do serviço oferecido no Sanatório COMERI.

Palavras-chave: Epidemiologia; Neoplasias; Características clínico-patológicas

INTRODUCCIÓN

Uruguay presenta un perfil epidemiológico mixto en relación al cáncer. Aunque las tasas de incidencia están alineadas con los valores promedio observados en países con muy alto índice de desarrollo humano, ciertos tipos de cáncer, como el de cuello uterino en mujeres y los de estómago y esófago en hombres, aún tienen una presencia significativa. Excluyendo el cáncer de piel no melanoma, los cuatro tipos de tumores malignos más frecuentes en nuestro país son: cáncer de mama, próstata, colorrectal y pulmonar, lo que coincide con los patrones observados en países desarrollados⁽¹⁾. En el departamento de Rivera, la incidencia de hombres con cáncer en el periodo 2016-2020 fue de 223 casos, siendo la próstata la localización más frecuente⁽²⁾. En las mujeres, durante el mismo periodo de observaron 184 casos, con mayor prevalencia de cáncer de mama⁽³⁾. Con respecto a mortalidad, en ese periodo se evidenciaron 139 casos en hombres (el más prevalente fue el cáncer de pulmón)⁽⁴⁾ y 111 mujeres (la mayoría con cáncer de mama)⁽⁵⁾.

La evaluación de la calidad de la atención médica ha cobrado gran importancia en los últimos años, ya que el análisis de los indicadores de calidad proporciona información objetiva y precisa sobre los procesos seleccionados, revelando tanto las fortalezas como las áreas de mejora en la asistencia. Esto permite planificar los cambios necesarios para su optimización. Surge, por tanto, la necesidad de identificar a los pacientes en los que el intervalo entre el diagnóstico de cáncer y el inicio del tratamiento oncológico es prolongado, con el objetivo de intervenir oportunamente y reducir ese tiempo, lo que contribuirá a mejorar la calidad de la atención brindada. Existe evidencia de que la atención puntual está asociada con mejores resultados oncológicos, por lo que garantizar que se brinde con diligencia es una prioridad tanto para el equipo médico como para los pacientes⁽⁶⁻⁸⁾.

Varios estudios demuestran que algunos factores sociodemográficos pueden influir en el retraso del inicio del tratamiento^(9, 10). El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno no solo mejoran el pronóstico, sino que también aumentan la supervivencia del paciente oncológico, proporcionando una mayor ventana terapéutica^(11, 12).

El trabajo en equipo interdisciplinario permite una visión integral de los aspectos biopsicosociales de los pacientes, optimiza los recursos y ajusta las decisiones terapéuticas, generando un impacto positivo en la atención. Los Centros Docentes Asociados promueven el aprendizaje continuo, estandarizando la formación académica y apoyando a sus miembros en el proceso educativo-asistencia.

OBJETIVO PRINCIPAL

Describir y analizar el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes asistidos en el Sanatorio COMERI, Rivera, durante el período 2015-2022.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

Identificar la exposición a factores de riesgo asociados con el desarrollo de diferentes tipos de tumores.

Evaluar la frecuencia con la que se realizan estudios de tamizaje en los pacientes atendidos.

Analizar el intervalo de tiempo entre el diagnóstico de cáncer y el inicio del tratamiento oncológico.

Determinar la cantidad de pacientes presentados en el Comité de Tumores y referidos a la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, unicéntrico, observacional y retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Sanatorio Cooperativa Médica de Rivera (COMERI) de Rivera, Uruguay. COMERI es una institución privada de salud, fundada en 1983, ubicada en la ciudad de Rivera, con una red de centros asistenciales en varias localidades del departamento, incluyendo Tranqueras y Minas de Corrales. Actualmente, sirve a aproximadamente 22,000 afiliados. Desde su inauguración, COMERI ha contado con una policlínica de oncología y, en 2017, inauguró un renovado Hospital de Día. La institución está organizada dentro del sub-sector privado y se caracteriza por un equipo multidisciplinario que incluye oncólogos, cirujanos, paliativistas, anatomopatólogos, entre otros, y cuenta con un Comité de Tumores para discusiones clínicas multidisciplinarias.

Se incluyeron pacientes asistidos entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2022, con diagnóstico confirmado por anatomía patológica (AP) que aceptaron participar en el estudio.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante una revisión detallada de las historias clínicas. Se obtuvieron datos demográficos (sexo, edad, estado civil, ocupación, nivel educativo) y clínicos (comorbilidades, manifestaciones clínicas y estadificación según el sistema TNM 8ª edición⁽¹³⁾). También se recopilaron datos sobre factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, como el tabaquismo y el consumo de alcohol. En cuanto a los estudios de tamizaje, se evaluaron de acuerdo con las recomendaciones de las guías nacionales de tamizaje: mamografías bienales para mujeres entre 50 y 69 años⁽¹⁴⁾, tamizaje con prueba de sangre oculta en heces para personas entre 50 y 74 años cada dos años⁽¹⁵⁾, y citología vaginal (PAP) cada tres años en mujeres de 21 a 69 años⁽¹⁶⁾. Además, se analizaron los tratamientos realizados, incluyendo cirugía y/o tratamiento sistémico, y se registró la intención del tratamiento (adyuvante, neoadyuvante, paliativo). Se investigó la discusión de los casos en el Comité de Tumores y el contacto con la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) en pacientes sin posibilidades de tratamiento curativo. Asimismo, se examinó el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento oncológico.

Cabe señalar que los resultados se expresan en términos porcentuales y no en tasas, debido a la carencia de un denominador fiable para calcular las tasas exactas.

Para el análisis de los datos, se utilizaron medidas descriptivas adecuadas. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas y relativas, mientras que las variables cuantitativas se resumieron utilizando mediana y rango intercuartil para la edad y otros datos con distribución no normal. El tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento oncológico se expresó en porcentajes. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS versión 20 (IBM Corp., Armonk, NY, USA).

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio se adhiere a las normas éticas internacionales para investigaciones biomédicas, incluyendo las Normas del MERCOSUR sobre regulación de estudios clínicos y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, conforme a su última enmienda de octubre de 2013. Además, cumple con la ley de protección de datos aplicable en Uruguay. Se garantizó el anonimato de los pacientes en el análisis estadístico. El consentimiento informado se obtuvo telefónicamente, asegurando que cada paciente comprenda plenamente el estudio y consienta voluntariamente su participación. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

RESULTADOS

Se invitó a 298 pacientes, de los cuales 254 aceptaron participar y contaban con diagnóstico confirmado por AP. Se excluyeron 14 pacientes por no tener AP confirmado y 30 por no aceptar participar. Así, el análisis final incluyó a 254 pacientes, de los cuales el 51% (130) eran mujeres. La mediana de edad fue de 63 años (rango 20-92 años) y para los hombres fue 66 años (rango 31-91 años). La distribución del número de casos por año de diagnóstico, desglosado por sexo se muestra en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Distribución del número de casos por año según sexo

Año del diagnóstico	Sexo femenino	Sexo masculino	Total
2015	16	19	35
2016	14	12	26
2017	17	19	36
2018	17	22	39
2019	25	21	46
2020	13	12	25
2021	17	12	29
2022	10	8	18

Fuente: elaboración propia

De los antecedentes personales patológicos (APP), 23.5% (60 pacientes) tenían HTA, 23% (58) eran fumadores, 16% (40) consumían alcohol, 23% (61) presentaban cardiopatías; y 20% (8) endocrinopatías. Solo 1.2% (3 pacientes) tenían AP

de sobrepeso u obesidad registrada y 1% (2) eran sedentarios. Con respecto al nivel educacional, 24% (61 pacientes) habían cursado únicamente primaria, 38% (97) educación secundaria, 32% (81) educación terciaria.

En lo que respecta al estado civil, el 50% estaba casado (128 pacientes), 12% solteros (30), 12% vivía en unión libre (30), 11% estaba divorciado (28) y 14% era viudo (36). Con relación a su actividad laboral, 33% son empleados (84), 40% son pasivos (102), 8% amas de casa (21), 15% trabajadores independientes (39) y 3% desocupados (8).

Según la escala de puntaje del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), se encontraron 46% con performance estatus (PS) ECOG 0 (118 pacientes), 7% con PS ECOG 1 (19), 2% con PS ECOG 2 (6 pacientes), 1% con PS ECOG 3 (3) y 42% sin datos (108).

Específicamente sobre los sitios del tumor primario, los tres tumores más frecuentes para ambos sexos reunidos fueron mama (25%, 64 pacientes), colorrecto (16%, 41) y próstata (13%, 34) **Figura 1**.

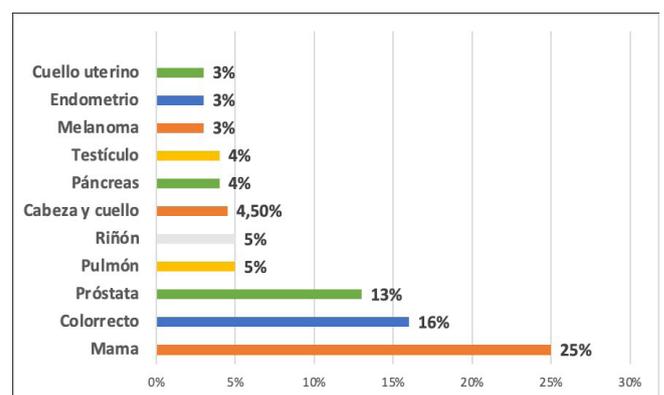


Figura 1. Distribución según topografía tumoral en la población (n = 254)

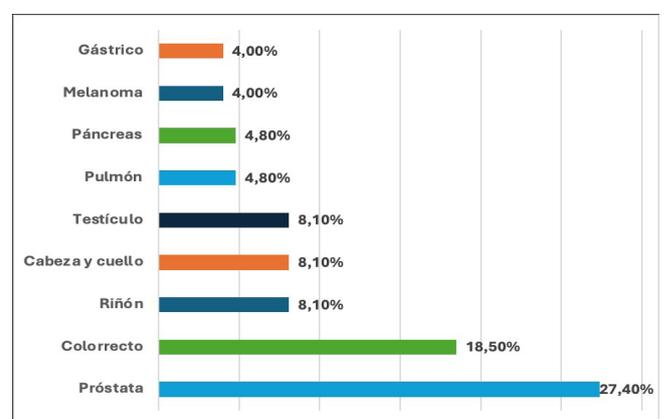


Figura 2. Distribución de topografía tumoral en hombres (n = 124)

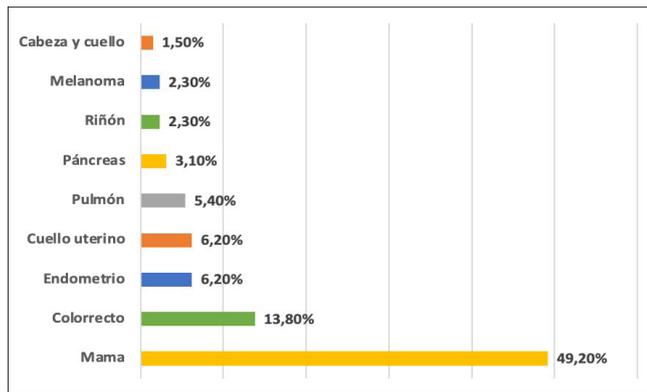


Figura 3. Distribución de topografía tumoral en mujeres (n = 130)

De los pacientes con cáncer precoz (EI-III), el 16% (42) permanecieron en control exclusivo luego de haber recibido tratamiento quirúrgico, el 6% (16) recibieron tratamiento neoadyuvante, el 42% (106) tratamiento adyuvante y el 22% (56) tratamiento radical. De los pacientes EIV, el 12% (30) recibieron tratamiento oncoespecífico y el 2% (4) tratamiento sintomático paliativo. De la totalidad de pacientes a los que se les indicó tratamiento oncoespecífico, el 97% finalmente lo recibió. Respecto al tiempo transcurrido entre el diagnóstico (definido como la fecha de biopsia o punción) y el inicio del primer tratamiento oncológico, el 70% de los pacientes comenzó el tratamiento dentro de los primeros 2 meses y el restante 30% antes de cumplir los 3 meses. El 20% de los pacientes fue discutido en el Comité de Tumores. En todos los pacientes que recibieron quimioterapia (QT), se registraron peso, talla y superficie corporal en sus historias clínicas. Todos los pacientes con enfermedades diseminadas fueron encaminados a seguimiento en conjunto con UCP.

CÁNCER DE MAMA

Se diagnosticaron 64 mujeres con una mediana de edad fue 56 años (rango 43-92 años). El 86% (55) eran postmenopáusicas y el resto premenopáusicas. Los APP más comunes fueron: HTA (30%) y tabaquismo (18%). Solo el 3% de las pacientes (2) tenía registrado el dato de sobrepeso u obesidad y otro 3% (2 pacientes) la presencia de sedentarismo (todas eran posmenopáusicas). De 30 pacientes incluidas de entre 50 y 69 años, la mitad realizan tamizaje bienal con mamografía.

La distribución por estadio fue la siguiente: El 33% (21) pacientes; EII 40% (26); EIII 19% (12); y EIV 8% (5). Con respecto al perfil biológico: 72% (46) tuvieron tumores con receptores hormonales (RRHH) positivos, 12.5% (8) tuvieron tumores con expresión tumoral del receptor del factor de crecimiento epidérmico-2 (HER2) y los restantes 15.5% (10 tumores) fueron clasificados como triple negativo. En todos los informes anatomopatológicos (AP) fueron consignados los factores pronósticos: tipo histológico, grado de diferenciación, receptores hormonales, HER 2.

Las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama precoz (EI-III) recibieron tratamiento quirúrgico según se muestra en la Figura 4.

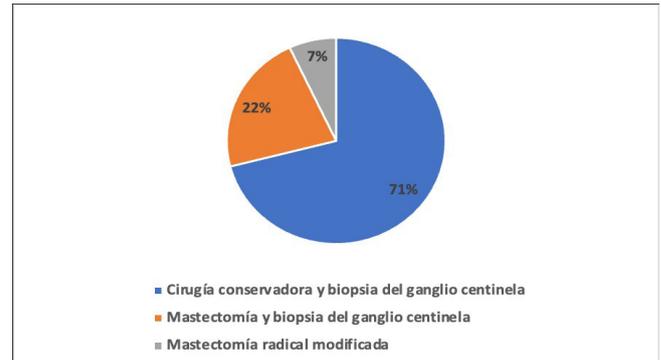


Figura 4. Distribución de topografía tumoral en mujeres (n = 130)

En lo que se refiere al tratamiento sistémico de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama precoz, el 57% (34 pacientes) recibieron QT neoadyuvante y/o adyuvante, todas las pacientes con tumores con RRHH positivos recibieron hormonoterapia (HT) y todas las pacientes con tumores HER2 positivos ≥ 1 cm y/o axila positiva (5%, 3 pacientes) recibieron tratamiento con QT+ trastuzumab adyuvante. En lo que concierne al tratamiento radiante, el 91% lo recibió y completó (54 pacientes).

CÁNCER DE PRÓSTATA

Se diagnosticaron 34 casos de cáncer de próstata, con una mediana de edad de 71 años (rango 55-90 años). La distribución por estadio fue la siguiente: El 23% (8) pacientes; EII 68% (23); EIII 3% (1); y EIV 6% (2). El tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento inicial, fue de 2 meses en 60% de la población y 3 meses en el restante. Contaban con diagnóstico anatomopatológico, que confirmaba adenocarcinoma de próstata en la totalidad de participantes.

El 18% (6 pacientes) fueron tratados con vigilancia activa. A 2 individuos portadores de enfermedad localizada se les planteó RT exclusiva y a 24 de ellos HT+RT concurrente y adyuvante. El 73% de los pacientes cumplió con el tratamiento de forma completa.

CÁNCER DE COLON RECTO

Se diagnosticaron 41 casos de cáncer colorrectal. De estos, 22 hombres y 19 mujeres, la mediana de edad global fue de 64 años (rango 49-91 años). La mediana de edad para las mujeres fue de 71 años (rango 58-91) y para los hombres de 64 años (rango 49-86).

La distribución por estadio fue la siguiente: El 12% (5 pacientes), EII 44% (18); EIII 34% (14); y EIV 10% (4). Se contó con el diagnóstico anatomopatológico en todos los casos. De los 41 pacientes diagnosticados de cáncer de colon, 34 tenían entre 50 y 74 años y de estos 5 realizaban el estudio de sangre oculta en materia fecal cada 2 años (15%). El tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento inicial, fue de 2 meses en 78% de la población y 3 meses en el restante.

La indicación de tratamiento adyuvante con quimioterapia varió según el estadio y la presencia de factores de riesgo para la recaída. Los pacientes E I y II sin factores de riesgo para

recaída permanecieron en controles periódicos. Los pacientes con estadio II y factores de riesgo y aquellos EIII recibieron quimioterapia adyuvante en base a fluoropirimidinas y oxaliplatino. En este contexto, se subraya que la quimioterapia con fluoropirimidinas y oxaliplatino es un enfoque estándar para el tratamiento adyuvante en estadios II que presentan factores de riesgo y III del cáncer colorrectal.

Se realizaron determinaciones de mutaciones en RAS (todos los pacientes presentaron mutación) y de inestabilidad microsatelital (ninguno mostró inestabilidad) en los cuatro pacientes con enfermedad diseminada. Todos fueron tratados con quimioterapia, siguiendo las recomendaciones nacionales: tres de ellos con combinación de fluoropirimidinas y bevacizumab, y uno con quimioterapia monodroga debido a su estado general deteriorado.

CÁNCER DE PULMÓN

Se diagnosticaron 13 casos de cáncer de pulmón, con una mediana de edad de 61 años (rango 46-77 años). Se diagnosticaron 8 hombres con mediana de edad al diagnóstico de 65 años (rango 62-69 años) y 5 mujeres con mediana de edad al diagnóstico de 58 años (rango 46-77 años). De ellos, 9 eran tabaquistas o exbataquistas, y los restantes fueron tabaquistas pasivos. El tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento fue de 2 meses en el 65% de la población y 3 meses en el restante.

CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Se diagnosticaron 8 casos de cáncer de cuello uterino, con una mediana de edad al diagnóstico de 54 años (rango 29-78 años). Los APP más frecuentes en este subgrupo fueron: tabaquismo (25%, 2 pacientes) y sedentarismo (12.5%, 1). Solo el 25% (2) dentro del rango de edad para tamizaje (hasta 69 años) había realizado PAP. Todos se trataban de carcinomas escamosos. Una paciente se presentó en estadio IB y recibió cirugía exclusiva. Seis pacientes tenían E II o III, recibiendo tratamiento en base a RT y cisplatino concurrente. Una última paciente debutó con enfermedad avanzada y recibió tratamiento con QT. El tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento fue de 2 meses para 5 de las pacientes y 3 meses para las restantes.

DISCUSIÓN

Los estudios epidemiológicos locales en oncología son fundamentales para comprender las necesidades específicas de cada región y optimizar la planificación de recursos. En Uruguay, hay pocos estudios que investiguen las características demográficas y clínicas de los pacientes oncológicos en el interior del país. Este estudio, realizado en el Sanatorio COMERI de Rivera, aborda esta necesidad, proporcionando una visión integral del perfil epidemiológico y de tratamiento en pacientes del interior del país durante el período 2015-2022.

En este estudio, se obtuvo información de pacientes con un amplio rango de edades, observándose una mayor proporción de mujeres. El envejecimiento de la población es un factor de riesgo no modificable en oncología, ya que el cáncer es una enfermedad que suele desarrollarse a lo largo de un extenso periodo. La edad avanzada incrementa tanto el riesgo de desarrollar como de fallecer por cáncer debido a la acumulación de mutaciones y a la mayor exposición a factores de riesgo a lo largo de la vida. Consistentemente, en este análisis, la mayoría de los pacientes tenía más de 60 años, reflejando el impacto de la edad en la incidencia oncológica⁽¹⁾.

Según datos nacionales, la prevalencia de tabaquismo en personas mayores de 14 años ha mostrado una disminución, pasando del 25% en 2009 al 22% en 2019, lo que incluye tanto fumadores diarios como ocasionales⁽¹⁷⁾. En nuestro estudio, el 23% de los participantes eran fumadores, un porcentaje que se alinea con la prevalencia observada en la capital, aunque investigaciones previas indican que el tabaquismo suele ser más frecuente en esta región comparado con el interior^(18, 19). Este estudio resalta el alto porcentaje de individuos diagnosticados con HTA, una de las comorbilidades más comunes en pacientes con cáncer a nivel mundial. En Uruguay, la prevalencia es de aproximadamente 3 de cada 10 personas⁽²⁰⁾.

La elevada prevalencia de factores de riesgo modificables, como el tabaquismo y la HTA, subraya la necesidad de implementar intervenciones efectivas en salud pública para promover estilos de vida saludables y reducir estos riesgos en la población general y oncológica.

Se estima que hasta el 40% de los casos de cáncer son prevenibles mediante cambios en el estilo de vida y estudios han demostrado que la adopción de hábitos saludables y cambios en la conducta de los sobrevivientes de cáncer están asociados con una mayor supervivencia⁽²¹⁾. Sin embargo, en gran parte de las historias clínicas revisadas no se documentaron datos como: índice de masa corporal (IMC), alimentación, consumo de alcohol ni sedentarismo. Resulta fundamental evaluar estos factores en las consultas de seguimiento para implementar intervenciones efectivas durante la etapa de control.

Entre los estándares del programa de certificación Quality Oncology Practice Initiative (QOPI) de la Sociedad Americana de Oncología, se incluye la confirmación anatomopatológica del diagnóstico, un criterio que se cumplió en el 100% de los pacientes en este estudio. Además, otro estándar de calidad es el registro en la historia clínica de peso, talla y superficie corporal para aquellos que reciben QT, un criterio que también se cumplió en todos los casos pertinentes. La escala de performance status del Eastern Cooperative Oncology Group, que evalúa la actividad y la situación funcional de los pacientes, es una herramienta práctica que permite una rápida identificación del estado general del paciente y ayuda en la toma de decisiones terapéuticas. Este aspecto también es un

criterio de calidad en QOPI. Sin embargo, se observó que el 42% de las historias clínicas no incluían el performance estatus (PS), lo que limita la capacidad de evaluar adecuadamente el estado funcional del paciente. Esto podría explicarse porque en muchas de las historias clínicas donde faltaba este dato, se había planteado un control exclusivo⁽²²⁾. El tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento inicial fue de 2 meses en 78% de la población y 3 meses en el restante, otro estándar de calidad que se cumplió en esta población^(6, 23, 24).

En este estudio, los cánceres de mama y colorrectal fueron los más prevalentes, lo cual es coherente con los datos nacionales que posicionan estos tipos de cáncer entre los más frecuentes^(1, 25). Sin embargo, los tumores de pulmón representaron solo el 5% de los casos, un porcentaje menor al esperado. Esta diferencia podría estar relacionada con que se trata de pacientes de asistencia privada, y es posible que en el ámbito público esta realidad sea distinta.

En relación con las tasas nacionales de incidencia de cáncer de pulmón, observamos que en hombres la tasa de incidencia en Rivera fue de 41.62 por 100,000 habitantes, ligeramente por debajo del promedio nacional de 44.72⁽²⁶⁾. En mujeres, la tasa fue de 9.29 por 100,000 habitantes, más baja que el promedio nacional de 15.17⁽²⁷⁾. A pesar de que la tasa de incidencia de cáncer de pulmón en Rivera es más baja en comparación con las cifras nacionales, el porcentaje de pacientes con cáncer de pulmón sigue siendo significativo. Este hallazgo subraya la importancia de mantener y fortalecer las estrategias de prevención, especialmente en lo que respecta al control del tabaquismo, factor clave en la prevención de este tipo de cáncer.

En lo referente al cáncer de mama, la mediana de edad fue de 56 años, algo inferior a la reportada a nivel nacional, que es 62.8 años⁽²⁵⁾. El 73% de las pacientes (47 pacientes) fueron diagnosticadas en estadios I y II, lo cual es coherente con la reportado los datos nacionales, donde aproximadamente dos tercios de los casos de cáncer de mama corresponden a estadios tempranos (in situ, I, y II). Esto es relevante para la planificación y evaluación de las políticas de salud^(1, 28). En lo que respecta al perfil biológico, el porcentaje de tumores con receptores hormonales positivos (72%) es similar que el evidenciado a nivel nacional (70%)⁽²⁸⁾. El porcentaje de tumores HER2 positivos (12.5%) es menor que el promedio nacional (20%)⁽²⁸⁾, y similar al reportado en América Latina (13.3%)⁽²⁹⁾. Además, la proporción de tumores triple negativos en nuestro estudio (15.5%) es superior al porcentaje reportado en el estudio nacional (10%) y similar a la reportada a nivel latinoamericano (16%)⁽²⁹⁾.

Entre los indicadores de calidad en la atención de pacientes tratadas por cáncer de mama, se destaca la consignación factores pronósticos en todos los informes anatomopatológicos incluyendo el tipo histológico, grado de diferenciación, receptores hormonales y HER2. Además todas las pacientes que eran RRHH positivas accedieron a HT y

aquellas con perfil HER2 positivo con tumores ≥ 1 cm y/o axila positiva recibieron tratamiento adyuvante con trastuzumab, lo cual también refleja la calidad de la atención⁽³⁰⁾.

Las pacientes con adenopatías axilares positivas recibieron antraciclinas y taxanos, siempre que no existieran contraindicaciones, lo cual es estándar para estadios II y III. Sin embargo, el tratamiento neoadyuvante con quimioterapia más pembrolizumab en CM triple negativo en estadios II y III es ahora un estándar, aunque no estaba disponible en el periodo de inclusión de este estudio. Asimismo, en las pacientes con CM de alto riesgo, ganglios positivos, RE positivo y HER2 negativo, la indicación de abemaciclib adyuvante es ahora recomendada, pero no se aplicó durante el periodo de estudio⁽³¹⁾.

Es ampliamente conocido que las tasas de mortalidad por cáncer de mama han descendido en los últimos años, siendo uno de los factores el aumento de la detección temprana mediante el uso de mamografía de tamizaje. En el presente estudio, el 50% de las pacientes entre 50 y 69 años realizaron tamizaje bienal, conforme a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica de Detección Temprana del Cáncer de Mama del Ministerio de Salud Pública⁽¹³⁾, vigentes en el periodo de estudio. A pesar de que esta tasa de tamizaje es relativamente baja la mayoría de las pacientes se diagnosticaron en estadios tempranos, lo cual sugiere una efectividad en la detección y un buen acceso a los servicios de salud.

El cáncer de próstata fue el más frecuente entre los hombres. La edad es el principal factor de riesgo en el cáncer de próstata, con la mayoría de los diagnósticos en mayores de 60 años⁽¹⁾. En nuestra muestra, la mediana de edad fue de 71 años, consistente con estos datos epidemiológicos. Entre los pacientes portadores de cáncer de próstata, se puede evidenciar una problemática significativa relacionada con el acceso a la RT en esta zona del país. El 27% de los pacientes con enfermedad localizada que tenían indicación de tratamiento radiante no pudieron completarlo, siendo una de las causas mencionadas la distancia al equipo de RT más cercano, que se encuentra a 100 km de Rivera. En la literatura, se ha descrito la problemática correspondiente al acceso a la RT en diversos países por ejemplo, relacionado a los gastos en desplazamiento, alojamiento, comida, medicamento, traslado de acompañantes y distancia en si misma⁽³²⁻³⁴⁾. Dada la alta incidencia de esta enfermedad se destaca la necesidad de mejorar el acceso al tratamiento con radioterapia, para asegurar que todos los pacientes reciban el tratamiento necesario independientemente de su ubicación geográfica.

La edad es un factor de riesgo no modificable para el cáncer de colon, diagnosticado en su mayoría en mayores de 50 años⁽¹⁾. En nuestra población, la mediana de edad fue de 64 años. Comparando nuestros datos con los datos nacionales, observamos que en nuestra población hay una mayor proporción de pacientes diagnosticados en estadios I-II (56%) y una menor proporción en estadios avanzados III-IV (44%), en

contraste con el panorama nacional⁽¹⁾ donde más de la mitad de los casos se diagnostican en estadios avanzados.

Aunque encontramos menos tumores en estadios III-IV que lo observado a nivel nacional, sigue siendo un número elevado dado que el cáncer colorrectal es un tumor que se puede diagnosticar precozmente mediante tamizaje. De los 41 pacientes diagnosticados de cáncer de colon, 34 tenían entre 50 y 74 años y de estos, 5 realizaban el estudio de sangre oculta en materia fecal (15%), según lo recomendado por la Guía de Tamizaje del MSP⁽¹⁵⁾. Esto resalta la necesidad de promover activamente la importancia de la prevención y la detección temprana, educando a la población sobre los beneficios de estos estudios y facilitando su acceso.

La indicación de tratamiento adyuvante con quimioterapia varió según el estadio y la presencia de factores de riesgo para la recaída. Los pacientes I y II sin factores de riesgo para recaída permanecieron en controles periódicos. Los pacientes con estadio II y factores de riesgo y aquellos EIII recibieron quimioterapia adyuvante en base a fluoropirimidinas y oxaliplatino, conforme a las guías nacionales⁽³⁵⁾ e internacionales⁽³⁶⁾.

Se realizaron determinaciones de mutaciones en RAS (todos los pacientes presentaron mutación) y de inestabilidad microsatelital (ninguno mostró inestabilidad) en los cuatro pacientes con enfermedad diseminada. Todos fueron tratados con quimioterapia, siguiendo las recomendaciones nacionales⁽³⁵⁾ e internacionales⁽³⁶⁾; tres de ellos con combinación de fluoropirimidinas y bevacizumab, y uno con quimioterapia monodroga debido a su estado general deteriorado.

La incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino han disminuido en el país gracias a los programas de detección temprana, más del 70% de los casos se diagnostican en estadios tempranos (I-II)⁽¹⁾. En contraste, en nuestra muestra solo el 50% de las pacientes se diagnosticaron en estadios I-II, reflejando la baja adhesión al PAP, realizada solo por el 25% de las candidatas, según las Guías de Tamizaje vigentes en el periodo en el que se realizó el estudio⁽¹⁶⁾. Esto subraya la necesidad de fomentar la prevención y facilitar el acceso a estos estudios. Se espera que la vacunación contra el HPV, incorporada en 2017, mejore estos resultados a largo plazo, y el futuro impacto del test de HPV podría ser relevante al establecerse como medida poblacional.

El trabajo interdisciplinario permite una visión integral y precisa en la atención oncológica, optimizando recursos. La creación de Comités de Tumores en Uruguay ha mejorado la coordinación entre especialistas, presentes en el 66,7% de los centros, con mayor frecuencia en el sector público (69%) que en el privado (45,2%)⁽³⁷⁾. En nuestro estudio, solo el 20% de los casos fueron discutidos en estas reuniones, lo que subraya la necesidad de aumentar su frecuencia para abarcar más casos y mejorar la atención.

Todos los pacientes en estadio IV fueron contactados con la UCP, un indicador satisfactorio de asistencia^(38, 39). A nivel

nacional e internacional, los cuidados paliativos son esenciales para pacientes en estadios avanzados, donde las posibilidades de curación son bajas, atendiendo tanto el alivio de síntomas como las necesidades psicosociales de pacientes y familias. Dada la complejidad emocional, social y económica del cáncer, las UCP mejoran la calidad de vida desde el diagnóstico, facilitando una adaptación más eficiente. En Uruguay, desde 2019, la Ordenanza Ministerial N° 1695/019 exige a los prestadores de salud implementar lineamientos de cuidados paliativos⁽⁴⁰⁾.

El estudio cumplió con su objetivo que era obtener una mirada general del perfil de los pacientes que se asisten en la CEDA nombrada. Como limitante del mismo, debemos mencionar las inherentes a un estudio retrospectivo y observacional. Además se incluyeron pacientes de un único centro, de asistencia privada; lo que puede no ser representativo de la población general, especialmente de la procedente del ámbito público.

Dentro de las fortalezas del estudio, corresponde destacar la inclusión de número significativos de pacientes lo que proporciona una base sólida para la evaluación y comparación de datos. Además todos los pacientes incluidos tenían un diagnóstico confirmado por anatomía patológica, asegurando la precisión y confiabilidad de los datos. Si bien los datos fueron recabados en forma retrospectiva, se utilizó una base de datos confiable y segura, como es la Historia Clínica Electrónica Oncológica (HCEO).

CONCLUSIONES

Este estudio proporciona una visión integral del perfil clínico y epidemiológico de los pacientes atendidos en el Sanatorio COMERI en Rivera, destacando la prevalencia de cáncer de mama, colorrectal y próstata, alineada con los datos nacionales. La mayoría de los pacientes fueron diagnosticados en estadios tempranos, y se cumplió con estándares de calidad en el tiempo de inicio de tratamiento en la mayoría de los casos. Sin embargo, se identificaron barreras en el acceso a la radioterapia y limitaciones en la frecuencia de los Comités de Tumores, lo que sugiere la necesidad de optimizar recursos y ampliar la accesibilidad en zonas alejadas. Como limitante, el estudio refleja la realidad de un centro privado, lo cual puede no representar completamente a la población general. La inclusión de un número significativo de pacientes con diagnóstico confirmado refuerza la confiabilidad de los datos obtenidos, aportando información útil para la planificación de recursos y estrategias de mejora en la atención oncológica en regiones del interior del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Barrios E.; Garau M. Cáncer: Magnitud del problema en el mundo y en Uruguay, aspectos epidemiológicos. *Anales de la Facultad de Medicina* 2017, 4, 9-46.
- CHLCC. Resumen Estadístico - INCIDENCIA - Promedio Casos por Departamento - HOMBRES. 2016-2020 (Citado 02 setiembre 2024). Disponible en: <https://www.comisioncancer.org.uy/auddocumento.aspx?344,1894>
- CHLCC. Resumen Estadístico - INCIDENCIA - Promedio Casos por Departamento - MUJERES. 2016-2020 (Citado 02 setiembre 2024). Disponible en: <https://www.comisioncancer.org.uy/auddocumento.aspx?344,1895>
- CHLCC. MORTALIDAD - Promedio Casos por Departamento - HOMBRES. 2016-2020 (Citado 02 setiembre 2024). Disponible en: <https://www.comisioncancer.org.uy/auddocumento.aspx?344,1898>
- CHLCC. MORTALIDAD - Promedio Casos por Departamento - MUJERES. 2016-2020 (Citado 02 setiembre 2024). Disponible en: <https://www.comisioncancer.org.uy/auddocumento.aspx?344,1899>
- Desch CE, McNiff KK, Schneider EC, Schrag D, McClure J, Lepisto E, et al. American Society of Clinical Oncology/National Comprehensive Cancer Network Quality Measures. *J Clin Oncol*. 2008 Jul 20;26(21):3631-7. doi: 10.1200/JCO.2008.16.5068.
- Malin JL, Schneider EC, Epstein AM, Adams J, Emanuel EJ, Kahn KL. Results of the National Initiative for Cancer Care Quality: how can we improve the quality of cancer care in the United States? *J Clin Oncol*. 2006 Feb 1;24(4):626-34. doi: 10.1200/JCO.2005.03.3365.
- Blaney DW, McNiff K, Hanauer D, Miela G, Markstrom D, Neuss M. Implementation of the Quality Oncology Practice Initiative at a university comprehensive cancer center. *J Clin Oncol*. 2009 Aug 10;27(23):3802-7. doi: 10.1200/JCO.2008.21.6770.
- Buchheit JT, Silver CM, Huang R, Hu YY, Bentrem DJ, Odell DD, et al. Association Between Racial and Socioeconomic Disparities and Hospital Performance in Treatment and Outcomes for Patients with Colon Cancer. *Ann Surg Oncol*. 2024 Feb;31(2):1075-1086. doi: 10.1245/s10434-023-14607-9.
- Tibi S, Tieu V, Babayigit S, Ling J. Influence of Health Insurance Types on Clinical Cancer Care Accessibility and Quality Using All of Us Database. *Medicina (Kaunas)*. 2024 Apr 11;60(4):623. doi: 10.3390/medicina60040623.
- Heeg E, Marang-van de Mheen PJ, Van Maaren MC, Schreuder K, Tollenaar RAEM, Siesling S, et al. Association between initiation of adjuvant chemotherapy beyond 30 days after surgery and overall survival among patients with triple-negative breast cancer. *Int J Cancer*. 2020 Jul 1;147(1):152-159. doi: 10.1002/ijc.32788.
- Cheng H, Chen J, Jia G, Liang Y, Li Y, Chen Y, et al. Determining the optimal timing of adjuvant chemotherapy initiation after concurrent chemoradiotherapy in locoregionally advanced nasopharyngeal carcinoma. *ESMO Open*. 2024 Sep;9(9):103707. doi: 10.1016/j.esmoop.2024.103707.
- Amin MB, Edge SB, Greene FL, et al, eds. *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th ed. New York: Springer; 2017
- 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*. 2015;9-27. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-practica-clinica-deteccion-cancer-mama>
- Basso J, Lustemberg C, Quian J, Rosa R, Ruocco H, Brescia A, et al. Guía de Práctica Clínica de Tamizaje del Cáncer Colo-rectal. *Ministerio de Salud Pública, República Oriental del Uruguay*. 2018. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-practica-clinica-tamizaje-cancer-colo-rectal>
- Muniz S, Briozzo L, Sicca M, Brescia A, Clavell E, Gallo LE et al. Guía de Práctica Clínica de Tamizaje de Cáncer de Cuello de Útero. *Ministerio de Salud Pública, República Oriental del Uruguay* [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-practica-clinica-tamizaje-cancer-cuello-uterino>
- Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS) 2017, Uruguay, Ministerio de Salud Pública e Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos, GATS Uruguay*. 2017. Fecha de acceso 25 de octubre 2024 Disponible en: www.fnr.gub.uy/wp-content/uploads/2014/09/resultados_GATS_2017.pdf
- Boado M., Ramos A., Bianco E. Estudio Nacional de Prevalencia de Tabaquismo en Uruguay. CIET, 2008. Fecha de acceso 25 de octubre 2024 Disponible en: <http://www.cieturuguay.org.uy/images/old/uploads/2012/08/Enpta-oct08.pdf>.
- Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes (GYTS) 2019, Uruguay, Observatorio Uruguayo de Drogas, Ministerio de Salud Pública. *Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes (GYTS) - Informe final*. 2019. Fecha de acceso 25 de octubre 2024. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_ENCUESTA_MUNDIAL_SOBRE_TABACO_JOVENES_GYTS.pdf.
- Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud, División Epidemiología. *2a Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles*. Fecha de acceso 25 de octubre 2024. Disponible en https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/2DA_ENCUESTA_NACIONAL_final2_digital.pdf
- Rock CL, Thomson CA, Sullivan KR, Howe CL, Kushi LH, Caan BJ, et al. American Cancer Society nutrition and physical activity guideline for cancer survivors. *CA Cancer J Clin*. 2022 May;72(3):230-262. doi: 10.3322/caac.21719.
- American Society of Clinical Oncology. *Quality Oncology Practice Initiative QOPI® Certification Program Standards*. ASCO, 2020. Basado en los estándares de administración de quimioterapia de ASCO/ONS de 2016. Fecha de acceso 25 de octubre 2024. Disponible en: <https://society.asco.org/sites/new-www.asco.org/files/content-files/practice-patients/documents/2024-ASCO-Certified-Program-Participation-Guide.pdf>
- NICE, *Quality standard for suspected cancer (QS124)*, NICE, 2017. Fecha de acceso 25 de octubre 2024. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs124/resources/suspected-cancer-pdf-75545358576325>
- Neuss MN, Desch CE, McNiff KK, Eisenberg PD, Gesme DH, Jacobson JO, et al. A process for measuring the quality of cancer care: the Quality Oncology Practice Initiative. *J Clin Oncol*. 2005 Sep 1;23(25):6233-9. doi: 10.1200/JCO.2005.05.948. Epub 2005 Aug 8. PMID: 16087948.
- CHLCC. Resumen Estadístico - TODOS LOS CÁNCERES excepto PNM. *Incendencia y Mortalidad periodo 2016-2020*. Tendencia de la Mortalidad hasta 2021. <https://www.comisioncancer.org.uy/Ocultas/RESUMENES-ESTADISTICOS-para-los-canceres-mas-frecuentes--uc264> [Fecha de consulta: 25 de noviembre 2024]
- Incendencia - Tasas Ajustadas por Departamento - HOMBRES (2016-2020): *Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer*. Incidencia - Tasas Ajustadas por Departamento - HOMBRES, 2016-2020. Fecha de acceso 5 de febrero de 2025. Disponible en: [\[https://www.comisioncancer.org.uy/auddocumento.aspx?344,1896\]](https://www.comisioncancer.org.uy/auddocumento.aspx?344,1896)
- Incendencia - Tasas Ajustadas por Departamento - MUJERES (2016-2020): *Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer*. Incidencia - Tasas Ajustadas por Departamento - MUJERES, 2016-2020. Fecha de acceso 5 de febrero de 2025. Disponible en: [\[https://www.comisioncancer.org.uy/auddocumento.aspx?344,1896\]](https://www.comisioncancer.org.uy/auddocumento.aspx?344,1896)
- Garau M, Musetti C, Alonso R, Barrios E. Estadio, perfil biológico y tendencias de incidencia y mortalidad de cáncer de mama en Uruguay: Análisis por franjas etarias. *Rev. Méd. Urug*. [Internet]. 1 de marzo de 2024 [citado 27 de octubre de 2024];40(1):e203. Disponible en: <https://revista.rmu.org.uy/index.php/rmu/article/view/1071>
- Llera AS, Abdelhay ESFW, Artagaveytia N, Daneri-Navarro A, Müller B, Velazquez C, et al. The Transcriptomic Portrait of Locally Advanced Breast Cancer and Its Prognostic Value in a Multi-Country Cohort of Latin American Patients. *Front Oncol*. 2022 Mar 22;12:835626. doi: 10.3389/fonc.2022.835626.
- Del Turco MR, Ponti A, Bick U, Biganzoli L, Cserni G, Cutuli B, et al. Quality indicators in breast cancer care. *Eur J Cancer*. 2010 Sep;46(13):2344-56. doi: 10.1016/j.ejca.2010.06.119.
- Rubio IT, Marotti B, Biganzoli L, Aristei C, Athanasiou A, Campbell C, et al. EUSOMA quality indicators for non-metastatic breast cancer: An update. *Eur J Cancer*. 2024 Feb;198:113500. doi: 10.1016/j.ejca.2023.113500.
- Thompson SC, Cheetham S, Baxi S. The enablers, barriers and preferences of accessing radiation therapy facilities in the rural developed world - a systematic review. *BMC Cancer*. 2017 Nov 28;17(1):794. doi: 10.1186/s12885-017-3790-7.
- Song T, Sura KT. Achieving Equity in Transportation for Radiotherapy. *Cureus*. 2024 Jul 18;16(7):e64847. doi: 10.7759/cureus.64847.
- Charlton M, Schlichting J, Chioreso C, Ward M, Vikas P. Challenges of Rural

Cancer Care in the United States. *Oncology* (Williston Park). 2015 Sep;29(9):633-40.

35. Pautas de Oncología Médica para el Diagnóstico, Tratamiento Sistémico y Seguimiento. Cátedra de Oncología Clínica, Servicio de Oncología Clínica, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Diciembre 2023. Fecha de acceso 5 de febrero de 2025. Disponible en: [<https://oncologiamedica.hc.edu.uy/wp-content/uploads/2024/09/R-PAUTAS-DE-ONCOLOGIA-MEDICA-2023-final.pdf>]

36. PDQ Adult Treatment Editorial Board. Colon Cancer Treatment (PDQ®): Patient Version. 2024 Sep 13. In: PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65880/>

37. Della Valle A, Acevedo C. Comités de Tumores en Uruguay: ¿Cuál es el estado de situación diez años después? *Revista Médica del Uruguay*. 2012;28(4):262-265.

38. Organización Mundial de la Salud. Control de cáncer: Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. Cuidados paliativos. Ginebra, Suiza: OMS; 2007

39. McAteer R, Wellbery C. Palliative care: benefits, barriers, and best practices. *Am Fam Physician*. 2013 Dec 15;88(12):807-13.

40. Ordenanza Ministerial N° 1695/019: Lineamientos para el Desarrollo de Cuidados Paliativos en Uruguay. Ministerio de Salud Pública. 2019. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2019-12/Ordenanza%20N%C2%BA%201695.pdf>

Nota del editor: El editor responsable por la publicación de este artículo es Enrique Barrios.

Nota de contribución autoral:

Concepción: Monika Rondan, Natalia Camejo, Cecilia Castillo, Gabriel Krygier.

Diseño: Monika Rondan, Natalia Camejo, Cecilia Castillo, Gabriel Krygier.

Ejecución: Monika Rondan, Natalia Camejo.

Interpretación de los resultados: Monika Rondan, Natalia Camejo, Cecilia Castillo,

Redacción: Monika Rondan, Natalia Camejo, Cecilia Castillo.

Revisión crítica: Gabriel Krygier.

Nota de disponibilidad de datos: Los autores declaran que el conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio no se encuentran disponibles.