



**Primer Encuentro
Latinoamericano
de Salud Pública**

Octubre 23 al 25 de 2014 - Hotel Intercontinental
Santiago de Cali - Colombia

Respuestas a las inequidades sociales en salud
Paradigmas
Experiencias
Investigación



Escuela de Salud Pública



Universidad
del Valle

**Asociación entre los conocimientos sobre la prevención del cáncer de
mama y la práctica del autoexamen con determinantes
socioeconómicos de la salud y factores de riesgo relacionados al
estilo de vida en jóvenes universitarias de la ciudad de Bogotá:
Un análisis observacional**



José Francisco Meneses-Echávez, Marcia Cristina Chavarriaga Ríos

Maestría en Salud Pública

Universidad Santo Tomás

Cali, Colombia

Octubre de 2014

El cáncer de mama como problema prioritario en la agenda sanitaria mundial

- El cáncer más común en mujeres a nivel mundial
- Mortalidad más elevada en países desarrollados (15%)
- Representó el 25% de los nuevos casos en 2012 (GLOBOCAN, 2012)

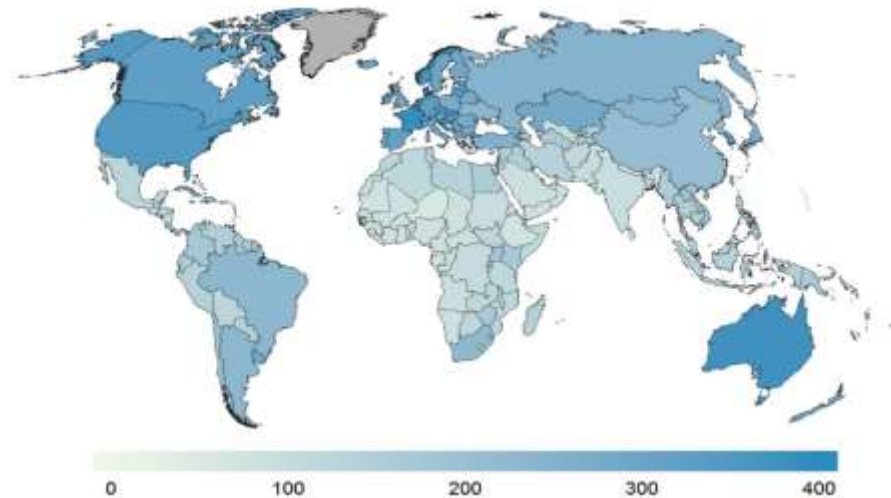


Table 2Estimated counts and age-standardised rates for incidence and mortality of female breast cancer by World region, 2008.^a

Incidence			Mortality			
Region	Cases	ASR ^b	Region	Deaths	ASR ^b	MR:IR ^c
World	1,384,155	42.3	World	458,503	13.9	0.33
More developed regions	692,634	71.7	More developed regions	189,455	17.1	0.24
Less developed regions	691,521	29.3	Less developed regions	269,048	11.8	0.40
Western Europe	148,940	97.0	Southern Africa	4465	21.7	0.52
Australia/New Zealand	16,119	92.0	Western Africa	16,342	20.3	0.60
Northern Europe	70,515	90.8	Northern Europe	18,420	20.1	0.22
North America	205,515	83.5	Western Europe	37,458	19.7	0.20
Southern Europe	91,118	74.4	Northern Africa	14,564	19.5	0.55
Polynesia	167	63.6	Central/Eastern Europe	47,149	18.6	0.38
Micronesia	132	62.2	Australia/New Zealand	3359	17.2	0.19
Central/Eastern Europe	114,574	48.7	Southern Europe	25,710	17.2	0.23
South America	88,400	48.3	North America	45,563	16.7	0.20
Caribbean	8996	42.7	Polynesia	40	16.0	0.25
Southern Africa	9012	42.0	Caribbean	3402	15.9	0.37
Northern Africa	27,993	35.3	Western Asia	12,342	15.7	0.45
Western Asia	28,694	35.1	South America	27,060	14.8	0.31
Western Africa	29,436	33.9	South-Eastern Asia	36,775	14.6	0.44
South-Eastern Asia	86,940	33.2	Melanesia	337	14.5	0.59
Central America	17,502	28.0	Middle Africa	4664	14.2	0.62
Eastern Asia	240,318	27.1	South-Central Asia	82,638	13.1	0.51
South-Central Asia	172,975	25.8	Micronesia	27	12.9	0.21
Melanesia	637	24.8	Eastern Africa	9956	12.4	0.60
Middle Africa	8276	23.0	Central America	6490	10.5	0.38
Eastern Africa	17,896	20.7	Eastern Asia	61,742	6.9	0.25

^a Data taken from GLOBOCAN [31].^b ASR=age standardised rate per 100,000 population, using the WHO World Standard Population [32].^c MR:IR= ratio of mortality rate to incidence rate for the region specified in the mortality column.

Breast-cancer early detection in low-income and middle-income countries: do what you can versus one size fits all

Joe B Harford

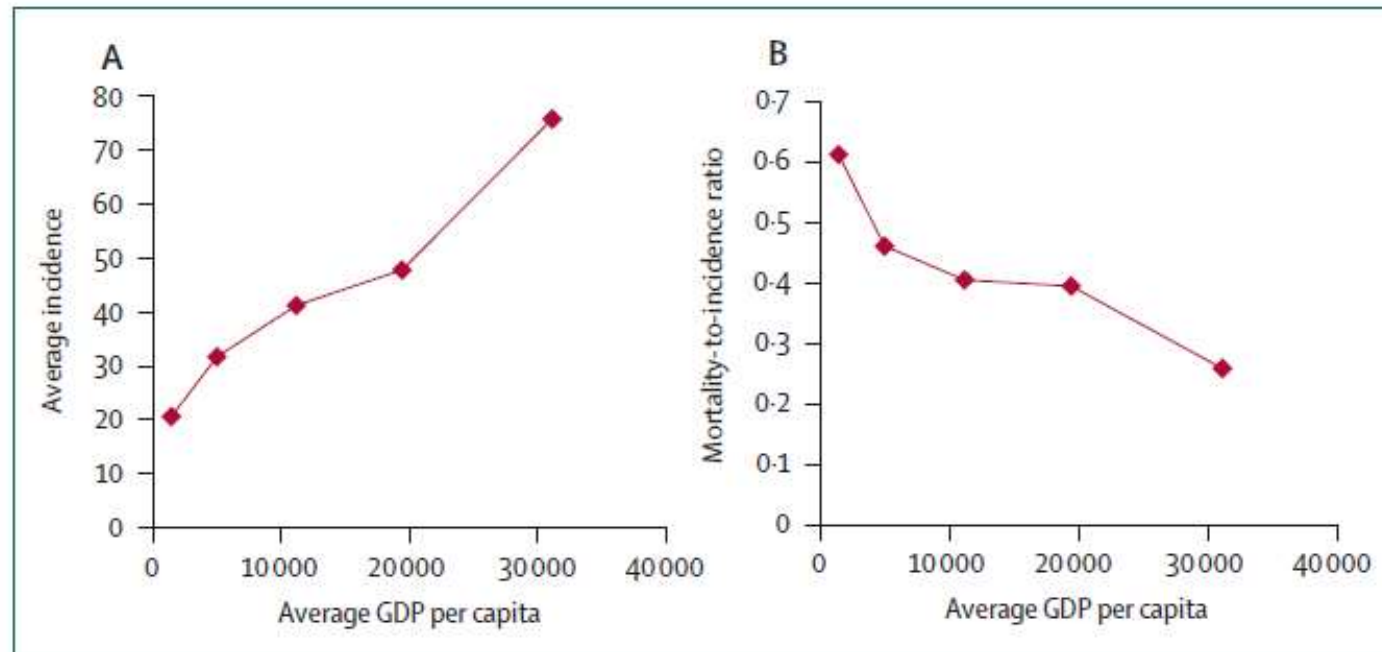


Figure 1: Relationship between GDP and breast-cancer incidence and outcomes

Relationship between average GDP and average age-standardised breast-cancer incidence (per 100 000; A). Relationship between average GDP and mortality-to-incidence ratio (B). Datapoints represent the following World Bank income groupings: low income, lower middle income, upper middle income, high income non-OECD, and high income OECD. GDP=gross domestic product. OECD=Organization for Economic Cooperation and Development. Plots were created from data published in reference 2.



PLAN DECENAL PARA EL CONTROL DEL CÁNCER EN COLOMBIA, 2012-2021



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social



Por el control del cáncer

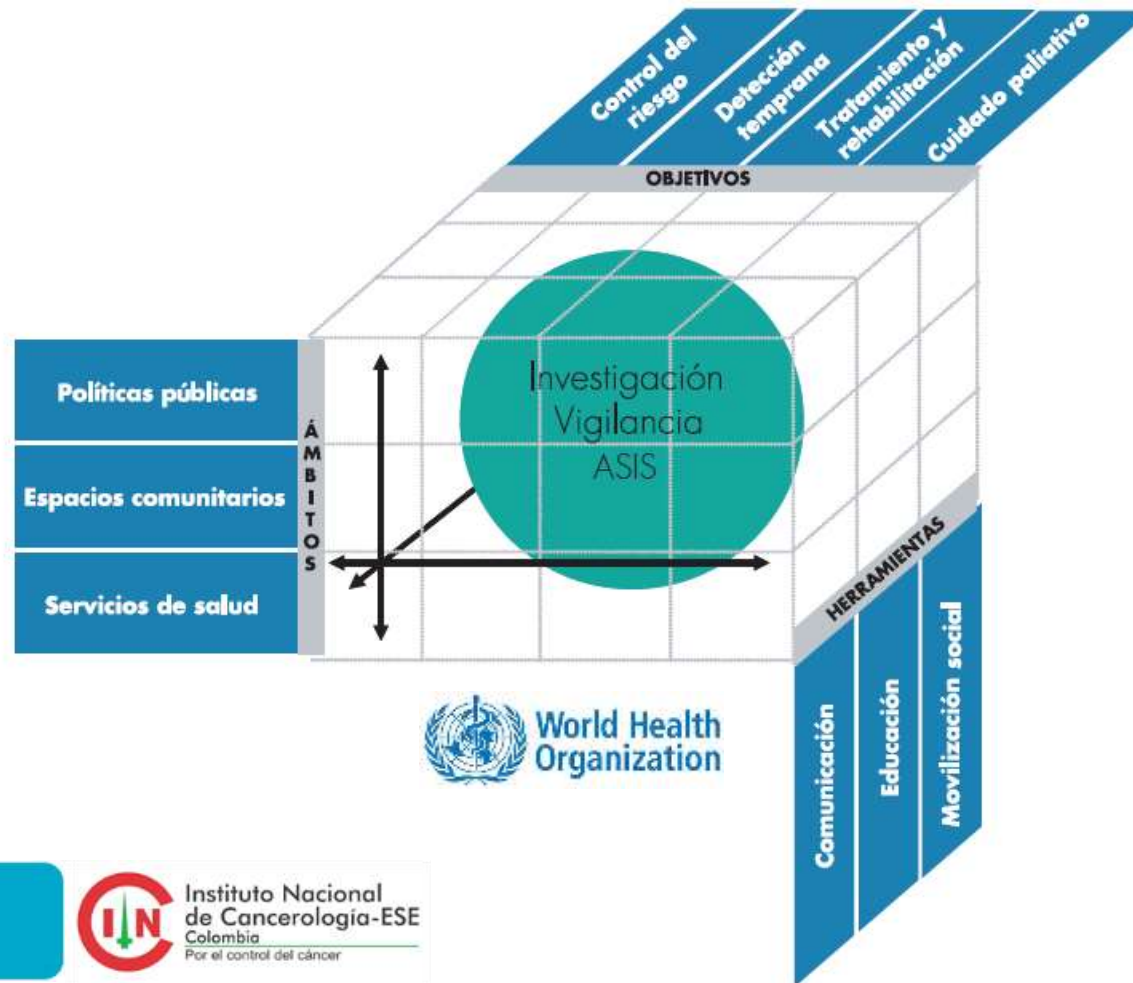
**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

OBJETIVOS

1. Reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables para cáncer.
2. Reducir las muertes evitables por cáncer mediante el mejoramiento de la detección temprana y la calidad de la atención.
3. Mejorar la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes de cáncer.
4. Garantizar la generación, disponibilidad y uso de conocimiento e información para la toma de decisiones.
5. Fortalecer la gestión del talento humano para el control del cáncer.

“Promover la ejecución de eficaces acciones intersectoriales y actuar en función de los costos en beneficios de la población, para reducir los riesgos comunes de las enfermedades no transmisibles, entre ellos el consumo de tabaco, y alcohol, la alimentación saludable y la inactividad física; así mismo, implementar acciones de prevención y detección del cáncer, mediante la aplicación de acuerdos y estrategias educativas, legislativas, reglamentarias y fiscales”. (INC, 2014)

MODELO PARA EL CONTROL DEL CÁNCER EN COLOMBIA



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social



**Instituto Nacional
de Cancerología-ESE
Colombia**
Por el control del cáncer





Revisión

Intervenciones con actividad física supervisada en el manejo de la fatiga relacionada con el cáncer: una revisión sistemática

Jose F. Meneses-Echavez^{1*}, Emilio González-Jiménez², Jorge E. Correa³, Robinson Ramírez-Vélez¹

¹Grupo GICAEDS. Facultad de Cultura Física, Deporte y Recreación. Universidad Santo Tomás. Bogotá. DC., Colombia.

²Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería (Campus de Melilla), Universidad de Granada, España.

³Centro de Estudios en Medición de la Actividad Física. (CEMA). Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad del Rosario, Bogotá DC., Colombia.

Resumen:

Introducción: La fatiga relacionada con el cáncer es el síntoma más prevalente y devastador para pacientes con cáncer; la actividad física ha sido propuesta como una intervención segura y eficaz en su control.

Objetivo: Determinar la efectividad de las intervenciones de actividad física supervisada en el manejo de la fatiga relacionada con el cáncer (FRC).

Metodología: Revisión sistemática de ensayos clínicos controlados aleatorizados. Pacientes adultos diagnosticados

SUPERVISED PHYSICAL ACTIVITY INTERVENTIONS IN THE MANAGEMENT OF CANCER-RELATED FATIGUE: A SYSTEMATIC REVIEW

Abstract

Background: Cancer-related fatigue is the most common and distressing symptom among cancer survivors; physical activity has been proposed as a safe and effective intervention to control it.

MÉTODOS

Estudio transversal en 389 mujeres libres de la enfermedad ($22,3 \pm 2,1$ años de edad) pertenecientes a dos universidades de Bogotá.

Se aplicó de manera auto-diligenciada el cuestionario “DACH-German multicenter surveillance study” para identificar los conocimientos, actitudes y prácticas para el autoexamen de seno y el instrumento de vigilancia epidemiológica sobre factores de riesgo comportamentales “BRFSS-Behavioral Risk Factor Surveillance System” elaborado por el Centro para el Control de Enfermedades (CDC en inglés) de los Estados Unidos.

Un análisis de regression logística multivariada fue realizado con el fin de identificar posibles variables asociadas a los conocimientos y práctica del autoexamen de seno y factores de riesgo comportamentales. Los análisis se realizaron en SPSS versión 22.0.



RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

Total	$n=352$
Edad	$22,3\pm 2,1$ años
Peso	$52\pm 3,5$ kg
Estatura	$1,5\pm 5,8$ metros
Hijos (1)	8%
<i>Estrato Socio-económico (Puntuación SISBEN)</i>	
Nivel I-II	22%
Nivel III	48%
Nivel IV	16%
Nivel V-VI	14%



Práctica del autoexamen de seno y conocimiento de su técnica correcta en mujeres jóvenes universitarias de Bogotá, Colombia

Variable	Frecuencia Relativa
<i>Auto-examen de seno</i>	
Antecedente familiar de cáncer	8,3%
Práctica del autoexamen de seno	77,3%
Conocimiento de la técnica correcta del autoexamen de seno	52%
Auto-examinación entre 1-2 veces/año	22%
Auto-examinación entre 3-10 veces/año	29%
Auto-examinación más de 10 veces/año	1,3%
Información previa acerca del cáncer de mama	64,7%



Auto-percepción del riesgo de cáncer de mama en jóvenes universitarias de Bogotá, Colombia

Auto-percepción de riesgo de cáncer de mama

Ninguno	15,3%
Bajo riesgo	51%
Riesgo moderado	12,7%
Alto riesgo	3,7%
No sabe	17%



Conocimiento de los factores de riesgo para cáncer de mama en mujeres universitarias de Bogotá, Colombia

Variable	Frecuencia Relativa Respuestas positivas
Edad de la mujer	61,4%
Edad del primer período menstrual	8%
Edad al primer parto	6%
Tumores antiguos	93,7%
Nuliparidad	15,3%
Edad de la menopausia	16,7%
Lactancia materna	9,3%
Consumo de anticonceptivas	10%
Suplementos hormonales antes y durante la menopausia	11,7%
El riesgo de cáncer de mama es alto sólo después de los 45 años de edad	4,5%



Estilo de vida y Conocimientos frente a los factores de riesgo comportamentales para cáncer de mama en mujeres universitarias de Bogotá, Colombia

Estilo de vida

Consumo regular de frutas y verduras	35,6%
Cumplimiento de práctica de actividad física por semana	53,3%
Consumo de tabaco	14%
Consumo de alcohol	35,5%
<i>Conocimientos frente al riesgo de cáncer de mama</i>	
Bajo consumo de frutas y verduras	55%
Sedentarismo	53,3%
Tabaquismo	59,3%
Consumo de alcohol	64,7%



Asociaciones entre el conocimiento de la técnica del autoexamen de seno y determinantes socio-económicos y comportamentales en mujeres universitarias de Bogotá, Colombia

<i>Variables</i>	<i>Odds Ratio (IC95%)</i>	<i>P<0,05</i>
<i>Conocimiento de la técnica del autoexamen de seno</i>		
Edad	1,2 (0,12 – 2,44)	0,11
Estrato socioeconómico	1,5 (1,02 - 5.35)	0,03
Práctica del autoexamen	2,8 (1,2 - 3,7)	<0,0001
Bajo conocimiento de factores de riesgo	3,2 (1,8 - 4,3)	0,02
No consumo de alcohol	1,5 (0,8 – 2,76)	0,08
Práctica de actividad física	1,8 (1,5 – 3,1)	<0,0001
No consumo de tabaco	3,1 (0,10 – 12,4)	0,34
Alto consumo de frutas y verduras	2,2 (1,8 – 4,6)	0,03



Asociaciones entre la práctica del autoexamen de seno y determinantes socio-económicos y comportamentales en mujeres universitarias de Bogotá, Colombia

Práctica del autoexamen de seno

	<i>Odds Ratio (IC95%)</i>	<i>P<0,05</i>
Edad	2,6 (1,5 – 4,96)	0,02
Estrato socioeconómico	2,1 (0,8 – 3,6)	0,10
Bajo conocimiento factores de riesgo	2,8 (1,4 - 3,9)	<0,0001
No consumo de alcohol	1,7 (1,2 – 2,1)	0,04
Práctica de actividad física	1,4 (0,9 – 2,1)	<0,0001
No consumo de tabaco	1,1 (0,7 – 1,8)	0,07
Alto consumo de frutas y verduras	1,2 (0,8 – 1,8)	0,051



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- Se evidenció un sentido desconocimiento acerca de la técnica correcta del autoexamen de seno en las jóvenes universitarias, sumado a la alta prevalencia de comportamientos no saludables.
- Los conocimientos acerca del autoexamen de seno, su práctica y los relacionados a los factores de riesgo comportamentales para cáncer de mama en universitarias de Bogotá se muestran superiores a los reportados en mujeres jóvenes de Jordania, Egipto y México, e inferiores a los recientemente encontrados en universitarias de Sao Paulo, Brasil.
- La mayor parte de la población desconoce la asociación entre los factores de riesgo comportamentales y el riesgo de cáncer de mama.
- Las acciones intersectoriales en salud pública deben priorizar los comportamientos de detección temprana y estilos de vida saludables para la prevención de la enfermedad.



ATOSA (550-475 a. C.)



Source: Universal Photographic Agency - www.universal.com

MUCHAS GRACIAS...

José F. Meneses Echávez

E-mail: menesesjose77@gmail.com

Universidad Santo Tomás

Bogotá, D.C, Colombia



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA