

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO
DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS RELACIONADAS A
CÁNCER COLORRECTAL EN FAMILIARES DE
PERSONAS QUE ASISITEN AL PROGRAMA
DEL PACIENTE OSTOMIZADO, ÁREA
DE ATRACCIÓN, HCG, NOVIEMBRE,
2016.**

SUSTENTANTE

MARÍA DE LOS ÁNGELES JARQUÍN CHAVES

SAN JOSÉ, COSTA RICA 2016

Carta de tutora

CARTA DEL TUTOR

San José, 17 de setiembre, 2017

Dirección de Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimados(as) señor(as):

La estudiante María de los Ángeles Jarquín Chves, cédula de identidad número: 1-1458-0521, me ha presentado, para efectos de revisión final, el trabajo de investigación denominado "*Conocimiento y prácticas relacionadas al cáncer colorrectal en familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, área de atracción, H.C.G, noviembre 2016*", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciada en Enfermería.

En mi calidad de tutora, verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante la revisión, he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	28%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	18%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	19%
	TOTAL		95%

En virtud de la calificación obtenida, se da por aprobado y finalizado el proceso de revisión de tesis.

Atentamente,



Laura Chaverri Vargas
Cédula de identidad: 2-0544-0224
Carné Colegio Enfermeras: 5294

Carta de lector

CARTA DEL LECTOR

San José, 21 marzo 2017.

Máster Zaida Rodríguez
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante **María Jarquín Chaves**, cédula de identidad número **1-1458-0521** me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **“CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS RELACIONADAS A CÁNCER COLORRECTAL EN FAMILIARES DE PERSONAS QUE ASISITEN AL PROGRAMA DEL PACIENTE OSTOMIZADO, ÁREA DE ATRACCIÓN, HCG, NOVIEMBRE, 2016..”** el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

En mi calidad de lectora metodológica, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	28
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	18
	TOTAL		96

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de revisión filológica.

Atentamente,



MSc. Vanessa Aguilar Zeledón
Cédula identidad 1-0874-0329
Carné Colegio Profesional E-4368

TABLA DE CONTENIDOS

PÁGINAS PRELIMINARES

Carta de la tutora.....ii

Carta del lector.....iii

INTRODUCCIÓN.....1

CAPÍTULO I: MARCO CONTEXTUAL.....6

1.1 Planteamiento del problema.....7

1.2 Justificación e importancia.....11

1.3 Redacción del problema central.....12

1.4 Objetivos.....13

1.4.1 Objetivo general.....13

1.4.2 Objetivo específico.....14

1.5 Alcances y limitaciones.....14

1.5.1 Alcances.....14

1.5.2 Limitaciones.....15

CAPÍTULO II: EL CONTEXTO HISTÓRICO Y TEÓRICO.	16
2.1 Contexto histórico.....	17
2.1.1 Antecedentes internacionales del cáncer colorrectal.....	17
2.1.2 Antecedentes nacionales del cáncer colorrectal.....	21
2.1.3 Antecedentes del Programa Integral al Paciente Ostomizado, HCG.....	23
2.2 Marco teórico.....	27
2.2.1 Generalidades del cáncer colorrectal.....	27
2.2.2 Estrategias de prevención del cáncer colorrectal.....	56
2.2.3 Rol del profesional de enfermería en la promoción de la salud.....	63
2.2.4 Teorizante de enfermería.....	68
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	73
3.1 Tipo de investigación.....	74
3.2 Área de estudio	75
3.2 Población.....	75
3.2.2 Muestra.....	75
3.2.3 Unidad de análisis, estudio o población.....	75

3.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	76
3.3.1 Criterios inclusión.....	76
3.3.2 Criterios de exclusión.....	76
3.4 Fuentes de información.....	76
3.4.1 Fuentes primarias.....	76
3.4.2 Fuentes secundarias.....	77
3.5Técnicas e instrumento de recolección de datos.....	77
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	87
4.1 Análisis e interpretación de datos.....	88
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	145
5.1 Conclusiones.....	146
5.2 Recomendaciones.....	149
BIBLIOGRAFÍA.....	151
6.1Bibliografía.....	152

ANEXOS	164
Anexo 1:Dedicatoria.....	165
Anexo 2: Carta del filólogo.....	166
Anexo 3: Declaración jurada	167
Anexo 4: Cuestionario de aplicación.....	168
Anexo 5: Esquema de carcinogénesis colorrectal.....	176
Anexo 6:Áreas principales del cuerpo afectadas por cáncer 2012.....	177
Anexo 7: Mortalidad de tumores malignos mujeres 2000 – 2010.....	178
Anexo 8: Mortalidad de tumores malignos varones CR 2000 – 2010.....	179
Anexo 9: Escala de Bristol para heces.....	180
Anexo 10. Guía de exámenes para detección temprana de CCR.....	181
Anexo 11. Calendario charlas del Programa al Paciente Ostomizado, HCG.....	182
Anexo 12. Boletín informativo entregado a familiares de personas que asistan al Programa al Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	183
Anexo 13. Carta del Coordinador del Programa al Paciente Ostomizados Dr. Víctor Ramírez Moya.....	185
Anexo 14. Resultado prueba de confiabilidad alfacrombach para instrumento de la investigación.....	186

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Tendencia de las principales causas de muerte en ambos sexos Costa Rica 2000 – 2011.....	8
Gráfico 2. Incidencia de tumores malignos más frecuentes en mujeres según año. Costa Rica 2000-2011.	9
Gráfico 3. Incidencia de tumores malignos más frecuentes en mujeres según año. Costa Rica 2000-2011.	10
Gráfico 4. Distribución porcentual según sexo en familiares de personas que asisten a Programa al Paciente Ostromizado, HCG, 2016.....	88
Gráfico 5. Distribución porcentual según rango de edad, de familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostromizado, HCG, 2016.....	89
Gráfico 6. Distribución porcentual según nivel de escolaridad, en familiares de personas que asisten al Programa del paciente ostromizado, HCG, 2016.....	90
Gráfico 7. Distribución porcentual según ingreso económico, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostromizado, HCG, 2016.....	92
Gráfico 8. Distribución porcentual según enfermedades heredo familiares crónicas, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente ostromizado, HCG, 2016.....	94

Gráfico 9. Distribución porcentual según parentesco del familiar con el paciente que asiste al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	95
Gráfico 10. Distribución porcentual según padecimientos intestinales en los últimos 5 años de los familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	97
Gráfico 11. Distribución porcentual según tiempos de comida diarios efectuados por familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG,2016.....	98
Gráfico 12. Distribución porcentual según alimentos preferidos para merendar, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	100
Gráfico 13. Distribución porcentual según consumo de comidas rápidas, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	101
Gráfico 14. Distribución porcentual según consumo de harinas refinadas y dulces, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	102
Gráfico 15. Distribución porcentual según consumo de carnes rojas, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	104
Gráfico 16. Distribución porcentual según consumo de embutidos, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	105

Gráfico 17. Distribución porcentual según consumo de bebidas gaseosas, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	106
Gráfico 18. Distribución porcentual según patrón defecatorio, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	109
Gráfico 19. Distribución porcentual según consistencia de las heces en relación a la escala de Bristol, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	111
Gráfico 20. Distribución porcentual según consumo de frutas diarias, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	113
Gráfico 21. Distribución porcentual según consumo de verduras y legumbres semanales, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	113
Gráfico 22. Distribución porcentual según consumo de pescado o derivados semanales, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	115
Gráfico 23. Distribución porcentual según consumo de agua diarios, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	116
Gráfico 24. Distribución porcentual según consumo de productos lácteos, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	119

Gráfico 25. Distribución porcentual según consumo de suplementos vitamínicos, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	120
Gráfico 26. Distribución porcentual según ejercicio semanal, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	124
Gráfico 27. Distribución porcentual según cantidad de tiempo dedicado al ejercicio, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	124
Gráfico 28. Distribución porcentual según frecuencia chequeos médicos, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	125
Gráfico 29. Distribución porcentual según percepción de importancia de exámenes de heces, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	127
Gráfico 30. Distribución porcentual según conocimiento del efecto de la fibra en el cuerpo humano, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	130
Gráfico 31. Distribución porcentual según conocimiento de alimentos fuente de fibra, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	132

Gráfico 32. Distribución porcentual según conocimiento de acciones que disminuyen el riesgo de padecer cáncer colorrectal, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	135
Gráfico 33. Distribución porcentual según conocimiento de síntomas relacionados al cáncer colorrectal, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	136
Gráfico 34. Distribución porcentual según información recibida relacionados al cáncer colorrectal, familiares de personas que asisten al Programa al Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	138
Gráfico 35. Distribución porcentual según calificación de información recibida en 5 años relacionados al cáncer colorrectal, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado HCG, 2016.....	139
Gráfico 36. Distribución porcentual según el medio por el cual se recibió la información relacionada al cáncer colorrectal, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	140
Gráfico 37. Distribución porcentual según conocimiento de influencia del parentesco relacionado al cáncer colorrectal, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	142
Gráfico 38. Distribución porcentual relación difusión de información en relación a la disminución de cáncer colorrectal en familiares de personas que asisten al programa al Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	143

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Afectación en tejido, ganglios linfáticos o presencia de metástasis según la Society of Clínica Oncology	45
Cuadro 2. Afectación en tejido, ganglios linfáticos o presencia de metástasis según la escala de Dukes Astler y Coller.....	46
Cuadro 3. Distribución porcentual según provincia de residencia, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	91
Cuadro 4. Relación entre el consumo de alcohol y tabaquismo pasivo y activo, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	108
Cuadro 5. Distribución porcentual según consumo de frutos secos semanales, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	118
Cuadro 6. Relación sexo y consumo de suplementos para la digestión en los familiares de personas que asisten al Programa del Paciente, Ostomizado, HCG, 2016.....	122
Cuadro 7. Relación edad y realización de colonoscopias en los familiares de personas que asisten al Programa al Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	129
Cuadro 8. Distribución porcentual según conocimiento de factores de riesgo de cáncer colorrectal, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016.....	133

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se han dado grandes cambios socio-culturales a nivel mundial. El estilo de vida es un claro ejemplo, en el cual, las personas enfrentan nuevos retos y surgen a la vez nuevos desafíos. Es por ello, que la sociedad contemporánea, debe lidiar con problemas ambientales de gran magnitud, globalización y enfermedades emergentes relacionadas a estilos de vida desfavorables como en el caso de ciertos tipos de cáncer.

La Organización Mundial de la Salud define el cáncer como:

“Un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana (1)”.

Asimismo, La OMS en el 2015 afirma que: “el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; en 2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer. Se prevé que el número de nuevos casos aumentaría en aproximadamente un 70% en los próximos 20 años” (2).

Relacionado con lo anterior, algunos tipos de cáncer que se presentan con mayor incidencia a nivel mundial, generan un importante impacto económico y social, los tipos de cáncer más frecuentes para el 2012 fueron en hombres: “pulmón, próstata,

colon y recto, estómago e hígado, y en mujeres fueron los de mama, colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago” (2).

En el caso del cáncer colorrectal, este ha tenido un comportamiento variado en los últimos años, donde se observa un gran número de fallecimientos. La Organización Mundial de Gastroenterología en el 2007 mencionó que: “el cáncer colorrectal (CCR), presentó una incidencia anual de aproximadamente 1 millón de casos y una mortalidad anual de más de 500.000” (3).

Por esta razón, se prevé que el número de casos absolutos aumentará por el envejecimiento de la población general, asociándose en gran parte a cambios en el estilo de vida. En Costa Rica la situación epidemiológica no varía mucho en comparación con el resto del mundo, en el caso del cáncer colorrectal, presenta altos niveles de incidencia, ocasionando un número considerado de muertes cada año.

En general, el aumento de casos a nivel mundial de cáncer es la manifestación más extrema de la necesidad de medidas inmediatas para hacer frente al problema, recalcando la importancia de insistir en la educación acerca de la prevención, detección y tratamiento temprano, siendo el eje central la promoción de salud.

Hoy por hoy, el cáncer se considera una epidemia mundial, ya que siendo una enfermedad de etiología multifactorial, donde los hábitos de vida inciden directamente, se establece la importancia de incrementar la educación, con el fin de minimizar los altos los índices de mortalidad reportados.

Por ende, el propósito de la investigación es identificar los conocimientos y prácticas relacionados a cáncer colorrectal en familiares de personas que asisten al Programa de Atención Integral al paciente ostomizado, Hospital Calderón Guardia, octubre, 2016.

De esta manera, la investigación consta de 7 capítulos descritos a continuación:

CAPÍTULO I

El marco contextual aborda las generalidades del trabajo realizado tales como; el planteamiento del problema acerca de la enfermedad así mismo describiéndolo y valorando la trayectoria epidemiológica a través de los años de la patología en diferentes investigaciones realizadas a nivel internacional y nacional, por otro lado establece una serie de objetivos para abordar el tema de investigación y sus variables: factores de riesgo, conocimiento y prácticas. En esta se justifica de forma concisa y más amplia la problemática en la cual se centra la investigación.

CAPÍTULO II

Incluye a los antecedentes, contexto histórico y teórico. En la primera sección se menciona el sustento científico acerca de la enfermedad.

Asimismo se describe la población en la cual se realiza la investigación sustentando de manera más extensa y precisa la investigación.

CAPÍTULO III

Este capítulo contempla el marco metodológico, en el cual se describe de manera concisa el tipo de investigación, sus características, el lugar en el cual se realiza,

además incluye los criterios tanto de inclusión y exclusión, fuentes de información y describe el instrumento utilizado.

CAPÍTULO IV

En esta sección se realiza el análisis e interpretación de datos obtenidos, mediante la tabulación e interpretación de resultados posterior a la aplicación del instrumento de estudio.

CAPÍTULO V

En esta sección se realizan las conclusiones pertinentes a los resultados obtenidos y tomando como guía así mismo respondiendo los objetivos planteados desde el inicio y por ende las recomendaciones relacionadas a las necesidades y situaciones presentes en la población de estudio.

CAPÍTULO VI

En esta sección se incluyen las fuentes bibliográficas en las cuales se fundamentó la investigación.

CAPÍTULO VII

En este capítulo se presenta los anexos e instrumentos utilizados acerca de conocimientos y prácticas relacionadas a cáncer colorrectal en familiares de pacientes ostomizados.

CAPÍTULO I
MARCO CONTEXTUAL

1.1 Planteamiento del problema

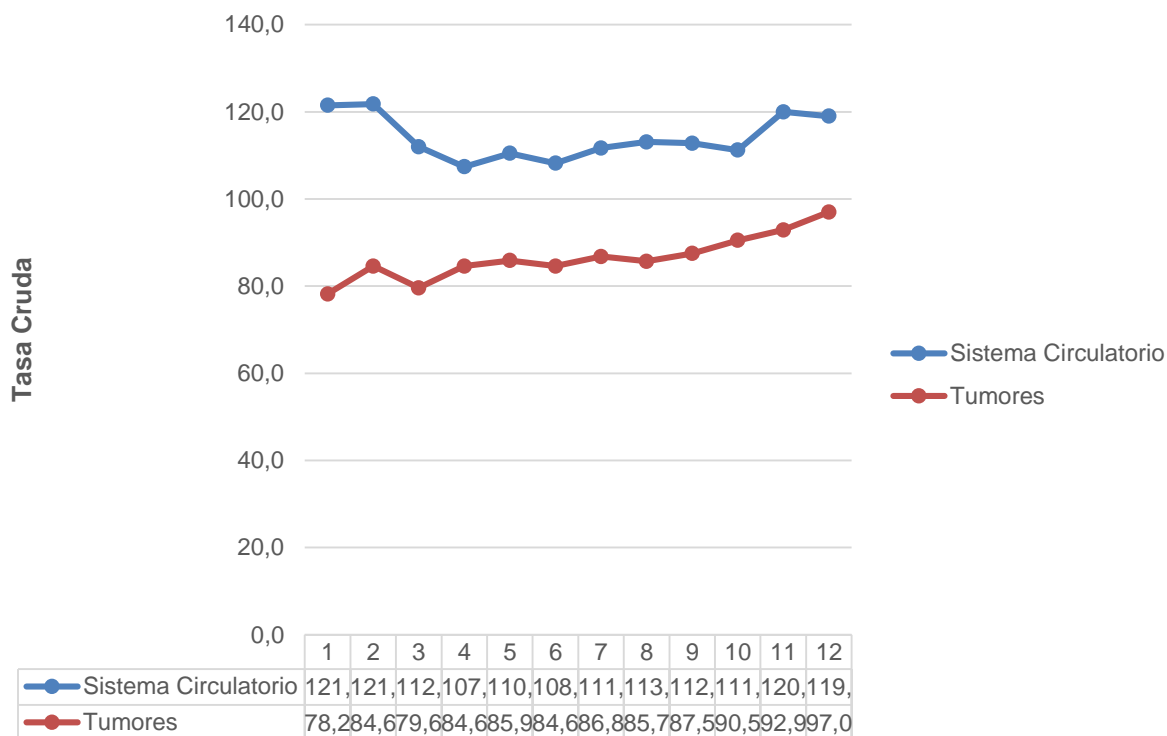
Costa Rica cuenta con uno de los mejores sistemas en prestación de servicios de salud en Latinoamérica, semejantes a países de primer mundo, cuyos logros se ven reflejados en sus indicadores de salud. Sin embargo, no ha sido suficiente para disminuir el desarrollo de enfermedades no transmisibles.

El Plan para la Prevención y Control de Cáncer, refiere que: “en Costa Rica, la situación epidemiológica es muy similar a la de los países desarrollados. El cáncer es la segunda causa de muerte en el país, lo que ha llevado a que desde hace varios años se haya intentado poner en marcha un Plan Nacional para la Prevención y el Control de Cáncer, en cumplimiento con las políticas nacionales, que han señalado la importancia de este tema” (4). Asimismo, los estilos de vida propician la aparición de factores que aumentan el riesgo de desarrollar cáncer, lo que trae como consecuencia elevados gastos económicos que generan un gran impacto en el país.

El siguiente gráfico ilustra la condición epidemiológica en Costa Rica, con respecto a las principales causas de mortalidad en ambos sexos:

Gráfico 1

**Tendencia de las principales causas de muerte en
Ambos sexos Costa Rica 2000 – 2011
Tasas crudas anuales por
100 000 personas**



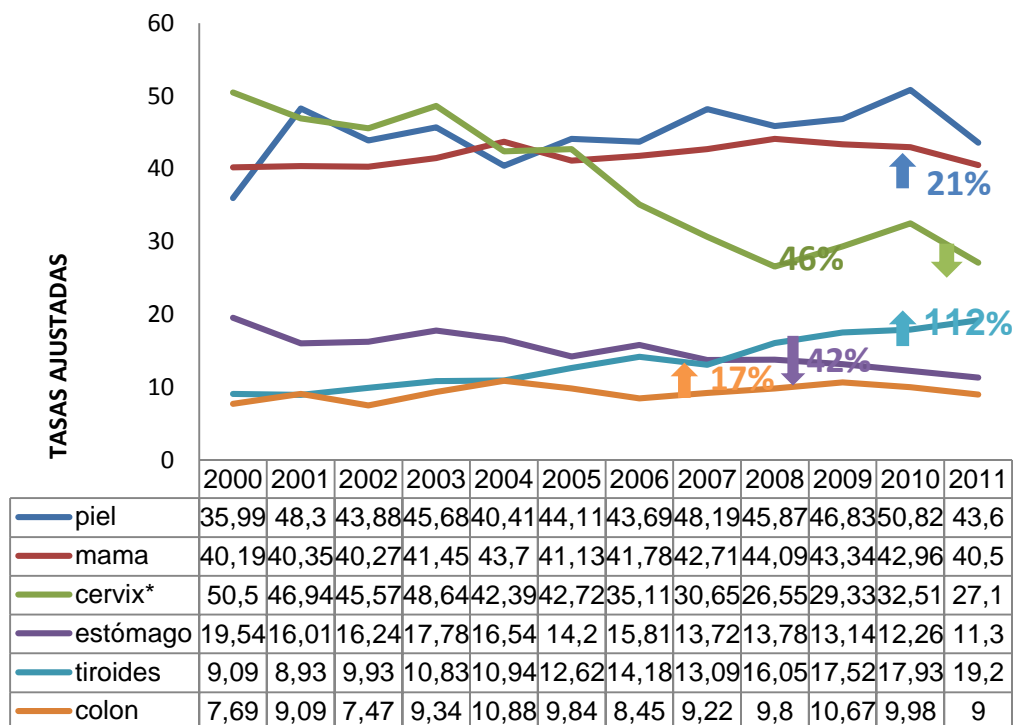
Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2012.

Mediante el perfil epidemiológico descrito, se evidencia que el cáncer se manifiesta como segunda causa de muerte prematura en la población Costarricense, con un comportamiento ascendente desde el 2000 y un incremento significativo en el 2011.

En concordancia, datos suministrado por el Ministerio de Salud en el 2015, reportan: “la tendencia de enfermedades no trasmisibles ha tenido muy poca variación y en el caso del cáncer más bien se observa un incremento” (5).

Con respecto a la población femenina el siguiente gráfico muestra la incidencia de tumores malignos en dicho grupo.

Gráfico 2
Incidencia por tumores malignos más frecuentes en
Mujeres según año, Costa Rica 2000 – 2011
Tasas ajustadas por 100 000 mujeres.

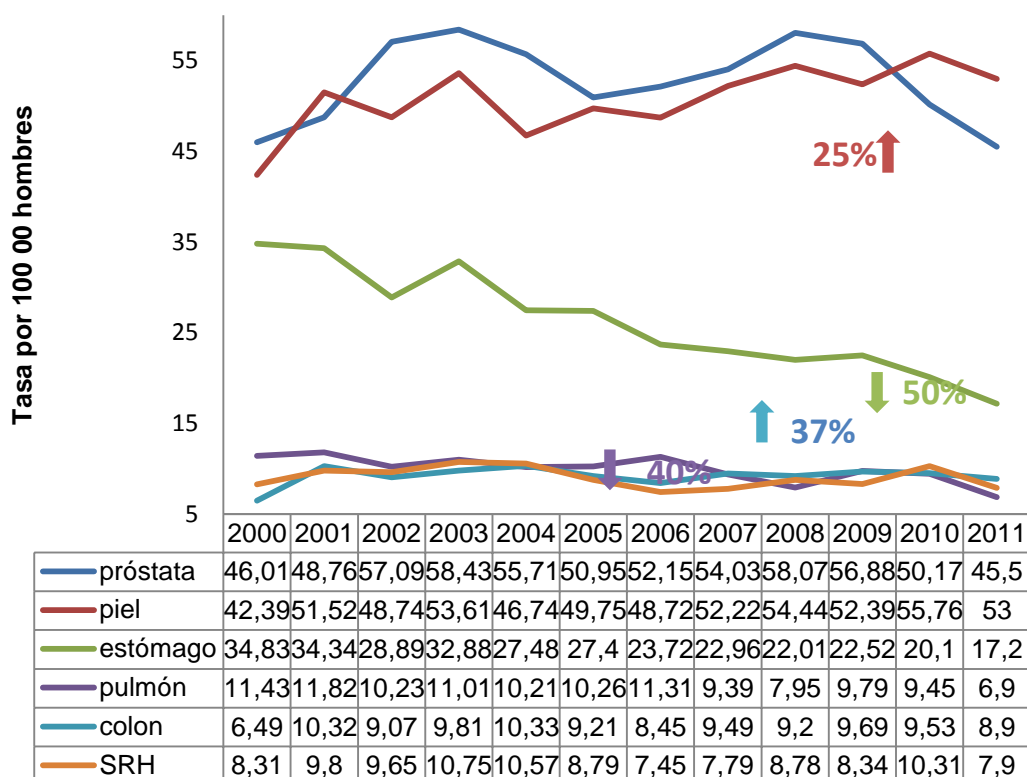


Fuente: Registro Nacional de tumores, 2014

Los tipos de cáncer más frecuentes en mujeres son el de piel y mama. El cáncer colorrectal ocupa el sexto lugar con un 9% de los casos para el 2011.

Con respecto a la población masculina, el gráfico No. 3 muestra la situación de incidencia de tumores malignos para este grupo poblacional.

Gráfico 3
Incidencia de tumores malignos más frecuentes en
Hombres según año, Costa Rica 2000 – 2011
(Tasa ajustadas por 100 000 varones)



Fuente: Registro Nacional de Tumores, MINSA, 2014

Como puede apreciarse, la incidencia de cáncer colorrectal en varones es mayor que en la contraparte femenina, que podría relacionarse a un mayor consumo de tabaco y alcohol en este sector de la población.

Por región, los índices de enfermedad oncológica colorrectal más altos en el país se dan en el cantón central de San José. Por ello, es necesario enfatizar en la promoción de salud y estrategias de prevención, ya que solo reconociendo hábitos y prácticas saludables se logra un impacto significativo en la disminución de casos.

1.2 Justificación e importancia

La importancia de desarrollar una investigación sobre conocimientos y prácticas relacionadas a cáncer colorrectal, en una población que ha convivido con la experiencia de padecer enfermedades gastrointestinales, es de gran importancia por el impacto que puede ocasionar el conocer más a fondo factores tanto protectores como de riesgo oncológico.

En un estudio realizado en el 2008 por Pacheco et al, menciona acerca del cáncer colorrectal:

“El carcinoma colorrectal es la afección maligna más común del tubo digestivo. Cada año se diagnostican en Estados Unidos más de 145,000 casos nuevos y mueren 55,000 pacientes por esta enfermedad, lo que determina que el cáncer colorrectal sea el segundo cáncer más letal en ese país. La incidencia es similar en ambos géneros y ha permanecido constante en los últimos 20 años. En México, de acuerdo con los datos disponibles del último análisis del Registro Histopatológico de Neoplasias en México, el cáncer colorrectal no se encontraba dentro de las diez neoplasias más frecuentes, solo al analizar de manera específica los tumores malignos del aparato digestivo se encontró que el cáncer colorrectal era la segunda neoplasia más frecuente después del cáncer gástrico” (5).

Es mediante la aseveración pasada, que la población actual por sus estilos de vida poco saludables y el poco conocimiento de la enfermedad, invita a que este tipo de enfermedad siga en aumento sustancial, provoca un problema de salud a nivel nacional e internacional.

Al respecto, Córdova en el 2012 afirma: “es indispensable focalizar nuestras acciones en estrategias de promoción de la salud, diferenciadas, que fortalezcan y amplíen la lucha contra los riesgos sanitarios y favorezcan la cultura de la salud y el desarrollo de oportunidades para elegir estilos de vida saludables” (6).

Aunado a ello, se desprende la importancia del rol del profesional de enfermería y el correcto ejercicio de sus funciones, donde la educación juega un papel fundamental para mantener un adecuado estado de salud y enfatizar en medidas preventivas acerca de la enfermedad colorrectal.

De esta forma, el fomentar modelos de prevención, enfocados a la reducción de factores de riesgo, pueden crear nuevas vías para generar cambios en una población que necesita reflexionar acerca de sus estilos de vida, los cuales han llevado por durante años y no poseen el conocimiento de lo perjudiciales que son.

1.3 Redacción del problema central

En la actualidad, los estilos de vida tienen gran impacto sobre la construcción de hábitos y prácticas: alimentación, sedentarismo, herencia, estrés laboral, entre otros, relacionados todos directamente con la salud.

Asimismo, la falta de conocimiento en el autocuidado, provoca una mayor vulnerabilidad y favorece la aparición de enfermedades, tanto agudas como crónicas.

Por lo tanto, el entorno en el que se desarrolla un individuo es de gran relevancia, ya sea desde el núcleo familiar, laboral y social. Además, la identificación de

prácticas nocivas y conductas de riesgo sustituidas por conocimientos benéficos que conllevan a un mejor estado físico, mental y social.

En el caso del cáncer colorrectal, propiamente el principal problema es el poco conocimiento en cuanto a etiología, función del intestino grueso y prácticas saludables, hecho que ha provocado que la patología se incremente considerablemente.

Es por ello, que los familiares de los pacientes con patologías colorrectales han vivido de cerca las consecuencias del tratamiento y complicaciones de diversas enfermedades vinculadas al cáncer colorrectal, ya que tanto la herencia, como la edad y los estilos de vida contemporáneos, propician su aparición.

Tomando en cuenta lo anterior, la problemática presente a raíz de la carencia de conocimiento y las prácticas inadecuadas relacionadas con el cáncer colorrectal, la interrogante que guía la presente investigación es:

¿Cuáles son los conocimientos y prácticas relacionadas a cáncer colorrectal en familiares de personas que asisten al Programa de Atención Integral al Paciente Ostomizado, área de atracción, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, noviembre, 2016?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar conocimientos y prácticas relacionadas a cáncer colorrectal en familiares de personas que asisten al Programa de Atención Integral al Paciente Ostomizado, área de atracción, Hospital Calderón Guardia, Noviembre, 2016.

1.3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar sociodemográficamente la población de familiares de personas que asisten al Programa de Atención Integral al Paciente Ostromizado, área de atracción, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, Noviembre, 2016.
- Identificar los factores de riesgo de cáncer colorrectal en familiares de personas que asisten al Programa Integral al Paciente Ostromizado, área de atracción, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, Noviembre, 2016.
- Reconocer las prácticas de prevención acerca de cáncer colorrectal en familiares de personas que asisten al programa Integral al paciente ostromizado, área de atracción, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, Noviembre, 2016.
- Identificar conocimientos acerca de cáncer colorrectal en familiares de personas que asisten al programa Integral al paciente ostromizado, área de atracción, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, Noviembre, 2016.

1.4 Alcances y limitaciones

1.4.1 Alcances

- Se pudo tener un acercamiento con la población de 100 familiares de personas que asisten al Programa de Atención Integral al Paciente Ostromizado.
- Se pudo concientizar la población de estudio acerca de conocimientos y practicas relacionadas al cáncer colorrectal.

- Se logra despertar el interés de los familiares de las personas que asisten al Programa al Paciente Ostomizado, Hospital Calderón Guardia, con el fin de prevenir o detectar a tiempo el cáncer colorrectal.
- Se genera un aporte a consultorio del Programa del Paciente Ostomizado del Hospital Calderón Guardia, a los pacientes y a los familiares de estos.
- Se logra identificar la necesidad de información acerca de la enfermedad, en la cual se hizo entrega de panfletos, boletines educativos, rotafolios y pequeñas charlas durante la realización de la investigación, en la cual se pudo captar de una manera mayor a la población y se evidencio anuencia para aprender acerca de factores de riesgo relacionados al cáncer colorrectal.

1.4.2 Limitaciones

- En el momento de realizar la investigación algunos de los familiares, se negaron a participar en el estudio.
- A nivel nacional no se cuenta con investigaciones de parte de los profesionales de enfermería en relación con el cáncer colorrectal.

CAPÍTULO II
CONTEXTO HISTÓRICO Y TEÓRICO

2.1 Contexto histórico

2.1.1 Antecedentes internacionales del Cáncer colorrectal

Los estudios en salud que permiten mejorar las condiciones sanitarias, específicamente enfocados a las enfermedades no transmisibles, se han enfocado en las acciones preventivas. A continuación se mencionan algunas investigaciones a nivel mundial en relación con el cáncer colorrectal.

En Europa, investigadores del Memorial Sloan Kettering analizaron mutaciones en tumores de 126 pacientes menores de 50 años y 368 pacientes de 50 y más años, encontrando frecuencias diferentes de la mutación en función de los grupos de edad.

Ese mismo centro se descubrió, que los tumores de cáncer colorrectal en pacientes más jóvenes pueden ser molecularmente distintos a los de pacientes de mayor edad, y que estas diferencias están relacionadas con la forma en que los genes se encienden y se apagan (epigenética) en los tumores de los más jóvenes” (7).

En esa misma región se encuentra un estudio dirigido por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), en el cual se demostró que: “las células del cáncer colorrectal tienen una alteración de los niveles de calcio intracelular, lo que facilita su proliferación y resistencia. Este hallazgo abre nuevas vías para la prevención y el tratamiento” (7).

Por otro parte, en Francia en el 2015: “después de una revisión exhaustiva de la literatura científica acumulada, un grupo de trabajo de 22 expertos de 10 países, convocados por el Programa de Monografías de La Agencia Internacional de

Investigación sobre el Cáncer (IARC por su sigla en inglés), clasificó el consumo de carne roja como probablemente carcinógeno para los humanos (Grupo 2A), basado en evidencia limitada de que el consumo de carne roja, causa cáncer en los humanos y fuerte evidencia mecanicista apoyando un efecto carcinógeno. Esta asociación se observó principalmente con el cáncer colorrectal, pero también se han visto asociaciones con el cáncer de páncreas y el cáncer de próstata” (8).

En dicho estudio se encontró que: “cada porción de 50 gramos de carne procesada consumida diariamente aumenta el riesgo de cáncer colorrectal en un 18%, para un individuo el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal por consumo de carne procesada sigue siendo pequeño, pero este riesgo aumenta con la cantidad de carne consumida” (8).

Rodrigo y Riestra en España en el 2007, presentaron un estudio en el cual especifica: “que se ha relacionado la ingesta de fibra con una disminución del riesgo de cáncer colorrectal, con base en evidencias epidemiológicas (menor incidencia de CCR en sociedades subdesarrolladas en las que hay una importante ingesta de fibra) y a teorías patogénicas (tránsito intestinal acelerado que impediría el contacto de los carcinógenos con la mucosa del colon)” (9).

En este mismo país, en el 2008 un estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo de pacientes con carcinoma colorrectal, corroborado con estudio Histopatológico, llevados a cabo por el Servicio de Oncología Quirúrgica y Cirugía: “detectó 65 casos de pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal, de éstos, 33

fueron hombres y 32 mujeres y las edades oscilaron entre los 25 y 83 años. La edad más frecuente de presentación fue en el grupo de 61-70 años de edad” (5).

En el mismo estudio también se llegó a la conclusión de que: “la localización anatómica más frecuente de este tipo de cáncer fue: “en el colon ascendente con 25 casos (38.46%), de los cuales, en las mujeres, correspondió a 10 casos (15.38%) y, en los hombres a 15 casos (23%). En el recto, correspondió igualmente a 25 casos (38.46%), en mujeres a 14 casos (21.5%) y en hombres a 11 casos (16.9%)”(5).

En el continente Americano, la Asociación Nacional de Cáncer en Estados Unidos, en el 2009: “analizó la dieta, el historial médico y el estilo de vida de más de 120 000 hombres y mujeres. “Los hombres y las mujeres que tuvieron el consumo más alto de calcio, tanto por su dieta como por el uso de complementos, tuvieron un riesgo modestamente reducido de cáncer colorrectal, en comparación con quienes tuvieron consumos más bajos”(5).

En este mismo estudio se denota que: “los beneficios del calcio parecieron que se estancaron en un consumo de aproximadamente 1200 mg al día. Cuando se analizó el calcio de la dieta por separado, no se encontró una reducción del riesgo de cáncer colorrectal. Sin embargo, el uso de complementos de calcio en cualquier cantidad estuvo asociado con un riesgo menor. Esta asociación fue más fuerte (una reducción del riesgo de 31%), entre las personas que tomaron complementos de calcio de 500 mg o más al día”(10).

En México, un grupo de investigadores, Márquez et al, presentaron en el 2008 un estudio transversal analítico del 2000 al de 2005, en el Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, de pacientes con diagnóstico histológico de cáncer colorrectal: “en el cual se registró sexo, edad, manifestaciones clínicas, localización del tumor, grado de diferenciación y tiempo de evolución, la mayoría de los pacientes tuvieron diagnóstico adenocarcinoma avanzado. Los síntomas como predictores de malignidad mostraron baja sensibilidad y moderadamente alta especificidad” (11).

Asimismo, el Instituto de Cancerología de México, en el 2008 menciona: “la relación en los resultados del análisis del cáncer colorrectal CCR en población mexicana, coinciden con los reportados por la literatura internacional la cual la alta incidencia de cáncer colorrectal CCR se puede deber a factores de tipo ambiental, como a una dieta fundamentalmente rica en grasas y proteínas, y pobre en fibra, vegetales y el envejecimiento progresivo de la población” (9).

Por otra parte, en Cuba se realizó un estudio descriptivo transversal, con 192 pacientes intervenidos en el Hospital Provincial Universitario Saturnino Lora, cuyos hallazgos más sobresalientes fueron: “la máxima incidencia del carcinoma colorrectal se sitúa entre los 60 y 70 años, y menos de 20 % afecta a menores de 50 años. Cuando aparece en jóvenes se debe sospechar una colitis ulcerosa preexistente o uno de los síndromes de poliposis heredo-familiar. La edad inferior a 40 años tiene un pronóstico desfavorable, lo cual se atribuye a que en esas edades, entre 60 y 80% de los afectados son diagnosticados en estadios Dukes C y con metástasis” (12).

En América del Sur, en Ecuador en el 2010 se realizó un estudio retrospectivo, donde se concluyó: “la edad de los pacientes oscilaba de los 41 y 78 años, la sintomatología de inicio fue variada, desde tenesmo hasta rectorragia que fue lo más llamativo, por lo cual, las pacientes decidieron acudir a la valoración médica que en conjunto con métodos de imágenes complementarios llegaron a un diagnóstico”(13).

En Chile, Donoso en el 2006, destaca la situación de ese país con respecto a la patología oncológica colorrectal: “en el período 1990-2003, hubo 9.968 muertes por cáncer de colon; 4.096 (41,1%) fallecimientos correspondieron a hombres y 5.872 (58,9%) a mujeres” (14). Así mismo denotando la afectación similar que se presenta en el mundo con respecto a este país.

Rodrigo y Riestra en España en el 2007 presentaron un estudio en el cual especifica: “que se ha relacionado la ingesta de fibra con una disminución del riesgo de cáncer colorrectal con base en evidencias epidemiológicas (menor incidencia de CCR en sociedades subdesarrolladas en las que hay una importante ingesta de fibra) y asesorías patogénicas (tránsito intestinal acelerado que impediría el contacto de los carcinógenos con la mucosa del colon)” (9).

2.1.2 Antecedentes nacionales del cáncer colorrectal

En Costa Rica, el cáncer constituye la segunda causa de fallecimiento en adultos mayores de 65 años. Al igual que en el ámbito mundial, el cáncer de colon es una de las tumoraciones que más muertes causa junto con el de próstata, mama, pulmones y estómago.

En los estudios presentados por Sierra, et al en 1995, que tomó el periodo de 1970 a 1990, el cáncer colorrectal en Costa Rica no era un problema de gran magnitud, ya que su incidencia era relativamente más baja que el cáncer de mama, gástrico y de pulmón, los cuales eran las primeras causas oncológicas de mortalidad, en ese momento el cáncer colorrectal se relacionaba más a una causa de muerte en la población de poder adquisitivo alto y más urbanizado, en el cual era un grupo bastante limitado y no generaba mayor impacto (15).

La epidemiología nacional de esa época afirmaba, que el cáncer colorrectal era prácticamente nulo en la población, una visión muy distinta a la que se vive hoy en día, donde se denota la evolución a nuevas enfermedades, donde los padecimientos colónicos se encuentran presentes en mayor número en la población.

Cardona en el 2011, realizó un estudio de revisión de resultados de colonoscopias y rectosigmoidoscopias en el adulto mayor llevado a cabo en el Hospital Calderón Guardia. En este estudio se encontró que: “las personas a las que se les ofrece la prueba de tamizaje han decidido no realizarla , dichos estudios han revelado que algunas personas consideran que no están en riesgo de desarrollar cáncer colorrectal o son demasiado jóvenes para realizar la prueba, otros piensan que la prueba es desagradable o peligrosa, y hay quienes dicen no tener tiempo para realizar la prueba o que necesitan más información antes de realizarla” (16).

Con respecto a investigaciones, Marchena, en el 2012 afirma: “en Costa Rica, no se han llevado a cabo estudios que demuestren la importancia de la prevención

para un diagnóstico temprano que permita brindar un manejo en el tratamiento, tanto de primera línea como subsiguientes, que mejore la calidad de vida y el pronóstico en la sobrevivencia de las personas afectadas” (17).

Asimismo, una entrevista realizada a un médico costarricense especialista en cirugía general y cirugía de colon y recto, sostiene: “en Costa Rica, el comportamiento epidemiológico del cáncer de colon y recto no se conoce, pues el Registro Nacional de Estadística y Censo no actualiza los datos desde hace aproximadamente 10 años. Sin embargo, en su experiencia, el comportamiento clínico muestra un aumento de un 100% en los últimos años. La incidencia tampoco se conoce y, en cuanto al manejo, no existen programas de detección temprana por lo que se diagnostica la enfermedad en estadios avanzados (III y IV)” (17).

Por otro parte, Santamaría en el 2015, del Instituto en Investigaciones en Salud de la Universidad de Costa Rica, formó parte del grupo de 22 especialistas que analizó el riesgo de padecer cáncer debido al consumo intensivo de carnes rojas preparadas (embutidos) y de diferentes cortes de ese tipo de alimento concluyendo, que: "lo recomendable es disminuir el consumo de carnes procesadas tanto como sea posible y no excederse en el consumo de carnes rojas. Estas recomendaciones son parte de lo que ya establecen las Guías Alimentarias de Costa Rica emitidas por el Ministerio de Salud"(18).

2.1.3 Antecedentes del Hospital DR. Rafael Ángel Calderón Guardia

Entre los personajes más emblemáticos de la historia Costarricense está el Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, el cual, asumió la presidencia en 1940, y desde ahí,

incentivó cambios históricos radicales para el país, donde destacan una serie de reformas dirigidas a beneficiar la mayoría de personas. Su alianza con Manuel Mora Valverde y Monseñor Sanabria, fomentó una ideología en pro del pueblo.

Entre los cambios más representativos que realizaron, fue la promulgación de Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en la cual, se estipuló como institución encargada de proteger los trabajadores contra riesgos; de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, donde esta es, un pilar fundamental en la sociedad tica, ya que es el primer sistema social a nivel centroamericano.

La creación de la Caja Costarricense de Seguro Social el 1 de noviembre de 1941, empezó la verdadera revolución de la medicina costarricense, hasta llegar a lo que hoy se posee, una Seguridad Social sólida, solidaria y con cobertura universal, lo cual, es un ejemplo a seguir por el mundo entero.

El Hospital Calderón Guardia comienza sus funciones bajo el nombre del "Policlínico del Seguro Social", el 1 de noviembre de 1943. Posteriormente, la creciente demanda del hospital promovió la construcción de un edificio con condiciones más aptas, para la demanda de la población y se compró el edificio llamado "Casa Cuna", (el actual edificio central del hospital).

En 1945 se inaugura el servicio de internamiento con 200 camas aproximadamente, lo que hace que se le cambie el nombre a "Hospital Central" y en 1972, se brinda el nombre que posee actualmente.

Hoy en día, el Hospital Calderón Guardia es uno de los hospitales más importantes de Costa Rica, tanto por su historia como por el servicio que brinda. Es uno de los hospitales con más atracción de pacientes a nivel nacional y dirige sus esfuerzos tanto a la promoción, prevención, tratamiento y curación de la enfermedad.

Por otra parte, como centro médico destacado, cuenta con servicios de gran relevancia en la parte educativa, lo cual promueve la creación de diferentes programas para dar un mejor seguimiento de las diferentes dolencias de la población.

Uno de los programas más representativos de dicha institución es el “Programa de Atención Integral al Paciente Ostomizado”, el cual nace de la necesidad del aumento sustancial de enfermedades intestinales unido a las lesiones ocasionadas por la violencia de los tiempos actuales, lo que ha aumentado el número de personas con ostomías temporales o permanentes.

El programa se incluye dentro del tercer nivel de atención, como apoyo a los servicios de Cirugía, oncología y urología del Hospital Rafael A. Calderón Guardia. “El propósito de este programa es desarrollar un plan de trabajo que facilite la atención integral del paciente ostomizado del Área de Atracción del Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia”(19).

Asimismo, este programa cuenta con un equipo interdisciplinario preparado para abordar cada una de las dudas, condiciones o situaciones de cada usuario, para ello se requirió integrar un grupo de apoyo profesional en las diferentes ramas a saber: “medicina y cirugía, enfermería, psicología, nutrición, farmacia y trabajo

social, los cuales, además trabajan en diferentes áreas de acción como consulta externa, visitas a usuarios hospitalizados, visitas a usuarios a domicilio, consulta de terapia enterostomal, educación continua para personal, pacientes y familiares, sistema de abastecimiento ágil de materiales y equipos de alta calidad”(19).

De los profesionales antes mencionados, los que proporcionan de manera fija y constante su consulta en el establecimiento del Programa, son; el médico coordinador el Dr. Víctor Ramírez Moya, profesional de enfermería Máster Vanessa Marengo B. y en psicología, la Dra. Isabel Bertozzi Blanco, los cuales brindan la consulta y educación para el seguimiento de adaptación tanto física como emocional de los usuarios, y asimismo cuentan con el apoyo del Sr. Andrés Sandi, responsable de bodega de insumos del Programa.

El Programa se estableció varios años atrás, pero asimismo acontecieron diversos cambios, en los cuales el portal de la Caja Costarricense de Seguro Social, afirma que: “este programa en el Hospital Calderón Guardia se creó en el 2010 y actualmente atiende al menos a unas 450 personas, que tienen algún problema digestivo o urinario, usualmente el programa da apoyo a los pacientes y familiares diariamente para que puedan enfrentar este proceso de cambio de la manera más positiva y que continúen con su vida normal”(20).

En el 2015, “se reportaron 379 pacientes, brindando apoyo junto con sus familiares diariamente. De ese total, 207 son pacientes mujeres y 172 hombres, quienes reciben sesiones grupales durante todo el año, donde tratan temas de interés como

la adecuada nutrición para estas personas, el manejo del proceso y los insumos, además del ejercicio y la motivación”(21).

Usualmente el número de pacientes diarios varía según la condición general física, normalmente se atienden 12 usuarios en la consulta médica, los pacientes se programan para control cada 3 meses, durante el tiempo que tenga la ostomía.

En dicha consulta se dialoga con el paciente y posteriormente pasa a consulta con el profesional de enfermería, para revisar el estado del estoma y aclarar dudas acerca de su manejo, entre otras temáticas relacionadas, en el cual se dura aproximadamente 30 minutos con cada usuario y asimismo dan un apoyo psicológico, para que puedan rehabilitarse física y emocionalmente de manera más eficaz.

Marco teórico

2.2.1 Generalidades del cáncer colorrectal

El cáncer colorrectal es definido por la Asociación Americana de Cáncer de la siguiente manera: “es el cáncer que se origina en el colon o el recto. Algunas veces a estos cánceres se les llama por separado cáncer de colon o cáncer rectal dependiendo del lugar donde se origina. El cáncer de colon y el cáncer de recto tienen muchas características en común”(22).

Otra definición brindada por el Colegio Americano de Gastroenterología, afirma: “El cáncer colorrectal o del intestino grueso es una enfermedad en la cual se forman células malignas, es decir cáncer, en el revestimiento interior del colon o del recto.

El intestino grueso está conformado tanto por el colon, como por el recto. La principal función del intestino grueso es reabsorber el agua de los contenidos del intestino, a fin de que el desecho sólido se pueda expeler en el inodoro. El colon está formado por metro y medio de intestino grueso, y los últimos 15 centímetros le corresponden al recto”(23).

El concepto actual de carcinogénesis colorrectal se relaciona con una serie de fallos genéticos, que afectan genes encargados de reparar el ácido desoxirribonucleico ADN, a oncogenes y genes supresores de tumores, produciéndose así acumulación de dichas alteraciones en el epitelio colónico por años, (normalmente décadas).(Anexo 5)

Con respecto a la epidemiología, La Organización Panamericana de la Salud, refiere: “el cáncer colorrectal es el cuarto cáncer más común en la región de las Américas. Cada año se producen en la región más de 240.000 nuevos casos y aproximadamente 112.000 muertes debidas a esta enfermedad. Canadá, Uruguay y Barbados presentan las tasas de incidencia más altas, mientras que los países de América Central presentan las más bajas. Si no se toman acciones al respecto, se prevé que, para el año 2030, la incidencia de cáncer colorrectal aumente en un 60%” (24).(Ver anexo 6)

Por otro lado, La Asociación Americana de Cáncer en el 2014, menciona: “excluyendo a los cánceres de piel, el cáncer colorrectal es el tercer cáncer que se diagnostica con más frecuencia tanto en los hombres como en las mujeres en Estados Unidos. Para el año 2015, los cálculos de la Sociedad Americana Contra el

Cáncer, para este cáncer en los Estados Unidos son: 93,090 casos nuevos de cáncer de colon, 39,610 casos nuevos de cáncer de recto. En general, el riesgo de cáncer colorrectal durante la vida es aproximadamente de 1 en 20 (5%). El riesgo es ligeramente menor en las mujeres que en los hombres. Se espera que cause alrededor de 49,700 muertes durante 2015” (25).

Mediante la aseveración realizada por esta Asociación, Indiscutiblemente permite identificar que este tipo de cáncer es una problemática en países de primer mundo, por su acceso a comidas procesadas, los altos niveles de sedentarismo y tabaquismo que existen como parte arraiga de su cultura.

Por otro lado, Pacheco afirma: “la distribución respecto a géneros es similar en ambos, sin embargo, se ha sugerido una mayor frecuencia de cáncer rectal en varones, al parecer relacionada con el mayor consumo de alcohol. Se ha observado mayor tasa de mortalidad en el sexo femenino, secundaria a factores hormonales exógenos o del estilo de vida”(26).

Así mismo, una de las justificantes ante los altos niveles de casos existentes en varones es relacionado a la negación que manifiestan ante exámenes diagnósticos relacionados a la manipulación de su zona anal, (llámese ano y la manipulación de muestras de heces), como resultado la enfermedad se desarrolla durante años.

En Costa Rica propiamente, el Dr. Calderón, menciona acerca del perfil epidemiológico de cáncer en Costa Rica en el año 2010-2011 que: “este tipo de cáncer presentó el quinto lugar de incidencia el cáncer colorrectal en mujeres, en cuanto a mortalidad el cáncer colorrectal se encontró en el tercer lugar. Relacionado

a hombres el cáncer colorrectal se encontró en cuarto lugar en incidencia y en mortalidad se conservó en el quinto lugar”(27).(Ver anexo 7 y 8).

El Ministerio de salud Costarricense para el año 2012, refirió que: “en el sexo masculino los tipos de cáncer más frecuentes según su localización fueron: piel 56,14 casos nuevos por cada 100.000 hombres, próstata 47,91, estómago 18,29, colon 9,58, sistema hematopoyético 8,43, y pulmón 7,28. En el sexo femenino, la localización más frecuente de tumores malignos para el año 2011 es el de piel, seguido por el de mama, en tercer lugar está el cáncer de cérvix y el cáncer de tiroides ocupó el cuarto, el cáncer de estómago ocupa el quinto puesto y el de colon el sexto “(28).

Por otro lado, la Caja Costarricense en el 2012 afirma que: “en varones es el cuarto cáncer más común, hubo un total de 192 casos con una tasa del 8.17 con mayores números de casos después de los 55 años de edad y presentándose el mayor número de casos en San José seguido de Cartago” (28).

En mujeres, se presentaron un número de casos de 221 con una tasa de 9.60, el grupo de edad con mayor número de casos son a partir de los 55 años, con una tasa de 22.64, el cual, es el sexto cáncer que más se presenta en este sexo y las provincias con mayor índice son San José seguido de Alajuela”(28).

En cuanto al número de casos, el Dr. Young en el 2013 especifica:

“Actualmente en Costa Rica el cáncer colorrectal tiene una incidencia en hombres de 9,49% por cada 100 000 habitantes, convirtiéndolo en el cuarto tumor más frecuente en el país, mientras que en las mujeres, ocupa el sexto lugar en incidencia

con un 9,22%. Además en mortalidad es el quinto tumor más letal en hombres y en mujeres se convirtió en la tercera causa de muerte más frecuente. Este último punto es el más significativo, ya que con respecto a la mortalidad en mujeres pasa de ser la cuarta causa en el año 2000, a ser la tercera en el 2010, por encima del cáncer de cérvix, los datos anteriores se basan en estudios del Ministerio de salud para el año 2007 (incidencia) y 2010 (mortalidad) (29).

Datos más recientes, suministrados por el área de estadística de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, menciona que para el primer semestre del 2015 la incidencia del cáncer colorrectal se divide en tres zonas: recto, colon y área rectosigmoidea.

De ellas, la que presentó una mayor tasa de casos es el de colon con 140 casos reportados en mujeres y 108 casos en varones, los cuales, empiezan a ver un ascenso en casos a partir de los 45 años y su punto máximo es a los 65 años.

En el segundo lugar, se encuentra el cáncer de recto, el cual presenta más casos en hombres (99 casos) en comparación con las mujeres (93 casos). Por último, la zona rectosigmoidea reporta 18 casos en varones y 16 casos en mujeres siendo diagnosticados el mayor número de casos de los 65 años en adelante (30).

En su presentación clínica, el cáncer de colon y de recto crece lentamente, y muchas veces es diagnosticado cuando los síntomas se presentan en etapas avanzadas y cuando la probabilidad de lograr curación es reducida.

Asimismo, los factores ambientales funcionan tanto como agentes beneficiosos o dañinos, (conocidos estos últimos como factores de riesgo). La Organización

Mundial de la Salud, establece que un factor de riesgo es: “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión” (31).

De esta manera, el cáncer colorrectal se correlaciona con factores ambientales y condiciones de riesgo que aumentan o disminuyen la probabilidad de incidencia, dichos factores pueden ser modificables y no modificables, dentro los no modificables se encuentran:

Edad: el sector de la población de más rápido crecimiento en los países occidentales es de las personas mayores de 65 años, Según Cardona en el 2014: “el cáncer colorrectal es raro en menores de 50 años y la probabilidad de desarrollarlo aumenta con la edad” (16).

Sexo: Los hombres tienen un riesgo ligeramente mayor de desarrollar cáncer colorrectal que las mujeres, al respecto, Young menciona que: “en estudios de registro, se ha podido constatar que los varones presentan un mayor riesgo de desarrollar adenomas colónicos y cáncer colorrectal, así como una mayor mortalidad por este”. (29)

Raza: Normalmente las personas de raza negra poseen un mayor riesgo de padecer cáncer colorrectal esporádico o no hereditario, La Asociación de Cáncer Americana estipula que: “Las personas de la raza negra tienen las tasas de incidencia y de mortalidad de cáncer colorrectal más altas en comparación con todos los grupos raciales en los Estados Unidos. Las razones de esto todavía se desconocen” (22).

Historia Familiar: Además del riesgo asociado con antecedentes familiares de cáncer colorrectal, este va a depender del número de familiares afectados y la edad del diagnóstico.

Según Castro, en un programa educativo participativo centrado en el paciente de cirugía oncológica colorrectal: “Sujetos con un familiar de primer grado afectado (FDR) de Cáncer Colorrectal diagnosticado a una edad mayor de 50 años, tienen un riesgo relativo de 2 a 3,15 mayor riesgo de desarrollar un cáncer colorrectal, Sujetos con dos o más familiares directos, con diagnóstico de cáncer colorrectal a cualquier edad, o con un CCR diagnosticado antes de los 50 años, tienen un riesgo de 4 a 6 veces más de desarrollar CCR” (32).

Síndromes hereditarios: Torres en el 2006 menciona: “cerca del 90% de los casos son de origen esporádico; sin embargo, alrededor de 5% de los casos se deben a cáncer colorrectal hereditario no polipósico(33).

Dentro de las formas hereditarias, se destaca: “el cáncer colorrectal familiar, cuenta con un aproximado entre 10% y el 30% de los pacientes con neoplasias de colon y recto (1,34) y dentro de estos, el síndrome más frecuente es el de Lynch o también conocido como cáncer colorrectal hereditario no polipósico, al que se atribuyen alrededor de 2% a 3% en estas neoplasias, se estima que se presenta en 1 de cada 300 pacientes con cáncer colorrectal”(34).

Por otra parte, son de gran importancia los factores modificables relacionados al cáncer colorrectal que se presentan a continuación:

Alimentación: “la mayor parte de los estudios que han analizado factores dietéticos protectores, tales como, es el caso de los suplementos con ácido fólico o magnesio, el consumo de café, ajo o pescados ricos en omega-3” (29).

De esta forma, se ha observado que la población que presenta un alto consumo de tales alimentos: frijoles, soya, arroz integral, germen de trigo, brócoli, espinacas, fresas, ajo, arándano, jengibre, añil, pimienta, entre otros tendrán un menor riesgo de desarrollar la enfermedad.

Por otra parte, el consumo de productos lácteos está asociado a una disminución de los casos, la cual se ha visto también con los suplementos de calcio, que disminuyen en un 19% la recurrencia de adenomas de colon (9).

Alimentos con grasas: Pierart y Rozowsky en el 2006, establecen acerca del consumo de grasa: “También pueden producir cambios en los receptores hormonales, alteraciones de los mecanismos de crecimiento celular y modificación de sustancias químicas intracelulares. Además, un aporte elevado de ácidos grasos puede provocar cambios en la composición de la bilis lo que puede provocar daño directo de la mucosa intestinal y promover la conversión de algunos componentes de la dieta a sustancias carcinogénicas” (54).

Otros problemas relacionadas al consumo de grasas es el efecto sobre el colesterol, este favorece el aumento del “LDL” lo que llámanos colesterol malo, por otro lado, disminuye e impide el efecto o acción del colesterol bueno el HDL. El consumo alto de grasa también aumenta los triglicéridos, cuya elevación favorece a la aparición de arteriosclerosis y aumenta el riesgo de cáncer colorrectal.

Inactividad física: llevar una vida sedentaria sumada a problemas de peso crónicos, como sobrepeso u obesidad, son factores que podrían desencadenar distintas formas de cáncer. Por lo que la actividad física estaría relacionada a una significativa reducción del riesgo de cáncer en general, especialmente el de colon, mama, útero y próstata, ya que con el ejercicio se oxigenan mejor los tejidos aumentando el pH del cuerpo y evitan la acidez del mismo.

Tabaquismo: el tabaco aumenta el riesgo de desarrollar pólipos, los cuales como se ha mencionado anteriormente, pueden ser precursores de la enfermedad: “un incremento de un 18% del riesgo entre los paciente fumadores, más en aquellos que tienen 30 o más años de fumar, con respecto a los que nunca lo habían hecho” (29)

Alcoholismo: el consumo de alcohol frecuente propicia que crezcan células en la mucosa del colon: “el acetaldehído como metabolito activo contribuye en la formación de radicales libres, los cuales favorecen el crecimiento de la mucosa colonica; y que a su vez va a favorecer la aparición de pólipos colónicos, los cuales son factores de riesgo para desarrollar cáncer de colon”(29).

Radioterapia: es parte del tratamiento en pacientes con cáncer de próstata, cáncer de cérvix u ovario, los cuales por su proximidad en ciertas partes del intestino grueso pueden irradiar y desarrollar cáncer (35).

Diabetes tipo 2: según la Asociación Americana del Cáncer: “ tanto la diabetes tipo 2 como el cáncer colorrectal comparten algunos de los mismos factores de riesgo como el exceso de peso” (22) .

Obesidad: la obesidad, definida como el Índice de masa corporal igual o superior a 30 Kg/m², es una de las mayores causas de morbilidad de las enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer.

Estreñimiento: esta condición gastrointestinal se define por el Instituto Nacional de Cáncer como: “afección en la que las heces se tornan duras, secas y difíciles de evacuar, y las evacuaciones intestinales no suceden muy a menudo” (36).

Por ende, un tránsito intestinal lento provoca un mayor tiempo de contacto de los agentes cancerígenos que se encuentren en la materia fecal con la mucosa intestinal, incrementan el riesgo de alteraciones en el tejido.

En el Reino Unido, se crea en 1997 la Escala de heces de Bristol, la cual fue diseñada para evaluar más sistemáticamente la consistencia de las heces y las formas en que salen para valorar si están normales. Según La Asociación de Celiacos de México A.G, en el 2010, describen la escala de Bristol, de la siguiente manera (37):

Tipo 1: Trozos duros separados, como nueces, que pasan con dificultad, Son aquellas heces que han pasado un mayor tiempo en el tracto intestinal y en general, tienen un paso más complejo.

Tipo 2: Estas evacuaciones parecen como “salchicha”, pero también están abultadas. Estas heces indican que está constipado y deshidratado.

Tipo 3 (Normal): Estas evacuaciones también parecen como “salchicha”, pero también parecen haber grietas en el exterior. Estas deposiciones son consideradas

normales y saludables. El consumir más agua contribuye a que la materia fecal se torne más suave y no tenga grietas al exterior”.

Tipo 4 (Normal): Evacuaciones en esta categoría suelen ser suaves y lisas, salen en forma de una serpiente. Este tipo es considerado normal y saludable.

Tipo 5: Esta categoría contiene heces que pasan fácilmente a través del sistema digestivo, parecen como trozos de masa pastosa con bordes bien definidos. Estas evacuaciones son clasificadas; como diarrea suave y también se pueden resultar en una enfermedad intestinal.

Tipo 6: Las heces son fragmentos blandos y esponjosos con bordes irregulares. Estas deposiciones se consideran blandas y pueden indicar que tiene diarrea.

Tipo 7: Este tipo de materia fecal es líquida en su mayoría con cero partículas sólidas. Las heces tipo 7 han pasado la menor cantidad de tiempo en el colon. Esto puede ser diarrea grave. (Ver anexo 9)

Finalmente, existen factores protectores del cáncer colorrectal, los cuales contribuyen a disminuir su incidencia. Martínez en el 2013 hace una lista de los mismos:

Disminución de alimentos grasos: la ingesta de grasas, incrementa la concentración de insulina, produciendo hiperinsulinemia, lo cual aumenta el riesgo de cáncer colorrectal, alimentos tales como “queso curado, semicurado y queso manchego, asimismo introducir productos bajos en grasa como el queso desnatado, queso fresco, 1 y/o 2 cucharas de aceite de oliva al día” (38).

Carnes rojas: “carnes tales como ternera, cerdo y cordero. Alternar con carnes de pavo y pollo. Reducir la carne procesada: tocineta, salchichón, chorizo y todo tipo de embutidos, exceptuando el jamón sin tocino” (38).

Preparación de alimentos: la carne cocinada en exceso, o en contacto directo con el fuego puede incrementar el riesgo de cáncer colorrectal, Martínez en el 2013 reafirma que: “preferiblemente al horno o a la plancha, la carne no debe tener contacto directo con el fuego, ni estar muy cocinada (38).

Alimentos ricos en fibra: este tipo de alimentos poseen una gran influencia en las evacuaciones, tales como: “cereales, pan integral, pastas integrales, arroz. Frutos secos tales como: las almendras y nueces aumentan el tránsito intestinal disminuyendo el riesgo de cáncer colorrectal”(38).

Fruta y vegetales: el consumo de entre 4 y 5 piezas de fruta diaria (la manzana con cáscara, pera, mandarina y ciruelas, asimismo alternando con 2 o 3 verduras, los cuales son fuente de fibra y vitaminas(38).

Ingesta diaria hídrica: con respecto a los beneficios del agua en la salud colonica, es permitir el tránsito intestinal adecuado, evitan evacuaciones dolorosas y dificultosas, asimismo promoviendo la expulsión de las heces evitando que pasen más del tiempo necesario en el colon, según el Instituto de investigación de salud y Agua, refiere: “ la Organización Mundial de la Salud y numerosos especialistas de la salud recomiendan consumir entre 2 y 3 litros de agua al día” (39).

Vitaminas, calcio y magnesio: la Asociación Nacional de Cáncer menciona que: “La vitamina D y el calcio podrían funcionar juntos para reducir el riesgo de cáncer

colorrectal, ya que la vitamina D ayuda a que el cuerpo absorba el calcio, además, si se toma diariamente un complejo multivitamínico que contenga ácido fólico o folato reduce el riesgo igualmente” (42).

Actividad física: según la Asociación Americana del Cáncer se recomienda: “actividad física de moderada a vigorosa intensidad 30 minutos al día, además de las actividades habituales del día. Se prefiere de 45 a 60 minutos de actividad física intencional” (43).

Peso corporal: “el sobrepeso o la obesidad aumentan el riesgo de cáncer colorrectal tanto en los hombres como en las mujeres, aunque esta asociación parece ser mayor entre los hombres. Tener más grasa abdominal (es decir, en el área del estómago acrecentando la cintura), también se ha relacionado con cáncer colorrectal”(42).

Fármacos antiinflamatorios: la Asociación Nacional de Cáncer refiere: “ las personas que toman regularmente aspirina y otros medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, tales como; ibuprofeno y naproxeno, tienen menos riesgo de padecer cáncer colorrectal y pólipos”(42).

En cuanto a la sintomatología del cáncer colorrectal varían dependiendo de la ubicación del cáncer en el colon o recto, aunque es posible que no haya síntomas en absoluto. Esta entidad clínica se evidencia a través de:

Estreñimiento: la obstrucción es poco común en este tipo de tumor por el diámetro del ciego y el colon ascendente, sin embargo los tumores del ciego pueden bloquear la válvula ileocecal y causar obstrucción en el intestino delgado distal.

Muñoz en el 2013 menciona: “las lesiones exofíticas grandes ocluyen el lumen intestinal, así como las neoplasias de lado izquierdo se asocian con síntomas oclusivos, estas últimas debido a la presencia de heces mejor formadas a ese nivel y a la absorción de agua en el colon proximal” (44).

Hematoquezia o melena: “las lesiones distales ocasionalmente pueden presentarse con sangrado digestivo bajo macroscópico, que en este lo que puede llevar a la presencia de síndrome anémico” (44). Las lesiones del colon derecho suelen ulcerarse, causan una pérdida de sangre crónica e insidiosa sin modificar el aspecto de las heces.

Caquexia: se puede evidenciar pérdida de masa muscular esquelética, acompañada de una pérdida considerable de peso, en cual el organismo consume el músculo esquelético y el tejido adiposo.

Dolor abdominal: este signo representa uno de los más inespecíficos, Montenegro y Brenes mencionan al respecto: “los tumores en colon transversal y el colon descendente, pueden originar dolor abdominal tipo cólico, a veces obstrucción e incluso perforación intestinal” (45).

Anemia: este síntoma se relaciona a la pérdida hemática crónica desapercibida durante las evacuaciones, asimismo, los síntomas constitucionales como fatiga, disnea y angina son secundarios a la anemia microcítica, que puede ser la principal presentación del cáncer de colon derecho.

Por otro lado, Montenegro y Brenes en el 2013, hacen referencia a otros síntomas:

“En casos raros ocurre la perforación hacia un órgano vecino por lo general vejiga o vagina y se manifiesta por neumaturia, fecaluria o drenaje vaginal feculento. Las neoplasias localizadas en el rectosigma se asocian frecuentemente con hematoquecia, tenesmo y disminución del diámetro de las heces, desafortunadamente, es posible que los primeros signos de cáncer de colon dependan de una enfermedad metastásica. Las metástasis hepáticas masivas pueden causar prurito e ictericia” (45).

Con respecto al diagnóstico del cáncer colorrectal, las pruebas que se efectúan para la comprobación de esta, se describen a continuación:

Evaluación física: la evaluación física incluye la valoración de signos y síntomas como: estreñimiento, diarrea y examen rectal digital.

Análisis de laboratorio: el análisis de sangre oculta en heces es altamente específico. Goyenaga aclara que: “el examen de heces buscando sangre oculta también ha demostrado ser una manera eficiente y barata de detectar casos de carcinoma temprano con clínica asintomático” (46).

Méndez por otro lado menciona: “existen marcadores de leucocitos como la calprotectina, una proteína citosólica, y su cantidad puede aumentar en las heces de los pacientes con adenomas y cáncer, además de la lectoferrina y lisozima aunque ninguna mostro su utilidad en programas de escrutinio a gran escala” (35).

Análisis de sangre: para el diagnóstico de cáncer colorrectal, se realiza la valoración de marcadores serológicos como el antígeno carcinoembrionario (CEA), el cual logra detectar en el 72%- 97% de los pacientes con cáncer colorrectal,

también se aplica en el seguimiento y control de la enfermedad, ya que desaparece después de una adecuada resección del tumor y reaparece en el caso de recurrencia o metástasis.

Goyenaga 2012 específica: “desafortunadamente, la prueba es negativa a menudo durante las primeras etapas de CCR, por tanto, no es un buen método de tamizaje o detección temprana” (46). Por tanto este método no es funcional a la hora de detectar enfermedad tempranamente, su utilidad más exacta es en el monitoreo de metástasis.

Sigmoidoscopia: la Sigmoidoscopia flexible es recomendada normalmente, como prueba de detección rutinaria con personas que no presentan sintomatología o factores de riesgo. A partir de los 50 años, permite visualizar el recto y el colon sigmoideo, pero no la parte proximal del colon, y detecta únicamente del 50% al 60% de los pólipos, así mismo. Esta se recomienda realizarla cada 5 años en pacientes menores de 60 años.

Colon por enema: el colon por enema con doble contraste se recomienda practicar cada 5 años. Su sensibilidad para detectar pólipos y cáncer es menor que para la colonoscopia, pero no permite realizar una polipectomía o tomar biopsias de carcinoma de colon o tomar biopsias del tumor.

Colonoscopia: es un estudio visual del interior del recto y el colon mediante el uso de un endoscopio de video con fibra óptica (es decir, un colonoscópio) para identificar anomalías y extraer tejidos para realizar análisis de laboratorio e histológicos. En general, se utiliza para evaluar, tomar muestras para biopsias o

extraer pólipos o lesiones sospechosos, y puede utilizarse para el tratamiento de enfermedades inflamatorias intestinales o ulcerosas o estenosis colónica (47) .

Por ende, la colonoscopia es la manera más precisa de detectar los pólipos colorrectales, permite visualizar el colon completo y el íleon terminal e identifica el 94% de las lesiones de 1 cm y el 73% de los pólipos de < 0,6 cm de diámetro.

Colonografía: es un procedimiento poco invasivo, en donde se obtienen imágenes bi y tridimensionales en un colon distendido por aire que permite evaluar los segmentos del mismo colon, como método tiene baja sensibilidad (de 11 a 55%), relacionado más todo si las lesiones polipoides o los tumores son menores de 10 mm, pero en lesiones mayores a 10 mm su sensibilidad se incrementa de un 50 hasta un 91%.

Ecografía: la ecografía utiliza ondas sonoras para reproducir una imagen de los órganos internos. La ecografía endorrectal habitualmente se realiza para detección a profundidad y valorización de la extensión del cáncer de recto y además es útil como ayuda para planificar el tratamiento. (Ver anexo 10).

Una vez efectuada, el diagnóstico diferencial de cáncer colorrectal, es de gran relevancia definir el estadio para identificar la etapa en la que se encuentra y para definir las pautas terapéuticas y el pronóstico. Se han utilizado varios sistemas para clasificar el cáncer de colon y recto, entre estos se considera que los de mayor relevancia y aplicación son la clasificación de TNM (tumor, Node, Metástasis) y la de Dukes.

La clasificación TNM se aplica tanto a estadios clínicos, como a estudios patológicos, esto se debe a que muchos de los tumores localizados en el colon y en especial la parte rectal son estadificados después de una evaluación histopatológica. La Society of Clinical Oncology especifica que una vez que se cuenta con afectación en tejido, ganglios linfáticos o presencia de metástasis, se debe establecer el estadio del cáncer combinando las clasificaciones T, N y M(48):

Cuadro N°1

Tumor primario	Ganglios linfáticos (N)	Metástasis a distancia (M)
Tx No se puede evaluar tumor primario	Nx No se puede evaluar los ganglios.	Mx No se puede evaluar metástasis.
T0 No hay evidencia de tumor primario.	N0 No hay indicios de metástasis a ganglios linfáticos regionales.	M0 Ausencia de metástasis a distancia.
Tis carcinoma in situ: Intraepitelial o invasión de la lámina propia.	N1 Metástasis en uno o tres ganglios nivel regional.	M1 Metástasis a distancia.
T1 Tumor invade submucosa.	N2 Metástasis a cuatro o más ganglios regionales.	
T2 Tumor invade muscular propia.		
T3 Invade a través de la muscular propia hasta la subserosa o hasta los tejidos pericolónicos no peritonizados o tejidos perirrectales.		
T4 El tumor invade directamente otros órganos y estructuras o perfora peritoneo visceral.		

Asimismo, como se mencionó previamente existe la clasificación de Dukes o Astler y Coller, en la cual se utilizan las letras desde la A hasta la D, donde se establece el “Grado de profundidad del tumor en la pared del intestino”, cuya nomenclatura por estadios es la siguiente (48):

Cuadro N° 2

Estadio	Nivel de extensión
Estadio A	Extensión limitada a la mucosa y submucosa.
Estadio B1	Penetración parcial de la muscular propia.
Estadio B2	Penetración completa de a muscular propia.
Estadio C1	Igual que B1, mas presencia de ganglios linfáticos metastásicos.
Estadio C2	Igual que B2, mas presencia de ganglios linfáticos metastásicos.
Estadio D1	Infiltración de un órgano vecino.
Estadio D2	Metástasis a distancia.

Con respecto al tratamiento del cáncer colorrectal, se ha experimentado importantes avances, aun así este se divide dependiendo de la información sobre la extensión de la enfermedad, en la cual se establecen las siguientes opciones para su abordaje:

Tratamiento médico: los fármacos antineoplásicos destruyen células cancerígenas, sin embargo, al ser tratamientos tan agresivos también destruyen muchas células sanas. Esto sucede porque los fármacos antineoplásicos alteran la estructura del ADN de las células cancerosas, por lo que estas ya no se reproducen.

La administración de antineoplásicos se considera la primera elección como tratamiento para combatir los tumores de detección temprana.

En ciertos casos, el uso de la quimioterapia puede ser por aparte, o bien en conjunto con radioterapia antes del tratamiento quirúrgico definitivo, al cual se le llama neoadyuvante y mejora en gran manera el pronóstico.

Radioterapia: la radioterapia forma parte del tratamiento de los pacientes víctimas del cáncer desde hace más de un siglo, en relación con el papel de la radioterapia, es parte del manejo de los pacientes con lesiones neoplásicas colorrectales potencialmente curables, esta toma un papel clave principalmente en el manejo de los adenocarcinomas de recto, debido a la dificultad que implica lograr irradiar lesiones neoplásicas que se encuentran móviles dentro de la cavidad abdominal, como es el caso de los pacientes con cáncer de colon.

Para los pacientes con cáncer de recto, existe la posibilidad de dar el tratamiento de radioterapia neoadyuvante o adyuvante, en ambas formas, en el cual la radioterapia post cirugía (adyuvante) es el estándar de tratamiento para los pacientes que presentan una resección de adenocarcinoma de recto con compromiso transmural o con presencia de nódulos linfáticos positivos.

Tratamiento quirúrgico: la cirugía es el mejor tratamiento para los tumores colorrectales. La cirugía curativa para cáncer de colon consiste en la resección del tumor primario con márgenes negativos (mínimo 5 cm) y linfadenectomía regional, deben examinarse mínimo 12 ganglios, para poder establecer claramente un N0 (estadio de cáncer), el cual es un muestreo de ganglios con resultado negativo (24).

El tipo de cirugía más frecuente realizado, de acuerdo a la localización anatómica del carcinoma colorrectal, es la hemicolectomía derecha, ya que se ha denotado que el cáncer colorrectal se da más de lado derecho del intestino grueso.

Por otro lado, en muchas ocasiones después de tratado el tumor, es necesario incluir en ese tratamiento, la creación de una estoma, o una abertura abdominal para la evacuación de las heces. Una ostomía es un tratamiento que, si bien es altamente eficaz, comporta una agresión física y psíquica por lo que supone un gran impacto en la vida diaria del paciente.

La Registered Nurses Association onatorio en Canadá en el 2009, definen ostomía como: “un procedimiento quirúrgico cuyo resultado es la derivación externa de las heces y la orina a través de un estoma abdominal. Las ostomías más comunes son la colostomía y la ileostomía para las heces, este procedimiento se realiza en todos los grupos de edad, desde los neonatos hasta los ancianos”(49).

El sufijo ostomía proviene de la palabra griega *stomatos*, que quiere decir boca u orificio. Las ostomías pueden ser temporales (si una vez resuelta la causa que las ha originado se puede restablecer la función normal del aparato afectado) o permanentes (si no existe solución de continuidad, ya sea por amputación total del órgano afectado o cierre del mismo) y se realizan por una serie de etiologías, como son entre otras: cáncer colorrectal (36%), enfermedad inflamatoria intestinal (15%), la Diverticulitis, (11%), enterocolitis necrotizante, anomalías congénitas, la enfermedad de hirschprung y otros trastornos, como la obstrucción, la perforación o los traumatismos(49).

Epidemiológicamente, se nota un marcado número mayoritario de varones, que dan origen a una ostomía relacionados a cáncer colorrectales, mientras que las ostomías relacionadas a la inflamación intestinal, como son la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn, se experimentan igualmente en varones y en mujeres(49).

Por otro lado, la apariencia del estoma depende del tipo de colostomía que se haya hecho y de las características corporales de cada paciente, lo que realmente se ve es el revestimiento (la mucosa) del intestino, el cual luce muy parecido al revestimiento en el lado interior de su mejilla. El estoma se torna de color rosa o rojo. Este revestimiento es tibio, húmedo, y segrega pequeñas cantidades de mucosidad (50).

Al comienzo, el estoma presenta un tamaño relativamente grande, pero se retrae y tomara su tamaño real 6 a 8 semanas tras la cirugía. El estoma tendrá una forma entre redonda y ovalada. Puede que algunos estomas sobresalgan un poco, mientras que otros pueden quedar emparejados o al ras con la piel.

Es en relación a lo anterior, que el conocimiento acerca de la enfermedad es vital y como se ha venido mencionando a lo largo de la investigación, la incidencia del cáncer colorrectal ha aumentado en las últimas décadas, esto debido a el resultado del envejecimiento de las poblaciones, a nivel internacional, por lo que se ha convertido en un problema de salud mundial. La educación para la salud como complemento imprescindible de la prevención de la enfermedad, es la herramienta para la identificación de factores de riesgo o sea para dar diagnósticos tempranos.

En relación con lo anterior, Marchena 2012, en la revista de enfermería de la Universidad de Costa Rica, hace referencia acerca de la importancia de transmitir conocimiento de cáncer colorrectal:

“La escasa difusión de información, la falta de capacitación para la detección temprana del cáncer colorrectal y el desinterés por parte de las entidades públicas responsables del desarrollo de un plan para la detección temprana del cáncer colorrectal en Costa Rica, limita el manejo que se le da al paciente. Esto aumenta la morbilidad y mortalidad por causa de dicha patología. Esta debe ser brindada por un equipo de profesionales de la salud, de carácter interdisciplinario, que posea las destrezas y los conocimientos necesarios para entender y educar a la población. El personal médico y de Enfermería debe, por lo tanto, instruirse con los mejores recursos disponibles y trabajar en conjunto” (51).

Es por ende, el incrementar desde diferentes espacios educativos la información es el portal que hará que esta y varias enfermedades de alta morbilidad disminuyan, ya sea desde espacios televisivos, blogs o páginas de internet y centros de atención primaria para hablar de la prevención primaria, las cuales hacen referencia a prácticas saludables, que tienen una influencia positiva en la prevención del cáncer colorrectal.

En los últimos años se ha avanzado significativamente en el conocimiento de las prácticas de prevención, que participan en el génesis y desarrollo de este tipo de cáncer. A continuación se presenta una lista tanto de conocimientos y prácticas para prevenir el Cáncer colorrectal:

Ingesta hídrica

Los líquidos favorecen a una buena digestión, lubricando los desechos alimenticios para que pasen más fácilmente a través del tracto digestivo. Los líquidos ablandan las heces, ayudan a prevenir el estreñimiento. Álvarez et al refiere que: “las necesidades basales de líquidos en los adultos, se cifran en torno a 30-35ml. por Kilogramo de peso y día, o bien 1-1,5 ml.

Proteínas

Las proteínas forman y reparan tejidos, forman parte de procesos metabólicos a través de enzimas, forman parte de la estructura de ADN, participan en el sistema inmune. Las proteínas se pueden encontrar tanto en alimentos de origen vegetal como animal. King en su libro de salud digestiva, en el 2001, especifica que: “alimentos como el pollo, carne roja y pescado, se deberían comer en porciones de 170 g o menos por semana” (52). Es así como la moderación del consumo de este tipo de alimento, se pueden conservar en la dieta y conservar las fuentes de vitamina B, hierro y zinc que poseen.

Asimismo, se recomienda que este tipo de alimento tenga una cocción a la plancha o no directamente al fuego, evitando realizar este tipo de alimentos mediante el fuego directo o fritura. Rodrigo y Riestra, al respecto mencionan que: “se cree que los distintos métodos de preparación de la carne roja (frita, parrilla) van a generar distintas sustancias mutagénicas (aminas heterocíclicas, hidrocarburos aromáticos policíclicos) dentro de la carne (9).

En relación con los embutidos, se recomienda el consumo esporádico o casual de este tipo de alimento, ya que así como lo estipula, La Organización Mundial de la Salud: “cada porción de 50 gramos de carne procesada consumida diariamente aumenta el riesgo de cáncer colorrectal en aproximadamente un 18%” (53).

Los lácteos, como la leche, yogurt y queso, son fuentes importantes de calcio y vitamina D, por ende, alimentos recomendados en el consumo diario, por la protección colonica. En cuanto al consumo diario, muestra un efecto protector con un consumo superior a 250 g/día, se deben consumir de 2 a 3 porciones, como por ejemplo: una ración de lácteos equivale a un vaso de leche de 200-250 ml, o a un yogur de 125 ml, o ya sea 30-40 g de queso curado.

Frutas y verduras

Estos tipos de alimento, son de los más importantes, para la prevención de cáncer colorrectal, como se ha mencionado a lo largo de la investigación, poseen altos niveles de fibra soluble e insoluble, vitaminas, minerales, fitoquímicos, pocas calorías o ninguna grasa. Pierart y Rozowsky en el 2006, mencionan que: “El consumo de frutas y verduras otorgaría protección contra el cáncer a través del aporte de componentes anticarcinogénicos, tales como antioxidantes (principalmente carotenoides, vitamina C y E), ácido fólico, flavonoides (54).

La cantidad recomendada de frutas y verduras diaria es de 5 porciones, los cuales pueden ser 3 verduras y 2 frutas o intercalarlas. Se debe conocer que las frutas enlatadas y las frutas secas pese a que son frutas, poseen un índice glicémico

mayor y por ello se debe consumir con precaución para el control de peso y otras afecciones.

Por otro lado, el consumo de fibra, John E. King refiere que se debe consumir de 25 a 30 gramos de fibra diaria de diversos fuentes de alimentos, para evitar molestias digestivas o flatulencias, se recomienda iniciar paulatinamente a incrementar el consumo de estos tipos de alimentos; panes, cereales o granos enteros, legumbres y vegetales(52).

Frutos secos

Los frutos secos, son frutos cubiertos por cascara, según las especies, entre ellas se encuentra, almendras, marañón, maní, nueces, pistaches, semillas de Girasol, semillas de sésamo y las semillas de calabaza. Se recomienda consumir 30 gramos de este tipo de alimento para dar un efecto protector, el cual es, inhibir el crecimiento de células anormales a nivel colorrectal.

Suplementos alimenticios vitamínicos

Un complejo multivitamínico que contenga ácido fólico o folato, calcio y vitamina D puede reducir el riesgo de padecer cáncer colorrectal, La asociación Americana del cáncer refiere lo siguiente en relaciona con los suplementos vitamínicos (42):

Algunos estudios sugieren que una dieta rica en vitamina D en dosis elevadas (1.000-2.000 U/día) disminuye el riesgo. Esta misma se puede obtener también: al exponerse al sol, consumir ciertos alimentos como el huevo, leche, pescado. Otros estudios indican que el aumento de calcio en su dieta podría reducir el riesgo de

cáncer colorrectal, se recomienda un consumo de calcio en suplemento de 500mg, en general una dieta que no presenta peligros es de 2,5 gramos (o 2500 mg) al día.

Por otro lado, se debe recordar que si se va a incrementar la dosis de estas vitaminas por medio de suplementos, lo más acertado es buscar un criterio médico que no contraindique la ingesta mayor de estos en la dieta.

Carbohidratos

En relación con los granos, tales como; cereales, pan, arroz y pastas, son importantes para la dieta por el aporte energético que suministran, la recomendación dietética es consumir siete a ocho raciones. Se debe escoger granos enteros, siempre que sea posible, ya que contienen más fibra que los refinados.

Pierart y Rozowsky en el 2006, refieren acerca del consumo de carbohidratos no integrales que: “el consumo elevado de alimentos que producen hiperinsulinismo, como los azúcares refinados, son un factor de riesgo para el desarrollo de cánceres de distintas localizaciones(54).

Ejercicio físico

El ejercicio aeróbico (entiéndase como el que aumenta la frecuencia respiratoria y cardiaca) es recomendable para alcalinizar el organismo, se recomienda una actividad física de moderada a vigorosa por lo menos 30 minutos que sea adicional a las actividades habituales, durante cinco días o más de la semana; se prefiere entre 45 a 60 minutos de actividad física intencional.

Chequeos médicos

Se recomienda realización de cribado en individuos mayores de 50 años sin factores de riesgo adicionales, entre las pruebas antes mencionadas se plantea: test de sangre oculta en heces (SOH) bioquímico o inmunológico anual o bienal, Sigmoidoscopia cada 5 años, colonoscopia cada 10 años (55).

Según la literatura investigada, La American Gastroenterologic Association, recomienda efectuar un examen rectal digital y pruebas a partir de los 40 años, esto para detectar sangre oculta en heces. Se recomienda hacer sigmoidoscopia flexible, a la edad de 50 años, a aquellos individuos con un riesgo promedio de sufrir cáncer de colon y recto. En el caso de que la endoscopia sea negativa por dos años consecutivos, se les debe realizar controles cada tres años. Los sujetos con riesgo elevado deben someterse a estudios endoscópicos más frecuentemente desde épocas tempranas. Aún en caso de pruebas positivas de sangre oculta en heces fecales, se requiere valoración por colonoscopia, sigmoidoscopia flexible, junto con enemas de bario como medio de contraste (51)

2.2.2 Estrategias de prevención del cáncer colorrectal

Durante los últimos años, los avances tecnológicos en el área de la medicina oncológica han permitido que la prevención y los nuevos tratamientos favorezcan el aumento de las tasas de supervivencia y la calidad de vida de los pacientes.

En el caso del cáncer colorrectal, La Organización Mundial de Gastroenterología recalca la importancia de los exámenes de tamizaje. Además, sostiene que todas las opciones estándar para tamizaje en individuos de riesgo promedio tienen buena relación costo /beneficio.

Por lo tanto, la elaboración e implementación de estrategias para reducir el impacto causado por el cáncer colorrectal, es la acción más significativa. La creación de campañas y programas son fundamentales en este sentido, ya que aquellos pacientes que cuentan con información adecuada tienen mayor facilidad para sobrellevar mejor la enfermedad.

A nivel internacional, en el país Vasco, se creó un programa para prevención de este tipo de cáncer, “el cual se dirige a hombres y mujeres entre 50 y 69 años. Su objetivo es detectar de forma precoz lesiones y cáncer en sus fases iniciales. La implantación de este programa está basada en la evidencia de que se puede disminuir la mortalidad por cáncer colorrectal entre el 16-33%, además se puede prevenir al eliminar pólipos precancerosos. Se basa en una prueba que detecta pequeñas cantidades de sangre en las heces, que aparentemente no son visibles” (56).

Por otro lado, España se destaca por conformar una lucha constante contra este tipo de cáncer por su alta incidencia: “EuropaColon España es la primera asociación de pacientes de cáncer colorrectal. Fundada en septiembre de 2006, tiene como fin último fomentar, desarrollar y promover, sin ánimo de lucro, la mejora de la calidad de vida y el bienestar de las personas que padecen cáncer colorrectal” (57).

El objetivo de esta fundación es difundir la mayor y más actualizada información sobre la enfermedad, tanto, en materia de prevención (para identificación de riesgos), detección precoz (identificar los síntomas), tratamiento y control, como en relación con los aspectos clínicos o experimentales.

En este mismo país, en el 2008 Cantabria fue la cuarta Comunidad Autónoma en implantar un programa de cribado del cáncer colorrectal tras Cataluña, Valencia y Murcia, en la cual: “ la universalización del programa de cribado se ha realizado en 14 meses, con carácter universal y gratuito, el principal objetivo de esta fase es conseguir una alta participación, entre los test más representativos en el programa se encontraban: test de sangre oculta en heces (TSOH) con carácter anual o bienal, Sigmoidoscopia flexible cada 5 años, enema baritado con doble contraste cada 5 años y colonoscopia diagnóstica cada 10 años (58).

En América del Norte, países como Estados Unidos y Canadá cuentan con alta incidencia, por lo cual Canadá en el 2013 realizó una campaña para la prevención y detección de cáncer colorrectal en la provincia de Quebec, que se realizó “una prueba inmunoquímica (FIT en inglés), el cual mide de manera más efectiva y

sencilla si existe sangre entre las células fecales, lo que puede ser signo de una lesión cancerosa”(59).

En Estados Unidos, con el fin de entender cuál era la mejor manera de estructurar e implementar las pruebas de detección del cáncer colorrectal, a nivel de la población. El CDC (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades) llevó a cabo un programa de cuatro años de demostración de pruebas de detección del cáncer colorrectal, del 2005 al 2009: "El programa proporcionó las pruebas de detección del cáncer colorrectal recomendadas por el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos a hombres y mujeres de bajos ingresos que no tenían seguro o cuyo seguro no cubría estos servicios de detección de cáncer. El programa como objetivo contaba con tamizar toda aquella población de 50 a 75 años”(60).

Por otro lado, la realidad de América Latina es diferente, pese que muchos de estos países reportan altos índices de cáncer colorrectal, la escasez económica para programas de pesquisa son una realidad. La Organización Panamericana de la Salud, afirma: “la mayoría de países en América Latina y el Caribe carecen de dichos programas así como de directrices y de servicios para cáncer colorrectal en el sector público. Especialmente en áreas con recursos limitados”(61).

Es así como la Guía de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en Control de Cáncer, habla acerca de detección temprana: “se recomienda el tamizaje de CCR únicamente cuando haya recursos

suficientes para ello. Sin embargo, la OPS/OMS no posee en la actualidad recomendaciones específicas para el tamizaje de CCR” (61).

En América Latina: “solo Brasil (en el Estado de Sao Paulo), Chile y Argentina han desarrollado programas de tamizaje para CCR de base poblacional. Sin embargo, estos programas están todavía en fase piloto, el resto de los países de América Latina no tienen programas de tamizaje para CCR de base poblacional y solo algunos de ellos como Cuba, Ecuador, México, Puerto Rico y Uruguay, tienen en marcha programas oportunistas”(61).

Dentro de los programas más destacados en América Latina, se encuentran:

México, (que reporta una altísima incidencia, superada por el cáncer gástrico), introdujo en 2009 su primer programa de tamizaje de CCR. Este programa consistió en someter a colonoscopia a la población asintomática entre 40 y 79 años (61).

Argentina, por medio de La Asociación Argentina de Oncología Clínica (AAOC) lanzó una campaña de prevención contra el cáncer de colon cuyo lema fue: “Si tu cuerpo no habla, pregúntale. Campaña de prevención del cáncer de colon” iniciativa que apunta a concientizar sobre el cáncer de colon, sus síntomas, factores de riesgo, y medidas que pueden contribuir a su prevención, así como la importancia de su detección precoz”(62).

En este mismo país, también se cuenta con un Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal, cuyo objetivo es: “Instalar el control del cáncer colorrectal como prioridad en la agenda de salud pública, unificar criterios

para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de lesiones precancerosas y cáncer colorrectal con garantías de calidad, fortalecer los servicios de diagnóstico y tratamiento, facilitar la formación y capacitación de los equipos de salud e informar y sensibilizar a la comunidad acerca de la prevención y detección temprana del cáncer colorrectal”(63).

En Chile, El Hospital Eduardo Pereira de Valparaíso en el 2015 lanzó una campaña anual preventiva de cáncer de colon y recto en la Región de Valparaíso, iniciativa que buscó detectar a tiempo la enfermedad a través de un examen de heces y una colonoscopia, la idea central del programa fue: “encontrar pólipos, que son las etapas precursoras del cáncer. El enfoque es llegar antes que el cáncer y, por lo tanto, pesquisarlo en forma muy precoz. Si se pesquisa, que sea en una etapa precoz para que haya un tratamiento más económico, fácil y con mucho menos riesgo”(64).

En Uruguay, las tasas de incidencia son elevadas en personas de 45 a 50 años, por lo cual: “se instauró desde el año 1996 un test para detectar la sangre oculta en la materia fecal, basado en la detección inmunológica de hemoglobina mediante una reacción de aglutinación en látex entre la hemoglobina presente en las materias y un anticuerpo anti hemoglobina de conejo”(65).

Este tipo de test no requiere dieta previa o alguna preparación para la toma de la muestra y tiene un 90% de efectividad. El Fecatest Inmunológico permite encontrar dentro de la población general, a las personas que presentan un sangrado digestivo

oculto. Es en otras palabras, un instrumento útil y efectivo para realizar estudios de población.

Por otra parte, en Brasil: “se inició un programa de tamizaje que incluyó una campaña educativa sobre CCR, seguida del tamizaje de población asintomática (50-74 años) con un test de sangre oculta y sometimiento a tratamiento cuando este fue necesario. Este programa consiguió una buena cobertura (54.8%), sin embargo sus resultados a largo plazo no se han analizado todavía” (61).

En Costa Rica, se ha realizado esfuerzos para mitigar el aumento descontrolado del cáncer en general, en ese sentido tanto en la Política Nacional de Salud como en el Plan Nacional de Desarrollo, se han incluido acciones para la promoción de estilos de vida saludables en la población, especialmente relacionadas con alimentación saludable, actividad física, habilidades para la vida, salud mental, antitabaco y la creación de espacios libres de humo de tabaco.

Costa Rica cuenta con el Programa para la Prevención y Control de Cáncer del 2011- 2017, que fomenta la actividad educativa donde: “se orienta a ampliar el conocimiento de la población en estilos de vida saludables y factores de riesgo de la enfermedad y el desarrollo de habilidades personales que promuevan la salud y prevengan el cáncer” (14).

Por otro lado, la Caja Costarricense de Seguro Social cuenta con programas de pacientes ostomizados en diferentes regiones, dichos programas abarcan desde consultas acerca de su condición, seguimiento en varias áreas de la salud

(medicina, enfermería, psicología y nutrición) y entrega de materiales para el manejo y adaptación de su ostomía. (Ver anexo 11)

Otras instituciones no gubernamentales, contribuyen al esparcimiento de conocimiento de este tipo de cáncer, como la Fundación Ana Ross, la cual brinda programas educativos para personas con cáncer colorrectal y familiares, fomentando la educación continua para la promoción de estilos de vida saludable de manera libre y gratuita.

La Asociación ANASOVI, crea espacios continuos para educar la población programando charlas como la que se realizó el 3 de junio del 2016, denominada: “Avances en el cáncer colorrectal”, de carácter gratuito y dirigido al público en general.

Asimismo, como forma de conmemoración a nivel internacional y nacional se creó el Día de la Lucha contra el Cáncer Colorrectal, celebrado el 6 de marzo, esto con el fin de crear más conciencia de lo devastadora que es la enfermedad y dar a conocer factores protectores para evitarla.

No obstante, el país no cuenta con guías de tamizaje, o programas de cribado establecido, con lo que si se cuenta es ofreciendo en la población a usuarios del sistema público del país pruebas de diagnosticas como: guayacos, Sigmoidoscopia, colonoscopías, ultrasonidos, TAC, entre otros.

En relación con lo anterior, la OPS/ OMS aclara que: “no existe un consenso claro sobre la técnica preferida de tamizaje para CCR porque ninguno de los test utilizados es perfecto, la selección de uno u otro test depende en muchos casos de

la calidad del desempeño y también del nivel de recursos del lugar donde se establezca el programa (61). Independientemente de la técnica utilizada, un programa organizado de tamizaje debe asegurar la calidad de desempeño y garantizar su alcance a proporciones altas de la población.

Por lo tanto, resulta importante enfatizar en crear programas de estudios masivos para la población, como políticas de salud pública frente a aquellas enfermedades que se presentan como un importante problema sanitario y en las que existe evidencia comprobada de que su detección precoz genera buenos resultados.

2.2.3 Rol del profesional de enfermería en la promoción de la salud

La educación y la promoción en salud es necesaria en todos los sentidos. El concepto de la promoción de la salud se basa en la interpretación social y cultural de la salud y la enfermedad.

Roger en el 2007 refiere: “la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su proceso de salud”(66). Siendo esta el pilar en las comunidades donde se debe señalar aún más la necesidad de esta.

Por otro lado, La Organización especializada de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en 1997 refiere:

“La promoción de la salud es el proceso de capacitar a la gente para que adquiera mayor control sobre su salud; se lleva a cabo a través de la acción intersectorial, la promoción de la salud es un concepto dinámico y evolutivo que involucra a la gente en el contexto de sus vidas diarias, por ejemplo en la casa, la escuela, el lugar de trabajo, etc., y que promueve que se alcance el máximo nivel de bienestar físico, mental y social para todos”.(67)

Es así como el profesional de enfermería, en la promoción de la salud forma parte de un proceso que abarca acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, para mantener un estado óptimo de salud y también, acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin, de aminorar su impacto negativo en la salud pública o individual.

La Promoción de la Salud es un eje central en la salud. Bezerra et al, refiere que: “la realización de grupos para la conquista de la autonomía y asimilación de conocimientos en la mejora de la calidad de vida de las personas. Desarrollar acciones de cuidar pautadas en un proceso de diálogo, valorando la individualidad de cada ser, es un cuidado más próximo a las reales necesidades de los usuarios”(68).

Es así como, el rol que debe desempeñar enfermería es aquel que implica el desarrollo de todas sus funciones para dar una atención de calidad, por lo cual, entre las funciones para la promoción de la salud, a nivel comunitarios de los profesionales de enfermería, se encuentra (69):

Función asistencial: entre las competencias en esta área se encuentran detectar las necesidades de cuidado del individuo, familia y comunidad, adaptar los cuidados de estas, identificar y valorar los recursos de que dispone la comunidad, potenciando el autocuidado y la responsabilidad.

Función de investigación: es importante incorporar evidencias científicas en las prácticas profesionales, entre las funciones de investigación, están: promover la investigación en enfermería, realizar protocolos de cuidados basados en una

evidencia científica, desarrollar indicadores de calidad que permiten medir cualitativa, la calidad de los cuidados y mejorar la práctica profesional a partir del conocimiento adquirido desde una base científica.

Función administrativa o gestión: la utilización de recursos humanos y materiales plantea la necesidad de coordinación y control, siendo necesaria la adecuación de los sistemas organizativos a los requerimientos asistenciales. Entre las funciones más destacadas son: coordinación, planificación, organización, dirección y evaluación.

Función docente: la educación sanitaria y trabajo en la comunidad, a través del desarrollo de programas de salud escolar, laboral, o en ámbitos más globales y con perspectivas más amplias como los medioambientales, potenciar la formación continua y especializada, que permita adecuar la actividad asistencial a las necesidades actuales de salud.

En el contexto de la enfermedad oncológica, el cáncer de colon y de recto que competen a esta investigación, son patologías con alta incidencia y además, de evolución lenta: desde la formación de las primeras células anómalas (pólipos), transcurren aproximadamente de 10 a 15 años para que estas se transformen en cáncer colorrectal, período, que da la oportunidad de informar para la realización de exámenes diagnósticos que permiten ver de forma temprana las lesiones precursoras en el colon.

Si bien es cierto, la creación de programas o campañas de pesquisa relacionadas al cáncer colorrectal, presentan muchas limitantes, el Plan de Ginebra por la Organización Mundial de la Salud, 2002, refiere que: “cuales fueren las limitaciones

de recursos que afronte un país, un programa nacional de lucha contra el cáncer bien concebido y bien gestionado permite reducir la incidencia de la enfermedad y mejorar la vida de los afectados”(70).

Respondiendo a esta situación, el desarrollar y difundir programas educativos donde se contemple la educación, conlleva un gran impacto social, ya que cuando una sola persona informada correctamente puede generar una reacción en cadena que influya en el entorno familiar y hasta comunitario.

A raíz de lo anterior, es que el enfermero asociadas a campañas de tamizaje, puede de igual forma desarrollar poco a poco conciencia acerca de estilos de vida positivos o negativos, que inciden en la aparición de la enfermedad. Asimismo, el profesional de enfermería cuenta con el eje central de la promoción en salud y es la cercanía con la comunidad, en la cual, como parte del equipo de salud posee mayor contacto con el paciente (Ver anexo 12).

Por ende, los cuidados de atención directa permiten formar parte activa en la prevención mediante el desempeño de un rol docente, proporcionándole al paciente información acerca de actividades de prevención, como por ejemplo; una población que conoce, identifica riesgos o conoce el valor de la realización de un exámen (test de heces general anual, o la realización de métodos de control). Esta acción puede disminuir la incidencia de esta y muchas enfermedades, especialmente en aquellas donde las practicas propician su aparición.

Aguirre en Costa Rica, en el 2005 refiere que: “la atención sanitaria requiere participación de la comunidad, responsabilidad individual de los enfermos y habilidades especiales de los profesionales que los atienden” (71).

Es así, como esta situación llama a fortalecer la atención primaria en salud, la Organización Mundial de la Salud la define como: “la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país”(68).

Por eso, enfermería es de los profesionales con más relevancia en la atención a la salud, estando especializada en el ámbito de los cuidados orientados de forma integral puede brindar un conjunto de cuidados al individuo, la familia y la comunidad en el proceso salud-enfermedad, donde se puede contribuir a desarrollar habilidades, hábitos y conductas que fomenten su autocuidado en el marco de una atención primaria integral y comunitaria que incluye la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, y la prevención de la enfermedad.

La atención sanitaria es un acto dinámico donde tanto el enfermero como la población deben participar, en la cual la responsabilidad individual de las personas y así como las habilidades especiales de los profesionales que los atienden, son específicos y forman un vínculo para que se genere el cambio de conducta.

Es así como, un Sistema Sanitario orientado a la Atención Primaria es menos costoso y más eficiente que el basado en la atención hospitalaria y la actividad curativa, ya que permite identificar la necesidad de atención de cada individuo, en

qué nivel debe ser atendido y por qué profesional, evitando así un derroche irracional de los recursos humanos. Los cuidados de la enfermería en el entorno de la comunidad no requieren de pruebas costosas para llegar al diagnóstico de enfermería, ni de terapias costosas para resolver los problemas.

Finalmente, si bien es cierto es difícil cambiar el contexto sociocultural, y dirigir la atención de los usuarios hacia un enfoque sanitario de una forma preventiva, es mediante las bases para la educación, la dedicación y el espacio para el diálogo con los usuarios que se facilita el reforzamiento de la conciencia en hábitos de salud.

2.3 Teorizante de enfermería

En la realización de esta investigación el modelo que más se adapta a la misma, es la teorizante de enfermería Dorothea Orem, denominada “La Teoría General de la Enfermería”, la cual, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de enfermería” (72).

En relación a la teoría de sistemas de enfermería, se muestra el vínculo de ayuda que se da entre el profesional de enfermería y el paciente, en la cual, esta incluye: sistemas de enfermería totalmente compensadores, donde el profesional suplente la necesidad total del individuo, sistemas de enfermería parcialmente compensadores; donde de manera parcial el profesional brinda ciertos autocuidados y los sistemas de enfermería de apoyo/ educación; en la cual, se actúa ayudando a los individuos para que desarrollen la capacidad de realizar su propio autocuidado y, estas

acciones no se podrían dar sin el conocimiento o ayuda del profesional en enfermería.

Es así, como el sistema en el que se apoya la investigación es “el sistema de enfermería de apoyo/ educación”, en el cual la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado. En el contexto de este estudio, se busca determinar la relación entre los diferentes conocimientos, prácticas, factores de riesgo de cáncer colorrectal y el rol del profesional de enfermería, como participe en el proceso de educación. Para Orem que el profesional de enfermería, fomente la independencia de la persona para su autocuidado es vital y es el eje transversal, para que ellos sean autores principales de su adecuado autocuidado.

Por ende, es importante enfatizar que la educación está estrechamente relacionada a factores que pueden contribuir o afectar en el proceso de aprendizaje y son parte del universo de la persona, los cuales en la investigación se desarrollaron para contemplar las diferentes variaciones según la realidad de las personas, estas variables son; las características socio demográficas, los factores de riesgo, el conocimiento y prácticas relacionadas al cáncer colorrectal.

Por consiguiente, las premisas según Dorothea E. Orem que se identificaron a lo largo de la investigación, son:

- Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.

Haciendo referencia a lo anterior, las personas que poseen familiares con antecedentes de cáncer colorrectal, necesitan de una orientación y adecuada educación y así, como lo menciona Orem, ser capaces de interiorizar sus estilos de vida y cambiar los hábitos negativos. Es así, como una vez identificada la realidad del individuo, se procede a educar al usuario para motivarlo que sea consciente de sus necesidades de cambio, ya que las personas ameritan estímulos continuos, para tomar decisiones que sean en pro de su salud.

- La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.

Por ende, para el proceso educativo acerca de medidas de prevención de cáncer colorrectal, es necesario que existan espacios donde la educación sea vista como motivación y no una impartición de reglas inflexibles o limitaciones en el diario vivir, sino una contribución a su salud, ya que muchos de los factores de riesgo para esta enfermedad, son estilos de vida conservados durante años, los cuales, generalmente provocan resistencia para el cambio, por lo cual, el profesional debe de ser perspicaz en el apoyo durante el aprendizaje acerca de las dimensiones que detonan la enfermedad.

- Los seres humanos maduros experimenta privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás haciendo de la sostenibilidad debía los estímulos reguladores de las funciones.

Orem destaca que las personas se encuentran en toda la capacidad de reflexionar acerca de sus acciones, esta fue la idea que fundamento el estudio, el brindar el conocimiento acerca de lo que provoca el cáncer de colon y como evitarlo, dándose así, un pensamiento crítico de los cambios, que necesitan hacer para minimizar el riesgo.

- La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para otros.

En este caso, la responsabilidad de que la población en estudio reciba la información de formar verídica, atinada y concisa, es compromiso de los profesionales en enfermería, ya que, es responsabilidad del profesional velar por identificar los diferentes factores que se desconocen por parte de la población y promueven el desarrollo de cáncer colorrectal relacionada a su cotidianidad.

- Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidados a los miembros del grupo que experimentan las privaciones con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás.

Por lo cual, el profesional le da a la persona la capacidad por medio de la promoción de la salud ser el actor principal en su autocuidado, cambiando estilos de vida en el

individuo que detonan en este caso el cáncer estudiado y así poseer herramientas preventivas, en todas aquellas personas que poseen un alto riesgo de desarrollarlo, sea por un familiar que tuvo cáncer, o se encuentra ostomizado.

De esta manera, se busca en el presente estudio, generar un cambio en la visión del profesional, para que su participación en la educación sea más activa, y como lo menciona Orem; sea una imagen de apoyo en la educación, ya que la información es la puerta para desarrollar un adecuado autocuidado, generando acciones dirigidas a la salud, las cuales se llevan una vez que se puede tener un aprendizaje sobre esta. Es importante recalcar que las personas muchas veces no cuentan con las herramientas cognitivas para mejorar su salud o evitar el riesgo de este cáncer, por lo cual, la necesidad de información es evidente y necesaria para evitar que la balanza hacia la enfermedad colorrectal siga en aumento.

Finalmente, en el desarrollo de la investigación se centró en la búsqueda de motivación, para la creación de espacios para proporcionar bases de conocimiento prácticas para la prevención de cáncer colorrectal en todas sus dimensiones, trabajando en conjunto con la realidad del individuo y del profesional, lo cual es el centro para la educación efectiva.

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo cuantitativo, la cual es secuencial y probatoria, cada etapa de la misma precede a la siguiente, donde el orden es de vital importancia. Se permite cierta flexibilidad para redefinir alguna fase o una idea que se sugiere a lo largo de la investigación, una vez delimitado el tema de estudio, se plantean tanto los objetivos como preguntas y se construye según la teoría expuesta un marco teórico.

Los estudios cuantitativos se basan en la inducción probabilística del positivismo lógico, en una medición objetiva y penetrante del evento o los eventos, particularista, asimismo demostrando la causalidad del estudio por medio de la realidad estática y presentan una generalización de los resultados en la investigación.

Asimismo, la investigación es descriptiva, ya que busca especificar características y perfiles de personas, grupos o comunidades, procesos, objetos, o cualquier fenómeno que se desee estudiar.

Además, se puntualiza el análisis de los resultados de cada variable: conocimientos y prácticas relacionados a cáncer colorrectal en familiares de personas que asisten al Programa de Atención Integral al Paciente Ostomizado, área de atracción, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.

Con respecto al diseño de la investigación, es de tipo no experimental, debido a que se realiza sin manipular deliberadamente las variables independientes,

solamente observa el fenómeno tal como se da en su contexto natural para analizarlo.

3.2 Área de estudio

3.2.1 Población

La población de personas que forman parte del Programa de Atención Integral al Paciente Ostomizado del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, es finita, para el 2015, dicho programa incluyó 379 pacientes, para fines de esta investigación, la población corresponde a los familiares de las personas que conforman el Programa, siendo esta una población no documentada, se cataloga como infinita. (Ver anexo 13)

3.2.2 Muestra

En el presente estudio, se escoge una muestra de 100 personas, de ambos sexos, los cuales van de 18 a 75 años de edad, todos ellos familiares de primer o segundo grado de consanguineidad con el paciente directo que asiste al Programa de Atención Integral al Paciente Ostomizado, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.

3.2.3 Unidades de análisis, estudio o población

La unidad de estudio corresponde a los familiares de primer y segundo grado de 18 a 75 años, de personas que asisten al Programa de Atención Integral al Paciente Ostomizado, área de atracción, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.

3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión en una investigación son de gran importancia ya que se necesita contar con la descripción detallada de los participantes del estudio, contribuyendo a marcar una línea de la población a investigar.

3.3.1 Criterios de inclusión

- Tener entre 18 años y 75 años de edad cumplidos.
- Tener un familiar de primer o segundo grado de consanguineidad que asista al Programa de Atención Integral al Paciente Ostromizado, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
- Ser alfabeto.

3.3.2 Criterios de exclusión

- No tener entre 18 años y 75 años de edad cumplidos.
- No tener un familiar de primer y segundo grado de consanguineidad que asista al Programa de Atención Integral al Paciente Ostromizado, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
- Ser analfabeto.

3.4 Fuentes de información

3.4.1 Fuentes primarias

Las fuentes primarias para esta investigación corresponden a familiares consanguíneos de primer y segundo grado, de ambos sexos, de personas que

asisten al Programa de Atención Integral al Paciente Ostromizado, área de atracción, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.

3.4.2 Fuentes secundarias

Se considera fuentes secundarias libros, revistas de origen científico y artículos seleccionados en las distintas bibliotecas, como lo son la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASS), Biblioteca de Salud de la Universidad de Costa Rica, Biblioteca de la Universidad Latina y la Universidad Hispanoamericana, así mismo los informes en línea, tesis, revisiones bibliográficas encontradas en distintos buscadores como Medigrafic y Google académico, todas relacionadas con el tema en específico.

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El instrumento en una investigación es la herramienta utilizada para recolectar la información. En el presente estudio se seleccionó el cuestionario como la herramienta que mejor se adapta a la recolección de datos, ya que, es un conjunto de preguntas relacionadas a las variables delimitadas y que posee congruencia con el planteamiento del problema del estudio.

Por ende, el cuestionario se conforma de preguntas cerradas con varias opciones de respuesta o multirespuesta, con categorías y opciones delimitadas. El cuestionario tiene un alfacrombach de 70, el cual es un coeficiente que sirve para medir la confiabilidad de una escala de medida. (Ver anexo 14)

El cuestionario consta de 4 partes; la primera parte abarca los datos generales del individuo (edad, sexo, lugar de residencia, etc.), la segunda parte aborda los diferentes factores de riesgo, la tercera indaga sobre prácticas de prevención de cáncer colorrectal y la parte final, busca determinar el conocimiento general acerca del cáncer colorrectal que poseen los familiares de los pacientes que asisten al Programa de Atención al Paciente ostomizado del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.

Cuadro de variables

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Definición Instrumento
<p>Caracterizar sociodemográficamente la población de familiares de personas que asisten al Programa de Atención Integral al Paciente Ostomizado, área de atracción, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, Noviembre, 2016.</p>	<p>Aspectos socio demográficos</p>	<p>Caracterización de la población, según la edad y sexo, la tasa de natalidad, la tasa de fertilidad, el porcentaje de la población urbana y la esperanza de vida al nacer, estas medidas resumen parte de la situación de una población y algunos determinantes del proceso salud y enfermedad. (2)</p>	<p>Es el conjunto de variables en los que conforman una población como sexo, edad, grado académico las cuales juegan un papel importante a la hora de explicar el desarrollo de diferentes grados de bienestar o equilibrio del desarrollo de la vida del ser humano.</p>	<p>Sexo</p> <p>Edad</p> <p>Grado académico</p> <p>Lugar de</p>	<p>Femenino Masculino</p> <p>Años cumplidos por el familiar</p> <p>Primaria incompleta. Primaria completa. Secundaria incompleta. Secundaria completa. Técnico. Universidad incompleta. Universidad completa.</p> <p>San José Heredia Cartago Puntarenas</p>	<p>Cuestionario , preguntas; 1- 2-3-4 5.</p>

				Residencia	Limón Guanacaste	
				percibe Ingreso salarial	Sí No	
Identificar los factores de riesgo de cáncer colorrectal en familiares de personas que asisten al Programa Integral al Paciente Ostomizado, área de atracción, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, Noviembre, 2016.	Factor de riesgo	La asociación americana del cáncer establece que “un factor de riesgo es todo aquello que afecta la probabilidad de padecer una enfermedad, como por ejemplo el cáncer” (30).	Característica, circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud, así mismo son condiciones que se relacionan negativa o positivamente a lo largo de la vida.	Antecedentes familiares Experiencias Peso	Presencia de la enfermedad de parientes de primer grado Antecedentes personales o familiares Presencia de índice de masa corporal: Por debajo de 18.5: por debajo del peso saludable. 18.5 a 24.9: peso normal.	Cuestionario , preguntas: 6 -7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20

				<p>25.0 a 29.9: con sobrepeso.</p> <p>30.0 a 39.9: Obesidad.</p> <p>Más de 40: Obesidad extrema o de alto riesgo</p> <p>Días que presenta la defecación o pasa sin que defeque. Pasan 3 - 4 días sin poder defecar. Una vez cada 2 – 3 días. De 2 – 3 veces al día. 1 sola vez al día.</p> <p>Patrón intestinal</p> <p>Consistencia de las heces</p> <p>Escala Bristol: Tipo 1: Pedazos duros separados. Tipo 2: Con forma de salchicha.</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>Antecedentes personales de enfermedad del colon</p>	<p>Tipo 3: como salchicha pero con rajaduras en la superficie. Tipo 4: En forma de víbora, suave y blanda. Tipo 5: Pedazos blandos con bordes claros (se excreta fácilmente). Tipo 6: Pedazos blandos on bordes desechos. Tipo 7: Aguado, sin trozos solidos,enteramente Líquida.</p> <p>Colitis ulcerativa. Cáncer colorrectal Síndrome de colon irritable. Colitis. Diverticulitis Pólipos intestinales Entre otras.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

				Tipos de alimentos que acostumbra consumir	Carbohidratos Grasas Minerales Fibra Vitaminas Proteínas	
				Tiempos de alimentación establecidos	Más de 5 tiempos de comida. 5 tiempos de comida. 3 tiempos de comida. 2 a 1 tiempo de comida.	
				Consumo de sustancias nocivos	Tabaco Alcohol Otras drogas	
Identificar conocimientos acerca de cáncer colorrectal en familiares de personas que asisten al programa Integral al paciente	Conocimiento cáncer colorrectal	Peter Belohlavek establece “el conocimiento es lo que hace que un individuo pueda utilizar herramientas para aprovechar la información de que dispone y producir un resultado buscado de valor agregado” (48).	Es la capacidad del ser humano para entender su entorno y actuar sobre él para su beneficio o así mismo la capacidad que tiene una persona de aprender o	Fuentes de conocimiento.	Profesionales en salud: charlas, boletines informativos, talleres. Televisión, Radio, Internet, Periódico.	Cuestionario , preguntas: 35-36-37-38-39-40-41-42-43-44.

<p>ostomizado, área de atracción, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, Noviembre, 2016.</p>			<p>adquirir una amplia comprensión de un tema, gracias a las capacidades intelectuales.</p>	<p>Conocimientos acerca de alimentos que favorecen o evitan el cáncer colorrectal</p> <p>Conocimiento acerca de síntomas de la enfermedad.</p> <p>Conocimiento de etiología de la enfermedad</p>	<p>El papel de la fibra, proteínas, carbohidratos</p> <p>Dolor de estómago. Estreñimiento. Melena. Gases estomacales. Distensión abdominal. Pérdida de peso marcada sin razón aparente.</p> <p>Alimentos. Actividades diarias. Sustancias tóxicas.</p>	
<p>- Reconocer las prácticas de</p>	<p>Prácticas de prevención de</p>	<p>La real academia española define practica</p>	<p>La práctica es la acción que se</p>	<p>Hidratación</p>	<p>Nula</p>	<p>21-22-23-24-25-26-</p>

<p>prevención acerca de cáncer colorrectal en familiares de personas que asisten al programa Integral al paciente ostomizado, área de atracción, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, Noviembre, 2016.</p>	<p>cáncer colorrectal</p>	<p>como “los conocimientos que enseñan el modo de hacer algo ” (50),</p>	<p>desarrolla con la aplicación de ciertos saberes así mismo el ejercicio de una actividad de forma continuada y conforme conocimientos a lo largo de la vida adquiridos los cuales afectan positiva o negativamente la vida diaria del ser humano.</p>	<p>Alimentos protectores de cáncer colorrectal</p> <p>Consume suplementos vitamínicos.</p> <p>Cantidad de ejercicio físico</p> <p>Chequeos médicos.</p>	<p>Menos de un litro por día, Más de 1 litro por día</p> <p>Consumo frecuente de: frutas, vegetales, frutos secos, Lácteos.</p> <p>Nunca Si, una vez por semana. Cada 2 a 3 días por semana.</p> <p>Sedentario Actividad semanal Actividad mensual</p> <p>Una vez por mes. 1 vez al año. Solo cuando no me siento bien. Nunca.</p>	<p>27-28-29-30-31-32-33-34</p>
---	---------------------------	--	---	---	--	--------------------------------

				<p>Realización de colonoscopia.</p> <p>Realización de exámenes de heces</p>	<p>Solo cuando no me siento bien. Cada año como mínimo. Cada 2 -3 años. Cada 5 años.</p> <p>Considera el examen no importante. Se realiza 1 vez por año. Es importante solo en un problema de salud. Es necesario.</p>	
--	--	--	--	---	--	--

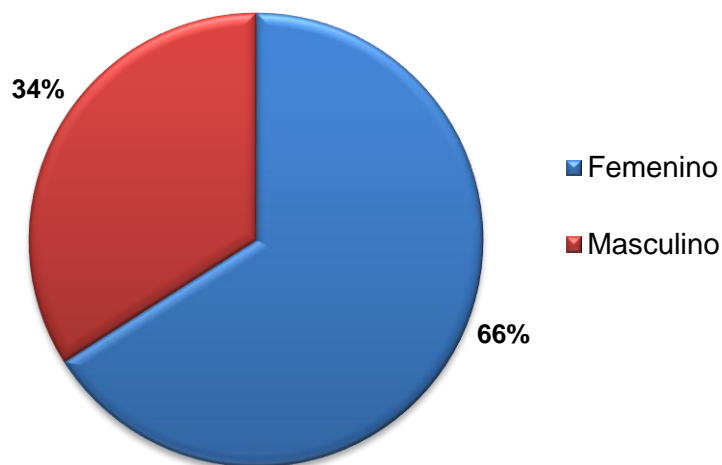
CAPÍTULO IV:

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1 Análisis e interpretación de datos

A continuación se presenta el análisis de datos obtenidos mediante la aplicación de un cuestionario a 100 familiares de personas que asisten al Programa Integral al Paciente ostomizado, del Hospital Calderón Guardia, durante el segundo semestre del 2016, en relación con los conocimientos y prácticas relacionadas al cáncer colorrectal.

Gráfico 4
Distribución porcentual según sexo, familiares de personas que asisten al Programa de Paciente Ostomizado, HCG, 2016



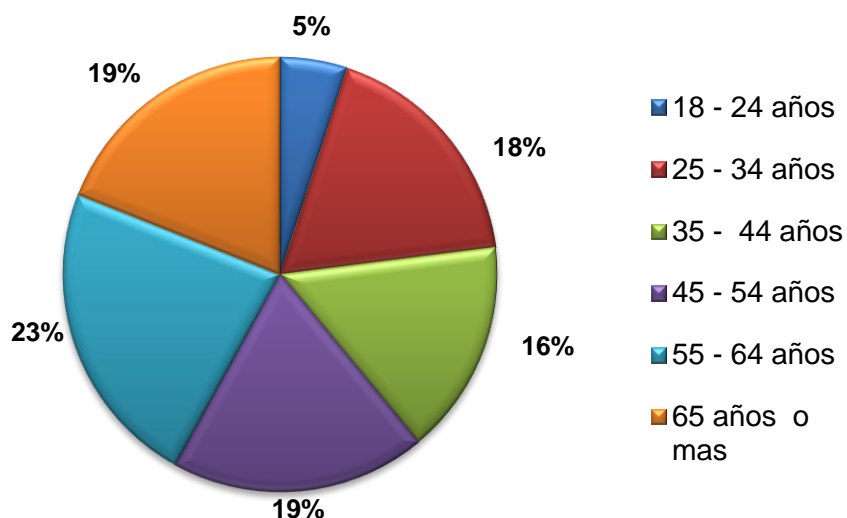
Fuente: Elaboración propia.

El 66% de los participantes del estudio corresponde a mujeres y el 34% son hombres. Dicho dato concuerda con el entendido social de que el cuidado de las personas recae principalmente en la población femenina.

Crespo afirma al respecto: "la atención informal de las personas en situación de dependencia se define claramente marcada por el factor género del cuidador, de

manera que, como se pone de manifiesto en todas los estudios, las tareas del cuidado recaen, mayoritariamente sobre mujeres, representando el 84% del universo del cuidador como se pone de manifiesto en todos los estudios”(73).

Gráfico 5
Distribución porcentual según rango de edad, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016



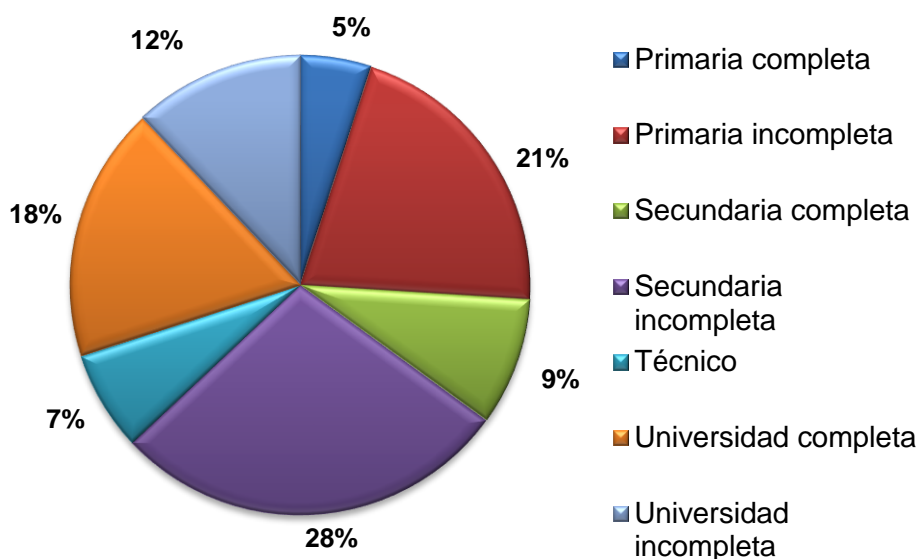
Fuente: Elaboración propia.

El 5% de los participantes tiene de 18 a 24 años, 18% 25 a 34 años, 16% 35 a 44 años, 19% 45 a 54 años, 23% 55 a 64 años y un 19% restante 65 años o más. Se observa que casi una cuarta parte (42%) de la muestra corresponde a familiares mayores de 55 años, en concordancia, se sabe que el perfil predominante es la mujer cuidadora de mediana edad, en torno a los 53 años.

Este dato es importante ya que la población, a medida que envejece posee más riesgo, ya que el cáncer colorrectal es raro en menores de 50 años.

Desde el punto de vista preventivo, el hecho de que un familiar de primer y segundo grado acompañe a un paciente a una clínica especializada, permite educar y fortalecer estrategias de prevención y captar tempranamente aquellos casos sospechosos con el fin de minimizar las complicaciones.

Gráfico 6
Distribución porcentual según nivel de escolaridad, familiares de personas que asisten al Programa del paciente Ostomizado, HCG, 2016



Fuente: Elaboración propia.

El 5% de la muestra cuenta con estudios de primaria completa; 21% primaria incompleta; 9% secundaria incompleta; 28% secundaria completa; 7% posee estudios técnicos, 18% universidad incompleta y un 12% cuenta con un título universitario.

Dichos datos, revelan que el perfil del acompañante no es de muy alta escolaridad, lo cual influye de manera negativa, ya que en el ámbito de la salud, a mayor nivel educativo, mayor apertura a la información y acceso a la misma.

Por otro lado, el nivel de estudio que posee cada persona se relaciona con la capacidad de tener mejores trabajos y por ende, mejor posición económica, facilitando el consumo de alimentos más variados y balanceados, por ejemplo las frutas, verduras, o alimentos de origen integral. Muchos de estos alimentos han incrementado su precio en el mercado, por lo cual es difícil mantenerlos como parte de la dieta.

Cuadro N°3
Distribución porcentual según provincia de residencia, familiares de personas que asisten al Programa del paciente ostomizado, HCG, 2016

Provincia	Cantidad de personas
Cartago	9
Guanacaste	1
Heredia	4
Limón	5
San José	81
Total	100

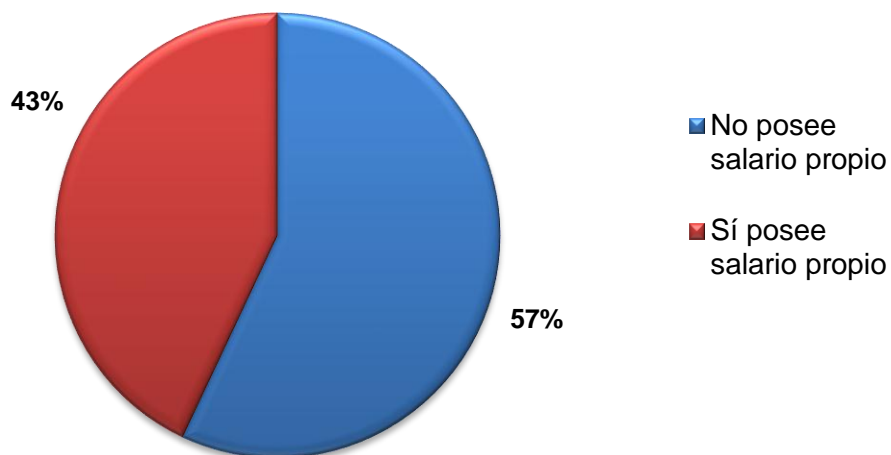
Fuente: Elaboración propia.

Según la residencia de los encuestados, 95 personas pertenecen al área de atracción del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia: 81 a San José, 9 Cartago y 5 de ellas a Limón. Solamente 5 participantes proviene de otras zonas: 1 de Guanacaste y 4 de Heredia.

La Caja Costarricense de Seguro Social en el 2012, afirmó que por provincia el cáncer de colon en varones es el cuarto cáncer más frecuente en San José seguido de Cartago. En mujeres, es el sexto cáncer que más se presenta en la provincia San José seguido de Alajuela.

Un especialista Costarricense en gastroenterología, Dr. William Piedra, afirmó que el cáncer de colon y recto desbanco el cáncer gástrico desde el 2014 y es una epidemia nacional, la cual afecta en especial, a Josefinos y sobre todo, los vecinos del cantón de Montes de Oca. Una de las razones más notables por las cuales este cantón posee índices tan altos, se asocia a alimentación poco saludable y al enorme acceso a esta, evidenciándose como uno de los factores más importantes, acompañado del sedentarismo cada vez más extendido.

Gráfico 7
Distribución porcentual según ingreso económico, familiares de personas que asisten al Programa del paciente ostomizado, HCG, 2016



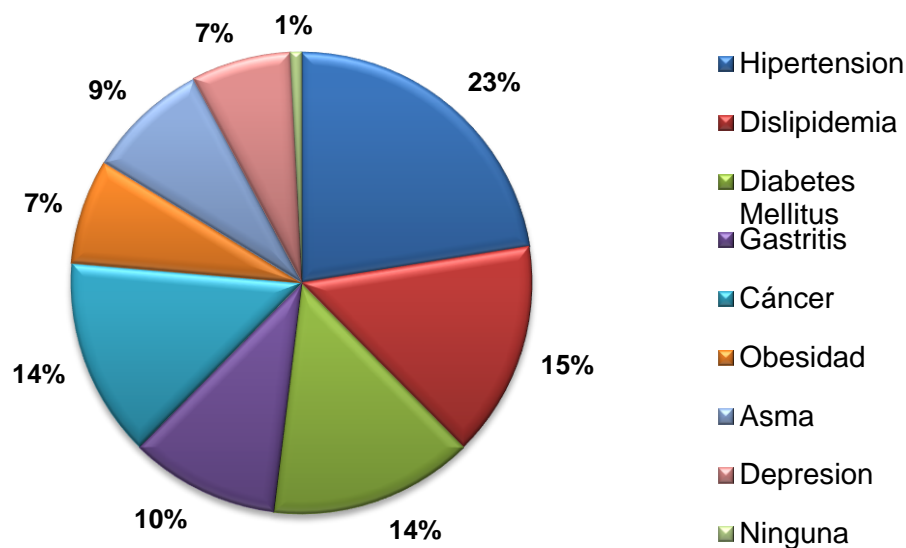
Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al ingreso económico de los encuestados, la mayoría, 57% no percibe salario propio, en tanto que un 43% sí cuenta con ingresos propios.

Asimismo, estos datos se pueden relacionar a dos situaciones: la primera, que la mayoría de acompañantes familiares reporta una edad mayor a los 55 años, los cuales en su mayoría no laboran o relacionan el no percibir salario porque reciben una pensión proporcionada por el régimen de invalidez, vejez o muerte.

Por otro lado, este dato también se puede atribuir a razones socioculturales y de género, ya que en su mayoría los acompañantes reportan ser mujeres, las cuales en un gran porcentaje se dedican a administrar el hogar, desempeñándose como amas de casa, y al cuidado de hijos, dejando de percibir.

Gráfico 8
Distribución porcentual según enfermedades heredo familiares crónicas, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostromizado, HCG, 2016.



Fuente: Elaboración propia.

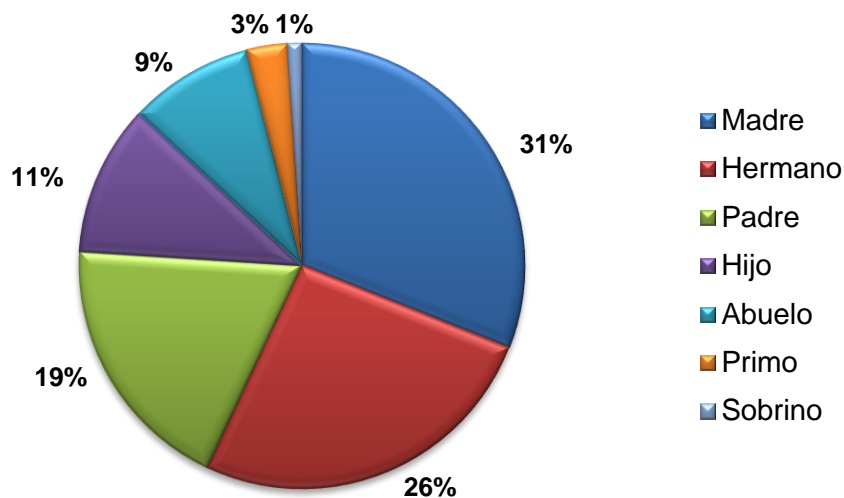
Según la importancia de enfermedades heredo familiares más relacionadas a cáncer colorrectal en la población estudiada: 7% obesidad, 14% diabetes mellitus, 15% dislipidemia, 10% gastritis, 14% cáncer, un 23% hipertensión, 9% asma, 7% depresión y 1% reportaron no tener conocimiento de estas enfermedades en sus familias.

Se observa que un 99% de las personas encuestadas marcaron más de una opción en cuanto a las patologías, las cuales en su mayoría están estrechamente relacionadas con un riesgo mayor de desarrollo de cáncer colorrectal.

En algunas afecciones, los miembros de una familia pueden no solo compartir características genéticas, sino estilos de vida y como el cáncer es una enfermedad

multifactorial, es importante crear el espacio para identificar poblaciones vulnerables y con ello impactar realmente la incidencia de la enfermedad.

Gráfico 9
Distribución porcentual según parentesco del familiar con el paciente que asiste al Programa del Paciente Ostromizado, HCG, 2016



Fuente: Elaboración propia.

Anteriormente, se evidencia la relación de parentesco de los familiares de las personas que asisten al Programa de Atención al Paciente Ostromizado del HCG, 31% corresponde a la madre, 26% hermano, 19% padre, 11% hijo, 9% abuelo, 3% primo y 1% sobrino.

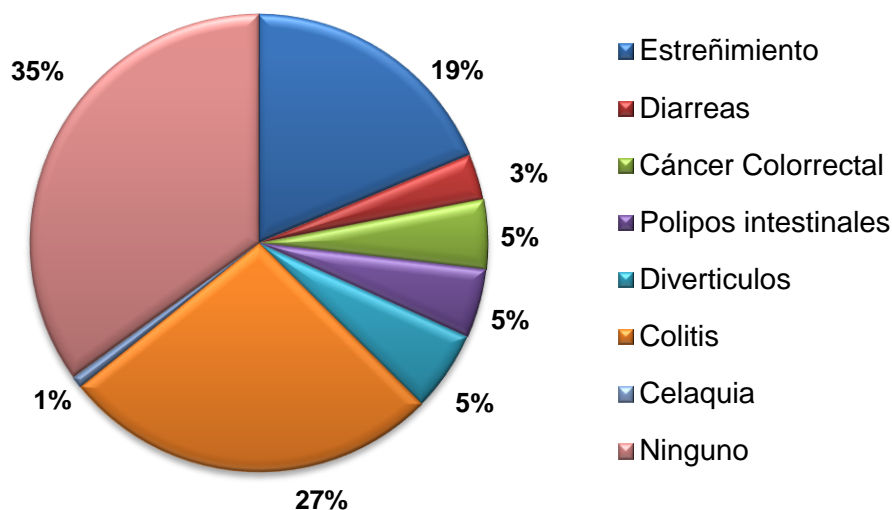
Asimismo, más de la mitad (57%) de familiares refirieron asistir al Programa para brindar compañía a sus madres y hermanos, esto refleja que la consanguineidad entre ellos, es de gran relevancia.

Múltiples estudios refieren que sujetos con un familiar de primer grado afectado de cáncer colorrectal diagnosticado a una edad mayor de 50 años, tienen un riesgo relativo de 2 a 3,15 mayor riesgo de desarrollar cáncer colorrectal. Sujetos con dos o más familiares directos, con diagnóstico de cáncer colorrectal a cualquier edad, o con un CCR diagnosticado antes de los 50 años, tienen un riesgo 4 veces más de desarrollar este tipo de cáncer.

Por otra parte, identificar no solo la consanguineidad, sino los diversos estilos de vida que también se pasan de generación en generación, es de gran importancia, lo cual facilita el escenario para poder intervenir en la estructura de costumbres familiares, que favorezcan conductas y prácticas preventivas.

Gráfico 10

Distribución porcentual según padecimientos intestinales en los últimos 5 años de los familiares de personas que asisten al Programa al paciente Ostomizado, HCG, 2016



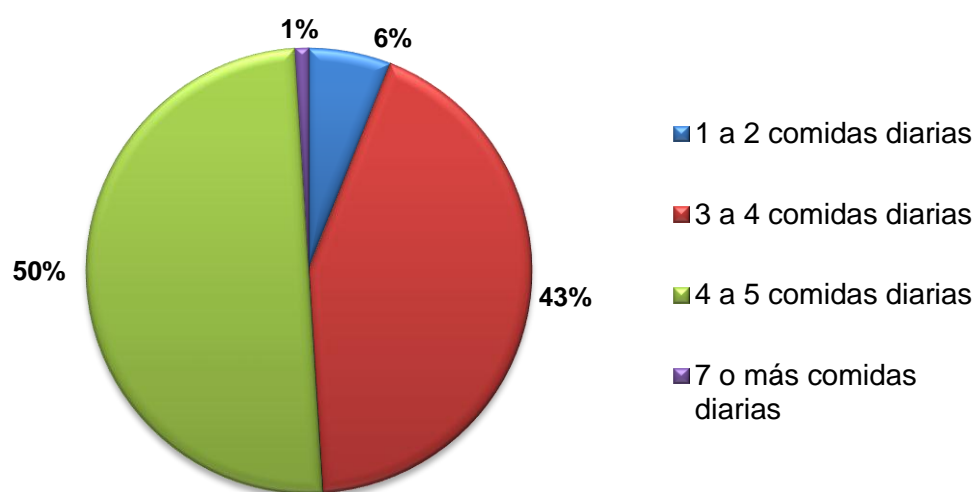
Fuente: Elaboración propia.

Según el total de familiares encuestados, 35% reportó sentirse bien y no haber presentado ningún tipo de padecimiento, en tanto que, 27% reportó colitis, 19% estreñimiento, 5% cáncer colorrectal, 5% pólipos intestinales, 5% divertículos, 3% diarreas y 1% celiacía.

Por lo tanto, 35% refiere no tener problemas relacionados a la parte gastrointestinal, más de la mitad (65%) de los individuos marcan por lo menos un padecimiento y alrededor de 27% padece de diarreas, estreñimiento y poliposis intestinal, factores estrechamente relacionados con el padecer cáncer colorrectal.

Cabe destacar que un 5% de los encuestados tiene antecedentes de cáncer colorrectal, lo cual pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre esta enfermedad, el estilo de vida y los datos epidemiológicos nacionales.

Gráfico 11
Distribución porcentual según tiempos de comidas diarias efectuadas por familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016



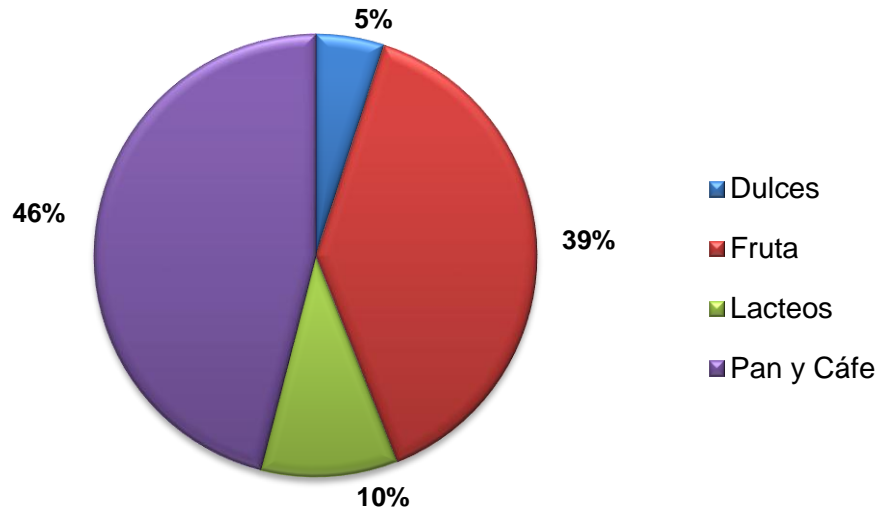
Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de los participantes indican que, 50% realiza 4 a 5 comidas diarias, 43% 3 a 4 comidas diarias, 6% 1 a 2 comidas diarias y 1% 7 o más comidas diarias. Dicho hallazgo refleja un dato altamente significativo en relación al cáncer colorrectal, casi la mitad de la población (43%), se encuentra realizando 4 a 5 comidas, que se encuentra más cerca del rango deseado que son 5 (3 comidas fuertes y 2 meriendas).

Por otra parte, aproximadamente 4 de cada 10 personas tienen 4 o menos tiempos de comida diaria, práctica frecuentemente ligada a dislipidemia, incremento de índice de masa corporal, un metabolismo lento y estímulos alimenticios bruscos que proporcionan altos niveles de insulina en el torrente sanguíneo, provocando diabetes mellitus a largo plazo.

Solo uno de los 100 participantes establece 7 comidas o más, frecuencia asociada a altos índices calóricos, que de igual manera puede contribuir al sobrepeso y obesidad. El informar a las personas acerca de una alimentación que incluya 5 tiempos de comida y el recuento calórico adecuado, traen como consecuencia un mejor aprovechamiento del metabolismo y por ende, mejora la condición gastrointestinal. Además, resulta de suma importancia establecer planes nutricionales individualizados para cada persona, conservando los tres grupos de nutrientes: hidratos de carbono, proteínas y grasas, en una proporción equilibrada.

Gráfico 12
Distribución porcentual según alimentos preferidos para merendar, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016



Fuente: Elaboración propia.

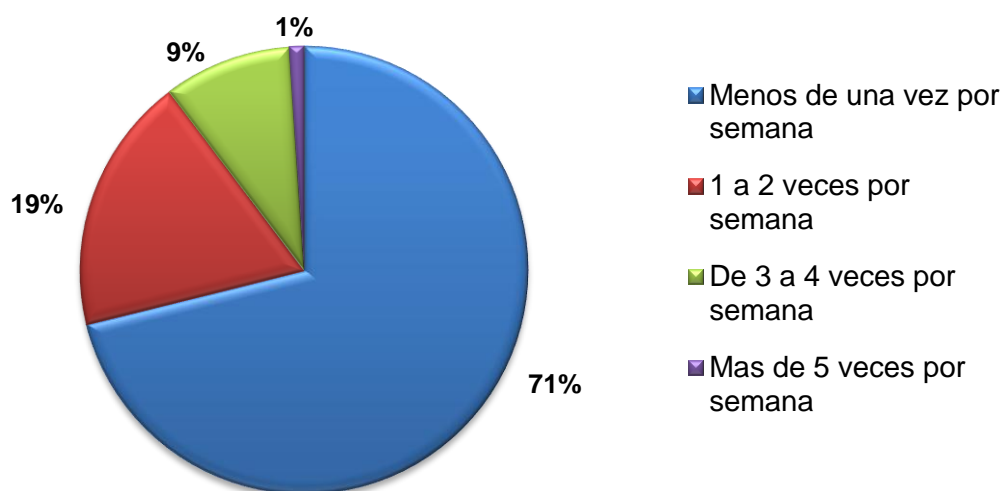
Según los alimentos que se escogen para tiempos de merienda, casi la mitad (el 46%) opta por meriendas altas en azúcar y grasas, un 39% consume frutas, 10% algún tipo de lácteo y 5% prefiere un dulce.

Es decir, que 39% de la población escoge una fruta, lo cual es positivo en gran manera por el aporte nutricional y de fibra que proporciona durante el día, siendo este una de las escogencias que permite conservar un peso ideal y adecuada salud intestinal, hecho que disminuye el riesgo de cáncer colorrectal.

A raíz de la investigación se infiere que la mitad de la población, 51% refieren consumir dulces, pan y café en sus meriendas, los menos recomendados, educar de este tipo meriendas por sus altos índices calóricos son de vital importancia para

disminuir la problemática de enfermedades relacionadas a la dislipidemia y aumento de índice de masa corporal.

Gráfico 13
Distribución porcentual según frecuencia de consumo de comidas rápidas, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016



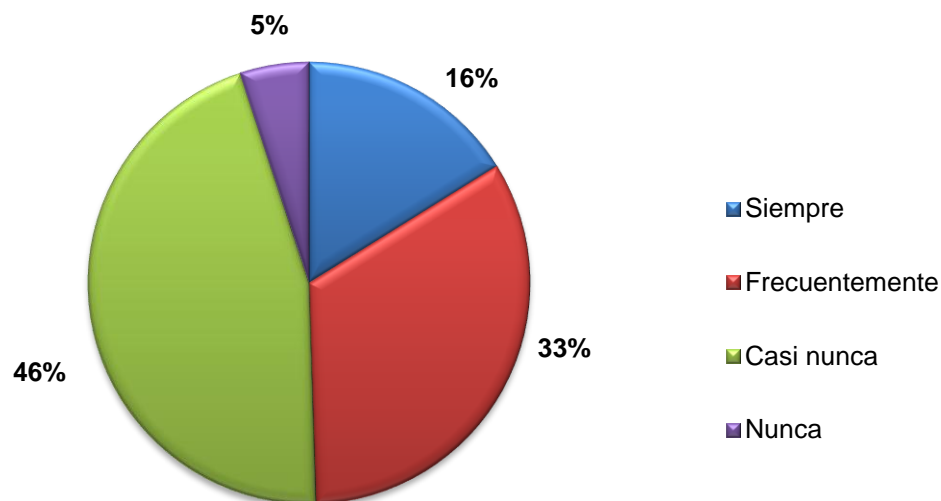
Fuente: Elaboración propia.

El 71% de los encuestados, refiere que consume comidas rápidas menos de una vez por semana, el 19% 1 a 2 veces por semana, 9% de 3 a 4 veces por semana y un 1% indica más de 5 veces por semana.

Este dato refleja que un 71% de los participantes manifiestan consumir muy poco este tipo de alimentos, hecho que contribuye a disminuir alimentos con altos índices de sustancias cancerígenas como por ejemplo; aminos heterocíclicos e hidrocarburos aromáticos policíclicos.

Asimismo, alrededor de 3 de cada 10 personas consumen mínimo de 1 a 2 veces comida rápida a la semana, esta práctica se relaciona a los ritmos de vida acelerado y al sedentarismo, lo cual ha provocado en su mayoría que las personas se vean obligadas a alimentarse a partir de la industria de alimentos rápidos y desarrollar enfermedades crónicas como la obesidad, arterosclerosis, hipertensión y diabetes mellitus, las cuales se relacionan estrechamente con la aparición de cáncer y en especial colorrectal.

Gráfico 14
Distribución porcentual según consumo de harinas refinadas y dulces, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016



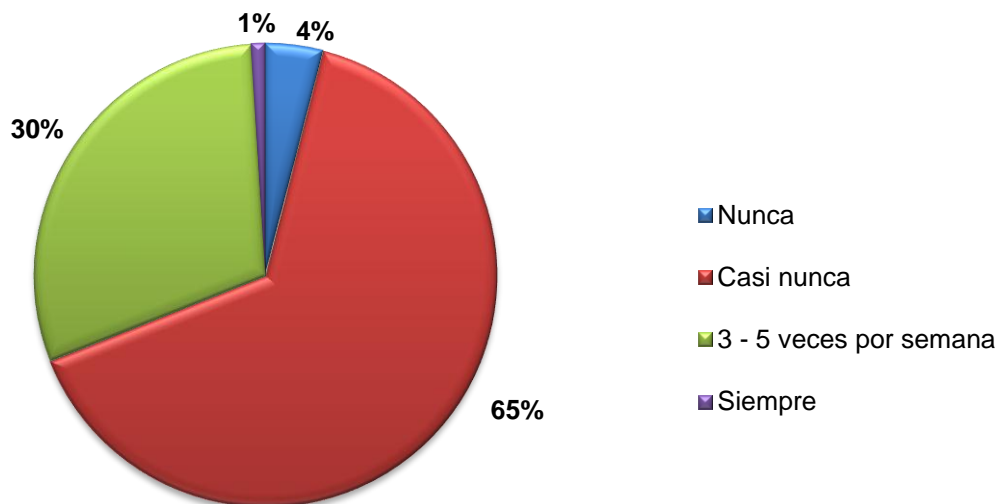
Fuente: Elaboración propia.

Los participantes manifiestan la frecuencia con la cual consumen dulces y harinas refinadas, un 46% casi nunca, 33% frecuentemente, 16% siempre el dulce les hace falta y 5% nunca consume.

En relación con lo anterior, se encuentra un moderado pero virtuoso hecho, el 5% manifestó nunca consumir este tipo de alimentos, lo cual señala una tendencia hacia alimentos con mayor aporte nutricional, aproximadamente 5 de cada 10 individuos refirió, casi nunca consumir harinas refinadas, otro dato positivo, ya que el evitar este tipo de alimentos previene que el organismo reaccione ante una invasión de glucosa en sangre, haciendo que el páncreas libere insulina, múltiples investigaciones comprueban que se desencadena una mayor predisposición de padecer diabetes mellitus y cáncer colorrectal.

Por otro lado, 33% sí consume frecuentemente productos dulces y el 16% siempre, ya que lo dulce les hace falta, este caso es de particular interés por lo perjudicial de este tipo de alimentos, altos en almidón y al mismo tiempo que proporcionan una cantidad muy baja de fibra, vitaminas y minerales.

Gráfico 15
Distribución porcentual según consumo de carnes rojas, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016



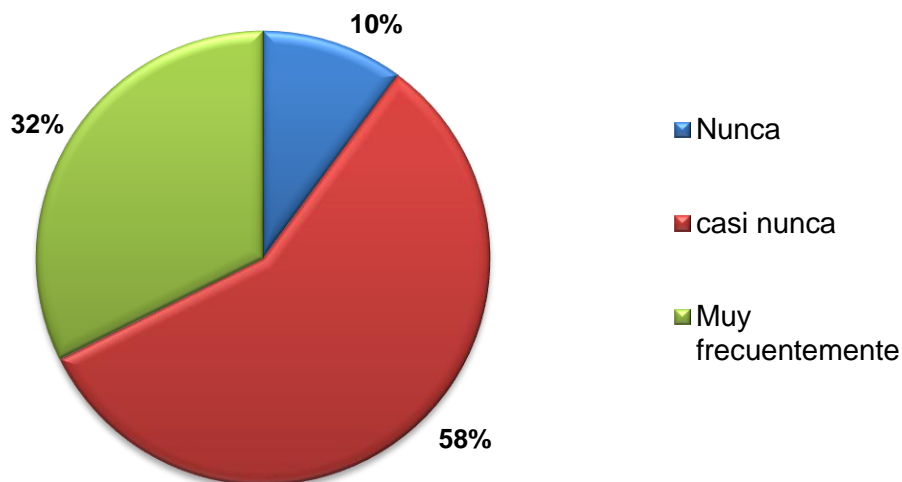
Fuente: Elaboración propia.

De las 100 personas encuestadas, 65 individuos refirieron un consumo de carne infrecuente, 30% de 3 a 5 veces por semana, 4% siempre y 1% menciona que siempre consume carne roja.

Asimismo, aproximadamente 7 de cada 10 individuos mencionó nunca y casi nunca el consumo de este tipo de alimento, lo cual es un factor protector ya que se mantiene el rango de consumo limitado. La recomendación nutricional es mantener un consumo alrededor de 100 a 120 gramos, dos o tres veces por semana.

Por otro lado, 3 de cada 10 personas refiere consumir más de 3 veces por semana carne roja, dato significativo, ya que diversas investigaciones han relacionado el consumo de carne roja como un factor altamente carcinógeno.

Gráfico 16
Distribución porcentual según consumo de embutidos, familiares de personas que asisten al Programa al Paciente Ostomizado, HCG, 2016



Fuente: Elaboración propia.

Según la frecuencia del consumo de embutidos de los participantes, un 58% casi nunca consume este tipo de alimentos, un 32% lo consume muy frecuentemente y 10% nunca.

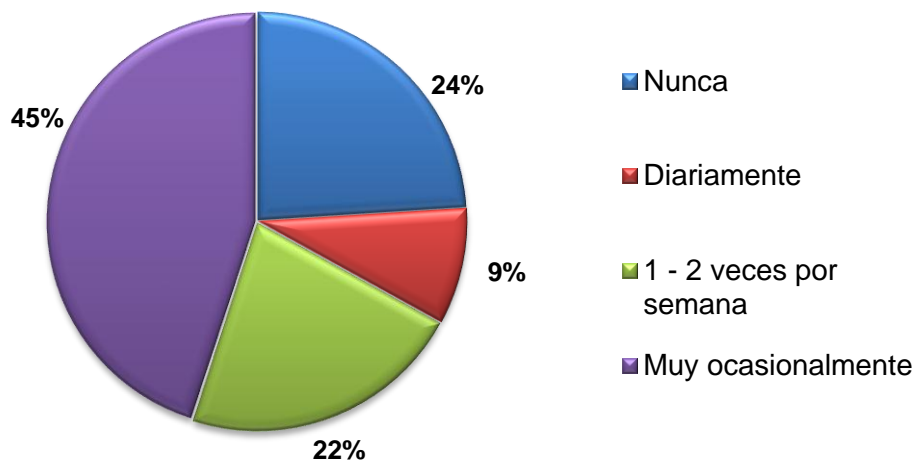
En relación con lo anterior, 68% de los entrevistados casi nunca consume este tipo de productos, lo cual es favorable, disminuye el riesgo de problemas gastrointestinales como estreñimiento, colitis, hemorroides, toxemia, formación de divertículos y sobre todo, cáncer colorrectal.

Aproximadamente, 3 de cada 10 personas refirió consumir muy frecuentemente este tipo de alimentos, lo cual es perjudicial, además de contribuir a enfermedades

antes mencionadas, este tipo de alimentos son altos en nitritos y nitratos (sustancias que se utilizan para darles el color rojo y rosado al embutido).

En diversas investigaciones se establece que el consumo de carne es importante por los nutrientes y el aporte de proteína que provee a la dieta, por otro lado, cada porción de 50 gramos de carne procesada consumida diariamente aumenta el riesgo de cáncer colorrectal en un 18%.

Gráfico 17
Distribución porcentual según consumo de bebidas gaseosas, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016



Fuente: Elaboración propia.

Con base en la frecuencia del consumo de bebidas gaseosas en la población, se encontró que: un 45% muy ocasionalmente consume este tipo de bebidas, 24% nunca, 22% de 1 a 2 veces por semana y 9% diariamente.

Cabe destacar como hallazgos más significativos, que un 69% de la población refirió un consumo nulo o muy ocasional de este tipo de bebida, manifestando una preferencia por bebida de origen natural y dando así un factor protector en la salud en general. Múltiples investigaciones mencionan que este tipo de bebidas produce un abrupto aumento de nivel de azúcar en la sangre (10 cucharadas de azúcar por lata), produce una explosión de insulina y el hígado responde convirtiendo el azúcar en grasa, provoca a largo plazo obesidad y diabetes mellitus y en correlación, mayor riesgo de cáncer en colon y recto.

En contra parte, un 31% de los entrevistados manifestó el consumo mínimo de la bebida 1 a 2 veces por semana o inclusive diariamente, lo cual trae consecuencias en la digestión tales como: aumento en la secreción gástrica, incrementando del PH estomacal y flatulencias.

Cuadro N°4
Relación entre el consumo de alcohol y tabaquismo pasivo o activo,
familiares de personas que asisten al Programa al Paciente
Ostomizado, HCG, 2016

	Ingesta de alcohol más de 2 veces por semana	Tabaquismo pasivo / Activo
	(%)	(%)
Sí	13%	13%
No	87%	87%
Total	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

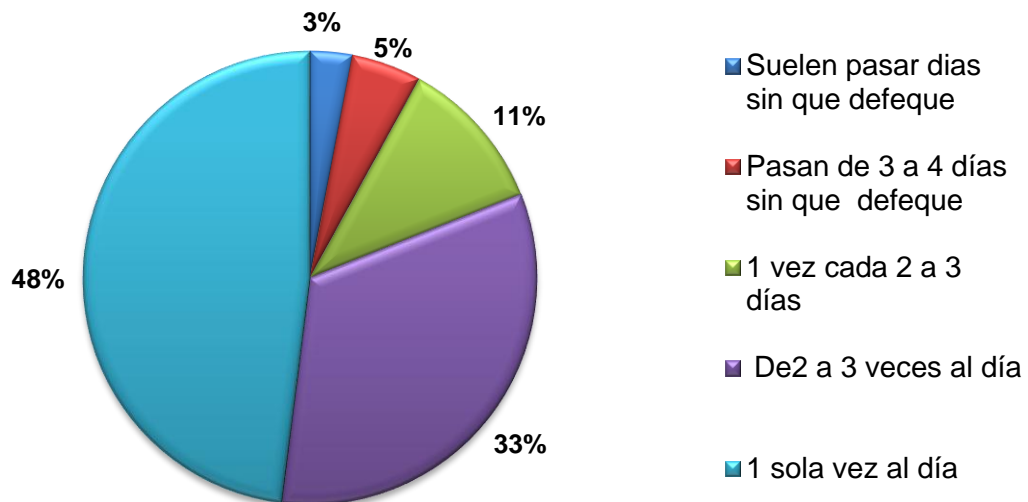
De acuerdo con el consumo de sustancias tóxicas, el 87% de los encuestados mencionan no consumir alcohol y no son tabaquistas activos o pasivos, sin embargo, el 13% restante mencionó el consumo de alcohol más de 2 veces por semana y fumar activa o pasivamente, y en su mayoría las personas que refirieron el no fumar igualmente no bebía sustancias alcohólicas.

Ser fumador o beber alcohol son dos factores potencialmente perjudiciales para la salud, más de la mitad (87%) de los encuestados mencionan no consumir alcohol y no ser tabaquistas, destaca que al realizar la investigación, 1 de cada 10 personas aún conserven el hábito, el cual es un dato reducido y nos brinda asesoría acerca de los resultados positivos de las campañas y leyes en contra del tabaco y el alcohol.

El tabaco aumenta el riesgo de desarrollar pólipos, los cuales como se mencionó anteriormente, pueden ser precursores de la enfermedad, se dice que mantener

este hábito incrementa un 18% el riesgo entre los paciente fumadores, más en aquellos que tienen 30 o más años de fumar, con respecto a los que nunca lo habían hecho. Por otro lado, en relación con el consumo de alcohol, este propicia que crezcan células en la mucosa del colon, favoreciendo la mutación de las células de la misma.

Gráfico 18
Distribución porcentual según patrón defecatorio, familiares de personas que asisten al Programa al Paciente Ostomizado, HCG, 2016



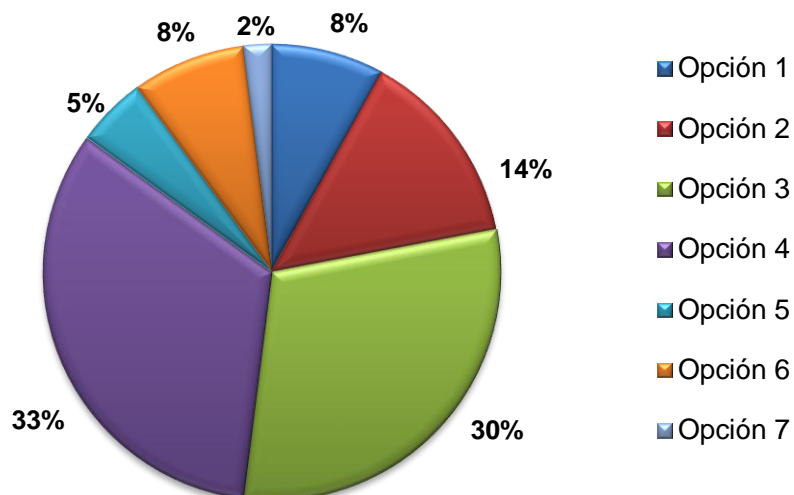
Fuente: Elaboración propia.

Del total de participantes, 48% defecaron con una frecuencia diaria de 1 vez, 33% 2 a 3 veces al día, 11% 1 vez cada 2 a 3 días, 5% pasan 3 a 4 días sin defecar y 3% pasa días sin que la persona pueda defecar.

En consecuencia, y como hallazgo protector aproximadamente 3 de cada 10 personas mencionan poder defecar después de cada comida sin dificultad de manera regular, agente protector para el cáncer colorrectal, y un 48% de los individuos poseen un patrón defecatorio de 1 vez al día, el cual se considera normal, siempre y cuando este no sea con dificultad o de consistencia líquida. El defecar 1 vez al día se establece como el mínimo recomendado ante el estreñimiento o la dificultad para evacuar las heces.

En contraparte, un 19% de los individuos si refieren tener problemas para ir al baño, donde pasan días sin poder evacuar, hecho que se relaciona con el cáncer colorrectal, ya que la función de las paredes del colon es absorber agua y por ende al mantenerse las heces más tiempo en la cavidad, las sustancias cancerígenas que acompañan esta materia, también se absorben.

Gráfico 19
Distribución porcentual según consistencia de las heces en relación a la
escala de Bristol, familiares de personas que asisten al Programa del
Paciente Ostomizado, HCG, 2016



Fuente: Elaboración propia.

Escala de Bristol, para patrón defecatorio

Escala de heces de Bristol

Tipo 1		pedazos duros separados, como nueces (difícil de excretar)
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero llena de bultos
Tipo 3		Como una salchicha pero con rajaduras en la superficie
Tipo 4		Como una viborita, suave y blanda
Tipo 5		Pedazos blandos con bordes claros (se excretan fácilmente)
Tipo 6		Pedazos blandos con bordes deshechos
Tipo 7		Aguado, sin trozos sólidos. Enteramente líquido

La escala anterior, clasifica la forma de las heces dependiendo del tiempo que pasan en el colon, la opción 1 y 2 especifica dificultad para evacuar las heces por ser trozos duros (estreñimiento), 3 y 4 son las opciones recomendadas para un buen patrón defecatorio (en especial la 4), 5, 6 y 7 son heces líquidas que marcan mal absorción (diarrea) del aparato digestivo (5 puede indicar una falta de consumo de fibra).

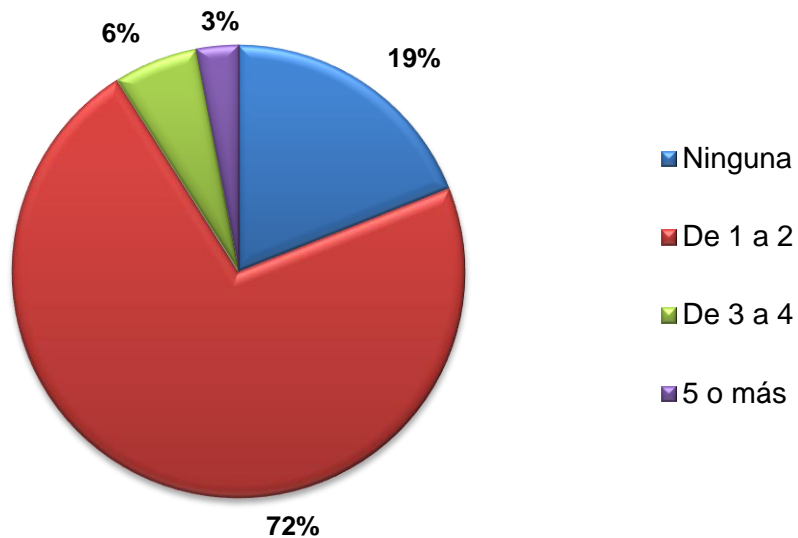
En relación con la consistencia de las heces de los participantes, según la escala de Bristol. Es así como, 33% de los participantes marca la opción 4, 30% la opción 3, 14% opción 2, 8% opción 1, 8% opción 6, 5% opción 5, 2% opción 7.

De esta manera, aproximadamente 6 de cada 10 personas mencionó no tener dificultad para evacuar las heces, lo cual es positivo en una población con un mayor riesgo por tener familiares con problemas digestivos, los cuales la consistencia de las heces es de vital importancia.

La cuarta parte de la población encuestada (22%) padece de estreñimiento. El tránsito intestinal lento provoca un mayor tiempo de contacto de los agentes cancerígenos que se encuentren en la materia fecal proveniente de una dieta inadecuada, aumentando así el riesgo de desarrollo de cáncer en el intestino grueso.

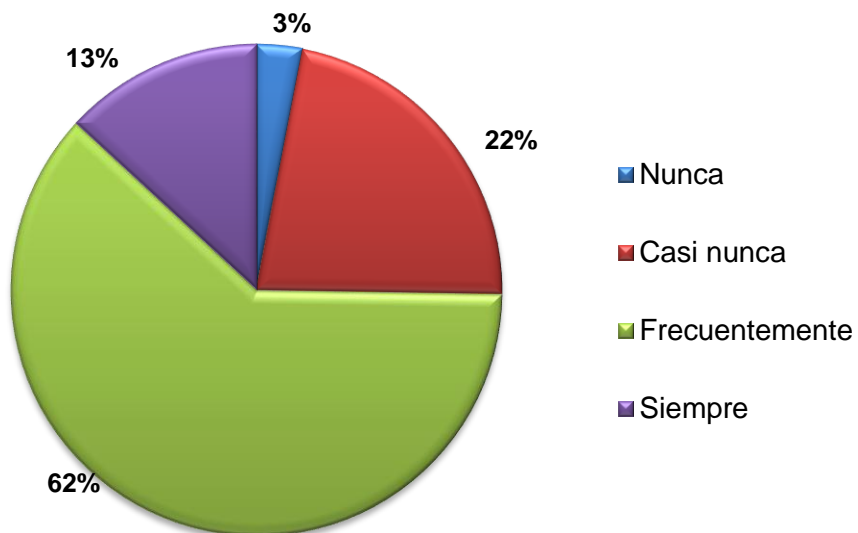
Por otro lado, 15% de la población mencionó tener heces blandas, de bordes desechos y líquidas, lo cual proporciona otro signo de especial cuidado, ya que heces de esta índole indican un rápido paso por el colon, lo que se asocia a múltiples enfermedades como celiaquía, síndrome de colon irritable, síndromes de mala absorción, poliposis, y en el peor de los casos, cáncer colorrectal.

Gráfico 20
Distribución porcentual según consumo de frutas diarias, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 21
Distribución porcentual según consumo de verduras y legumbres semanales, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016



Fuente: Elaboración Propia.

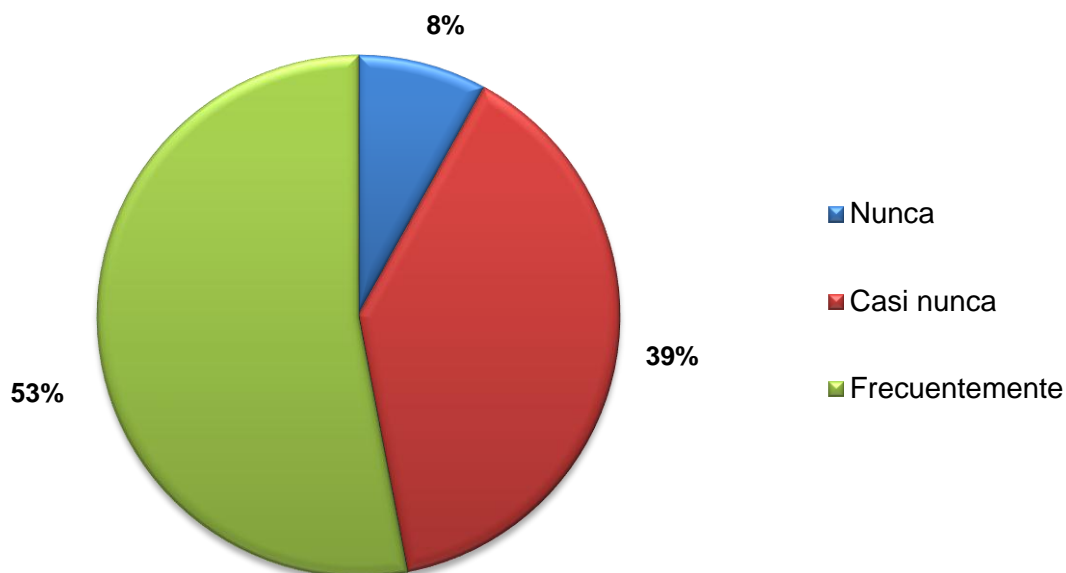
En cuanto a consumo de verduras y frutas, el gráfico 20, especifica el consumo de porciones de fruta diarias, 72% consume de 1 a 2 frutas diarias, 19% ninguna, 6% de 3 a 4 porciones y 3% 5 o más porciones. Con respecto al gráfico 21, muestra el consumo de verduras y legumbres semanales, 62% consume frecuentemente este tipo de alimento, 22% casi nunca, 13% siempre y 3% nunca.

Esto quiere decir, que 7 de cada 10 participantes de la encuesta consumen mínimo 1 a 2 porción de fruta diaria y un reducido 8% refirió consumir de 3 a 5 frutas o inclusive más diariamente, lo cual por si solo representa un beneficio para la salud gastrointestinal. En contraparte, 2 de cada 10 personas mencionó no consumir frutas, lo cual incrementando con ello el presente riesgo de cáncer colorrectal.

Con relación en las verduras, 75% de la población especifica que consume siempre o frecuentemente verduras y legumbres, practica beneficiosa que incrementa el consumo de fibra, minerales y vitaminas que podrá obtener a través de su dieta.

Por otro parte, una cuarta parte de la población reporta consumo infrecuente o nulo de estos alimentos, limitando el aporte de vitaminas, minerales y fibra en la dieta, hecho que destaca la importancia de la educación acerca de los beneficios de la salud gastrointestinal, favoreciendo a la formación de heces y evitando el estreñimiento. La literatura refiere que el consumir 5 porciones al día de frutas y verduras reduce significativamente la incidencia de cáncer de colon.

Gráfico 22
Distribución porcentual según consumo de pescado o derivados, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016



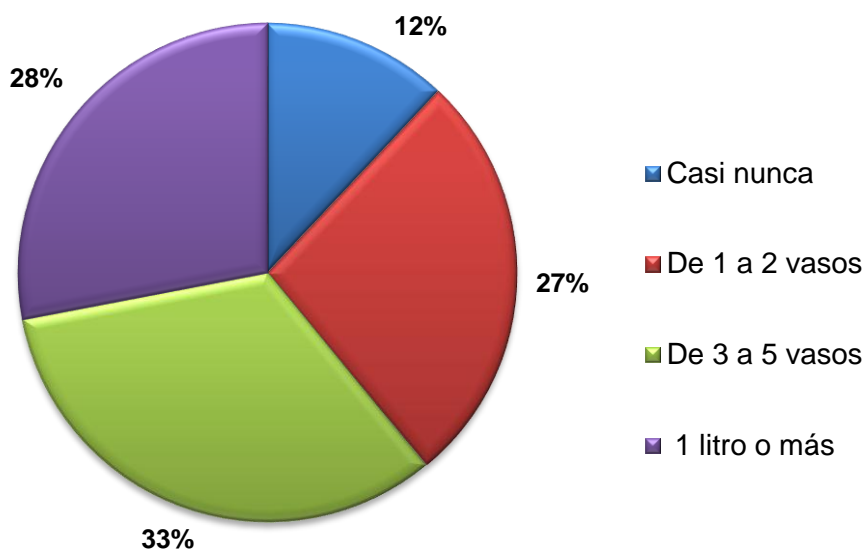
Fuente: Elaboración propia.

Con base en consumo de pescado y derivados, un 53% manifestó consumir frecuentemente este alimento, 39% casi nunca y un 8% no consume pescado.

Como dato positivo, más de la mitad de los participantes consumen frecuentemente pescado lo cual potencia un factor protector del cáncer colorrectal. La literatura menciona que el consumo de pescado tiene asociación inversa con el riesgo de cáncer de colon si se ingiere más de 80 gramos diarios.

Por otro lado, 47% de la población casi nunca o nunca consume este alimento, perjudicando enormemente la salud, exponiendo un mayor consumo de carnes rojas, las cuales en grandes cantidades pueden ser perjudiciales. Una de las razones de la importancia del pescado en la dieta convencional es el aporte de omega 3, ya que este disminuye la inflamación y evita mecanismos que propician el crecimiento de células cancerosas.

Gráfico 23
Distribución porcentual según consumo de agua diaria, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016



Fuente: Elaboración propia.

Anteriormente se muestra la cantidad de ingesta hídrica por parte de los entrevistados, en el cual, 33% consume de 3 a 5 vasos diarios, 28% consume alrededor de 1 litro diario, 27% de 1 a 2 vasos y un 12% casi nunca.

En consecuencia, se logra exponer que un 61% de la población logra consumir entre 3 vasos y 1 litro de agua, siendo esta la medida que más se acerca a un consumo adecuado de este importante líquido, hábito que es un factor protector que contribuye a la salud en general y aún más la salud colonica, numerosos especialistas de la salud recomiendan consumir entre 2 y 3 litros de agua al día.

En general, los beneficios de la ingesta hídrica en la salud, permite el tránsito intestinal adecuado, evitando evacuaciones dolorosas y dificultosas, asimismo favorece la expulsión de heces evitando que pasen más del tiempo del necesario en el colon. En contra parte, aproximadamente 4 de cada 10 personas consume menos de 2 vasos de agua al día, cantidad considerada como pobre y práctica poco beneficiosa, la cual trae como resultado patrón intestinal lento y dificultoso.

Es en relación a la evidencia expuesta, que se debe buscar medios de educación para enfatizar o promover la importancia que posee el consumo de agua para la salud que junto a las frutas y verduras son los que más beneficios traen al sistema gastrointestinal.

Cuadro N° 5
Distribución porcentual según consumo de frutos secos semanales,
familiares de personas que asisten al Programa del Paciente
Ostomizado, HCG, 2016

Consumo de frutos secos	Cantidad de personas
Casi nunca	68
Frecuentemente	32
Diariamente	0
Total	100

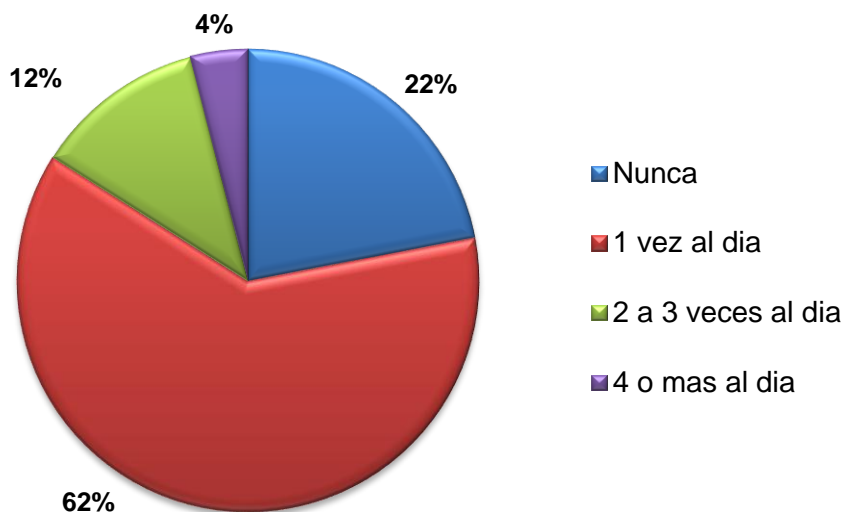
Fuente: Elaboración propia.

El cuadro anterior, muestra la frecuencia del consumo de frutos secos de los participantes del estudio. Los hallazgos al respecto fue que un 68% casi nunca, 32% consume frutos secos frecuentemente y 0% diariamente.

Por ende, 3 de cada 10 personas menciona consumir de forma frecuente este tipo de alimentos, los cuales ofrecen un efecto positivo por su acción antiinflamatoria ante el cáncer colorrectal.

El 68% de los encuestados mencionó poco consumo, lo cual, se relaciona al desconocimiento de múltiples beneficios de este tipo de alimentos. La evidencia científica ha sido clara en su contenido de omega 3, la actividad antiinflamatoria y la cantidad de fibra soluble (la cual atrae agua y disminuye el colesterol) que poseen los frutos secos y que favorecen al adecuado funcionamiento del intestino grueso.

Gráfico 24
Distribución porcentual según consumo de productos lácteos, familiares de personas que asisten al Programa al Paciente Ostomizado, HCG, 2016



Fuente: Elaboración propia.

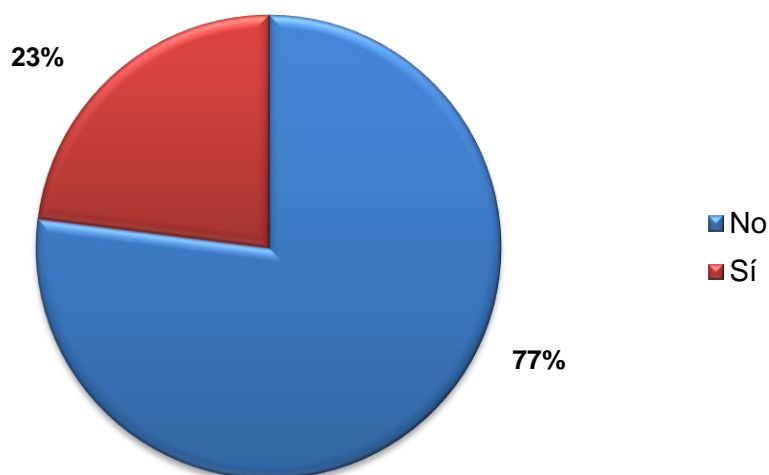
El 4% de los participantes, refiere más de 4 lácteos al día, 12% de 2 a 3 productos, 22% nunca consume y 62% mencionó consumir 1 vez al día.

En consecuencia, se expone que la población posee un adecuado consumo de este tipo de alimento, es así como aproximadamente 6 de cada 10 personas consume al menos un producto de esta índole, y aproximadamente 1 de cada 10 consume de 2 a 3 lácteos al día siendo esta la recomendación nutricional más adecuada, lo cual es un factor protector.

Múltiples investigaciones mencionan que el consumo de productos lácteos está asociado a una disminución de los casos de cáncer colorrectal, la cual se ha relacionado también con los suplementos de calcio, que disminuyen en un 19% la recurrencia de adenomas de colon.

Como dato importante se encontró que aproximadamente, 2 de cada 10 no consume lácteos, este comportamiento se asocia, a que en muchas ocasiones se desarrolla intolerancia y la evita en su totalidad, por lo que resulta indispensable educar sobre un consumo mayor de ciertos alimentos que no son lácteos pero son fuente de calcio, como; el brócoli, zanahoria, coliflor, garbanzos entre otros alimentos de origen vegetal.

Gráfico 25
Distribución porcentual según consumo de suplementos vitamínicos, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016



Fuente: Elaboración propia.

En relación con los datos expuestos anteriormente, se observa el consumo habitual de suplementos vitamínicos de los participantes, en el cual 77% no consume ninguno y en tanto que un 23% refirió si hacerlo frecuentemente.

Esto quiere decir, que en su mayoría (casi el 80%) no consume ningún tipo de suplemento vitamínico en su dieta habitual, ya sea porque no lo considera necesario, o por desconocimiento de los múltiples beneficios que aporta.

Destaca que solo 23% de los participantes lo hace regularmente. Múltiples investigaciones refieren que la vitamina D y el calcio funcionan juntos para reducir el riesgo de cáncer colorrectal, ya que la vitamina D facilita la absorción de calcio. Además, si se toma diariamente un complejo multivitamínico que contenga ácido fólico o folato se reduce el riesgo mayormente.

Es importante enfatizar el consumo de multivitamínicos bajo la supervisión de profesional capacitado con el fin de consumir las en la educación de indagar junto a un profesional en salud capacitado con el fin de consumir las cantidades recomendadas para cada individuo según sus necesidades.

Cuadro N° 6
Relación sexo y consumo de suplementos para la digestión en los familiares
de personas que asisten al Programa al paciente
Ostomizado, HCG, 2016

Consumo de suplementos	Sexo		
	Cantidad de personas	Femenino	Masculino
1 vez por semana	7	4	3
Cada 2 a 3 días	5	3	2
Nunca	80	52	28
Todos los días	8	7	1
Total	100	66	34

Fuente: Elaboración propia.

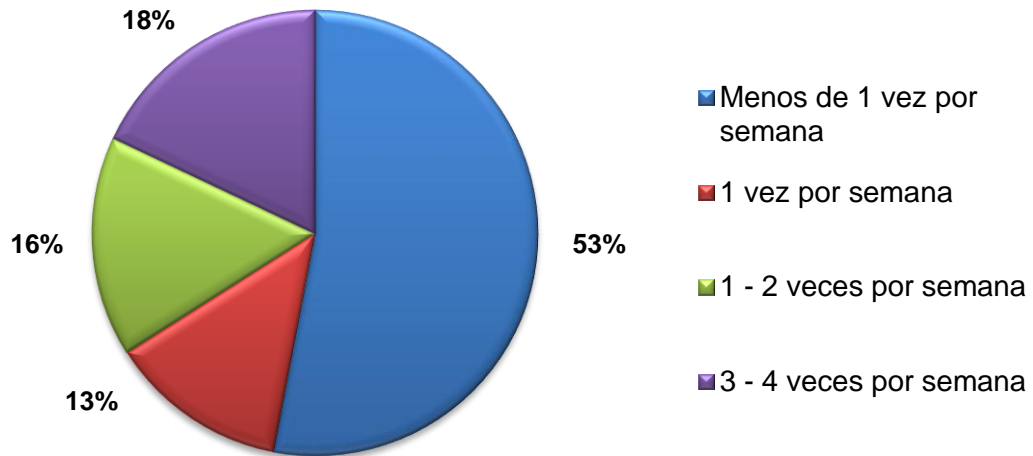
En cuadro anterior muestra la cantidad de personas según sexo en relación al consumo de suplementas de este tipo. De ellas, 80 personas nunca consume; siendo 52 mujeres y 28 hombres, 8 de ellos consume diariamente suplementos; de los cuales 7 son mujeres y 1 es hombre, con respecto al consumo 1 vez por semana de los participantes solo 7 afirmaron, de los cuales 4 son mujeres y 3 varones y cada 2 a 3 días un total 5; de los cuales 3 son mujeres y 2 varones.

Es decir, aproximadamente 8 de cada 10 de las personas refirió no tener necesidad de ingerir este tipo de suplementos (casi en su totalidad féminas), lo cual manifiesta que en su mayoría los participantes mantienen un patrón intestinal adecuado.

Por otro lado, 20% de la población (el cual 14 son mujeres y 6 varones), refiere consumirlo durante la semana, cada 2 a 3 días o 1 vez por semana, ya que mejora su proceso defecatorio y afirman necesitarlo, en consecuencia, se logra percibir que el sexo femenino encabeza con un mayor porcentaje y en proporción a la población, son las que más suplementos para mejorar la digestión utilizan.

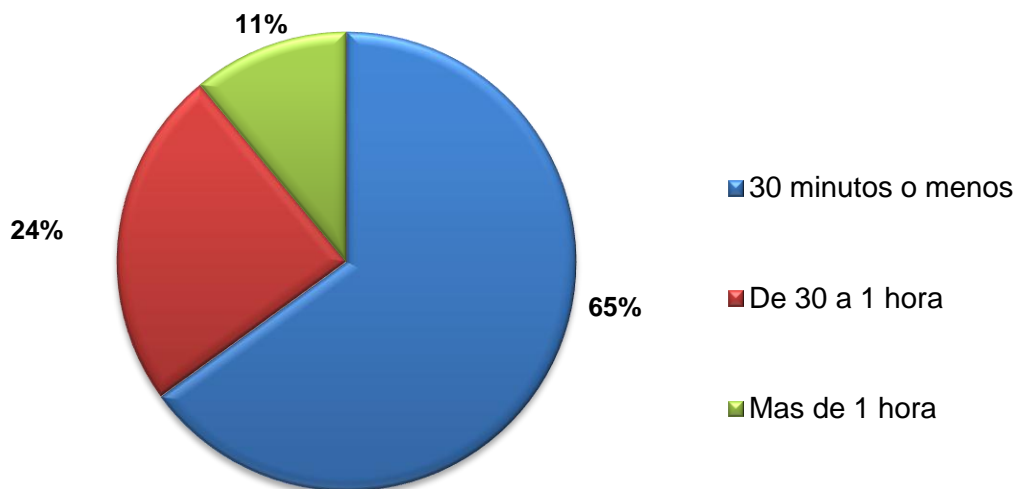
Es mediante a estos hallazgos presentados, que se debe enfatizar en la educación a la utilización de productos de esta índole ya que presentar períodos de diarrea o estreñimiento, sumado a la utilización de estos productos, puede alterar un diagnóstico oportuno y un adecuado tamizaje.

Gráfico 26
Distribución porcentual según ejercicio semanal, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 27
Distribución porcentual según cantidad de tiempo dedicado al ejercicio diario, familiares de personas que asisten al Programa al Paciente Ostomizado, HCG, 2016



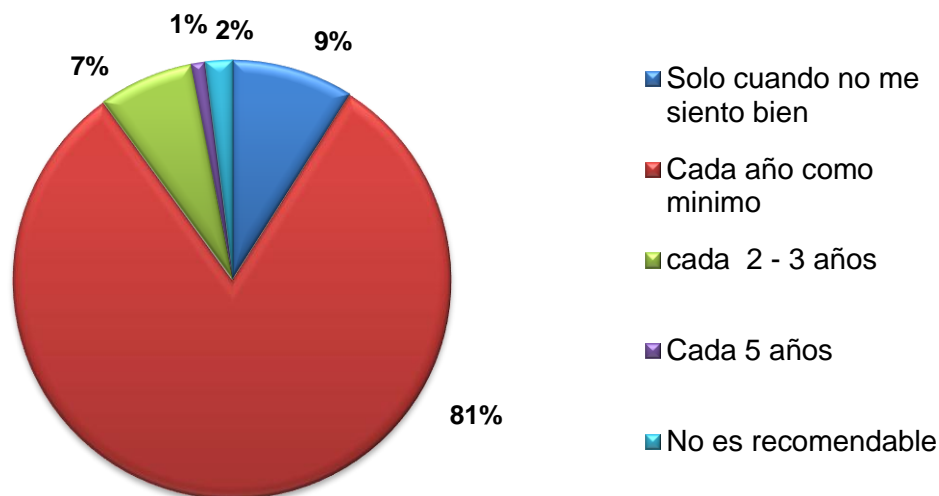
Fuente: Elaboración propia.

Según la cantidad de ejercicio semanal que realizan los participantes, el 53% se ejercita al menos 1 vez por semana, 18% 3 a 4 veces por semana, 16% 1 a 2 veces por semana y 13% 1 vez por semana. Por otra parte, se expone la cantidad de tiempo que se le dedica a la actividad física exclusiva diariamente, el 65% de las personas dedican menos de 30 minutos, 24% de 30 minutos a 1 hora y 11% 1 hora.

Se evidencia que, 47% si realiza más de una vez a la semana actividad física. El 65% de las personas dedican menos de 30 minutos al ejercicio cuando lo práctica, lo cual se debe contemplar que la calidad o el efecto que tenga la actividad física es proporcional a la cantidad de tiempo invertido. Para que el ejercicio surta efecto debe ser mayor a 30 minutos y al menos 3 días a la semana.

Por otro lado, el 53% mencionó que es casi nulo el ejercicio que realiza a la semana, la mitad de la población se encuentra en una condición de sedentarismo, factor de riesgo para múltiples enfermedades; problemas cardiovasculares, obesidad y cáncer en general.

Gráfico 28
Distribución porcentual según frecuencia chequeos médicos, familiares de
personas que asisten al Programa del Paciente
Ostomizado, HCG, 2016



Fuente: Elaboración propia.

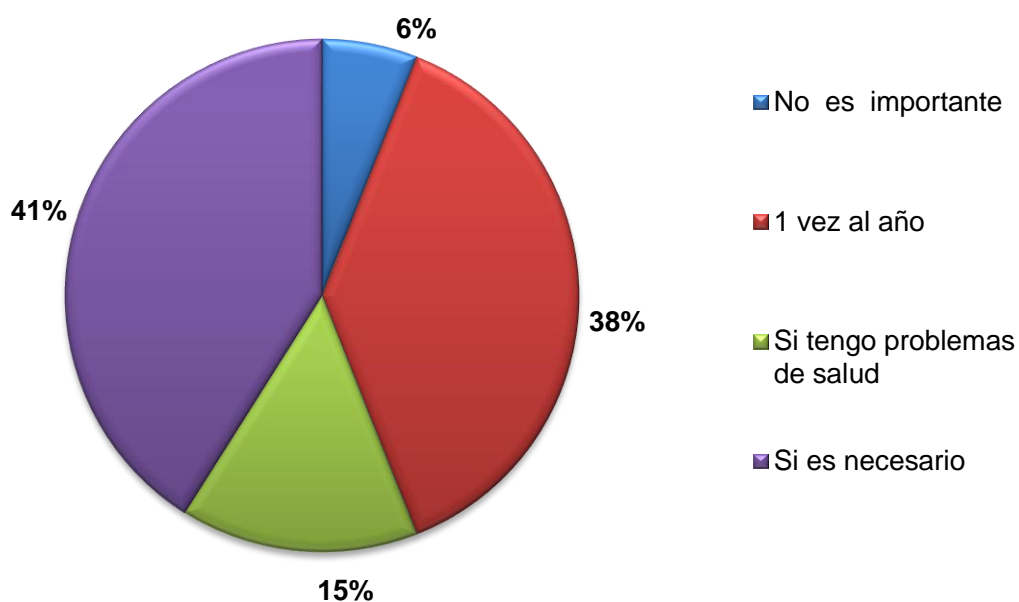
Según la percepción de los encuestados según el motivo y la frecuencia para realizar chequeos médicos, 81% refirió que se deben realizar cada año como mínimo, 9% solo cuando uno no se siente bien, 7% cada 2 a 3 años, 2% que no son recomendables y 1% afirma cada 5 años.

Un dato sobresaliente y es relacionado con el aspecto preventivo es que aproximadamente 8 de cada 10 participantes acepta la importancia de los chequeos médicos anuales, identificando exámenes preventivos, identificación temprana de factores de riesgo, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

Preocupa sin embargo, que 10% no se realice revisiones médicas regularmente, hecho negativo para un adecuado diagnóstico, ya que el cáncer colorrectal

evidencia síntomas en estadios avanzados. Ciertas molestias digestivas o condiciones que propician este tipo de cáncer, se pueden evaluar oportunamente con chequeos médicos recurrentes.

Gráfico 29
Distribución porcentual según percepción de importancia de exámenes de heces, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016



Fuente: Elaboración propia.

Con base en la percepción acerca de la importancia de los exámenes de heces, 41% los considera necesario, 38% lo considera necesario una vez al año, 15% si tiene problemas de salud y 6% no lo considera importante.

Es importante el hallazgo de que la mayoría (un 79%), percibe este tipo de examen como relevante. En el caso del cáncer colorrectal, los exámenes de heces representan un medio de diagnóstico valioso que puede ser de mucha utilidad

Por otro lado, 2 de cada 10 personas considera que el examen no es necesario o lo es solo en casos en los cuales sea estrictamente imprescindible, esto se puede relacionar con la resistencia a realizarse exámenes concomitantes que permitan un diagnóstico oportuno.

Diversos estudios afirman que el examen de heces donde se encuentra sangre oculta es eficiente, tiene alta relación costo / beneficio y puede detectar casos de carcinoma temprano con clínica asintomática, dando así un mejor pronóstico en las personas que lo padecen.

Cuadro N°7
Relación Edad y realización de colonoscopias en los familiares de personas
que asisten al Programa al paciente
Ostomizado, HCG, 2016

Edad	Realización colonoscopia		
	Cantidad de personas totales	Sí	No
18 - 24	5	0	5
25 - 34	18	0	18
35 - 44	16	3	13
45 - 54	19	5	14
55 - 64	23	11	12
65 o mas	19	8	11
Total	100	27	73

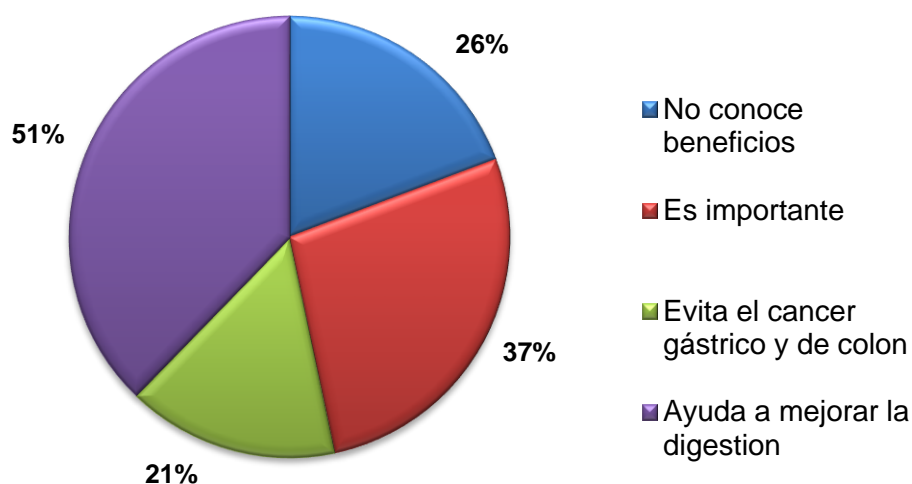
Fuente: Elaboración propia.

Anteriormente, se muestra la relación que existe entre la edad y la realización de la colonoscopia, en la cual se logró evidenciar que más de la mitad de la población no se había realizado el examen y la edad en la cual existe una mayor realización es de los 55 años en adelante, tales datos llaman la atención ya que es una edad en la cual usualmente aparece el cáncer colorrectal, facilitando un medio de diagnóstico oportuno en etapas iniciales del cáncer.

Además, se encontró que la población relativamente joven (de 35 a 44 años) son el tercer conglomerado de individuos con mayor realización de este examen, hecho que demuestra que la educación proporcionada mediante la enfermedad del familiar ha incrementado el deseo de mantener en control molestias o problemas digestivos.

En cuanto la población más joven, los individuos de 18 a 34 años se mantienen al margen de la realización de este examen.

Gráfico 30
Distribución porcentual según conocimiento del efecto de la fibra en el cuerpo humano, familiares de personas que asisten al Programa al Paciente Ostomizado, HCG, 2016



Fuente: Elaboración propia.

Se logra identificar que el 51% de los familiares mencionó que la fibra ayuda a mejorar la digestión, 37% la considera importante, 26% no conoce sus beneficios y 21% considera que evita el cáncer gástrico y de colon.

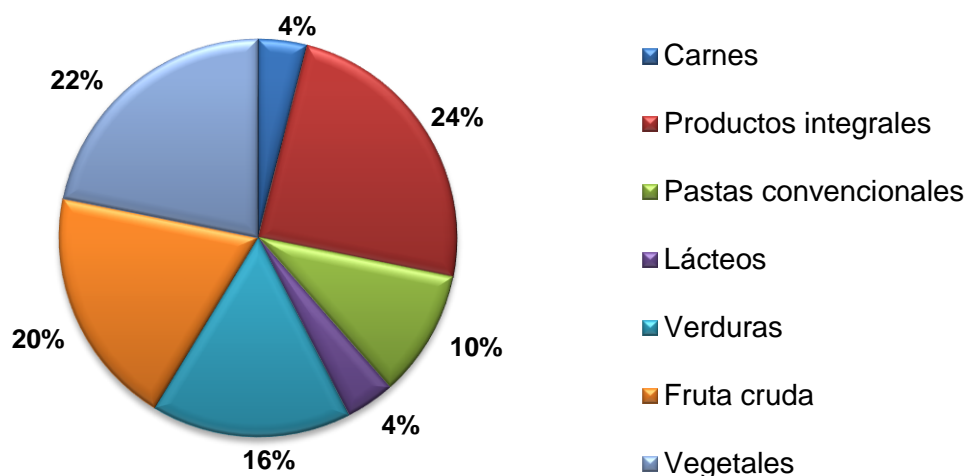
Por consiguiente, el 72% de los participantes tiene la conciencia de que este componente es beneficioso para la digestión y puede prevenir el cáncer colorrectal, punto que contribuye como efecto protector en familiares de primer

grado, ya que como se mencionó anteriormente, la fibra colabora estrechamente con la flora intestinal, bacterias que se encargan de procesar algunos alimentos difíciles de digerir.

Por otra parte, 3 de cada 10 personas desconocen totalmente cuáles son los beneficios de este producto en el organismo y por lo que podría suponerse que no se consume alimentos ricos en fibra.

En relación con lo anterior, la importancia de la educación acerca del consumo de fibra, sus variedades y fuentes, es vital para empoderar a la población sobre su efecto protector tan conocido. La literatura menciona que la fibra soluble se encuentra en múltiples alimentos: en el salvado de avena, la cebada, las nueces, las semillas, las lentejas y algunas frutas y verduras, mientras que la fibra insoluble se puede conseguir en el trigo, las verduras y los granos integrales.

Gráfico 31
Distribución porcentual según conocimiento de alimentos fuente de fibra,
familiares de personas que asisten al Programa al Paciente
Ostomizado, HCG, 2016



Fuente: Elaboración propia.

Los datos recolectados en relación al conocimiento de alimentos fuente de fibra revelan que, un 24% de los participantes relaciona la fibra con productos integrales, 22% considera que esta en los vegetales, 20% en fruta cruda, 16% verdura, 10% pastas convencionales, 4% carnes y otro 4% en lácteos.

Un 24% de la población acertó en que los productos integrales contiene diversos nutrientes y entre ellos el compuesto de la fibra, por otro parte, el 58% de la población especifica que tanto verduras, frutas y vegetales son fuentes de fibra. Es importante que la población posea conocimiento básico sobre los alimentos ricos en fibra que estimulan el tránsito intestinal y por ende, resulta en factor protector del cáncer colorrectal.

En cuanto al 28% de los encuestados restantes, creen que tanto la carne, leche y las harinas convencionales son fuente de fibra en la dieta, lo cual demuestra la necesidad de educar y brindar información acerca de los alimentos que poseen este compuesto de origen vegetal.

Cuadro N°8
Distribución porcentual según conocimiento de factores de riesgo de cáncer colorrectal, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016

Conocimiento de factores de riesgo CCR	Cantidad de personas	%(fr)
Tener familiares con cáncer	57	13%
Sobrepeso / obesidad	33	7%
Químicos en los alimentos	45	10%
Falta de ejercicio	35	8%
Alimentos altos en grasas	48	11%
Consumo frecuente de carnes rojas	34	8%
Fumar	42	9%
Tener problemas intestinales	56	13%
Diarreas / estreñimiento	38	8%
Pólipos intestinales	50	11%
No sé	8	2%
Total	446	100%

Fuente: Elaboración propia.

El cuadro anterior, muestra el conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer colorrectal en los participantes. La mayoría en el cual 13% (57 encuestados) refieren que el tener familiares con cáncer es de riesgo, 13% (56 encuestados) tener problemas intestinales, 11% (50 encuestados) pólipos intestinales, 11% (48 encuestados) alimentos altos en grasas, 10% (45 encuestados) químicos en

alimentos,9% (42 encuestados) fumar,8% (38 encuestados) diarreas / estreñimiento,8%(35 encuestados) falta de ejercicio,8% (34 encuestados) consumo frecuentes de carnes rojas,7% (33 encuestados) sobrepeso/ obesidad y un 2% (8 encuestados) no conocían los factores de riesgo para padecer cáncer colorrectal.

En general, se percibe que la población posee una noción bastante acertada de los factores de riesgo de cáncer colorrectal, los cuales contribuyen a un mejor reconocimiento de la enfermedad y aumentar las prácticas de prevención de la misma, aproximadamente 3 de cada 10 personas encuestadas refirió que los familiares con padecimiento oncológico es el riesgo más considerable.

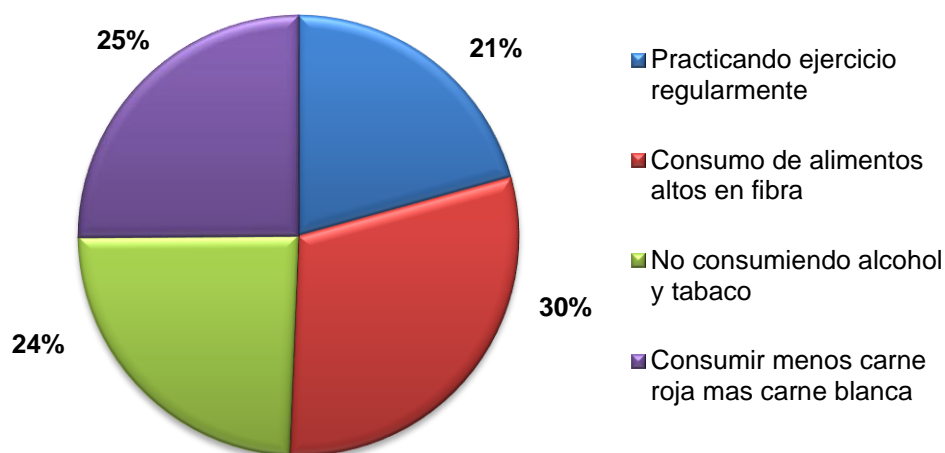
Seguido, se menciona que los problemas intestinales en general con un 13% poseen estrecha relación con este tipo de cáncer, algunos problemas comunes abarcan desde síndrome del intestino irritable o intolerancia a la lactosa. Un 11% refirió que los pólipos como el tercer mayor riesgo, lo cual en múltiples estudios refiere que la poliposis no en general tiene potencial de malignidad y depende de su tamaño también.

En relación con los hábitos alimenticios, es la cuarta causas más relacionada con este tipo de cáncer, aproximadamente 3 de cada 10 individuos mencionó que los alimentos altos en grasa, químicos en alimentos son influyentes para la aparición de cáncer de colon y la menos relacionada fue la carne roja con un 7,62%.

De los factores de riesgo menos reconocidos, alrededor de 1 de cada 10 personas afirmó que el fumado afecta y en esta misma proporción el padecer diarrea y estreñimiento. Por otro parte, el sedentarismo y la obesidad, con un 15,23% no se

reconocieron como factores de riesgo para este tipo de cáncer por parte de la población.

Gráfico 32
Distribución porcentual según conocimiento de acciones que disminuyen el riesgo de padecer cáncer colorrectal en familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016



Fuente: Elaboración propia.

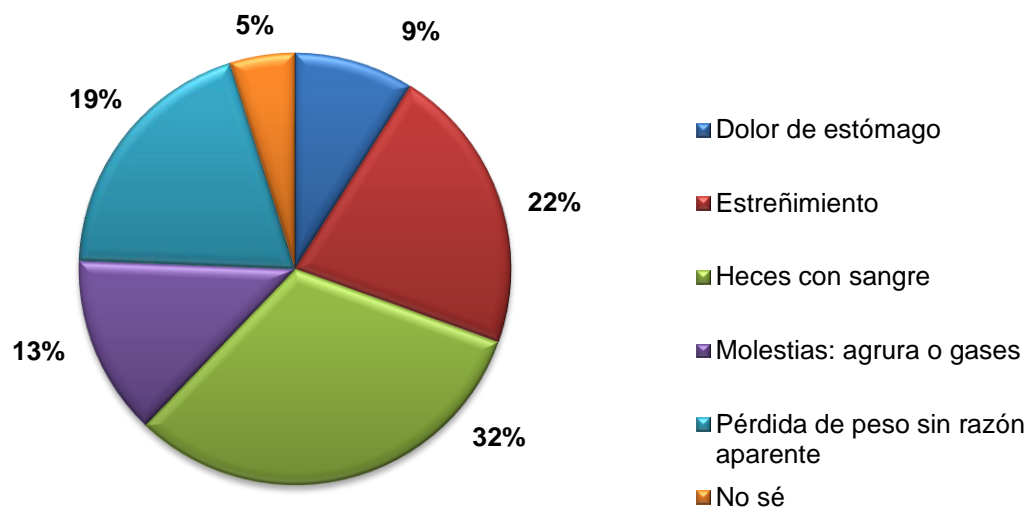
En relación al conocimiento de acciones que pueden disminuir el riesgo de cáncer colorrectal, 30% refirió que consumir alimentos altos en fibra ayuda, 25% mencionó el consumir menos carne roja y más carne blanca, 24% limitando la ingesta de alcohol y no tabaco y 21% realizando ejercicio.

Por consiguiente, aproximadamente 3 de cada 10 personas refirió que el consumir fibra disminuye el riesgo de cáncer colorrectal, como factor protector, este compuesto se puede encontrar en alimentos tales como; integrales, frutas y verduras junto la ingesta hídrica son un binomio que mejora la salud intestinal.

Por otro parte, un cuarto de la población identifica que el alcohol y el tabaco son parte de los hábitos que deterioran más la salud, y el otro 25% restante considera que las carnes rojas, en un consumo alto y desmedido son dañinas.

El factor protector menos reconocido es la actividad física con un 21%, dicho porcentaje es debido, a que la mayoría las personas no relacionan este hábito como beneficio para la movilidad del intestino, y asimismo combatiendo el sobrepeso y obesidad, uno de los factores que más perjudican y potencian el riesgo de padecer cáncer colorrectal.

Gráfico 33
Distribución porcentual según conocimiento de síntomas relacionados al cáncer colorrectal, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016



Fuente: Elaboración propia.

En relación con el conocimiento referente a sintomatología del cáncer colorrectal, 32% de los participantes reconoce como síntoma el defecar con sangre, 22%

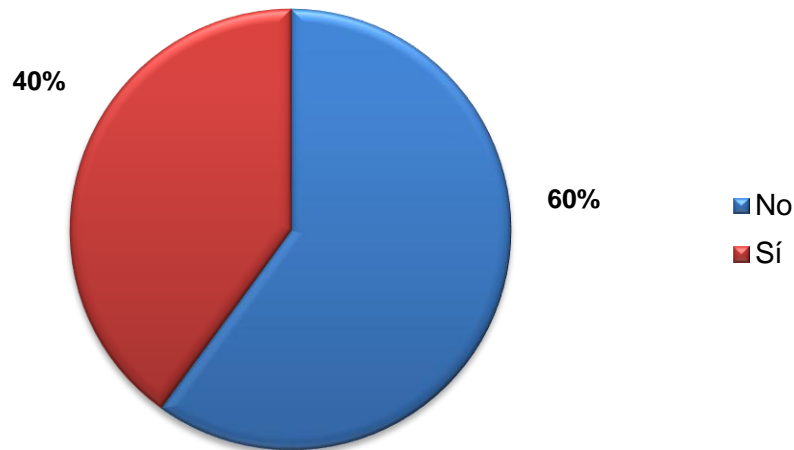
estreñimiento crónico, 19% pérdida de peso sin razón aparente, 13% molestias como agruras y gases, 9% mencionó dolor de estómago y un 5% refirió no saber cuáles síntomas se pueden asociar con el cáncer colorrectal.

Los síntomas que más indican los entrevistados, fueron heces con sangre 32% y estreñimiento con 22%, los cuales son verdaderamente signos más relacionados con la enfermedad, lastimosamente son síntomas tardíos y no tempranos. Por otro lado, 2 de cada 10 personas refirió la pérdida de peso sin razón como síntoma de cáncer colorrectal, sin embargo, es de los más inespecíficos, ya que existen en general cualquier tipo de proceso oncológico puede desencadenar pérdida de peso.

En consecuencia, 22% de las personas mencionó que el dolor abdominal, las agruras y gases es un signo de cáncer colorrectal, los cuales son los menos conocidos por la población de familiares. Según la literatura, este tipo de cáncer no suele dar síntomas, es sino hasta fases avanzadas, cuando aparecen los síntomas son variables e inespecíficos. Los síntomas más frecuentes incluyen hemorragia rectal, cambios en las defecaciones y dolor abdominal.

Un porcentaje muy pequeño, 5% no posee conocimiento absoluto acerca de la enfermedad, los cuales mencionan que no identifican bien el desarrollo de la enfermedad.

Gráfico 34
Distribución porcentual según información recibida relacionados al cáncer colorrectal, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016



Fuente: Elaboración propia.

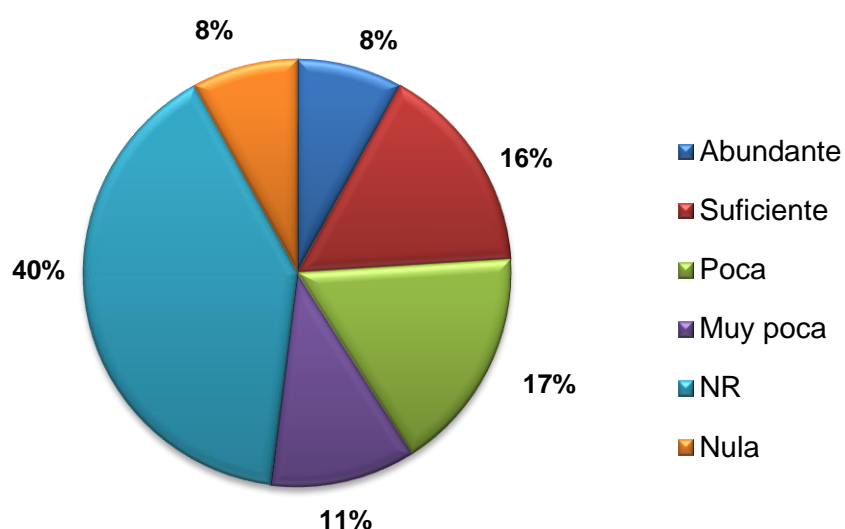
Según la cantidad de encuestados que han tenido acceso a información acerca de cáncer colorrectal, 60% refirió no haber recibido ningún tipo de información en tanto que un 40% indica que sí.

Es decir, 6 de cada 10 personas no han recibido información y no conocen del desarrollo de esta enfermedad, lo cual es un hecho muy común a raíz de que en muy pocos países se desarrollan campañas destinadas a la educación. Costa Rica no cuenta con información accesible que hable sobre hábitos intestinales normales y cáncer colorrectal.

El otro 40% de la población que sí recibió información se encuentra muy relacionado a la enfermedad del familiar donde en calidad de acompañante recibe información al respecto. En este sentido, se desea concientizar el buscar espacios

para la educación de patrones digestivos dañinos, y asimismo, el profesional debe favorecer espacios informativos y de promoción de la salud. En la lucha contra el cáncer, la prevención es el arma más eficaz.

Gráfico 35
Distribución porcentual según calificación de información recibida en 5 años relacionados al cáncer colorrectal, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016



Fuente: elaboración propia.

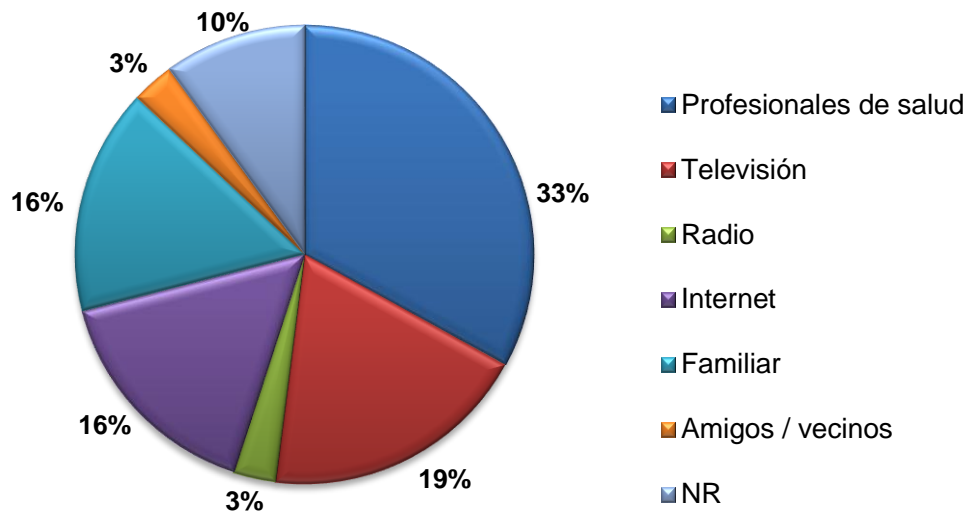
En el gráfico anterior, se muestra la calificación que dan los participantes a la información acerca de este cáncer colorrectal. El 40% no responde, ya que nunca la recibieron, 17% refirió que ha sido poca, 16% suficiente, 11% muy poca, 8% refirió ser abundante y 8% nula.

Es decir, solo un 24% mencionó que la información había sido suficiente o abundante, lo cual quiere decir que aproximadamente 2 de cada 10 personas han recibido información acerca de la patología. Por otro lado, 28% de las personas mencionó que pese a que han recibido información, esta ha sido poca o muy

poca, incrementando el riesgo ya que al ser familiares de primer grado de personas que asisten al Programa al Paciente Ostomizado son personas más vulnerable.

En cuanto al resto de la población, 48% no recibieron información acerca de la enfermedad en su totalidad, este fenómeno es un panorama común, ya que se sabe que la información acerca de este tipo de cáncer es poca y escueta. En este sentido, en la actualidad es sumamente importante un cambio total de mentalidad para nuevos estilos de vida y hábitos saludables acordes a los conocimientos científicos actuales.

Gráfico 36
Distribución porcentual según medio por el cual se recibió la información relacionada al cáncer colorrectal, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, HCG, 2016



Fuente: Elaboración propia.

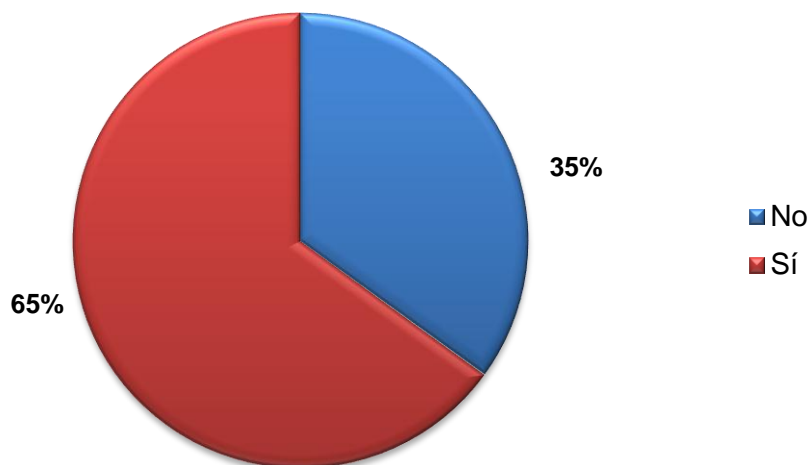
Al indagar acerca de los medios de información por el cual los participantes pudieron adquirir conocimiento acerca de la patología, un 33% refirió que fue por medio de

profesionales de salud, 19% televisión, 16% internet, 16% familiares, 3% amigos y 3% radio, el otro 10% restante no responden por no haber tenido acceso a la información.

Es decir, de los encuestados que refirieron acceso a la información, aproximadamente 3 de cada 10 personas lo obtuvieron por medio de un profesional, lo cual es positivo, ya que los profesionales en salud son la fuente principal de información.

Por otro lado, 38% refirió que fueron los medios de comunicación, hecho significativo, ya que generan mayor flujo de información para la población en general, la utilización de televisión, radio e internet, resulta valioso y permite llegar a gran cantidad de personas.

Gráfico 37
Distribución porcentual según conocimiento de influencia del parentesco relacionado al cáncer colorrectal, familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostromizado, HCG, 2016

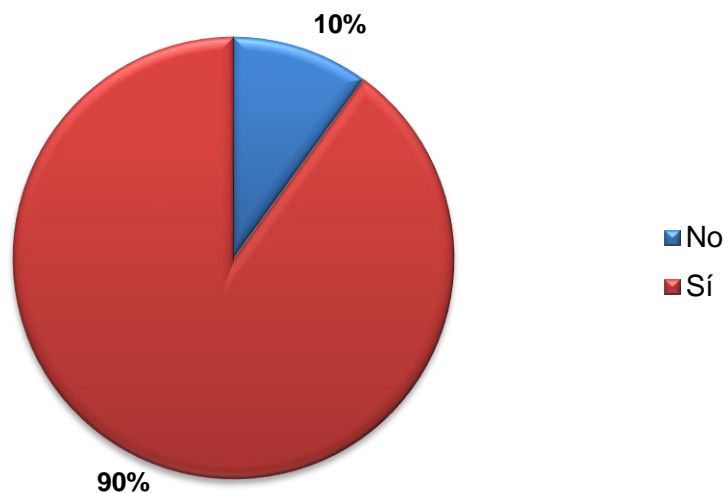


Fuente: Elaboración propia.

Según el conocimiento acerca de la afectación que la persona cuando posee, un familiar que padece con cáncer colorrectal, 65% considera que sí hay un mayor riesgo y 35% restante no asocia la consanguineidad con este tipo de cáncer.

En consecuencia, un 65% de los participantes son conscientes de la relación estrecha que existe entre poseer un familiar con cáncer colorrectal con el desarrollo propio de la enfermedad. El otro 35%, mencionó que un familiar con cáncer colorrectal no representa mayor riesgo para los familiares, siendo esta concepción errónea ya que los estudios han relacionado una y otra vez que el parentesco sí aumenta la posibilidad de presentar la enfermedad. La literatura menciona que se pueden empezar a realizar los exámenes de escrutinio colorrectal 10 años antes de que el familiar fuera diagnosticado con la enfermedad.

Gráfico 38
Distribución porcentual relación difusión de información en relación a la disminución de cáncer colorrectal en familiares de personas que asisten al programa al Paciente Ostomizado, HCG, 2016



Fuente: Elaboración propia.

Según la percepción acerca de la cantidad de información impartida, la cual, puede disminuir la cantidad de casos de cáncer colorrectal, 90% coincidieron que sí se puede evitar casos por medio de la difusión de información y 10% restante refirió que mediante la educación no se podría disminuir los casos.

En relación a los datos mostrados, aproximadamente 9 de cada 10 individuos, de la población refirió que la creación de espacios para educar a toda la población puede generar un enorme impacto acerca de las practicas dañinas que contribuyen al desarrollo de este tipo de cáncer y asimismo disminuyendo el número de casos.

La literatura menciona acerca de la promoción de la salud como un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su proceso de salud, ya que

capacitando a la gente, esta adquiere control sobre su salud, permitiéndole involucrarse en su proceso de salud y como resultado se da un alcance el máximo nivel de bienestar físico, mental y social para todos.

CAPÍTULO V:
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Posterior al análisis de la información recolectada para la presente investigación, se llega a las siguientes conclusiones, según los objetivos del estudio.

- De acuerdo con las características sociodemográficas de la población, el 66% son mujeres, 42% tienen 45 años o más, un 63% tiene un grado máximo de secundaria completa, 81% residen en San José, y un 57% no percibe salario propio.
- En relación con los factores de riesgo identificados a través del estudio: 52% de la población presenta diabetes, hipertensión y cáncer en su historia familiar. En cuanto a los familiares que asisten como acompañante al Programa Integral al Paciente Ostromizado, 31% son madres y 26% hermanos, entre las enfermedades propias más frecuentes se encontró, colitis en un 27% y el estreñimiento en un 19%.
- En relación con los factores protectores, se encontró positivamente se encuentran; 50% consume 4 a 5 comidas diarias, 71% consume menos de 1 vez por semana comidas rápidas, 51% nunca o casi nunca consume harinas refinadas, un 69% casi nunca consume carne roja y 68% nunca o casi nunca consume embutidos, muy ocasionalmente un 69% consume gaseosas durante la semana y un 87% no es tabaquista y consume bebidas alcohólicas frecuentemente durante la semana.

- El patrón defecatorio en la población estudiada es adecuado, 81% Va de 1 a 3 veces por día a defecar y 63% tiene una consistencia en las heces según la escala de Bristol opción 3 a 4 (normales).
- En relación con las prácticas de prevención, 78% consume de 1 a 4 frutas por día, 62% consume verduras y legumbres frecuentemente por semana, 53% consume pescado frecuentemente, 49% no utiliza medicamentos para la digestión sin prescripción médica y un 81% afirma la importancia de chequeos médicos generales 1 vez por año, según los exámenes de heces un 41% del total de la población mencionó verlos necesarios y con un 42% la edad más común en la cual se realizan las colonoscopias es de 45 a 65 años.
- Entre los factores protectores menos presentes en la población están: 33% consume de 3 a 5 vasos de agua al día, 62% casi nunca o nunca consume frutos secos, 77% no consume suplementos vitamínicos. Un 53% de la población realiza menos de una vez por actividad física intencional y cuando la realiza un 65% dedica menos de 30 minutos diarios.
- Con respecto al conocimiento en general relacionado a prevención de cáncer colorrectal, 51% refirió que la fibra ayuda a la digestión, 44% mencionó que la fibra está presente en productos integrales y frutas crudas, un 36% refirió que familiares de primer grado con cáncer colorrectal, el padecer de problemas intestinales junto a los pólipos son los mayores riesgos para desarrollar cáncer colorrectal. Un 54% menciona que los síntomas que más

se relacionan con cáncer de colon es la sangre al defecar seguido del estreñimiento.

- En relación con la información obtenida, un 60% no ha recibido alguna, de los que sí han recibido, 36% mencionan que la información ha sido insuficiente o muy poca, 33% refirió acceso a la información por parte de profesionales en salud, y un 90% concuerda con la idea de que si existiera mayor difusión de información, disminuiría el número de casos.
- Por lo tanto, en relación con los conocimientos y prácticas relacionadas de cáncer colorrectal, se logra determinar, que si existe poco conocimiento de la enfermedad, las personas que refieren cierto conocimiento se debe a la cercanía con el familiar por su enfermedad. Existe desconocimiento de efectos beneficiosos y perjudiciales en alimentos, entre las prácticas más representativas en la población se encontró: la baja actividad física, y la inadecuada alimentación, tales como; el consumo moderado de carnes rojas, gran consumo de harinas refinadas y escasa ingesta hídrica.

5.2 Recomendaciones

Con los resultados obtenidos en la investigación, se precisan las siguientes recomendaciones.

Para el equipo básico de Atención Primaria de Salud:

1. Brindar educación sobre la importancia de estilos de vida saludable en general tanto por parte del equipo profesional como la ayuda de estudiantes de diferentes disciplinas en salud para concientizar a la población, mediante promoción de actividades físicas, tales como: aeróbicos carreras, y promocionar otros nuevos estilos de ejercicio este siendo el principal método para evitar enfermedades crónicas tales como cáncer colorrectal.
2. Brindar boletines informativos, carteles, acerca de enfermedades crónicas en general, entre ellas un tipo de cáncer en determinado tiempo, ya sea en tiempos de consulta, el salón de instancias médicas o utilizando la ayuda del Equipo de ATAPS, la idea central es informar acerca de promoción de salud, como el consumo mayor de fibra en alimentos como: frutas, verduras, frutos secos y aumento de la ingesta hídrica y prevención de la enfermedad, promoviendo exámenes de heces, colonoscopias e informando acerca de patrones intestinales sanos y síntomas de la enfermedad oncológica colorrectal.
3. Motivar al profesional de enfermería a incrementar el empoderamiento de su zona de trabajo para espacios de educación

en la atención primaria relacionada a promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Programa al Paciente ostomizado HCG:

1. Promover charlas, talleres informativos acerca de cáncer colorrectal a todos los familiares de pacientes ostomizados por cáncer colorrectal, así mismo promueve la prevención generacional de la enfermedad.
2. Promover campañas de educación a cerca del cáncer colorrectal a nivel general del Hospital Calderón Guardia, utilizan las instalaciones de la misma y apoyo tanto de profesionales como de estudiantes de distintas disciplinas de la salud.
3. Promover campañas de tamizaje (exámenes de sangre en heces), a toda aquella población general que se ha identificado el riesgo, utilizando como medio, estudiantes de distintas disciplinas y las instalaciones del Hospital Calderón Guardia.
4. Promover una red de información que consolide todos los programas al paciente ostomizados, así como enfermeras encargadas de ostomizados y llevar un servicio de calidad a nivel nacional.
5. Incentivar al profesional de enfermería a incrementar la educación acerca de la enfermedad en la atención primaria en salud y la realización de actividades de manera paralela por profesionales en salud.

BIBLIOGRAFÍA

6.1 Bibliografía

1. OMS | Cáncer [Internet]. WHO. [Citado 25 de marzo de 2016]. Disponible en:
<http://www.who.int/topics/cancer/es/>
2. OMS | Cáncer [Internet]. WHO. [Citado 17 de febrero de 2016]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
3. Colorrectal cancer screening - colorectal-cancer-screening-spanish-2007.pdf [Internet]. [Citado 17 de febrero de 2016]. Disponible en:
<http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/colorectal-cancer-screening-spanish-2007.pdf>
4. Plan nacional para la prevención y control del cáncer [Internet]. [citado 2 de octubre de 2015]. Disponible en:
http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/consejo_nacional_cancer/DM_plan_nacional_para_la_preencion_y_control_del_cancer.pdf
5. Experiencia en el manejo de cáncer de colon y recto en pacientes ingresados en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza del ISSSTE durante los años 2003-2006 - cg083g.pdf [Internet]. [citado 15 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2008/cg083g.pdf>
6. Promocion_de_la_salud_una_nueva_cultura.pdf [Internet]. [Citado 13 de febrero de 2016]. Disponible en:

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/promocion_de_la_salud_una_nueva_cultura.pdf

7. Gastroenterología » cáncer de colon [Internet]. [Citado 19 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://articulos.sld.cu/gastroenterologia/archives/tag/cancer-de-colon>
8. Monografías de la IARC evalúan el consumo de la carne roja y de la carne procesada - pr240_S.pdf [Internet]. [Citado 19 de febrero de 2016]. Disponible en: https://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2015/pdfs/pr240_S.pdf
9. Rodrigo L, Riestra S. Dieta y cáncer de colon. Rev. Esp Enfermedades Dig. Abril de 2007;99(4):183-9.
10. Calcio y la prevención del cáncer [Internet]. National Cancer Institute. [citado 20 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/dieta/hoja-informativa-calcio>
11. Predictores clínicos de etapificación en cáncer colorrectal - zotero://attachment/121/ [Internet]. [Citado 1 de octubre de 2015]. Disponible en: <zotero://attachment/121/>
12. Relación diagnóstico y supervivencia en el cáncer de colon [Internet]. [citado 13 de octubre de 2015]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_11_11/san091111.pdf

13. Revista médica en nuestros hospitales [Internet]. [citado 1 de octubre de 2015].
Disponibile en: [zotero://attachment/65/](#)
14. Donoso D A, Villarroel del P L, Pinedo M G. Aumento de la mortalidad por cáncer de colon en Chile, 1990-2003. Rev. Médica Chile. Febrero de 2006;134(2):152-8.
15. Cáncer en Costa Rica epidemiología descriptiva [Internet]. [citado 19 de febrero de 2016]. Disponible en: [zotero://attachment/28/](#)
16. Rey Cardona García. Revisión bibliográfica sobre las patologías de colon en el adulto mayor y descripción de los hallazgos resultantes de las colonoscopias y rectosigmoidoscopias, realizadas en el HNGG durante el año 2009. [San José, Costa Rica]: Universidad de Costa Rica; 2011.
17. Proceso diagnóstico para la detección de Cáncer de Colon y Recto [Internet]. [Citado 19 de febrero de 2016]. Disponible en: [zotero://attachment/253/](#)
18. Especialista tica: «Recomendación es reducir lo más posible el consumo de carnes procesadas». La Nación [Internet]. [Citado 19 de febrero de 2016];
Disponibile en: http://www.nacion.com/vivir/ciencia/carne-ganado-cancer-estudios-ganaderia-reses-bovinos_0_1523447729.html?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_content=2015-11-10&utm_campaign=rss-latest
19. Hospital Calderón Guardia. Perfil del programa atención integral al paciente ostomizado hospital Dr. Calderón Guardia. Hospital Calderón Guardia;

20. Caja Costarricense de Seguro Social [Internet]. [Citado 5 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.ccss.sa.cr/noticias/index.php/14-hospitales/1944-pacientes-ostomizados-del-hospital-calderon-guardia-intercambiaran-experiencias-en-guatemala>
21. Calderón Guardia celebrará a pacientes ostomizados el Día del Padre y Madre [Internet]. [Citado 17 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.monumental.co.cr/noticia/calderon-guardia-celebrara-pacientes-ostomizados-el-dia-del-padre-y-madre>
22. American Cancer Society - 5042.96.docx - zotero://attachment/53/ [Internet]. [Citado 1 de octubre de 2015]. Disponible en: zotero://attachment/53/
23. Detección del cáncer colorrectal | ACG Patients [Internet]. [citado 25 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://patients.gi.org/recursos-en-espanol/deteccion-del-cancer-colorectal/>
24. Cayon A. OPS OMS | Cáncer colorrectal [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2016 [citado 7 de junio de 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11761%3Acolorectal-cancer-&catid=8576%3Acolorectal-cancer-content&Itemid=41765&lang=es

25. American Cancer Society pdf.pdf [Internet]. [Citado 24 de septiembre de 2015].
Disponible en:
<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002290-pdf.pdf>
26. Experiencia en el manejo de cáncer de colon y recto en pacientes ingresados en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza del ISSSTE durante los años 2003-2006 - cg083g.pdf [Internet]. [Citado 8 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2008/cg083g.pdf>
27. Dr. Alejandro Calderón Céspedes. Situación epidemiológica del cáncer gastrointestinal. fortalecimiento de la atención integral del cáncer en la red CCSS; 2014.
28. Memoria institucional 2010 -2014 [Internet]. [citado 1 de octubre de 2015].
Disponible en:
http://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/memorias/memoria2014/UMI_memoria_institucional_2010_2014.pdf
29. Cáncer de colon - zotero://attachment/157/ [Internet]. [Citado 19 de febrero de 2016]. Disponible en: <zotero://attachment/157/>
30. Caja Costarricense de Seguro Social. Estadísticas de incidencia de cáncer colorrectal [Internet]. 2015. Disponible en:
https://blu173.mail.live.com/mail/ViewOfficePreview.aspx?messageid=mgLmWvJ_hl5RGRARzB3vGHcg2&folderid=flinbox&attindex=1&cp=-1&attdepth=1&n=59241657

31. OMS | Factores de riesgo [Internet]. WHO. [Citado 2 de abril de 2016].
Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
32. Castro Peraza María Elisa. Programa educativo participativo centrado en el paciente de cirugía oncológica colorrectal [Internet]. Universidad de la Laguna; 2012. Disponible en: <ftp://tesis.bbt.ull.es/ccppytec/cp464.pdf>
33. Cáncer colorrectal hereditario no polipósico (síndrome de Lynch) [Internet]. [citado 1 de octubre de 2015]. Disponible en: <zotero://attachment/44/>
34. Cáncer colorrectal - Factores de riesgo y prevención [Internet]. Cancer.Net. [citado 2 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-colorrectal/factores-de-riesgo-y-prevenci%C3%B3n>
35. Pierart Z C, Rozowsky N J. Papel de la nutrición en la prevención del cáncer gastrointestinal. Rev. Chil Nutr. abril de 2006;33(1):8-13.
36. Nahúm Méndez Sánchez, Misabel Uribe Esquivel. Gastroenterología. Segunda edición. México: Mc Graw Hill; 2010.
37. Complicaciones gastrointestinales [Internet]. National Cancer Institute. [citado 1 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/estrenimiento/complicaciones-gi-pdq>
38. La escala de Bristol, un tema sucio, pero necesario para los celíacos [Internet]. Celíacos de México. 2010 [citado 1 de septiembre de 2016]. Disponible en:

<http://celiacosdemexico.org.mx/la-escala-de-bristol-un-tema-sucio-pero-necesario-para-los-celiacos.html>

39. Cáncer colorrectal. Revisión de la literatura y propuesta de protocolo preventivo [Internet]. [citado 19 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://repositorio.ual.es:8080/jspui/bitstream/10835/2489/1/Trabajo.pdf>
40. Ingesta de agua recomendada | Instituto de Investigación Agua y Salud [Internet]. [citado 29 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://institutoaguaysalud.es/hidratacion-y-agua-mineral/ingesta-de-agua-recomendada/>
41. ¿Se puede prevenir el cáncer colorrectal? [Internet]. [citado 29 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/colonyrecto/recursosadicionales/fragmentado/deteccion-temprana-del-cancer-colorrectal-causes-prevention>
42. Guías de la Sociedad Americana contra el Cáncer sobre nutrición y actividad física para la prevención del cáncer [Internet]. [citado 29 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/salud/guiasparaunavidasaludable/nutricion/guias-de-la-sociedad-americana-contra-el-cancer-sobre-nutricion-y-actividad-fisica-para-la-prevencion-del-cancer>

43. Alexander Muñoz Porras. Abordaje Laparoscópico del Cáncer y Recto: Evidencia Actual. [Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica]: Universidad de Costa Rica; 2013.
44. Revisión bibliográfica de cáncer de colon(Contenido de Especialidad de Cirugía Oncológica) - rmc131s.pdf [Internet]. [citado 16 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131s.pdf>
45. Goyenaga Castro Pablo. Expresión del factor de crecimiento epitelial (EGF) en pacientes mayores de 18 años diagnosticados con carcinoma colorrectal en el Hospital México entre Enero del 2003 y junio del 2009. [Hospital México]: Universidad de Costa Rica; 2012.
46. Colonoscopia: Nursing Reference Center [Internet]. [Citado 6 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://201.195.87.22:2112/nrc/detail?vid=12&sid=fc605843-ae24-421d-92cf-d89fe5352a0e%40sessionmgr110&hid=109&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1ucmMtc3Bh#AN=SPA5000002613&db=nre>
47. Cáncer colorrectal - Estadificación [Internet]. Cancer.Net. [citado 13 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.cancer.net/node/18042>
48. manejo de ostomías Registered Nurses Association on antorio en Canadá [Internet]. [citado 6 de julio de 2016]. Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/ManejoOstomia_022014.pdf

49. ¿Qué es una colostomía? [Internet]. [citado 7 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/efectossecundariosfisicos/fragmentado/colostomia-una-guia-what-is-colostomy>
50. Proceso diagnóstico para la detección de Cáncer de Colon y Recto [Internet]. [citado 19 de febrero de 2016]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5021192.pdf>
51. John E. King M.D. Guía de la Clínica de Mayo sobre salud digestiva. Vol. 1. México: Trillas; 2001. 200 p.
52. OMS | Carcinogenicidad del consumo de carne roja y de la carne procesada [Internet]. WHO. [citado 23 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/cancer-red-meat/es/>
53. Marzo M, Bellas B, Melús E, Nuin M, Vela C, Vilarrubí M. Prevención del Cáncer Colorrectal. Rev. Clínica Med Fam. Junio de 2010;3(2):63-4.
54. Psoteras. Cómo se realiza la prueba [Internet]. 2012 [citado 9 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ckpacc02/es/contenidos/informacion/osapa_cancercolorrectal/es_programa/index.html
55. sala de prensa | EuropaColon España [Internet]. [citado 6 de junio de 2016]. Disponible en: <http://europacolonespana.org/index.php/category/sala-de-prensa/>

56. Málaga López A, Salas Trejo D, Sala Felis T, Ponce Romero M, Goicoechea Sáez M, Andrés Martínez M, et al. Programa de cribado de cáncer colorrectal de la comunidad valenciana: Resultados de la primera ronda: 2005-2008. Rev. Esp Salud Pública. diciembre de 2010;84(6):729-41.
57. Quebec anuncia programa para prevenir el cáncer colorrectal en todos los ciudadanos entre 50 y 74 años [Internet]. NM Noticias. 2013 [citado 7 de junio de 2016]. Disponible en: <http://nmnoticias.ca/87441/quebec-anuncia-programa-para-prevenir-el-cancer-colorrectal-en-todos-los-ciudadanos-entre-50-y-74-anos/>
58. CDC - Programa para el Control del Cáncer Colorrectal [Internet]. [citado 8 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/cancer/dcpc/about/crcpc.htm>
59. Cayon A. OPS OMS | Cáncer colorrectal [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2016 [citado 7 de junio de 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11761%3Acolorectal-cancer-&catid=8576%3Acolorectal-cancer-content&Itemid=41765&lang=es
60. AAOC - Asociación Argentina de Oncología | Campaña de prevención contra el Cáncer de Colon [Internet]. [citado 23 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://aaoc.org.ar/pagina/campaapa-de-prevenciasn-contra-el-caincer-de-colon>

61. Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal [Internet]. [citado 8 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/programas/programa-nacional-de-prevencion-y-deteccion-temprana-del-cancer-colorrectal>
62. Lanzan campaña anual preventiva de cáncer de colon y recto en la Región de Valparaíso [Internet]. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. [citado 8 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/lanzan-campana-anual-preventiva-de-cancer-de-colon-y-recto-en-la-region-de-valparaiso/>
63. La detección precoz del cáncer de colon aumenta la sobrevida [Internet]. LARED21. [citado 9 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.lr21.com.uy/comunidad/408501-la-deteccion-precoz-del-cancer-de-colon-aumenta-la-sobrevida>
64. Montserrat roca Roger Carmen CL, Inmaculada Ubeda Bonet. Enfermería comunitaria. Vol. 1. Lexus; 2007. 464 p.
65. Promoción y Educación para la Salud. Hamburgo: UNESCO; 1999. 19 p.
66. Bezerra F, Taziana S, Mesquita Lemos A, Sousa C de, María S, Carvalho L, et al. Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. *Enferm Glob.* octubre de 2013;12(32):260-9.
67. Rosa María Blasco. Enfermería Comunitaria I. Barcelona: Masson; 2002. 291 p.

68. Programas Nacionales contra el Cáncer [Internet]. [citado 26 de mayo de 2016].
Disponibile en: <http://www.who.int/cancer/media/en/423.pdf>
69. Enfermero profesional del siglo 21 - Buscar con Google [Internet]. [citado 21 de mayo de 2016]. Disponible en:
<https://www.google.com/search?q=el+enfermero+profesional+del+siglo+21&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b>
70. Teorías y Modelos de Enfermería y su Aplicacion.pdf [Internet]. [Citado 20 de febrero de 2017]. Disponible en:
<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
71. cuidadores; cuestión de género [Internet]. [citado 4 de diciembre de 2016].
Disponibile en:
<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm35.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: dedicatoria

Dedicatoria

A Dios, por guiarme, en cada paso que daba y decisión que debía tomar, porque pude ver su mano en cada momento de dificultad, pero aun así me demostró que no era imposible lograr los sueños que van de la mano de los deseos de su corazón.

Gracias a El que me dio la oportunidad de tener seres especiales e incondicionales como mis padres, hermanos, compañeros de la Universidad y amigos que estuvieron ahí ofreciéndome su amor y apoyo en cada momento, gracias por estar ahí cuando aun en mis fuerzas no podía, los amo.

Anexo 2: carta del filólogo



EDUCATESIS, hace constar que se realizó la revisión del presente trabajo, se analizó la construcción de párrafos, vicios del lenguaje, ortografía, puntuación y otros relacionados a la Corrección de Estilo, sin alterar la intencionalidad del autor y el enfoque del tema. Por lo tanto, **CERTIFICA**, la revisión y corrección de la tesis para optar por el Grado Académico de:

Licenciatura de Enfermería
Universidad Hispanoamericana.

Tema:

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS RELACIONADAS A CÁNCER COLORRECTAL EN FAMILIARES
DE PERSONAS QUE ASISITEN AL PROGRAMA
DEL PACIENTE OSTOMIZADO, ÁREA
DE ATRACCIÓN, HCG, NOVIEMBRE,
2016.

Elaborado por: **MARÍA DE LOS ÁNGELES JARQUÍN CHAVES.**

Se extiende la presente en San José, 27 de marzo del 2017.

Atentamente:


LICDA JACQUELINE RÍOS A.
COORDINADORA GENERAL DE FILÓLOGOS
EDUCATESIS
C/616

educatesis@hotmail.com
8762-2302

Anexo 3: declaración jurada

DECLARACIÓN JURADA

Yo María de los Ángeles Jarquín Chaves, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 11458 0521, egresado de la carrera de Enfermería, de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de licenciatura en enfermería, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: conocimientos y practicas relacionadas a cáncer colorrectal en familiares de personas que asisten al Programa del Paciente Ostomizado, área de atracción, HCG, noviembre, 2016. es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 18 días del mes de enero del año dos mil diecisiete.



11458-0521

Firma del estudiante
Cédula

Anexo 4: cuestionario de aplicación

CUESTIONARIO DE APLICACIÓN UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA ESCUELA DE ENFERMERÍA

Estimado participante, a continuación se presenta un formulario, que forma parte del trabajo final de graduación, para optar por el título de Licenciatura de Enfermería de la estudiante María Jarquín Chaves.

La información que proporcione, será de gran valor para la investigación, se garantiza total confidencialidad de la misma, se agradece la colaboración brindada.

Instrucciones generales: Marque con una X la respuesta pertinente o la que considere se acerque más a su opinión personal. Solo se permite una respuesta por cada pregunta, excepto cuando indique lo contrario.

I parte. Datos generales

1. Sexo:

- Femenino.
- Masculino.

2. Edad en años cumplidos:

- De 15 a 24 años.
- De 25 a 34 años.
- De 35 a 44 años.
- De 45 a 54 años.
- De 55 a 64 años.
- De 65 años o más.

3. ¿Último grado académico alcanzado?

- Primaria incompleta.
- Primaria completa.
- Secundaria incompleta.
- Secundaria completa.
- Técnico.
- Universidad incompleta.
- Universidad completa.

4. ¿En qué provincia reside?

- San José.
- Alajuela.
- Cartago.
- Heredia.
- Guanacaste.
- Puntarenas.

Limón.

5. ¿Percibe actualmente salario propio?

Sí.

No.

II parte. Factores de riesgo del cáncer colorrectal.

6. ¿Tiene algún familiar (padre, madre, abuelo, hijo, primo, sobrino) que presente alguna de las siguientes enfermedades?

Presión arterial alta.

Colesterol y triglicéridos altos.

Diabetes.

Gastritis.

Cáncer.

Obesidad.

Asma.

Depresión.

Ninguna.

7. ¿Cuál familiar de primer o segundo grado (abuelos, padre, madre, hijo, primo, sobrino) es el que asiste a citas regularmente al Programa Integral de Paciente Ostomizado?

Padre.

Madre.

Abuelo (a).

Hermano (a).

Primo (a).

Sobrino (a).

8. ¿Ha padecido usted en los últimos 5 años de alguna de las siguientes enfermedades (puede marcar varias)?

Estreñimiento.

Diarreas contantes.

Cáncer de colon o de recto.

Pólipos intestinales.

Divertículos.

Colitis.

Enfermedad celiaca.

Síndrome de intestino irritable.

Ninguna.

9. ¿Durante este último año, su peso se encuentra en niveles?

Desnutrición.

Normal.

Presenta sobrepeso.

- Tiene obesidad.
10. ¿Usualmente, cuantos tiempos de comidas realiza usted al día?
- Una a dos comidas al día.
- Tres: desayuno, almuerzo y cena.
- De cuatro a seis: 3 principales y dos meriendas.
- Realiza siete o mas comidas.
11. ¿Entre las comidas principales, qué alimentos suele ingerir como merienda?
- Dulces (chocolates, confites, helados).
- Lácteos (yogurt o leche).
- Fruta.
- Pan y café.
12. ¿Cuánta veces por semana aproximadamente consume comidas rápidas (hamburguesas, papas fritas, pizza)?
- Menos de 1 vez por semana.
- De 1 a 2 veces.
- De 3 a 4 veces.
- Mas de 5 veces.
13. ¿Con qué regularidad acostumbra ingerir los siguientes productos: pasteles, panes, helados, chocolates, confites?
- Siempre, lo dulce me hace falta.
- Frecuentemente.
- Casi nunca.
- Nunca, no me gustan los postres.
14. ¿Con qué regularidad acostumbra ingerir carne roja?
- Nunca.
- Casi nunca.
- 4 -5 veces a la semana.
- Siempre, todos los días.
15. ¿Con qué regularidad acostumbra ingerir embutidos (salchichas, salchichón, mortadela, jamón, entre otros)?
- Nunca, no me gustan este tipo de alimentos.
- Casi nunca.
- Muy frecuentemente.
16. ¿Con qué regularidad acostumbra ingerir bebidas gaseaos?
- Nunca, no consumo gaseosas.
- Diariamente.
- 1 – 2 veces por semana.

() Muy ocasionalmente.

17. ¿Consumes bebidas alcohólicas más de 2 veces por semana?

() Sí.

() No.

18. ¿Fuma usted actualmente o convive con una persona fumadora?

() Sí.

() No.

19. ¿Con qué frecuencia defeca usted?

() Suelen pasar días sin que defecue.

() Pasan 3 - 4 días sin poder defecar.

() Una vez cada 2 - 3 días.

() De 2 - 3 veces al día.

() 1 sola vez al día.

20. Según la imagen que se muestra a continuación, ¿Cuál es la consistencia habitual de sus heces a la hora de ir al baño?

Escala de heces de Bristol

Tipo 1		pedazos duros separados, como nueces (difícil de excretar)
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero llena de bultos
Tipo 3		Como una salchicha pero con rajaduras en la superficie
Tipo 4		Como una viborita, suave y blanda
Tipo 5		Pedazos blandos con bordes claros (se excretan fácilmente)
Tipo 6		Pedazos blandos con bordes deshechos
Tipo 7		Aguado, sin trozos sólidos. Enteramente líquido

() Opción 1.

() Opción 2.

() Opción 3.

() Opción 4.

() Opción 5.

() Opción 6.

() Opción 7.

III parte. Prácticas de prevención relacionadas con el cáncer colorrectal.

21. ¿Al día cuantas porciones de frutas suele consumir?

- () Ninguna, casi no como frutas.
- () De 1 a 2.
- () De 3 a 4.
- () 5 o más, las frutas son muy importantes en mi alimentación.

22. ¿Cuántas veces a la semana consume legumbres (lentejas, garbanzos, alverjas, frijoles) o vegetales (coliflor, brócoli, zanahoria, vainicas o zapallos)?

- () Nunca, no me gustan las legumbres.
- () Casi nunca.
- () Frecuentemente.
- () Siempre, en casi todas las comidas.

23. ¿Con qué regularidad acostumbra ingerir pescado o derivados de éste?

- () Nunca, no me gusta el pescado.
- () Casi nunca.
- () Frecuentemente.

24. ¿Cuántos vasos de agua consume usted al día aproximadamente?

- () Casi nada.
- () De 1 a 2 vasos como máximo.
- () Consumo agua regularmente, de 3 a 5 vasos.
- () Consumo bastante agua, de litro a litro y medio.

25. ¿Con qué frecuencia acostumbra ingerir frutos secos (maní, nueces, almendras)

- () Casi nunca.
- () Frecuentemente.
- () Diariamente.

26. ¿Con qué regularidad consume productos lácteos?

- () Nunca, no consumo lácteos.
- () Una vez al día.
- () 2 a 3 veces al día.
- () 4 o más diarios.

27. ¿Actualmente toma algún tipo de suplemento vitamínico que contenga: calcio, magnesio, fosforo?

- () Sí.
- () No.

28. ¿Toma algún suplemento o alimento específico para mejorar la digestión?
- Nunca.
 - Sí, una vez por semana.
 - Cada 2 - 3 días.
 - Sí, todos los días.
29. ¿Qué tan seguido realiza ejercicio físico?
- Menos de 1 vez por semana.
 - 1 vez por semana.
 - 1 - 2 veces por semana.
 - 3 – 4 veces por semana.
30. Cuando realiza ejercicio físico, ¿Cuánto tiempo invierte cada día?
- 30 minutos o menos.
 - De 30 a 1 hora.
 - Mas de 1 hora.
31. ¿En caso de presentar síntomas como (dolor abdominal o distensión abdominal y gases) acostumbra ingerir medicamentos sin consultar al profesional en salud?
- Nunca.
 - A veces.
 - Casi siempre.
 - Siempre.
32. ¿Con qué frecuencia cree usted que una persona debe realizarse chequeos médicos?
- Solo cuando no me siento bien.
 - Cada año como mínimo.
 - Cada 2 -3 años.
 - Cada 5 años.
 - No es recomendable muy seguido.
33. ¿Considera importante realizarse exámenes de heces?
- No considero importante este examen.
 - Una vez al año.
 - Es importante si tengo algún problema de salud.
 - Si es muy necesario.
34. ¿Se ha realizado el examen de colonoscopia?
- Sí.
 - No.

IV parte. Conocimientos acerca de cáncer colorrectal.

35. Conoce usted el efecto de la fibra de los alimentos en el cuerpo humano? (Puede marcar varias opciones).
- No conozco sus beneficios.
 - Es muy importante consumirla.
 - Evita el cáncer gástrico y de colon.
 - Ayuda a una mejor digestión.

36. De los siguientes productos, cuáles considera usted son altos en fibra? (Puede marcar varias opciones).
- Carnes.
 - Productos integrales (como arroz y pastas integrales).
 - Arroz, pastas convencionales.
 - Lácteos.
 - Verduras.
 - Frutas crudas.
 - Vegetales.
37. ¿De la siguiente lista, cuál o cuáles factores considera usted que pueden provocar cáncer de colon y recto?(Puede marcar varias opciones).
- Tener familiar con cáncer.
 - El sobrepeso y la obesidad.
 - Los químicos en los alimentos.
 - La falta de ejercicio.
 - Alimentos altos en grasas.
 - Consumo frecuentes de carnes rojas.
 - Fumar.
 - Tener problemas intestinales.
 - Diarreas o estreñimiento.
 - Pólipos intestinales.
 - No sé.
38. Para usted como familiar de una persona con enfermedad colorrectal, como considera usted que puede disminuir el riesgo de padecerlo, (Puede marcar varias opciones) :
- Practicando ejercicio regularmente.
 - Consumiendo alimentos altos en fibra.
 - No consumiendo alcohol ni tabaco.
 - Consumir menos carne roja (res y cerdo) y mas carnes blancas (pescado, pollo).
39. ¿Cuáles síntomas cree usted pueden hacer sospechar de la presencia de cáncer colorrectal? (Puede marcar varias opciones).
- Dolor de estómago.
 - Estreñimiento.
 - Presentar heces con sangre.
 - Tener frecuentemente molestias como: agrura o gases.
 - Pérdida de peso marcada en poco tiempo sin razón alguna.
 - No sé.
40. ¿Ha recibido usted información acerca del cáncer de colon y recto? (Si su respuesta es negativa pasar a la pregunta 43).
- Sí.
 - No.

41. ¿Cómo calificaría la información recibida en los últimos 5 años sobre cáncer de colon y recto?
- Abundante.
 - Suficiente.
 - Poca.
 - Muy poca.
 - Nula.
 - NR.
42. ¿A través de qué medio ha recibido usted información sobre el cáncer colorrectal?
(Puede marcar varias opciones)
- Profesional de la salud (médicos y enfermeras).
 - Televisión.
 - Radio.
 - Internet.
 - Familiares.
 - Amigas / o vecinas.
 - NR.
43. Considera usted que al ser familiar de una persona que ha padecido cáncer colorrectal posee más riesgo de padecer este tipo de cáncer?
- Sí.
 - No.
44. ¿Cree usted que si se impartiera más información acerca del cáncer colorrectal se disminuiría los casos?
- Sí.
 - No.

Muchas gracias!

Anexo 5:

Carcinogénesis colorrectal

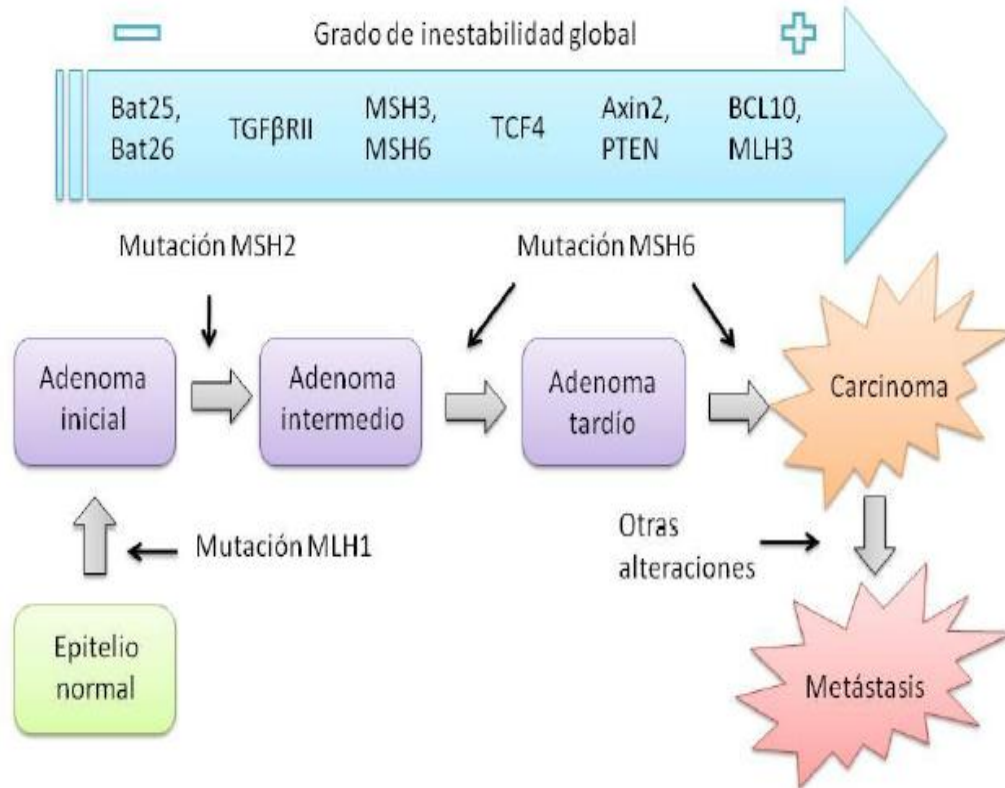
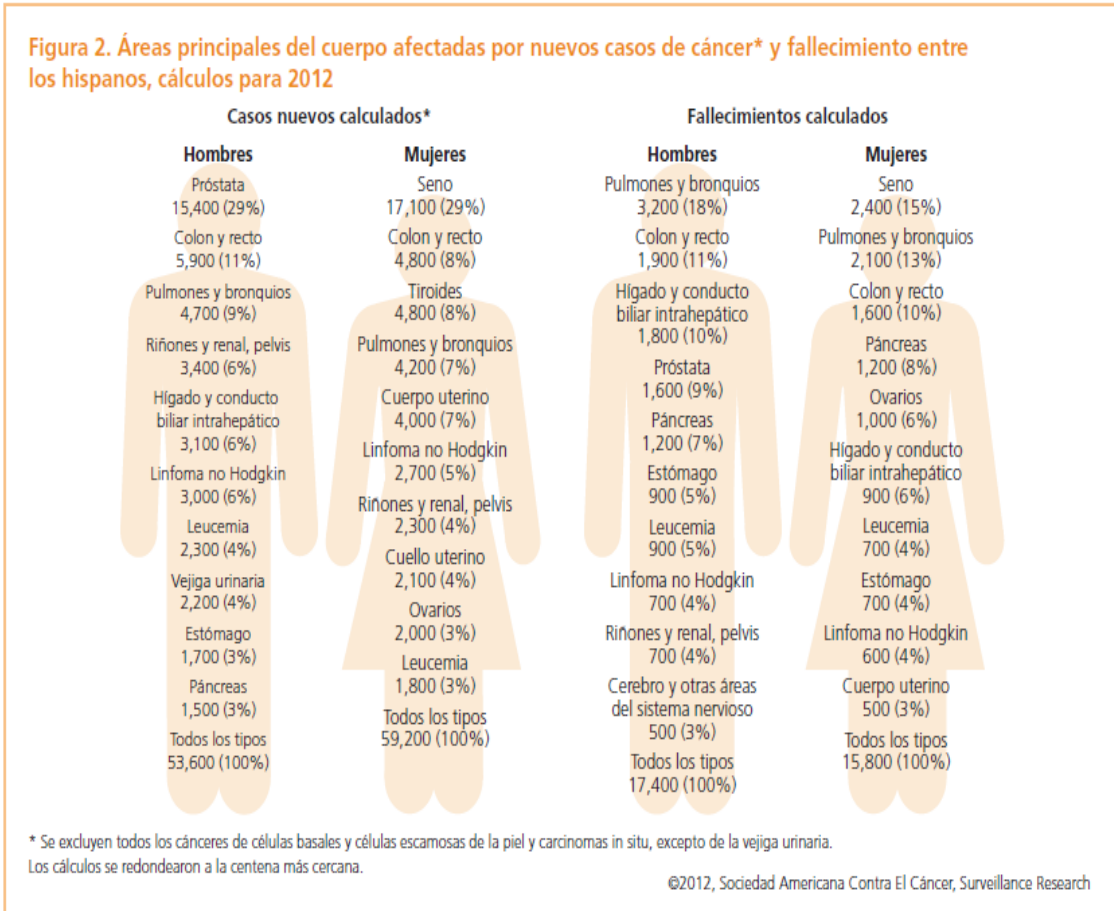


Figura B. Modelo de desarrollo de carcinogénesis colorrectal a través de la vía del fenotipo mutador (Adaptado de Duval et al, 2001 y Söreide et al, 2006).

Fuente: tesis doctoral expresión génica diferencial de la vía y de moléculas de adhesión y matriz extracelular en cáncer colorrectal esporádico con y sin inestabilidad en microsatélites, Paloma Ortega Esteban, 2010

Anexo 6:

Áreas principales del cuerpo afectadas por nuevos casos de cáncer y fallecimiento entre los hispanos 2012.

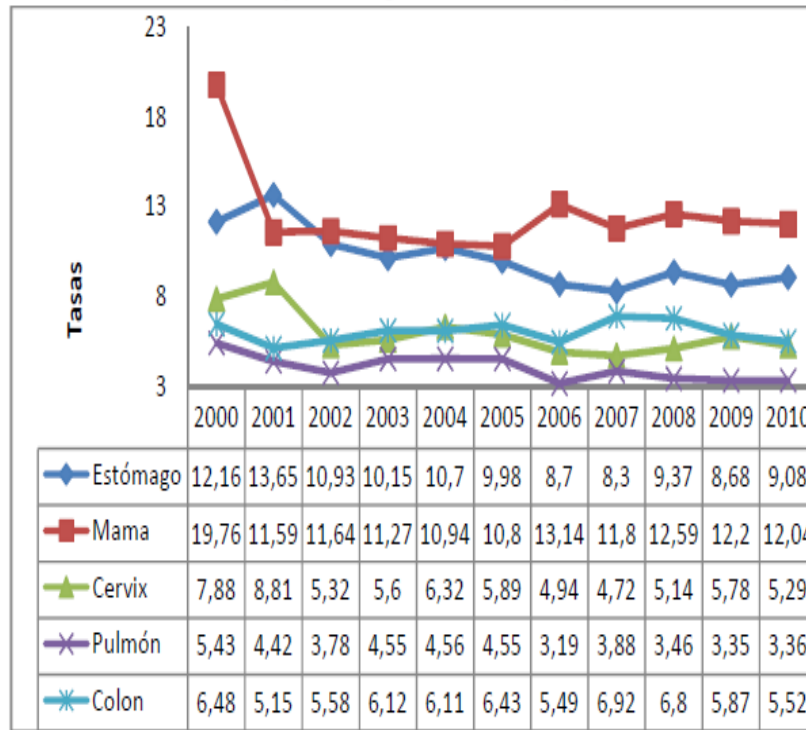


Fuente: Sociedad Americana Contra el Cáncer, 2012.

Anexo 7:

Mortalidad de tumores malignos en mujeres, 2000 – 2010

Fig. 4: Mortalidad de tumores malignos más frecuentes en mujeres, años 2000-2010.
Tasas ajustadas por 100 000 mujeres.



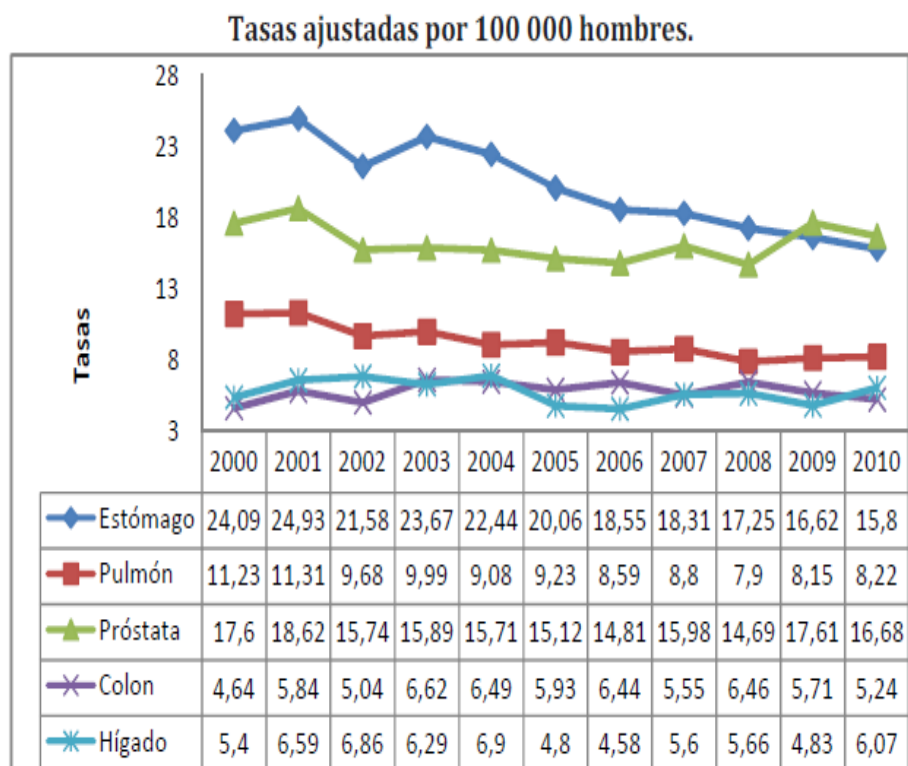
Fuente: INEC - Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de Salud, Registro Nacional de Tumores, Costa Rica

Fuente: Revista médica Universidad de Costa Rica, Dr. Young Leitón, Jean Carlos, 2013.

Anexo 8:

Mortalidad de tumores malignos en varones, 2000 – 2010

Fig. 3: Mortalidad de tumores malignos más frecuentes en hombres, años 2000-2010.



Fuente: INEC - Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de Salud, Unidad Seguimiento de Indicadores de Salud, Costa Rica

Fuente: Revista médica Universidad de Costa Rica, Dr. Young Leitón, Jean Carlos, 2013.

Anexo 9:

Escala de Bristol

Escala de heces de Bristol

Tipo 1		pedazos duros separados, como nueces (difícil de excretar)
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero llena de bultos
Tipo 3		Como una salchicha pero con rajaduras en la superficie
Tipo 4		Como una viborita, suave y blanda
Tipo 5		Pedazos blandos con bordes claros (se excretan fácilmente)
Tipo 6		Pedazos blandos con bordes deshechos
Tipo 7		Aguado, sin trozos sólidos. Enteramente líquido

Anexo 10:

Guía de exámenes de detección temprana para cáncer colorrectal

Guías de exámenes de detección para la detección temprana del cáncer en personas asintomáticas de riesgo medio

Tipos de cáncer	Población	Prueba o procedimiento	Frecuencia
Seno	Mujeres mayores de 20 años	Autoexploración del seno	A partir del principio de sus años veinte, se debe notificar a las mujeres sobre los beneficios y las limitaciones de la autoexploración del seno (breast self-examination, BSE). Se debe enfatizar la importancia de reportar inmediatamente a un profesional médico cualquier síntoma nuevo en el seno. Las mujeres que opten por realizarse BSE deben recibir instrucciones para hacerlo y se debe observar su técnica en los exámenes médicos periódicos. Es aceptable que las mujeres decidan no hacerse BSE o hacerse de manera irregular.
		Examen clínico del seno	Para las mujeres en sus años veinte y treinta, se recomienda que el examen clínico del seno (clinical breast examination, CBE) sea parte de un examen físico periódico, al menos cada tres años. Las mujeres de 40 años y más que no presenten síntomas deben seguir haciéndose exámenes clínicos del seno como parte de su examen físico periódico, de preferencia anualmente.
		Mamografía	Comenzar una mamografía anual a los 40 años de edad.*
Colon y recto [†]	Hombres y mujeres, más de 50 años de edad	Pruebas para detectar pólipos y cáncer: Sigmoidoscopia flexible, [‡] o	Cada cinco años a partir de los 50
		Colonoscopia, o	Cada diez años a partir de los 50
		Enema de bario de doble contraste (Double-contrast barium enema, DCBE), [‡] o	Cada cinco años a partir de los 50
		Colonografía por TC (colonoscopia virtual) [‡]	Cada cinco años a partir de los 50
		Pruebas que principalmente detectan cáncer: Prueba de sangre oculta en heces (Fecal occult blood test, FOBT) con al menos 50% de sensibilidad de la prueba para el cáncer, o prueba Inmunoquímica fecal (fecal immunochemical test, FIT) con al menos 50% de sensibilidad de la prueba para el cáncer ^{§§} o	Anualmente a partir de los 50 años de edad
Exámenes de ADN en heces (ADNh) [‡]	Intervalo Incierto, a partir de los 50 años de edad		
Próstata	Hombres, más de 50 años	Prueba del antígeno prostático específico (Prostate-specific antigen, PSA) con o sin examen digital del recto (digital rectal exam, DRE)	Los hombres asintomáticos con esperanza de vida de al menos 10 años deben tener la oportunidad de tomar una decisión fundamentada junto con su proveedor médico sobre el examen de detección de cáncer de próstata, después de recibir información sobre las incertidumbres, riesgos y posibles beneficios asociados con estos exámenes. No se deben hacer exámenes de detección de cáncer de próstata sin un proceso de toma de decisiones fundamentadas. [§]
Cuello uterino	Mujeres entre 21 y 29 años	Prueba de Papanicolaou	Citología sola cada tres años (líquida o convencional) NO se recomienda la citología anual.
	Mujeres entre 30 y 65 años	Prueba conjunta del VPH y la prueba de Papanicolaou	Pruebas conjuntas de HPV + citología cada cinco años (de preferencia) o cada tres años solamente citología (aceptable). NO se recomiendan exámenes de detección más frecuentes.

Fuente: datos y estadísticas sobre el cáncer entre hispanos 2012 – 2014 (Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos 2012-2014. Atlanta a: Sociedad Americana Contra El Cáncer, 2012.)

Anexo 11:

Calendario 2016, charlas del Programa al Paciente Ostromizado, HCG



**CALENDARIO CHARLAS
AÑO 2016**

<p>Día: Martes 01 de Marzo del 2016 Tema: Influencia de las Emociones en la Salud Física. Expositor: Dra. Isabel Bertossi B.</p>	<p>Agosto por definir</p> <p>Actividad día del padre y de la madre.</p>
<p>Día: Martes 05 de Abril del 2016 Hora: 8:00 a.m. a 10:00 a.m. Expositor: Dra. Alejandra Sánchez A.</p>	<p>Día: Martes 06 de Setiembre del 2016 Tema: Complicaciones de la ostromía Expositor: Lic. Guillermo Arroyo y Doc. Víctor Ramirez.</p>
<p>Día: Martes 03 de Mayo del 2016 Tema: Manejo ostromía y los insumos. Expositor: Licda. Vanessa Marengo B.</p>	<p>Día: Martes 04 de Octubre del 2016 Tema: Uso adecuado de la Quimioterapia Expositor: Empresa La Roche.</p>
<p>Día: Martes 07 de Junio del 2016 Hora: 8:00 a.m. a 10:00 a.m. Expositor: Dr. Walter Vega Gómez.</p>	<p>Día: Martes 01 de Noviembre del 2016 Tema: El uso adecuado de la radioterapia. Expositor: Dra. Juliana Ramírez Z</p>
<p>Día: Martes 05 de Julio del 2016 Tema: Cáncer de colon y su tratamiento. Expositor: Empresa La ROCHE.</p>	<p>Diciembre por definir</p> <p>Actividad Fin de Año</p>

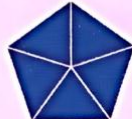
LUGAR: Sala de sesiones, Quinto piso, Ala de Mujeres, Torre Norte. Hospital Calderón Guardia
HORA: De 8:00 a.m. a 9:00 a.m. (CHARLA).
De 9:00 a.m. a 10:00 a.m. (Información y Aclaración de dudas en general)

SU PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN MARCAN LA DIFERENCIA

AHORRO Y CRÉDITO

CENTRO DE INFORMACIÓN
2785-3000  
servicio@coopealianza.fi.cr

**¡Una solución para
cada necesidad!**



COOPEALIANZA
¡La Cooperativa de Todos!

Anexo 12:

Boletín informativo entregado a familiares de personas que asistían al Programa al Paciente Ostomizado, HCG, 2016

¿Cómo prevenirlo

- Moderar el consumo de carne roja, carne procesada y carne cocinada muy hecha o en contacto directo con el fuego.
- Evitar las grasas en los alimentos.
- Fomentar el consumo de fibra (fruta y vegetales).
- Consumir alimentos ricos en calcio como yogurt, leche o queso.
- Tomar mínimo 1 litro de agua al día.
- Realizar algún tipo de ejercicio al día 30 min.
- Evitar el consumo excesivo de alcohol.
- Evitar el fumado.
- Si padece de sobrepeso, motivarse a ir perdiendo el peso de mas de manera paulatina.

NO SE FRUSTRE, SI SE PUEDE!

- Moderar el consumo de alcohol.

Tips Alimenticios



The diagram is a pyramid divided into five horizontal layers, each with corresponding food icons and text. From top to bottom: 1. 'Dulces, Aceite, Mantequilla y grasas (pequeña cantidad)' with a box of sugar and a stick of butter. 2. 'Leche, Yogur y Queso (2 a 3 porciones)' with a carton of milk, a yogurt container, and a slice of cheese. 3. 'Verduras (2 a 5 porciones)' with various vegetables like broccoli, carrots, and tomatoes. 4. 'Pan y Cereales' with a loaf of bread and a bowl of cereal. 5. 'Arroz y pasta' with a bowl of rice and a box of pasta. To the right of the pyramid, a glass of water is labeled 'Agua'. Above the pyramid, a list of nutrients is shown: 'Calcio, Vitamina D, Vitamina B-12'. To the right of the pyramid, another list of nutrients is shown: 'Carnes, Pollo, Huevos, Frutos secos (2 a 3 porciones)'. To the right of the pyramid, a list of nutrients is shown: 'Fruta (2 a 4 porciones)'. To the right of the pyramid, a list of nutrients is shown: 'Arroz y pasta'.

¿Sabía usted cuales son los factores de riesgo de cáncer colorrectal?

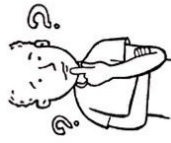
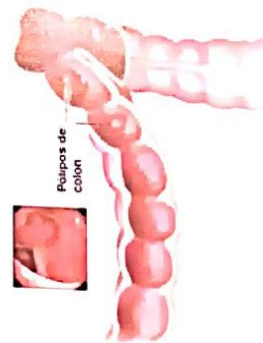


A photograph of a person from the waist down, wearing a blue t-shirt and jeans. They are holding a blue awareness ribbon around their waist.

¿Qué es el cáncer colorrectal?

El cáncer colorrectal es definido por la Asociación Americana de Cáncer de la siguiente manera: " es el cáncer que se origina en el colon o el recto. Algunas veces a estos cánceres se les llama por separado cáncer de colon o cáncer rectal dependiendo del lugar donde se origina. El cáncer de colon y el cáncer de recto tienen muchas características en común".

La Organización Panamericana de la Salud, refiere: "el cáncer colorrectal es el cuarto cáncer más común en la región de las Américas.



Causas

- Sobrepeso u obesidad.
- Inactividad física.
- Alto consumo de carnes rojas: tal como res, cerdo, cordero o hígado y carnes procesadas : embutidos.
- Consumir en exceso dulces.
- Consumir en exceso harinas refinadas
- El poco consumo de fibra: se encuentran en vegetales y frutas.
- Padecer de enfermedades crónicas como: diabetes o colesterol altos.
- Poca ingesta de agua.
- Exceso de refrescos gaseosos.
- Tener historia de familiares con cáncer.
- Ser Fumador .
- Consumir en exceso de alcohol.
- Haber padecido pólipos en el colon previamente.

Síntomas



- Sangre en las heces.
- Pérdida de peso de forma inexplicable.
- Dolores abdominales (este es un signo inespecífico).
- Anemia.
- Repetidos cuadros de estre-

¿Cómo diagnosticarlo?

- Análisis de sangre.
- Sigmoidoscopia.
- Colon por enema.
- Colonoscopia.



Anexo 13:**Carta del Coordinador del Programa al Paciente Ostomizado**

Viernes 27 de mayo del 2016

María Jarquín Chaves
Estudiante de Licenciatura en Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada Señorita:

Por este medio me permito comunicarle que su solicitud ha sido aceptada, para la realización de su proyecto de graduación para optar por el grado académico de licenciatura en enfermería de la Universidad Hispanoamericana, la estudiante **María de los Ángeles Jarquín Chaves, cedula: 1 1458 0521**, se le confirma que podrá realizar su tesis de "Factores de riesgo de cáncer colorrectal" en El Programa de Paciente Ostomizado del Hospital Calderón Guardia, el cual está a cargo de mi persona, **Dr. Víctor Ramírez Moya** y asimismo se le ha brindado la oportunidad de realizar el instrumento en familiares de la población de pacientes que asisten a dicho Programa.

Asimismo, se le solicitara acatar el reglamento y las directrices ya establecidas en la Institución y en dicho Programa, las cuales se le darán a conocer y deberá cumplirlas.



Víctor Ramírez Moya.
Coordinador del Programa al Paciente Ostomizado.
Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.



Dr. Víctor Ramírez Moya
Médico Cirujano
Código 2961



Anexo 14

Resultado de prueba de confiabilidad del instrumento

alfacrombach

A

verage

Item	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	covariance	interitem alpha
p9	15	-	0.5833	0.3310	.1301587	0.6721
p14	15	+	0.8682	0.6962	.0507937	0.4068
p15	15	+	0.7658	0.4817	.0825397	0.5865
p20	15	-	0.5833	0.3310	.1301587	0.6721
Test	scale				.0984127	0.6694