

# Universidad Católica de Santa María

## Facultad de Enfermería

### Segunda Especialidad en Cuidado Enfermero en Oncología



### **FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y PREDISONENTES EN PACIENTES CON CANCER DE COLON EN LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER – FILIAL AREQUIPA , 2018**

Tesis presentada por la Licenciada:  
**Segovia Salas, Kimberly Estefany**  
Para obtener el Título de Segunda  
**Especialidad en Cuidado Enfermero  
en Oncología**

Asesor(a):  
**Mgter. Huerta Wilson, Marcia C.**

**AREQUIPA – PERÚ  
2019**



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CUIDADO ENFERMERO EN  
ONCOLOGÍA

DICTAMEN DE TESIS

A : Dra. Sonia Nuñez Chávez  
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Mg. Adelina Salazar Aguilar  
Mg. Marjorie Delgado del Carpio  
Mg. Milagros Murga Martínez  
Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Tesis:  
"FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y PREDISONENTES  
EN PACIENTES CON CÁNCER DE COLON ATENDIDOS EN LA  
LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER – FILIAL. AREQUIPA,  
2018"

Autora : Lic. Kimberly Estefany Segovia Salas

Fecha : Arequipa, 09 de julio del 2019

---

Reunidos los miembros del jurado y habiéndose subsanado las observaciones realizadas en la Tesis, se le otorga pase a SUSTENTACIÓN, según Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería.

Atentamente,

  
Mg. Adelina Salazar Aguilar  
Presidenta

  
Mg. Marjorie Delgado del Carpio  
Secretaría

  
Mg. Milagros Murga Martínez  
Miembro Integrante

### INFORME DE ASESORIA DE TESIS

**A :** Dra. Soría Nóllez Chávez  
Decana de la Facultad de Enfermería

**DE :** Mgter. Marcia C. Huerta Wilson  
Asesora del estudio de Investigación

**ASUNTO :** Asesoría de Tesis Titulada  
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CÁNCER DE COLON  
EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER –  
FILIAL AREQUIPA , 2018

**AUTORA :** Kimberly Estefany Segovia Sales

**FECHA :** Arequipa, 22 de Abril del 2019

---

**ANTECEDENTES :** Aprobado el proyecto de tesis se inició la asesoría del mismo para la ejecución entre los meses de Diciembre 2018 a Abril 2019, realizándose un total de 6 reuniones de asesoría para ver el avance del trabajo con la finalidad de hacer los reajustes necesarios.

En el mes de Abril 2019 se revisó el vaciamiento de datos, análisis e interpretación de los mismos así como las conclusiones y recomendaciones del trabajo.

**APRECIACION PERSONAL:** La investigadora cumplió con los requisitos del método científico demostrando dedicación, esfuerzo, responsabilidad y entrega, durante la ejecución del trabajo. Los resultados de la investigación deben contribuir a mejorar el desempeño de la enfermera profesional.

Atentamente,

  
Mgter. Marcia C. Huerta Wilson  
Cod. 0214

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CUIDADO ENFERMERO EN ONCOLOGÍA

DICTAMEN DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez  
Decana de la Facultad de Enfermería

FECHA : 26 de junio del 2018

---

Mediante el presente jurado dictaminador del borrador de tesis: "Factores de riesgo asociado a Cáncer de colon en pacientes atendidos en la Liga de Lucha contra el Cáncer – filial, Arequipa, 2018" de la Lic. Kimberly Estefany Segovia Salas, hacemos llegar las siguientes observaciones:

1. Cambiar el título a: "Factores sociodemográficos y predisponentes en pacientes con cáncer de colon atendidos en la Liga de Lucha contra el Cáncer – filial, Arequipa, 2018"
2. Introducción: Acorde a título.
3. Operacionalización de variables. Modificar a univariable según corrección y modificar el indicador.
4. Interrogantes básicas: según corrección.
5. Marco Teórico: revisar y considerar fuentes bibliográficas.
6. Antecedentes investigativos: relacionados al tema.
7. Objetivos: Modificar acorde con las interrogantes.
8. Planteamiento operacional; UNIDADES DE ESTUDIO, universo, colocar solo 2018. Estrategia de recolección de datos.
9. Modificar en las tablas y gráficos de acuerdo a las variables modificadores y/o título. Retirar la tabla de nivel de instrucción.
10. Modificar las conclusiones acorde con los objetivos e interrogantes básicas.
11. Instrumento: Revisar redacción de la interrogante N° 2.

12. Recomendaciones según conclusiones. Modificarlas según observación.

13. Bibliografía modificarla acorde a la nueva numeración según fuentes.

14. Agregar subtítulo en estilos de vida no saludables.

  
MG. ADELINA SALAZAR AGUILAR  
PRESIDENTA

  
MG. MARJORIE DELGADO DEL C  
SECRETARIA

  
MG. MILAGROS MURGA MARTINEZ  
VOCAL

## RESUMEN

### FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y PREDISONENTES EN PACIENTES CON CANCER DE COLON EN LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER – FILIAL AREQUIPA , 2018

### SOCIODEMOGRAPHIC AND PREDISONENT FACTORS IN PATIENTS WITH CANCER DE COLON IN THE FIGHT AGAINST CANCER - AREQUIPA SUBSIDIARY, 2018

La presente investigación tiene como **objetivo:** Identificar los factores sociodemográficos y predisponentes del cáncer de colon en los pacientes de la Liga de Lucha contra el Cáncer – Filial Arequipa. **Metodología.** El estudio es descriptivo - prospectivo, y univariable. Como instrumento se usó la Encuesta aplicada a 18 pacientes. **Conclusiones:** 1) En cuanto a los factores de riesgo sociodemográficos predomina la edad de 40 a 59 años, son del sexo masculino, son amas de casa y agricultores, su nivel de instrucción es de nivel secundario. 2) En cuanto a los factores de riesgos predisponentes en los pacientes adultos investigados, tenemos que no presentaron antecedentes personales de cáncer; no presentaron antecedentes de cáncer en la familia. Su alimentación no es muy saludable, ya que se basa en grasas, en carnes rojas y la consumen en frituras y la parrilla. Se evidenció que consumen licor, siendo la de su preferencia la cerveza; si consumen tabaco y no realizan actividad física.

**Palabras clave:** factores sociodemográficos – factores predisponentes

## ABSTRACT

The present investigation has like objective: To identify the sociodemographic and predisposing factors of the cancer of colon in the patients in the League of Fight against the Cancer - Filial Arequipa. Methodology. The study is descriptive - prospective, and univariable. As an instrument, the Survey applied to 18 patients was used. Conclusions: 1) Regarding the sociodemographic risk factors, the age of 40 to 59 years predominates, they are male, they are housewives and farmers, their level of education is secondary level. 2) Regarding predisposing risk factors in adult patients investigated, we have no personal history of cancer; they did not present a history of cancer in the family. Their diet is not very healthy, since it is based on fat, red meat and consumed in fried foods and grilled. It was evidenced that they consume liquor, being the one of their preference the beer; if they consume tobacco and do not perform physical activity.

**Key words:** factores sociodemográficos – factores predisponentes

## INTRODUCCIÓN

El cáncer es la principal causa de muerte a escala mundial. Se le atribuyen 9,6 millones de defunciones (aproximadamente el 17% del total) ocurridas en todo el mundo en el 2015, de las cuales el cáncer de colon y recto ocupa uno de los primeros lugares con 716,000 defunciones en dicho año (1).

En el año 2015, el cáncer colorrectal (CCR) produjo en el mundo más de 2'000,000 nuevos casos; el 51% de los casos se produjeron en las regiones menos desarrolladas y se espera que la incidencia aumente casi un 80% en las próximas dos décadas (1).

En la presente investigación se ha considerado el estudio de este problema de salud: el cáncer de colon, patología que crece exponencialmente en todo el mundo, debido a factores socioculturales, sociodemográficos, entre otros y al mantenimiento de costumbres perjudiciales al organismo. Específicamente, el cáncer de colon pasó de ser una enfermedad exclusiva de algunos países a convertirse en una enfermedad tumoral muy frecuente y la de mayor incidencia en el sistema digestivo de personas de 60 a 65 y hasta de 20 años de edad (2). De la misma forma, se ha incrementado su incidencia en mujeres, entre otras causas, por el aumento del tabaquismo en la población femenina.

El estudio denominado factores de riesgo asociados a Cáncer de Colon en pacientes adultos tiene como objetivo general el determinar los factores de riesgo asociados a cáncer de colon en pacientes adultos atendidos en la Liga de Lucha contra el Cáncer.

Su contenido se encuentra organizado en tres capítulos, el primero da referencia al Planteamiento teórico; el segundo, al Operacional y el tercero a los resultados, conclusiones y recomendaciones.

Finalmente, los anexos que contiene información complementaria.

## ÍNDICE

RESUMEN .....	i
ABSTRACT .....	vi
INTRODUCCIÓN.....	vii
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO .....	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	1
1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA .....	1
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.3. JUSTIFICACIÓN .....	2
2. MARCO TEÓRICO .....	4
3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	24
4. OBJETIVOS.....	25
5. HIPÓTESIS .....	25
CAPITULO II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	27
1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	27
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	27
3. UNIDADES DE ESTUDIO.....	28
4. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS ..	28
CAPITULO III. RESULTADOS .....	30
CONCLUSIONES.....	43
RECOMENDACIONES .....	44
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS.....	45
ANEXOS .....	47



# CAPITULO I

## PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Factores Sociodemográficos y Predisponentes en Pacientes con Cáncer de Colon en la Liga de Lucha Contra el Cáncer – Filial Arequipa, 2018

#### 1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

##### 1.2.1. Ubicación del Problema

Campo : Ciencias de la Salud  
Área : Enfermería Oncológica  
Línea : Cáncer de Colon

##### 1.2.2. Operacionalización de Variables

El estudio tiene una sola variable: Factores de riesgo

Variable	Indicadores	Subindicadores
Factores de riesgo	1. Factores sociodemográficos	1.1. Edad 1.2. Sexo 1.3. Ocupación
	2. Factores Predisponentes	2.1. Antecedentes personales de cáncer 2.2. Antecedentes familiares de cáncer 2.3. Antecedentes otras enfermedades - Colitis ulcerativa - Diabetes mellitus tipo 2 - Obesidad 2.4. Estilos de vida - Alimentación no saludable - Consumo de licor - Tabaquismo - Actividad física

### 1.2.3. Interrogantes Básicas

- A. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos del cáncer de colon en los pacientes atendidos en la Liga de Lucha contra el Cáncer – Filial Arequipa?
- B. ¿Cuáles son los factores predisponentes al cáncer de colon en los pacientes atendidos en la Liga de Lucha contra el Cáncer – Filial Arequipa?

## 1.3. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio es de actualidad, porque en los últimos años se ha producido un aumento notable en la incidencia de pacientes con cáncer de colon, el Perú es uno de los países en los que más casos se producen; lo evidencia el 23.2% de casos producidos en los últimos 5 años (3). El cáncer no sólo causa grandes

daños biofísicos, sino también muerte y serios daños en la salud mental de quienes lo padecen y en la familia.

El estudio es, asimismo, pertinente en razón a que los profesionales de la salud necesitan del conocimiento de la realidad existente que les permita brindar la atención del paciente en el momento inicial de su atención, durante la hospitalización y en los controles posteriores.

El estudio es de utilidad en razón a que permitirá que el personal de Enfermería que labora en los servicios de oncología, esté capacitado sobre el tema para cuidar y orientar al paciente acerca del tratamiento farmacológico, radioterápico, quirúrgico y paliativo.

Desde el punto de vista científico, el desarrollo del presente estudio se justifica porque las bases teóricas servirán a los profesionales de la salud que laboran en áreas oncológicas, especialmente a las enfermeras que son las profesionales que están constantemente con los pacientes, para que detecten de forma oportuna las complicaciones y/o síntomas de descompensación y así puedan tomar medidas preventivas.

La motivación personal está dada por el deseo de la Investigadora de optar el Título de Segunda especialidad en Oncología.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. CÁNCER DE COLON

#### 2.1.1. Definición

Tumor o úlcera maligna que se origina en la mucosa del colon desde donde se extiende hasta comprometer otros órganos (4)

Normalmente, las células que componen los distintos órganos de nuestro cuerpo se dividen de manera ordenada a fin de reemplazar a las células viejas. Esta división está estrictamente regulada por unos mecanismos de control que indican a la célula cuándo debe hacerla. Los tumores malignos se caracterizan por estar formados de células cuyos mecanismos reguladores de la división se han alterado. Por ello, pueden invadir y destruir el tejido que se encuentra a su alrededor. Cuando este proceso afecta al intestino grueso, se denomina cáncer colorrectal o también cáncer de colon.

Si las células malignas penetran en el torrente sanguíneo o linfático, pueden extenderse a cualquier parte del organismo y producir daños en otros órganos. A este proceso de expansión se le denomina metástasis.

La mayoría de los cánceres de colon son adenocarcinomas (cánceres que empiezan en las células que producen y liberan el moco y otros líquidos) (5)

#### 2.1.2. Historia Natural del Cáncer de Colon

El desarrollo del cáncer de colon se produce como consecuencia de la compleja interacción de factores personales y ambientales.

Las tasas de incidencia y mortalidad son significativamente diferentes en las distintas regiones del mundo, siendo más elevadas en aquellas de mayor desarrollo, aunque en los últimos años se observa un incremento en las regiones con menores recursos.

Datos recientemente publicados en los EE.UU. muestran, una

disminución en la mortalidad por cáncer de colon y recto; lo mismo ocurre en Canadá y algunos países de Europa: Austria, Reino Unido, Alemania y países nórdicos, entre otros. Las posibles explicaciones a este hecho serían los cambios en los factores de riesgo; es decir que el mejoramiento en la alimentación y en los estilos de vida, el aumento de casos con diagnóstico temprano, así como progresos en la estadificación preoperatoria y en el tratamiento influiría en un mejor control de la enfermedad.

El cáncer de colon en la Argentina tiene una incidencia mayor en hombres que en mujeres y más del 90% se presenta en mayores de 50 años.

Los factores genéticos que se asocian al cáncer de colon se demuestran por el aumento de la incidencia entre las personas con antecedentes familiares y por la afectación de varios miembros en algunas familias, con un patrón que indica una herencia autosómica dominante. Han sido identificadas las mutaciones genéticas como la causa del riesgo de cáncer de colon hereditario en algunas familias y se calcula que representan el 5% al 6% de los casos de cáncer colon en general. Es probable que otros genes por descubrir y otros factores genéticos contribuyan al desarrollo de cáncer de colon, en combinación con factores de riesgo no genéticos (4).

### 2.1.3. Epidemiología

El Cáncer de colon es uno de los tumores con mayor incidencia y mortalidad a nivel mundial, con una proyección y preocupación crecientes para las próximas décadas. (2'000.000 casos nuevos y más de 84,000 muertes) (5).

En el mundo, la incidencia más alta de cáncer de colon la tienen Estados Unidos, Australia / Nueva Zelanda, Europa Occidental y Japón, principalmente en hombres. En América del Sur, la incidencia tiende a ser media y en África y Asia, baja. La incidencia del cáncer de colon está creciendo en países que antes tenían una baja incidencia (Japón y Asia en general), mientras que países que presentaban una alta incidencia

muestran tendencia a estabilizarse (Europa Occidental y Norte) o disminuir con el tiempo (Estados Unidos)

A nivel mundial, en el año 2009, el cáncer de colon fue el más frecuente de los cánceres en ambos sexos, y en los países desarrollados llegó a ser el segundo. Debido al escrutinio y a la resección temprana de pólipos malignos, la incidencia del cáncer de colon y de recto ha ido decreciendo desde 1985.

Ocupa el tercer lugar en incidencia de tumores malignos detrás del cáncer de pulmón y de mama, con aproximadamente 1.300.000 nuevos casos por año, y el cuarto lugar en mortalidad con más de 641.000 muertes anuales, luego del cáncer de pulmón, de estómago y de hígado.

En las mujeres, el Cáncer de colon es la segunda neoplasia más frecuente en el mundo luego del cáncer de mama (570 000 casos, el 9.4 del total) y es la tercera causa de muerte por tumores malignos después del cáncer de mama y de pulmón (288 000 defunciones, un 8.6 del total).

Es el tercer cáncer más común en el mundo en los hombres después del cáncer de pulmón y próstata, y la cuarta causa más común de muerte por tumores malignos luego del cáncer de pulmón, de próstata y de estómago.

Las tasas de mortalidad por cáncer de colon y recto normalizadas por edad en hombres y mujeres en los países occidentales se mantuvieron estables durante todo el siglo XX, y tal vez ahora hayan comenzado a disminuir; por otra parte, se están observando rápidos cambios en países considerados de bajo riesgo anteriormente.

Con una población mundial en proceso de envejecimiento, se espera que haya un aumento considerable del número de casos (5) (6).

#### **2.1.4. Diagnóstico**

##### **A. Presentación clínica del cáncer de colon**

Cuando el cáncer de colon produce sintomatología suele encontrarse en

un estadio avanzado con pocas perspectivas para una terapéutica curativa. Alrededor del 60% de los pacientes presentan enfermedad avanzada en el momento del diagnóstico o a lo largo de su evolución.

Los síntomas comunes incluyen dolor abdominal, sangrado rectal, alteración de los hábitos intestinales y pérdida involuntaria de peso. Aunque el cáncer de colon se pueda presentar con cualquier diarrea y constipación, un reciente cambio en los hábitos intestinales es mucho más probable que se dé en el cáncer de colon que de hábitos intestinales crónicos. Síntomas menos comunes incluyen náuseas y vómitos, malestar general, anorexia y distensión abdominal (7).

Los síntomas dependen de la localización del cáncer, el tamaño del cáncer y la presencia de metástasis.

El cáncer colónico izquierdo más comúnmente que el cáncer colónico derecho causa obstrucción parcial o completa debido a que el lumen del colon izquierdo es más estrecho y el residuo fecal en este sitio tiende a estar mejor formado por la reabsorción del agua en el colon proximal. Cánceres exofíticos grandes más frecuentemente causan obstrucción del lumen colónico. Obstrucciones parciales producen constipación, náusea, distensión y dolor abdominal. La obstrucción parcial ocasionalmente de forma paradójica produce diarrea intermitente por movimiento del residuo fecal fuera de la obstrucción.

Algunas veces los cánceres distales causan sangrado rectal evidente, pero los cánceres proximales raramente producen este síntoma porque la sangre llega a estar mezclada con el residuo fecal y existe degradación química durante el tránsito colónico. El sangrado de los cánceres proximales tiende a estar oculto y el paciente puede presentarse con anemia por deficiencia de hierro sin sangrado rectal evidente. La anemia puede producir debilidad, fatiga, disnea y palpitaciones.

En el cáncer avanzado particularmente con metástasis, puede haber caquexia caracterizada por pérdida involuntaria de peso, anorexia, debilidad muscular y sentimiento de pérdida de salud (8)

## B. Exámenes selectivos de detección

Los exámenes selectivos de detección de cáncer, es decir, exámenes médicos que se eligen de acuerdo a la situación personal (sexo, edad, salud, preferencias, etc.) ayudan al médico a encontrar pólipos o cáncer antes de que se presenten los síntomas. Al encontrar y extirpar los pólipos puede prevenirse el cáncer de colon.

También, es más probable que el tratamiento para el cáncer colorrectal sea efectivo cuando la enfermedad se encuentra temprano.

Los exámenes selectivos de detección que se encuentran a continuación se usan para detectar pólipos y cáncer u otras áreas anormales.

- **Sigmoidoscopia:** La sigmoidoscopia flexible proporciona la visualización directa de una parte del colon y lesiones sospechosas pueden ser removidas. Es un procedimiento muy seguro, con sólo dos perforaciones en una revisión retrospectiva de 49,501 exámenes, el 65% al 75% de los pólipos adenomatosos y el 40% al 65% de los cánceres colorrectales están al alcance de los 60 cm de un sigmoidoscopio flexible.

La sigmoidoscopia flexible ha demostrado su eficacia en la reducción de la mortalidad del cáncer colorrectal y tiene algunas ventajas con respecto a la colonoscopia.

Cuando la sigmoidoscopia flexible se realiza conjuntamente con una prueba de sangre oculta en la materia fecal (FOBT), la prueba FOBT debería de repetirse cada 3 años (8).

- **Colonoscopia:** Parece ser la prueba de escrutinio más efectiva, pero también la de mayor riesgo.

El médico le examina el recto y todo el colon usando un tubo luminoso, largo, llamado colonoscopio (9).

- **Enema de bario con doble contraste:** El paciente recibe una solución

de bario y se le bombea aire dentro del recto. Se toman varias imágenes de rayos X del colon y recto.

El bario y el aire forman una silueta alrededor del colon y esto permite que el médico vea el contorno de su colon en una radiografía.

- **Prueba inmunohistoquímica:** Para la prueba inmunohistoquímica se debe tomar la muestra de la superficie de residuo fecal mediante un cepillado sobre las heces y luego depositar la muestra en la tarjeta de prueba, a diferencia de la prueba de Guayaco donde la obtención de la muestra es directa.

Los datos disponibles indican que las pruebas inmunohistoquímicas son mejores que la prueba de guayaco, pero es más costosa.

- **Análisis de sangre oculta en heces (FOBT, siglas en inglés):** La única prueba de escrutinio para cáncer colorrectal que ha probado ser efectiva es la prueba de sangre oculta en heces (Guayaco), la cual detecta la actividad peróxidasa del componente hemo de la sangre. La excreción fecal del grupo hemo en la prueba es basada en la propensión del cáncer de colon y los adenomas de sangrar microscópicamente. La prueba debe desarrollarse en múltiples tiempos y en múltiples ocasiones para ser sensitiva debido a la naturaleza intermitente del sangrado.

La realización de tres pruebas de sangre oculta en heces en Estados Unidos, Inglaterra y Dinamarca han demostrado que el muestreo múltiple de sangre oculta en heces aplicadas anualmente reduce significativamente la mortalidad por cáncer colorrectal. Esta prueba presenta muchos falsos-positivos y falsos-negativos, con sensibilidades reportadas para cáncer colorrectal que oscilan de 27% a 57% y tan baja como el 8% para adenoma. La carne roja y muchos vegetales y frutas contienen peroxidasa que pueden condicionar resultados falsos-positivos. El cáncer colorrectal no sangrante y pólipos en personas que ingieren vitamina E pueden condicionar falsos-negativos en la prueba de sangrado oculto en heces. Muchas

personas con prueba positiva no tienen cáncer colorrectal, pero no fueron sometidos al riesgo, costo e incomodidad asociada a la colonoscopia (10).

Si los resultados de los exámenes selectivos de detección sugieren que hay cáncer o el paciente tiene síntomas, se necesitará determinar si estos síntomas se deben a cáncer o a alguna otra causa.

Si los exámenes selectivos muestran un área anormal (como un pólipo), es posible que sea necesaria una biopsia para buscar células cancerosas. Con frecuencia, el tejido anormal se puede extirpar durante la colonoscopia o sigmoidoscopia. Un patólogo revisa el tejido y busca células cancerosas usando un microscopio.

Si la biopsia muestra que hay cáncer presente, el médico necesitará saber la extensión (estadío o etapa) de la enfermedad para planear el mejor tratamiento. El estadío se determina, en general, al examinar si el tumor ha invadido tejidos cercanos, si el cáncer se ha diseminado y, si es así, a que partes del cuerpo.

El médico puede solicitar algunas de las siguientes pruebas:

- **Análisis de sangre:** Se busca el antígeno carcinoembrionario (CEA: No fumadores 0-3ng/ml, Fumadores 0-5 ng/ml) y otras sustancias en la sangre. Algunas personas que tienen cáncer colorrectal u otras enfermedades tiene una alta concentración de este antígeno.
- **Colonoscopia:** Si la colonoscopia que se realizó anteriormente no fue para diagnóstico, el médico examinará una vez más todo el colon y el recto con un colonoscopio y busca áreas anormales.
- **Ecografía endorrectal:** Una sonda de ultrasonido se inserta en el recto. La sonda emite ondas de sonido que no se pueden oír. Las ondas rebotan en los tejidos del recto y tejidos cercanos, y una computadora usa los ecos para crear una imagen. La imagen puede

mostrar la profundidad con la que ha crecido un tumor del recto o si el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos o a otros tejidos cercanos.

- **Radiografía de tórax:** Las radiografías pectorales pueden mostrar si el cáncer se ha diseminado a pulmones.
- **Escanograma de tomografía computarizada:** Una máquina de rayos X conectada a una computadora toma una serie de imágenes detalladas de áreas internas del cuerpo. Es posible que le den una inyección de medio contraste. El escanograma puede mostrar si el cáncer se ha extendido al hígado, los pulmones o a otros órganos (11)

#### 2.1.5. Estadificación

En la actualidad el sistema utilizado es el universal **TNM** (tumor, nodos, metástasis).

**TNM** es un sistema de clasificación por etapas de forma estandarizada en la que el equipo de atención del cáncer describe la extensión del mismo. Es el sistema de clasificación más utilizado.

Categorías T del cáncer de colon describen la extensión de la propagación a través de las capas que forman la pared del colon y el recto:

- **T<sub>x</sub>:** No hay descripción de la extensión del tumor debido a una información incompleta.
- **T<sub>1</sub>:** El cáncer ha crecido a través de la muscularis mucosa y se extiende hasta la submucosa.
- **T<sub>2</sub>:** El cáncer ha crecido a través de la Submucosa y se extiende hasta la muscular propia (capa muscular externa).
- **T<sub>3</sub>:** El cáncer ha crecido a través de la muscular propia y en la subserosa, pero no a los órganos o tejidos adyacentes.

- **T4:** El cáncer ha crecido a través de la pared del colon y en los tejidos cercanos u órganos.

Las categorías N indican si el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos:

- **NX:** No hay descripción de la afectación ganglionar debido a una información incompleta.
- **NO:** No hay afectación de los ganglios linfáticos.
- **N1:** Compromiso en uno a tres ganglios linfáticos regionales.
- **N2:** Compromiso en cuatro o más ganglios linfáticos regionales.

Las categorías M indican Si hay metástasis a órganos distantes:

- **MX:** No hay descripción de la diseminación a distancia debido a una información incompleta.
- **MO:** No hay propagación a distancia.
- **M1:** Diseminación a distancia presente.

### Estadíos

La etapa se expresa en números romanos desde la etapa I (la menos avanzada) hasta la etapa IV (la más avanzada). Algunas fases se subdividen con las letras.

**Etapa-O:**NO, MO. El cáncer está en la etapa más temprana. No ha crecido más allá de la mucosa del colon o del recto. Esta etapa también se conoce como carcinoma in situ o carcinoma intramucoso.

**Etapa I:** T1, NO, MO o T2, NO, MO. El cáncer ha crecido a través de la muscularis mucosa hasta la submucosa (T1) o también puede haber crecido en la muscular propia.

**Etapa IIA:** T3, NO, MO. El cáncer ha crecido en las capas más externas

del colon (serosa), pero no ha llegado a órganos adyacentes.

**Etapa IIB:** T4, NO, MO. El cáncer ha crecido a través de la pared del colon y en otros tejidos cercanos u órganos.

**Etapa IIIA:** T1, N1, MO o T2, N1, MO. El cáncer ha crecido a través de la mucosa hasta la submucosa (T1) o también puede haber crecido en la muscular propia (T2). Se ha propagado de uno a tres ganglios linfáticos regionales, pero no a sitios distantes.

**Etapa IIIB:** T3, N1, MO o T4, N1, MO. El cáncer ha crecido en las capas más externas del colon o del recto, pero no ha llegado a órganos adyacentes (T3) o el cáncer ha crecido a través de la pared del colon o del recto y en otros tejidos u órganos cercanos (T4). Se ha diseminado de uno a tres ganglios linfáticos regionales, pero no distantes.

**Etapa IV:** Cualquier T, cualquier N, M1. El cáncer puede o no crecer a través de la pared del colon y puede o no haberse propagado a ganglios linfáticos regionales. Se ha propagado a órganos distantes como el hígado, el pulmón, el peritoneo o el ovario (12).

#### 2.1.6. Evolución del cáncer de Colon

El primer paso de la aparición de un cáncer es en la mayoría de los casos, la existencia de un pólipo.

La malignización de dicho pólipo sigue unos pasos bien definidos que comienzan con una alteración mínima de las células (displasia leve) que pueda progresar a modificaciones más importantes (displasia moderada y severa), para pasar a carcinoma in situ (las células alteradas están situadas en la parte más superficial de la mucosa) y posteriormente invadir la pared del colon o del recto (carcinoma invasivo). Este proceso es lento y puede durar entre 10 y 15 años.

Se disemina de 3 maneras:

- **Crecimiento local:**

La extensión local del tumor se produce, principalmente, porque crece en profundidad invadiendo todas las capas que forman la pared del tubo digestivo, es decir, crece desde la mucosa hasta la serosa pasando por las capas submucosa y muscular.

Una vez que el tumor traspasa toda la pared del intestino puede invadir cualquier órgano contenido en el abdomen.

- **Diseminación ganglionar:**

El cáncer colorrectal puede diseminarse a los ganglios de la zona a través de la linfa. Esta diseminación depende en gran medida de la penetración del tumor en la pared intestinal, de la velocidad de crecimiento y del tiempo de evolución de la enfermedad.

- **Diseminación hematológica:**

Las células tumorales pasan al torrente circulatorio y a través de la sangre pueden llegar a otros órganos alejados del tubo digestivo. Este proceso depende de la penetración del tumor, de la afectación de ganglios y de agresividad del mismo.

El órgano que más se afecta en el cáncer colorrectal es el hígado, y desde ahí, puede diseminarse al pulmón, hueso y cerebro.

### 2.1.7. Tratamiento

#### A. Terapia local

La cirugía y la radioterapia son terapias locales. Extirpan o destruyen el cáncer en o cerca del colon o recto

- **Cirugía del colon:**

La cirugía es a menudo el tratamiento principal contra el cáncer de colon en etapa inicial.

La cirugía es conocida como colectomía o resección segmentaria. Por lo general se extirpa el cáncer y una parte normal del colon a ambos

lados del cáncer (así como los ganglios linfáticos cercanos). Luego, los dos extremos del colon se suturan nuevamente.

#### - **Radioterapia**

La radioterapia es una clase de terapia local o loco – regional (cuando se incluyen los ganglios cercanos al tumor) que utiliza una forma de energía invisible al ojo humano para dañar y destruir celulares tumorales. La radioterapia afecta tanto a células normales como tumorales, pero estas últimas son más vulnerables a la radiación porque se encuentran en constante crecimiento y formando nuevas células.

Los médicos usan diferentes tipos de radioterapia para tratar el cáncer. Algunas veces los pacientes reciben dos tipos de radiación (13):

#### - **Radiación externa o teleterapia:**

La radiación proviene de una máquina. El tipo más común de máquina que se usa para la terapia de radiación se llama acelerador lineal. La mayoría de los pacientes van al hospital o a la clínica para su tratamiento, generalmente 5 días a la semana durante varias semanas.

#### - **Radiación interna** (radiación por implante o braquiterapia):

La radiación sale de material radiactivo puesto en tubos delgados colocados directamente dentro o cerca del tumor. El paciente se queda en el hospital y los implantes generalmente permanecen en su lugar durante varios días. Ordinariamente, los implantes se sacan antes de que el paciente se vaya a casa.

#### - **Radioterapia intraoperatoria** (IORT): En algunos casos, la radiación se administra durante la cirugía. Los efectos secundarios de la radioterapia dependen principalmente de la cantidad de radiación que se administra y de la parte del cuerpo que está siendo tratada. La radioterapia al abdomen y pelvis puede causar náuseas,

vómitos, diarrea, deposición con sangre o deposiciones repentinas. También puede causar molestias urinarias, tales como hacer difícil que se detenga el flujo de orina de la vejiga. Además, la piel del área tratada puede enrojecerse, resecaarse y hacerse sensible. La piel cerca del ano es especialmente sensible.

Aunque los efectos secundarios de la radioterapia pueden ser angustiosos, el médico puede ordinariamente tratarlos o controlarlos. Además, los efectos secundarios generalmente desaparecen una vez terminado el tratamiento.

## **B. Terapia sistémica**

La quimioterapia y la terapia biológica son terapias sistémicas. Los fármacos entran al torrente sanguíneo y destruyen o controlan el cáncer en todo el cuerpo.

Debido a que los tratamientos contra el cáncer a menudo dañan las células y tejidos sanos, los efectos secundarios son comunes. Los efectos secundarios dependen principalmente del tipo y de la extensión del tratamiento. Los efectos secundarios pueden no ser los mismos para cada persona y pueden cambiar de una sesión de tratamiento a otra (13).

### **- Quimioterapia**

El tratamiento con quimioterapia se refiere al uso de medicamentos específicos que tienen como objetivo destruir las células cancerosas. Es un tratamiento general, ya que los medicamentos se distribuyen por todo el cuerpo a través de la sangre. Por tanto, también puede afectar a las células sanas y producir algunos efectos secundarios. Depende del tipo de medicamento, la dosis, la duración y las características individuales de cada persona.

La administración de este tratamiento requiere mantener un esquema durante el mismo, denominado ciclo, en el que se alternan periodos de tratamiento con periodos de descanso.

Esta alternancia de “tratamiento – descanso” es fundamental para

proporcionar tiempo a las células sanas del organismo para repararse del daño provocado por los medicamentos empleados, de tal forma que sean capaces de tolerar un nuevo ciclo.

La quimioterapia para el cáncer de colon no está indicada en todos los casos, si no que su administración dependerá de determinados factores.

- Estadio tumoral: Afectación o no de ganglios y/o de órganos próximos al tumor y/o aparición o no de metástasis.
- Estado general del paciente previo a la administración del tratamiento.

En función de estos aspectos la administración de quimioterapia puede tener dos finalidades:

- Curativa: La intención de la quimioterapia es curar la enfermedad.

En este caso se emplea como tratamiento complementario a la cirugía.

- Control de síntomas o paliativa: Con la quimioterapia se pretende controlar los síntomas producidos por el tumor y/o las metástasis y su objetivo primordial es mejorar la calidad de vida del enfermo.

Generalmente se administra como tratamiento único o asociado a cirugía.

#### - **Terapia biológica**

Algunas personas con cáncer colorrectal que se ha diseminado reciben un anticuerpo monoclonal, un tipo de terapia biológica. Los anticuerpos monoclonales se une a las células cancerosas del colon. Interfieren con el crecimiento de las células cancerosas y con la diseminación del cáncer. Ej. Bevazisumab, Cetuximab, Danazisumab.

Algunas personas reciben quimioterapia al mismo tiempo.

Los efectos secundarios incluyen sarpullido, fiebre, dolor abdominal, vómitos, diarrea, cambios en el tratamiento (5)

## 2.2.FACTORES DE RIESGO

No se conocen las causas exactas del cáncer colon. Los médicos rara vez pueden explicar porque el cáncer de colon se presenta en una persona, pero no en otra. Sin embargo, es claro que el cáncer colorrectal no es contagioso.

La investigación ha demostrado que personas con ciertos factores de riesgo tienen más probabilidad que otras de padecer tanto cáncer de colon como de recto. Un factor de riesgo es algo que puede aumentar la posibilidad de que una enfermedad se presente.

Al respecto algunos estudios han encontrado los siguientes factores de riesgo de cáncer colorrectal (14)

- **Edad mayor de 50 años.** El cáncer colorrectal es más probable que ocurra al envejecer las personas. Más del 90 por ciento de las personas con esta enfermedad fueron diagnosticadas después de los 50 años de edad. La edad promedio al momento del diagnóstico es de 72 años.
- **Sexo.** En el año 1997, se observó que el cáncer de colon se desarrolló más en hombres que en mujeres, en una proporción de 3/1.
- **Zona de Residencia.** En zonas de residencia se constituye en un factor importante en razón a la idiosincrasia de cada zona, en lo que respecta a alimentación, higiene y costumbres.
- **Ocupación.** El tipo de ocupación tiene algo que ver con el cáncer, ya que en determinadas ocupaciones, el horario laboral impide una alimentación saludable ya que propicia el consumo de comida chatarra, de alimentos cocinados con aceites guardados y de alimentos recalentados. Asimismo, determinados trabajos son estresores.
- **Pólipos colorrectales.** Los pólipos son tumores en la pared interior del colon o del recto. Son comunes en personas de más de 50 años de edad. La mayoría

de los pólipos son benignos (no cancerosos), pero algunos pólipos (adenomas) pueden hacerse cancerosos.

Al encontrar y extirpar los pólipos, puede reducirse el riesgo de cáncer colon y de recto.

- **Antecedentes familiares de cáncer colon o recto.** Familiares cercanos de una persona con antecedentes de cáncer colon o de recto tienen en cierta manera mayor probabilidad de presentar esta enfermedad ellos mismos, especialmente si el familiar tuvo el cáncer a una edad joven.
- **Alteraciones genéticas.** Los cambios en ciertos genes aumentan el riesgo de cáncer colon.

El cáncer de colon hereditario no polipósico (HNPCC) es el tipo más común de cáncer de colon heredado (genético). Comprende cerca del 2 % de todos los casos de cáncer colorrectal. Es causado por cambios en un gen HNPCC. La mayoría de las personas con un gen HNPCC alterado presentan cáncer de colon, y la edad promedio que tienen cuando son diagnosticadas con cáncer de colon es de 44 años.

La poliposis adenomatosa familiar (FAP) es una enfermedad rara, hereditaria, en la que se forman cientos de pólipos en el colon y recto. Es causada por cambios en un gen específico llamado APe.

A menos que se trate la poliposis adenomatosa familiar, generalmente termina en cáncer de colon o de recto a los 40 años de edad. La poliposis adenomatosa familiar comprende menos del 1 % de todos los casos de cáncer de colon.

- **Antecedentes personales de cáncer.** La persona que ya ha tenido cáncer colon o recto en el pasado puede presentarlo una segunda vez.

También, las mujeres con antecedentes de cáncer de ovarios, de útero (endometrio), o de seno tienen, en cierto modo, un riesgo mayor de padecer cáncer colorrectal.

- **Colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn.** La persona que ha tenido

alguna enfermedad que causa la inflamación del colon (como la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn) por muchos años tiene un riesgo mayor de presentar cáncer colorrectal. Enfermedad de Crohn: riesgo hasta 20 veces.

- **Dieta.** Los estudios sugieren que las dietas ricas en grasa (especialmente la grasa animal) y pobres en calcio y fibra pueden aumentar el riesgo de cáncer de colon. También, algunos estudios sugieren que las personas que consumen una dieta muy pobre en frutas y verduras pueden tener un riesgo mayor de cáncer de colon. Sin embargo, los resultados de estudios sobre dieta no siempre están de acuerdo, y se necesita más investigación para entender mejor en qué forma la dieta afecta el riesgo de cáncer colon y recto.
- **Obesidad y Sedentarismo.** Hay relación directa entre el contenido de grasa corporal y el Cáncer de Colon, sobre todo la obesidad central (grasa abdominal).
- **Fumar cigarrillos.** La persona que fuma cigarrillos puede tener un riesgo mayor de presentar pólipos y cáncer colorrectal. Puesto que las personas que tienen cáncer colorrectal pueden padecer esta enfermedad una segunda vez, es importante hacerse pruebas de seguimiento.
- **Diabetes mellitus.** En estudio de seguimiento, casos controles y prospectivos los diabéticos han demostrado consistentemente tener un 30-50 más de riesgo de desarrollar cáncer colorrectal, comparado con los no diabéticos. No se sabe si el tratamiento de la diabetes o qué tipo de tratamientos están modificando este riesgo.

### 2.3. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

La enfermería desempeña un papel fundamental en la evolución del paciente con cáncer de colon, pues es enfermería la encargada de prestar los cuidados para favorecer su recuperación, en función de cómo se proporcionen esos cuidados y la meticulosidad del personal a la hora de llevarlos a cabo, ayudará en su mejoría o se favorecerá el bienestar biopsicoemocional de los mismos

como de su familia.

Además, enfermería es la encargada de proporcionar una correcta educación para la salud tanto al paciente como a sus familiares, pues cuando es dado de alta no está recuperado y precisa llevar a cabo una serie de cuidados básicos pero muy importantes.

También le resuelve todas sus dudas y mostrarse accesible en todo momento, especialmente cuando se encuentra sometido a tratamiento, pues supone una gran carga emocional para el paciente, y ello le va a ayudar a disminuir su ansiedad al ver que no está sólo y que las personas que lo cuidan no sólo están ahí para demostrar técnicas sino también para escucharlo.

En términos generales, Enfermería como profesión de las Ciencias de la Salud interviene en la atención de salud de los pacientes de todas las especialidades aplicando eficaz y eficientemente el cuidado de enfermería integral, intensivo y progresivo basado en valores y principios científicos. Cuidado que engloba acciones de orden físico, psicológico, espiritual y social (15).

### **2.3.1. Madeleine Leininger "Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales".**

Leininger, es la fundadora de la enfermería transcultural y líder en la teoría de los cuidados a las personas enfermería transcultural fue la primera enfermera profesional con preparación universitaria que obtuvo un premio en antropología cultural y social nació en Sutton Nebraska y comenzó su carrera como enfermera después de haberse diplomado en la escuela de enfermería de san Antony Denver.

#### **Fuentes teóricas:**

Leininger se basó en la disciplina de la antropología y de la enfermería definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la

expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables. Leininger declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que reflejara los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y basarán en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. Afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas; este saber es imprescindible para la formación y la práctica enfermera.

Leininger defiende que, así como la enfermería es significativa para los pacientes y para las enfermeras de todo el mundo, el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones de las enfermeras y así obtener resultados buenos y eficaces.

- **Enfermería Transcultural:** Se refiere a las enfermeras que están formadas en enfermería transcultural y que tienen como labor desarrollar el saber y la práctica de la enfermería transcultural.
- **Enfermería Intercultural:** Se refiere a las enfermeras que usan conceptos antropológicos médico o aplicados; la mayor parte de ellas no están autorizadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni a llevar a cabo prácticas basadas en la investigación.

Según Leininger, la enfermera transcultural es una enfermera diplomada, que es capaz de aplicar conceptos generales, principios y prácticas de la enfermería transcultural creados por las enfermeras transculturales especialistas. Por otro lado, Leininger defiende y promueve una teoría nueva y diferente, y no la

teoría tradicional de la enfermería, que normalmente se define como un conjunto de conceptos relacionados entre sí de forma lógica y proposiciones hipotéticas que se pueden probar a fin de explicar o predecir un hecho, fenómeno o situación. En cambio, Leininger defiende la teoría como el descubrimiento sistemático y creativo del conocimiento de un campo de interés o de un fenómeno que parecen relevantes para entender o explicar fenómenos desconocidos.

Leininger, creo la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales enfermeros, que tienen sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen y necesiten de estos profesionales. La cultura representa los modelos de su vida sistematizados y los valores de las personas que influyen en sus decisiones y acciones. POR TANTO, LA TEORIA ESTA ENFOCADA PARA QUE LAS ENFERMERAS DESCUBRAN Y ADQUIERAN EL CONOCIMIENTO ACERCA DEL MUNDO DEL PACIENTE Y PARA QUE ESTAS HAGAN USO DE SUS PUNTOS DE VISTAS INTERNOS, SUS CONOCIMIENTOS Y PRACTICA, TODO CON LA ETICA ADECUADA.

No obstante, Leininger anima a obtener el conocimiento del interior de las personas o culturales, ya que este conocimiento tiene mayor credibilidad. La teoría no tiene que ser necesariamente intermedia ni una gran teoría, aunque si se debe interpretar como una teoría holística o como una teoría de campos específicos de interés.

Hasta la fecha, Leininger ha estudiado varias culturas en profundidad y otras tantas en colaboración con estudiantes universitarios y licenciados, y profesores por medio de método cualitativo de investigación. A explicado 130 principios diferentes de los cuidaos en 56 culturas teniendo cada una diferentes significados, experiencias culturales y usos que hacen las personas de culturas parecidas o diversas. Leininger afirmo que el objetivo de la teoría de los cuidados consiste en proporcionar cuidados que sean coherentes con la

cultura. Considera que las enfermeras deben trabajar de tal modo que se explique el uso de los cuidados y significados, y así los cuidados culturales valores, creencias y modos de vida pueden facilitar bases fiables y exactas para planificar e implementar eficazmente los cuidados específicos de la cultura y para identificar (16).

### 3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

#### 3.1. Internacionales

- Escalante Chari, E. (2015) Ecuador. Factores de Riesgo en Pacientes con Cáncer de Colón Mayor a 50 Años de Edad. Hospital de Solca. Concluyó que la evolución del cáncer de colon ha estudiada y se han identificado diversos factores de riesgo para estas lesiones precursoras, siendo la edad, el género y los antecedentes familiares de cáncer de colon los más claramente establecidos (14).

#### 3.2. Nacionales

- Avendaño Vásquez, M. y Elgegren Lao, J. Iquitos (2016). Factores de riesgos asociados a cáncer de pacientes atendidos en hospitales de Iquitos 2008-2012. Se concluyó que el 78,6% fueron del sexo femenino, 50,0% adultos mayores, el estadio I prevaleció en un 57,1%, los signos y síntomas más frecuentes fueron; dolor abdominal, 50,0%, estreñimiento, melena con 7,1 y 21,4% respectivamente, 14,3% con habito de tabaquismo, 21,6% con hipertensión arterial. Al Asociar factores de riesgo y el cáncer de colon, se obtuvo que: no existe relación estadística significativa entre: hábito de fumar y el cáncer de colon ( $p = 0,877$ ;  $p > 0,05$ ), Hipertensión Arterial y el cáncer de colon ( $p = 0,827$ ;  $p > 0,05$ ); Diabetes Mellitus y el cáncer de colon ( $p = 0,172$ ;  $p > 0,05$ ); Sexo y Cáncer de Colon ( $p = 0,194$ ;  $p > 0,05$ ). Sin embargo, con el único factor de riesgo no modificable que fue la edad y el cáncer de colon, se obtuvo que: existe relación estadística significativa ( $p = 0,00$ ;  $p < 0,05$ ). Lo que permite decir que, a mayor edad, mayor será el riesgo de contraer cáncer de colon (19).

#### 3.3. Locales

- Rubio Valenzuela, G.F. (2011). Arequipa. Estudio: Comportamiento Epidemiológico, Endoscópico y Patológico del Cáncer Colorectal en el Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo Es Salud. Arequipa entre los años 2006 – 2008. Concluyó que: En relación al comportamiento epidemiológico del cáncer colorectal en nuestro medio podemos concluir, que la población que presenta esta patología es predominantemente la mayor de 60 años en un 69.5%. Se ha observado una discreta tendencia presentarse más en el sexo femenino 54.7% que en el masculino 45.3%, asimismo, se observa que la mayoría de pacientes niegan la presencia de antecedentes familiares relacionados a cáncer colorectal 96.8%. Se observa una alta frecuencia de pacientes con cáncer colorectal que refieren entre hábitos nocivos el consumo de alcohol o tabaco de forma aislada o combinada 42.2%, 6.3%, 27.4% respectivamente. Así mismo se observó una alta frecuencia de pacientes con antecedentes de colecistectomía. En relación al comportamiento clínico, las manifestaciones clínicas del cáncer colorectal son inespecíficas y se encuentran presentes en diversas patologías digestivas. Las manifestaciones más frecuentemente referidas por los pacientes son la presencia de sangrado digestivo bajo (56.8%), asociado a dolor abdominal (43.1%) y disminución de peso (52.6%) (22).

#### **4. OBJETIVOS**

- 4.1. Identificar los factores sociodemográficos del cáncer de colon en los pacientes atendidos en la Liga de Lucha contra el Cáncer – Filial Arequipa.
- 4.2. Identificar los factores predisponentes al cáncer de colon en los pacientes atendidos en la Liga de Lucha contra el Cáncer – Filial Arequipa.

#### **5. HIPÓTESIS**

Por ser estudio de nivel descriptivo, se ha visto por conveniente no plantear hipótesis.





## **CAPITULO II**

### **PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

#### **1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

##### **1.1. Técnica**

La técnica aplicada fue la Encuesta en la modalidad de Cuestionario.

##### **1.2. Instrumento**

Como instrumentos se usó el Formulario de Preguntas.

#### **2. CAMPO DE VERIFICACIÓN**

##### **2.1. Ubicación Espacial**

Se desarrolló en la Liga de Lucha contra el Cáncer – Filial Arequipa con sede en la Urb. Álvarez Thomas E-10 – José Luis Bustamante y Rivero de la Ciudad de Arequipa. Cuenta con diversas especialidades médico – quirúrgicas, especialmente en Oncología. En ellas se atiende ambulatoriamente a los pacientes para ser diagnosticados y de ser necesario referidos a las distintas instituciones de salud.

## 2.2. Ubicación Temporal

El estudio se realizó en el presente año, en los meses de noviembre a diciembre del 2018.

## 3. UNIDADES DE ESTUDIO

Las unidades de estudio son los pacientes con Cáncer de Colón en la Liga contra el Cáncer – Filial Arequipa a quienes se les aplicará los criterios de inclusión y exclusión.

### A. De Inclusión:

- Pacientes adultos con diagnóstico de cáncer de colon.
- Pacientes de ambos géneros.
- Firmar el consentimiento

### B. De Exclusión:

- Pacientes que no deseen participar en la investigación.

### 3.1. Universo

El universo lo conforman los pacientes con cáncer de colon en la Liga de Lucha contra el cáncer, en el año 2018.

### 3.2. Muestra

El total de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión son 18, que conforman la muestra del presente estudio.

## 4. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

### 4.1. Organización

- Aprobado el proyecto por el Jurado Dictaminador, se realizó el trámite administrativo respectivo para la ejecución del estudio de investigación.
- Validado el instrumento, se aplicó a los pacientes previa orientación y guía.
- Obtenida la información se procedió al procesamiento de los datos obtenidos a través de la codificación de instrumentos, tabulación y sistematización.

- Elaboración de tablas y gráficos estadísticos, presentado la información previamente interpretada en base al contenido del marco teórico de la investigación y estadística descriptiva.
- Posteriormente, se elaboraron las conclusiones, recomendaciones e informe final.

#### 4.2. Recursos:

##### A. Humanos

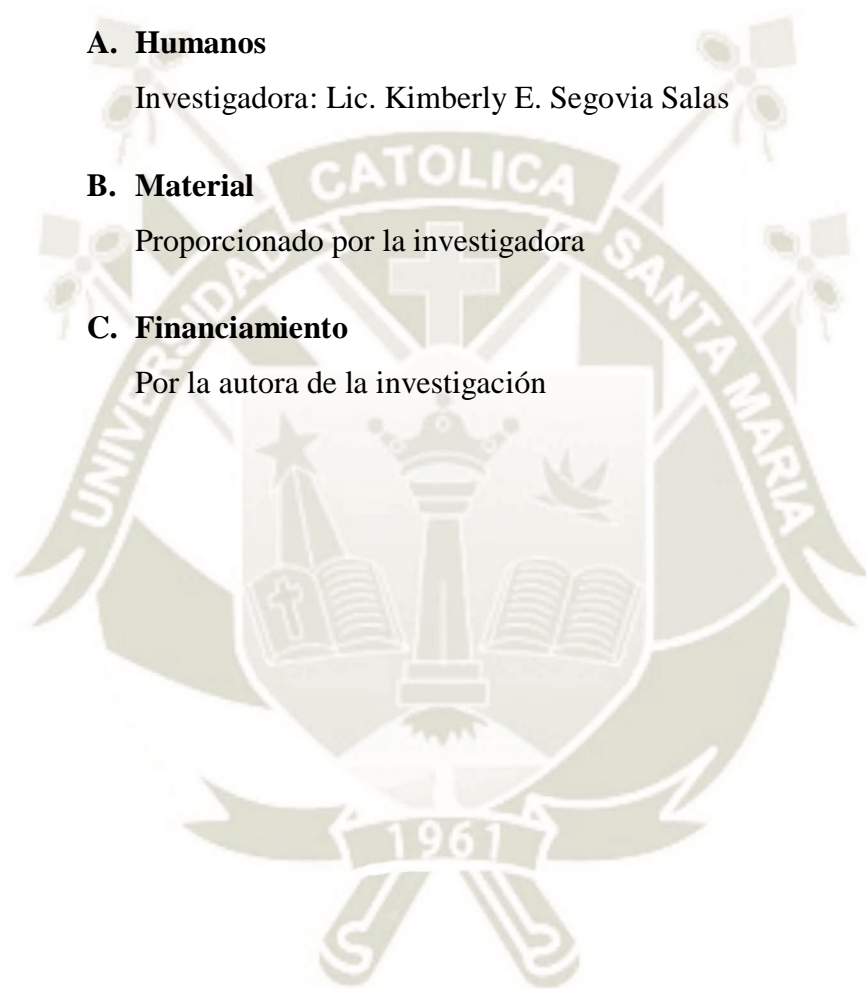
Investigadora: Lic. Kimberly E. Segovia Salas

##### B. Material

Proporcionado por la investigadora

##### C. Financiamiento

Por la autora de la investigación





**I. TABLAS: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS**

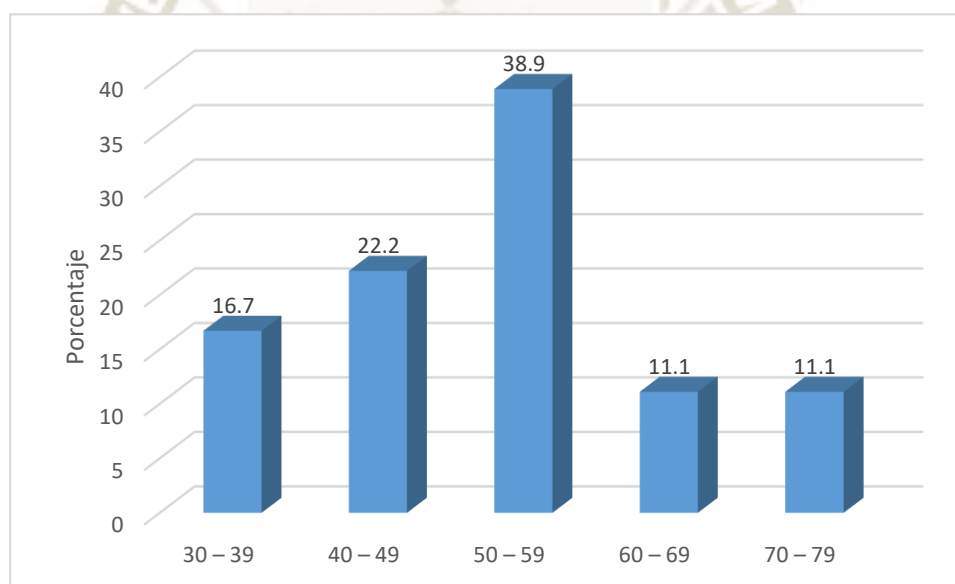
**TABLA N° 1**

**PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN EDAD**

Edad	N°	%
30 – 39	3	16.7
40 – 49	4	22.2
50 – 59	7	38.9
60 – 69	2	11.1
70 – 79	2	11.1
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Instrumento aplicado a los pacientes adultos atendidos en la Liga de Lucha del Cáncer. Arequipa, 2018

**GRAFICO N° 1**



En la tabla N° 1 se observa que el cáncer de colon se presenta en mayor proporción y porcentaje en pacientes de 50 a 59 años, lo evidencia el 38.9%. El 22% representa a los pacientes de 40 a 49 años de edad. Los menores porcentajes 16.7%, 11.1% y 11.1% corresponde a los pacientes de 30 a 39 años y de 60 a 79 años de edad.

Se deduce que predominan las edades de 50 a 59 años de edad que concentran a los pacientes adultos maduros con un 38.9%.

**TABLA N° 2**

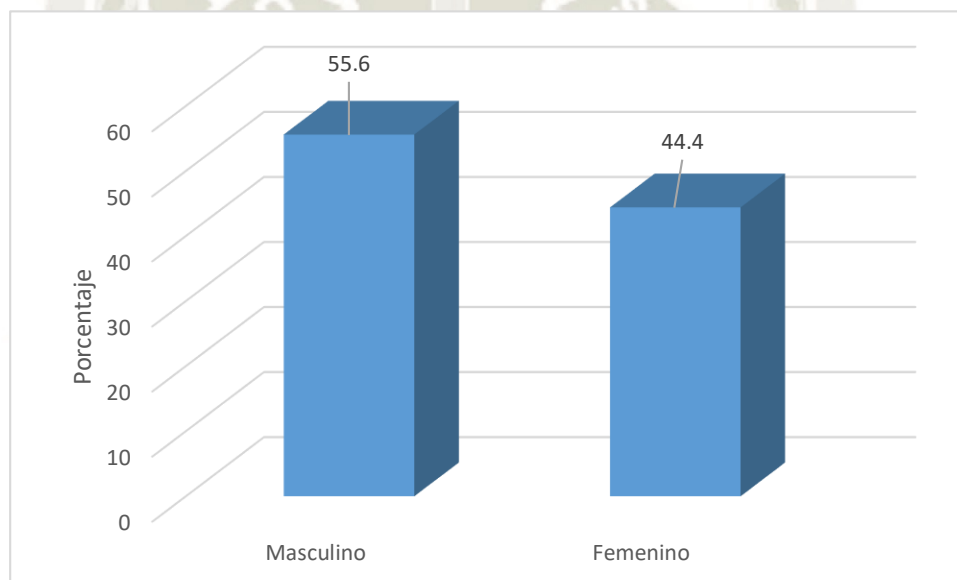
**PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN GÉNERO**

Género	N°	%
Masculino	10	55.6
Femenino	8	44.4
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Instrumento aplicado a los pacientes adultos atendidos en la Liga de Lucha del Cáncer. Arequipa, 2018

**GRAFICO N° 2**

**PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN GÉNERO**



En relación al género, los pacientes adultos investigados superando el 55.6% pertenecen al género masculino. La diferencia porcentual del 44.4% se ubica en el género femenino.

En esta tabla llegamos a deducir que el cáncer de colon es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino con un 11.2 % de diferencia.

**TABLA N° 3**

**PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN OCUPACIÓN**

Ocupación	N°	%
Ama de Casa	6	33.3
Obrero/a	2	11.1
Empleado/a	3	16.7
Agricultor	5	27.8
Independiente	2	11.1
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Instrumento aplicado a los pacientes adultos atendidos en la Liga de Lucha del Cáncer. Arequipa, 2018

**GRAFICO N° 3**

**PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN OCUPACIÓN**



En la tabla se observa que los pacientes investigados en los mayores porcentajes: 33.3% y 28% tienen como ocupación el ama de casa y agricultor. Los menores porcentajes: 16.7% y 11.1%, 11.1% representan a los pacientes que trabajan como empleados, obreros y en forma independiente.

Se deduce que los pacientes investigados tienen como ocupación en su mayoría ama de casa con un 33.3%.

## II. TABLAS: FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES

TABLA N° 4

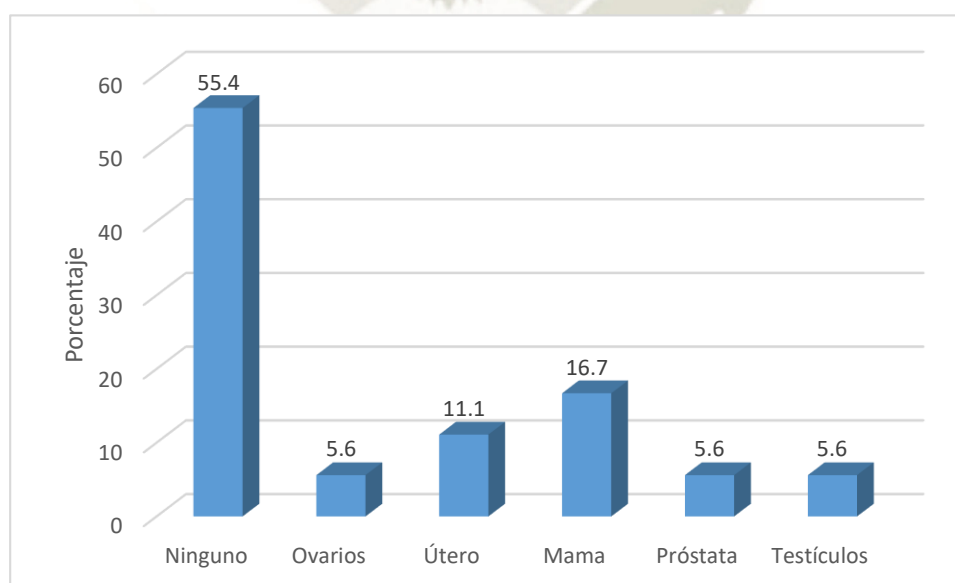
### PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN ANTECEDENTES DE CÁNCER PERSONALES

Antecedentes Personales de Cáncer	N°	%
Ninguno	10	55.4
Ovarios	1	5.6
Útero	2	11.1
Mama	3	16.7
Próstata	1	5.6
Testículos	1	5.6
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Instrumento aplicado a los pacientes adultos atendidos en la Liga de Lucha del Cáncer. Arequipa, 2018

GRAFICO N° 4

### PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN ANTECEDENTES DE CÁNCER PERSONALES



En relación a los factores de riesgo predisponentes, los pacientes investigados refieren haber sufrido de cáncer en la mama (16.7%), próstata (5.6%), en el útero (11.1%), y en el (5.6%) cáncer de ovarios, y testículos, respectivamente.

La diferencia porcentual del 55.4% refirió no haber sufrido de cáncer, se deduce que casi el 50 % afirma que los antecedentes de cáncer en los pacientes investigados constituyen un factor de riesgo.



**TABLA N° 5**

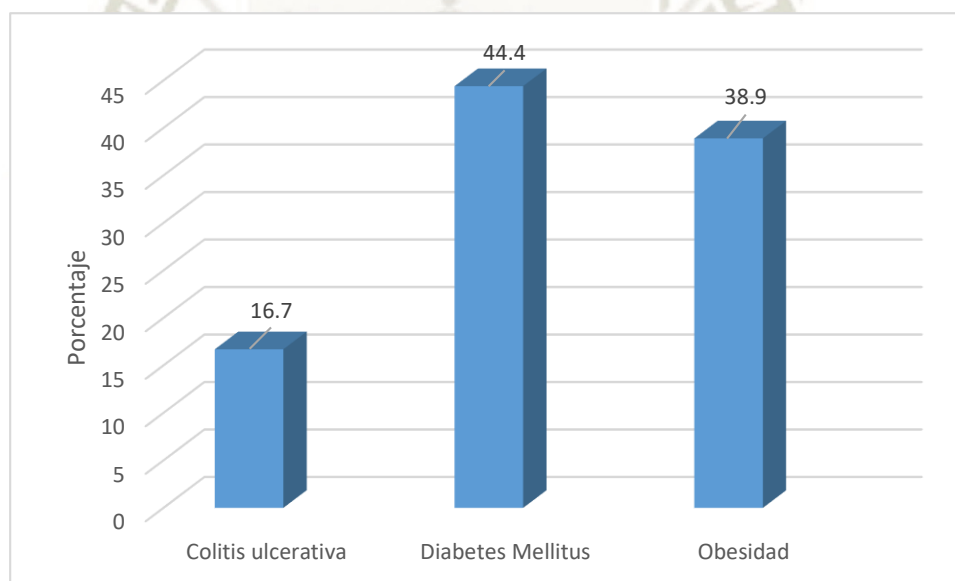
**PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN ANTECEDENTES DE  
OTRAS ENFERMEDADES**

<b>Antecedentes otras enfermedades</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Colitis Ulcerativa	3	16.7
Diabetes Mellitus	8	44.4
Obesidad	7	38.9
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Instrumento aplicado a los pacientes adultos atendidos en la Liga de Lucha del Cáncer. Arequipa, 2018

**GRAFICO N° 5**

**PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN ANTECEDENTES DE  
OTRAS ENFERMEDADES**



En la tabla N° 5 se observa que el 44.4% de los pacientes investigados refieren tener Diabetes Mellitus, el 38.9% han sufrido obesidad y el 16.7% que han presentado colitis ulcerativa.

Se deduce, que casi la mitad de los pacientes investigados presentan Diabetes Mellitus.

**TABLA N° 6**

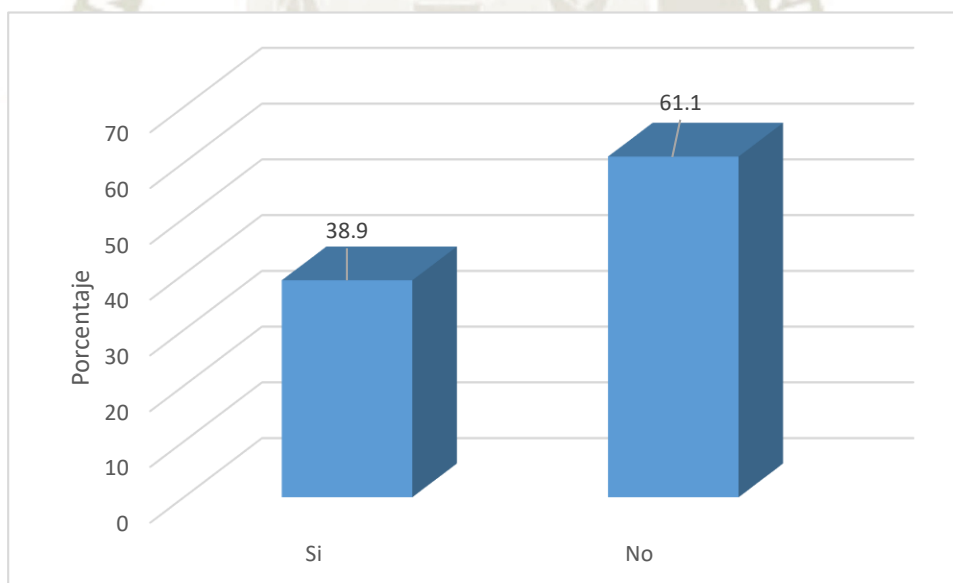
**PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN ANTECEDENTES DE  
CÁNCER EN LA FAMILIA**

<b>Antecedentes de cáncer en la Familia</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>Tiempo de la Enfermedad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	7	38.9	2 a más años	1	5.6
			3 a más años	4	22.1
			2 años atrás	1	5.6
			Un año atrás	1	5.6
			<b>Subtotal</b>	7	38.9
No	11	61.1			
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>			

**Fuente.** Instrumento aplicado a los pacientes adultos atendidos en la Liga de Lucha del Cáncer. Arequipa, 2018

**GRAFICO N° 6**

**PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN ANTECEDENTES DE  
CÁNCER EN LA FAMILIA**



En la tabla N° 6 se observa que el 38.9% de los pacientes investigados refieren antecedentes de cáncer en su familia directa; padres, hermanos. El 61.1% restante refiere que en su familia no ha habido ningún caso de cáncer

Se deduce que los antecedentes de cáncer en la familia se constituyen como un factor de riesgo de cáncer de colon en los pacientes investigados, lo evidencia el 39% alcanzado.

**TABLA N° 7**

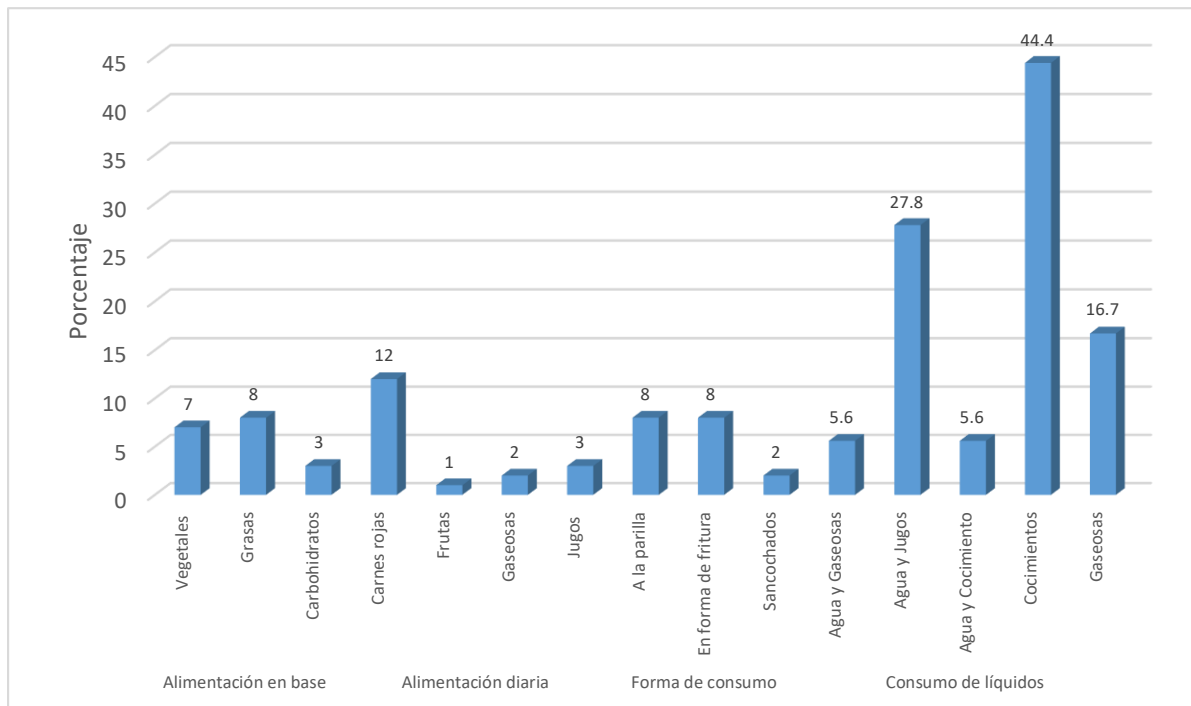
**PACIENTES ADULTOS CON CANCER DE COLON INVESTIGADOS SEGÚN  
ALIMENTACIÓN**

<b>Su alimentación se base en</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Vegetales	7	38.9
Grasas	8	44.4
Carbohidratos	3	16.7
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>
<hr/>		
<b>Alimentación diaria</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Carnes rojas	12	66.7
Frutas	1	5.6
Gaseosas	2	11.1
Jugos	3	16.7
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>
<hr/>		
<b>Forma de consumo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
A la parrilla	8	44.4
En forma de fritura	8	44.4
Sancochados	2	11.4
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>
<hr/>		
<b>Consumo de líquidos</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Agua y Gaseosas	1	5.6
Agua y Jugos	5	27.8
Agua y Cocimiento	1	5.6
Cocimientos	8	44.4
Gaseosas	3	16.7
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Instrumento aplicado a los pacientes adultos atendidos en la Liga de Lucha del Cáncer. Arequipa, 2018

**GRAFICO N° 7**

**PACIENTES ADULTOS CON CANCER DE COLON INVESTIGADOS SEGÚN ALIMENTACIÓN**



En la tabla 7, podemos observar que los pacientes adultos investigados, tienen una alimentación en base a grasas en un 44.4%; en carbohidratos el 38.9%. Su alimentación diaria es a base a carnes rojas en un 66.7%. Su forma de consumo en un 44.4% son a la parrilla y en forma de fritura. El líquido que consumen más es el cocimiento en un 44.4%, y el consumo de agua y jugos en un 27.8%.

Lo que nos permite evidenciar, que no practican buenos hábitos en cuanto a la alimentación.

**TABLA N° 8**

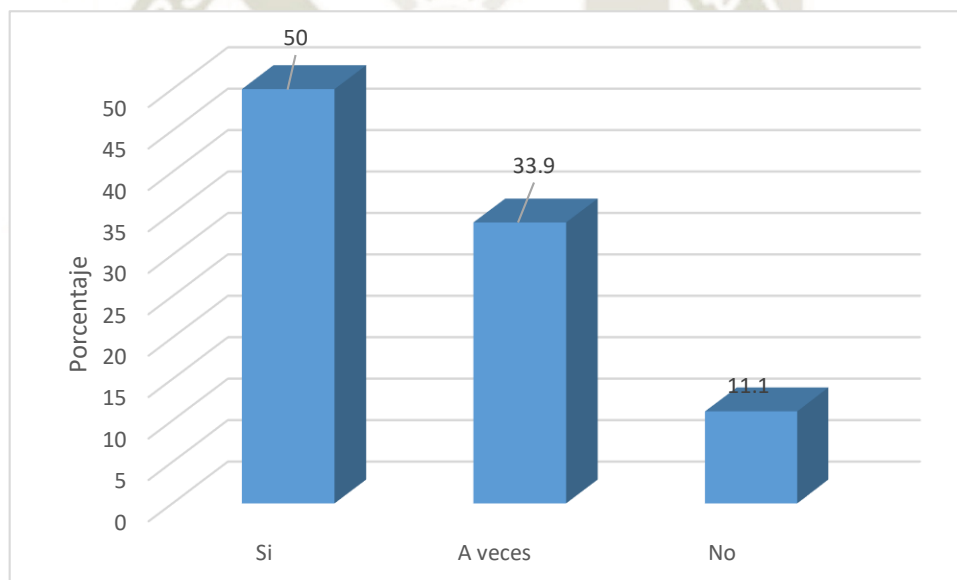
**PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN CONSUMO DE LICOR**

Consumo de Licor	N°	%	Tipo de Licor	N°	%
Si	9	50.0	Cerveza	11	61.1
A veces	7	33.9	Pisco	2	11.1
			Vino	3	16.7
			<b>Subtotal</b>	16	63.9
No	2	11.1			
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>			

**Fuente.** Instrumento aplicado a los pacientes adultos atendidos en la Liga de Lucha del Cáncer. Arequipa, 2018

**GRAFICO N° 8**

**PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN CONSUMO DE LICOR**



En la tabla N° 8 se observa que el 50.0% de los pacientes investigados si consumen licor, el 33.9% lo hace a veces y el 11.1% no consume licor. De los que consumen licor, el tipo que beben es cerveza en un 27.8%.

Se deduce que los pacientes investigados, si consumen licor, en más de las tres cuartas partes.

**TABLA N° 9**

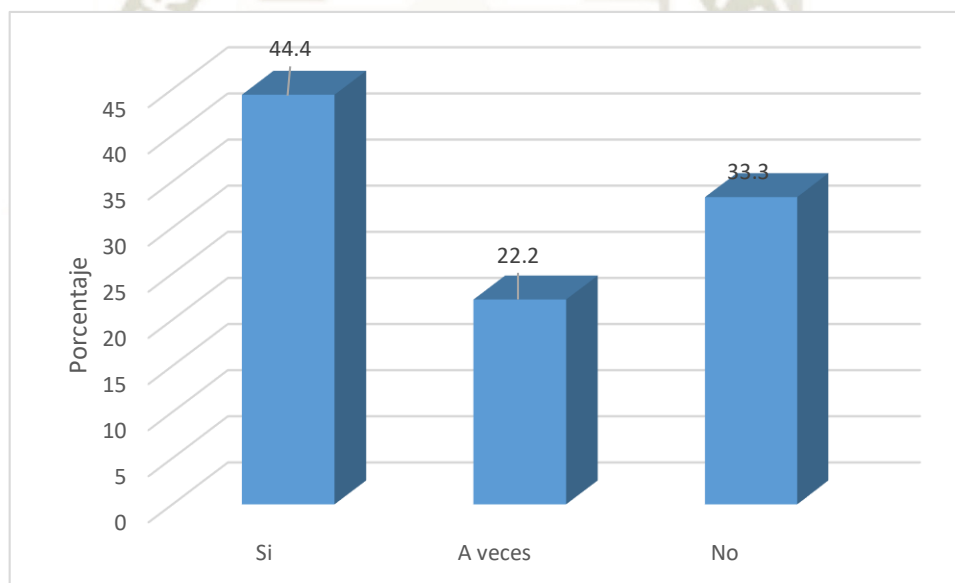
**PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN CONSUMO DE TABACO**

Consumo de Tabaco	N°	%	Cantidad de cigarrillos al día	N°	%
Si A veces	8 4	44.4 22.2	Uno	5	27.8
			Dos	4	22.2
			Más de tres	3	16.7
			<b>Subtotal</b>	12	66.7
No	6	33.3			
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>			

**Fuente.** Instrumento aplicado a los pacientes adultos atendidos en la Liga de Lucha del Cáncer. Arequipa, 2018

**GRAFICO N° 9**

**PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN CONSUMO DE TABACO**



En la tabla N° 9 se observa que el 44.4% de los pacientes investigados si consumen tabaco, el 33.9% no lo hace y el 11.1% a veces lo hace. De los que consumen tabaco, el 16.7% consumen más de tres cigarrillos al día.

Se deduce que los pacientes investigados, si consumen tabaco, en menos de la mitad.

**TABLA N° 10**

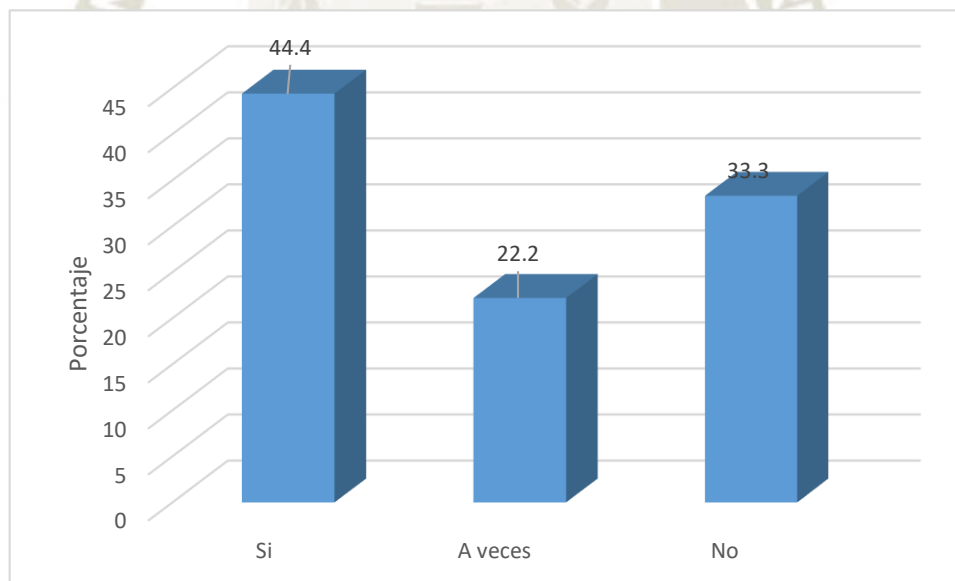
**PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN REALIZACIÓN DE  
ACTIVIDAD FÍSICA**

Actividad Física	N°	%	Frecuencia de Actividad Física	N°	%
Si A veces	4 2	22.2 11.1	1 vez por semana	5	27.7
			2 veces por semana	1	5.6
			<b>Subtotal</b>	6	33.3
No	12	66.7			
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>			

**Fuente.** Instrumento aplicado a los pacientes adultos atendidos en la Liga de Lucha del Cáncer. Arequipa, 2018

**GRAFICO N° 10**

**PACIENTES ADULTOS INVESTIGADOS SEGÚN REALIZACIÓN DE  
ACTIVIDAD FÍSICA**



En la tabla N° 10 se observa que el 66.7% de los pacientes investigados no realizan actividad física, el 22.2% si la realiza y el 11.1% lo hace a veces. De los que práctica actividad física el 27.7% lo realiza una vez por semana.

Se deduce que los pacientes investigados, en más de la mitad realizan actividad física.

## CONCLUSIONES

- PRIMERA** : En cuanto a los factores de riesgo sociodemográficos predomina la edad de 40 a 59 años, son del sexo masculino, son amas de casa y agricultores.
- SEGUNDA** : En cuanto a los factores de riesgos predisponentes en los pacientes adultos investigados, tenemos que no presentaron antecedentes personales de cáncer; no presentaron antecedentes de cáncer en la familia. Su alimentación no es muy saludable, ya que se basa en grasas, en carnes rojas y la consumen en frituras y la parrilla. Se evidenció que consumen licor, siendo la de su preferencia la cerveza; si consumen tabaco y no realizan actividad física.
- TERCERA** : En cuanto a antecedentes de otras enfermedades podemos concluir que en mas del 50 % presentaron diabetes mellitus tipo 2 y obesidad, presentando mas adelante cáncer de colon.

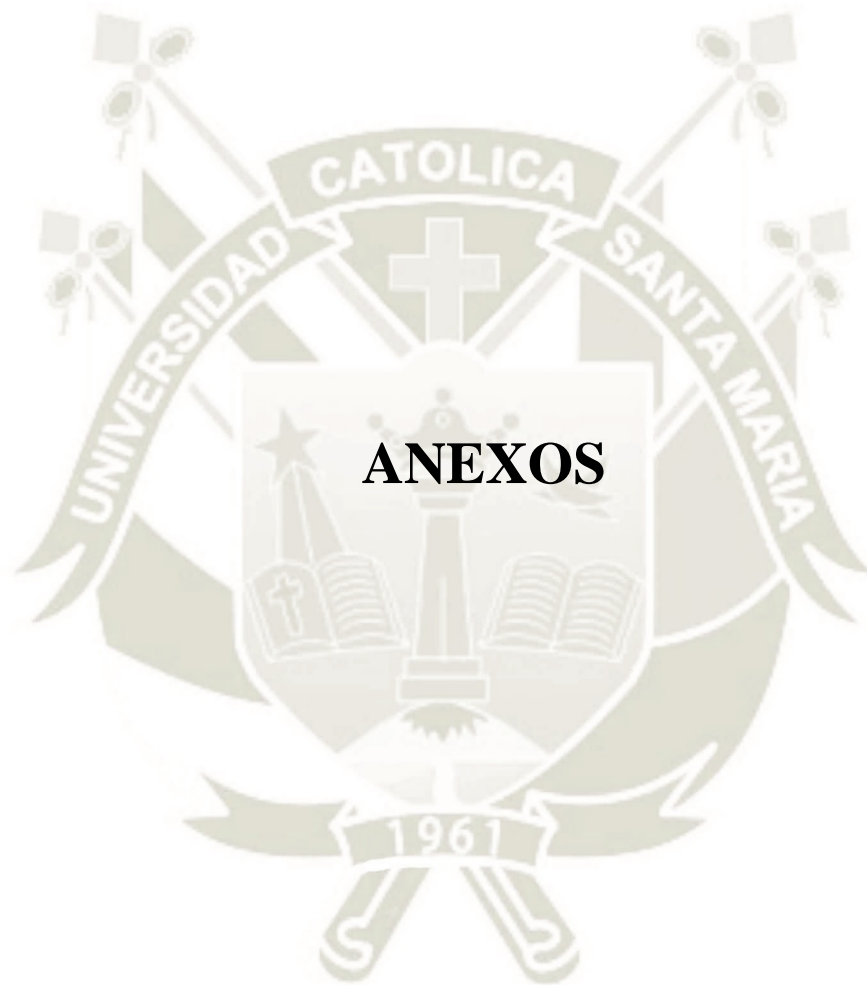
## RECOMENDACIONES

- PRIMERA** : Se recomienda a las directivas a la Liga de Lucha contra el cáncer, establecer un área encargada de los temas preventivo-promocionales (campañas periódicas), con la finalidad de evitar el incremento del cáncer de colon.
- SEGUNDA** : Se recomienda al personal que laboran en la Liga de Lucha contra el cáncer brindar educación para la salud a la población mediante trifoldados, pancartas, rotafolios, folletos educativos, para que con los conocimientos la persona pueda detectar síntomas de alarma y el cáncer de colon sea diagnosticado en estadios iniciales, facilitando su tratamiento y curación.
- TERCERA** : Se recomienda a los profesionales de enfermería brindar educación sanitaria en lo concerniente a hábitos alimenticios y hábitos nocivo para la salud, ya que la alimentación saludable disminuye el riesgo de enfermar de cáncer de colón.
- CUARTA** : Se recomienda a los estudiantes de enfermería realizar estudios enfocados desde los factores socioculturales y biológicos y/o desde la perspectiva de los estilos de vida practicados por los pacientes que acuden a las Instituciones de Salud.

## FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. Dirección General de Epidemiología. Secretaria de Salud. RHNM Arequipa; 2008.
2. Cruz Hernández , Rodriguez Sánchez , del Barco Morillo , Fonseca Sánchez. Oncología Clínica. Sexta ed. España: Elsevier; 2017.
3. Romero S. Principios de Oncología Mexico: Interamericana S.A.; 2008.
4. Tschaut R. Cáncer de colon Teoría y Práctica Washington: Publisher; 2003.
5. Gutiérrez R, De Martínez W, Silbergeld J, al. e. Producción de Cáncer Washington; 2016.
6. AJCC. Escadificación del Cáncer Lima-Perú: Seventh; 2009.
7. Rossig C, Bollard C. Cáncer de Colon. Octubre. 2011; 28(8: 669-675).
8. Pérez Sánchez V, Vela Chávez T, Mora Tiscarrin A. Diagnóstico Hispatológico y Factores pronóstico de Cáncer Infantil. Cancerología 3. 2008; 7(17).
9. Gomar C, Pomar J, Mata M. Fisiopatología del cáncer Barcelona: Asociación Española; 2008.
10. Valenzuela Flores G. Alteraciones Fisiopatológicas secundaria del cáncer. Cancer Siglo XXI. 2005 Setiembre; II(73).
11. Long B. Tratado de Enfermería Médico Quirúrgica México: Interamericana; 2012.
12. Devilla V, Pellman S, Thowsen S. Cáncer: Principios y Práctica de Oncología Philladelphia : J.B. Lippincott Co; 2016.
13. Parkin D, Whelam S, Ferlay J, Raymond L, Young J, editores. Cáncer en los cinco continentes. Lyon: Publicación Científica IARC. 2007.
14. Escalante Chari E. Factores de Riesgo en Pacientes con Cáncer de Colón mayor a 50 años de edad Ecuador: Hospital de Solca; 2015.
15. col. Ly. Cuidados de Enfermería Médico Quirúrgica México: Madison; 2010.

16. Teoría y Salud ATOM. Modelos y Teorías en Enfermería. [Online].; 2010 [cited 2019 Julio 01. Available from: <http://teoriasalud.blogspot.com/p/madeleine-leininger.html>.
17. Cicuéndez Ávila R. Epidemiología del cáncer de colon y recto en hospitales públicos de la Comunidad Autónoma de Madrid Madrid; 2014.
18. Lata Latamblé N. Dinámica para el cuidado a pacientes con cáncer de colon en atención primaria de salud Cuba; 2012.
19. Avendaño Vásquez M, Elgegren Lao J. Factores de riesgos asociados a cancer de pacientes atendidos en hospitales de Iquitos Iquitos; 2016.
20. Quispe Yabar D, Rosado Davirán C. Cáncer de colon en el Hospital Nacional Ramiro Priale - EsSalud Huancayo; 2017.
21. Napa Valle C. Cáncer Colon - Rectal en el Hospital Militar Central Lima; 2009.
22. Rubio Valenzuela GF. Comportamiento Epidemiológico, Endoscópico y Patológico del Cáncer Colorectal en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo Es Salud Arequipa; 2011.
23. Caripaza Palomino W. Estudio comparativo de cáncer de colon en los Hospitales Honorio Delgado Espinoza y Goyeneche de la ciudad de Arequipa 1996 - 2005 Arequipa; 2006.



**APÉNDICE N° 1**  
**PRIMER INSTRUMENTO**

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y PREDISONENTES AL CANCER DE COLON**

**Instrucciones generales:** El presente cuestionario es anónimo, tiene como finalidad determinar los factores sociodemográficos asociados al cáncer de colon en la ciudad de Arequipa, la información obtenida de este cuestionario será utilizada para el trabajo de investigación. A continuación, encontrará un listado de preguntas con diferentes alternativas como respuestas. En las respuestas de cada pregunta marcar la alternativa que crea conveniente. Agradecemos su colaboración, respondiendo a las preguntas en forma sincera para la veracidad del trabajo que se está realizando.

**I. FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. Edad
 

De 30 a 39 años	( )	De 40 a 49 años	( )
De 50 a 59 años	( )	De 60 a 69 años	( )
De 70 a 79 años	( )		
  
2. Sexo
 

Masculino	( )	Femenino	( )
-----------	-----	----------	-----
  
3. ¿Cuál es su ocupación?
 

Ama de casa	( )	Obrero	( )
Empleado	( )	Agricultor	( )
Independiente	( )		

Especifique por favor su tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

**II. FACTORES DE RIESGO PREDISONENTES**

**- Antecedentes Personales**

5. ¿En años atrás ha tenido Ud.? (Marque usted el tipo de cancer)
 

Ovarios	( )		
Útero	( )		
Mama	( )		
Próstata	( )		
Testículos	( )		

Otros: Especifique \_\_\_\_\_
  
6. En años anteriores ha sufrido o sufre actualmente de:
 

Colitis ulcerativa (enfermedad de Crohn)	( )		
Diabetes mellitus	( )		
Obesidad	( )		

**- Antecedentes Familiares**

7. Sus familiares cercanos: padres, hermanos, hermanas han tenido cáncer de colon y/o de recto
 

Si	( )	No	( )
----	-----	----	-----
  
8. En qué tiempo?
 

Un año atrás	( )	Dos años atrás	( )
Tres a mas años atrás	( )		

- **Alimentación**

10 Su alimentación es a base de:

- Vegetales ( )  
Grasas ( )  
Carbohidratos ( )

11. En su alimentación diaria, Ud. agrega:

- Frutas ( )  
Agua ( )  
Cocimiento ( )  
Gaseosas ( )  
Jugos ( )  
Carnes rojas ( )

12. La forma del consumo de las carnes rojas es:

- Sancochados ( )  
En forma de fritura ( )  
A la parrilla ( )

13. Si Ud. consume agua, cocimientos, gaseosas ¿Qué cantidad consume al día?

- Agua \_\_\_\_\_ cc.  
Cocimiento \_\_\_\_\_ tazas  
Gaseosas \_\_\_\_\_ unidades  
Jugos \_\_\_\_\_ vasos

- **Consumo de Licor**

14. ¿Bebe Ud. licor?

- Si ( ) No ( ) A veces ( )

15. ¿Qué tipo de licor?

- Cerveza ( )  
Vino ( )  
Pisco ( )

- **Tabaquismo**

16. ¿Fuma Ud.?

- Si ( ) No ( ) A veces ( )

17. Si Ud. fuma, ¿Cuántos cigarrillos al día? \_\_\_\_\_

- **Actividad Física**

18. Aparte de su trabajo, Ud. realiza actividades físicas

Si ( ) No ( ) A veces ( )

19. Si su respuesta es positiva, que tipo de actividad física realiza

Ejercicios ( ) Deportes ( )

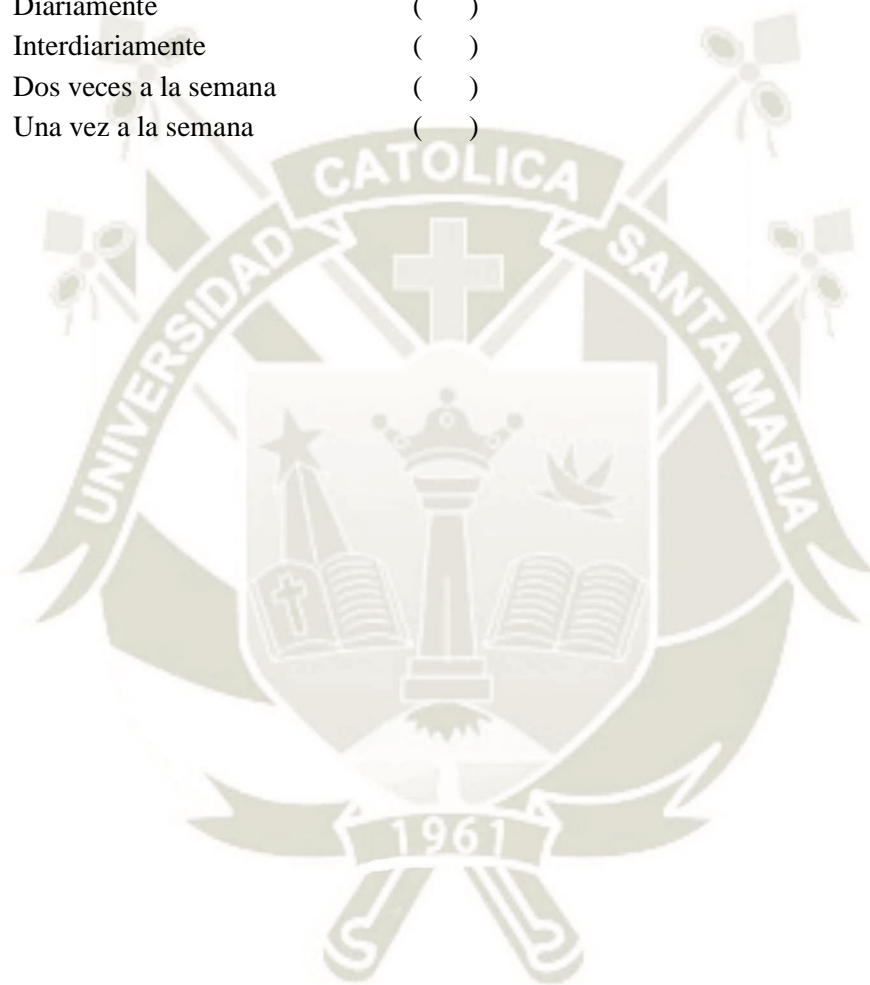
¿Y con qué frecuencia?

Diariamente ( )

Interdiariamente ( )

Dos veces a la semana ( )

Una vez a la semana ( )



**FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTO**

**1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN**

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CÁNCER DE COLÓN SEGÚN ESTADIOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER – FILIAL AREQUIPA, 2018

**2. DATOS PERSONALES DEL EXPERTO**

Nombre y apellidos: Dra. Dominga Vargas de Flores  
Institución a la que pertenece: Escuela de Postgrado UCSM  
Cargo que desempeña: Docente

**3. TIPO DE INSTRUMENTO**

Formulario de Preguntas ( )  
Cédula de preguntas abiertas ( )  
Cuestionario ( )  
Ficha de registro ( )

**4. OBSERVACIÓN EN CUANTO A LOS ÍTEMS:**

Nro. de ítem observado	CONSIDERACIONES DEL EXPERTO		
	modificar	eliminar	Incluir otro ítem

**5. OBSERVACIONES EN CUANTO AL FORMATO**

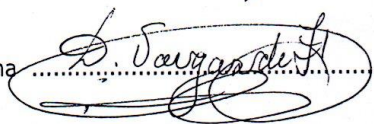
.....  
.....

**6. OBSERVACIONES EN CUANTO A LA REDACCIÓN**

.....  
.....

**7. SUGERENCIAS**

.....  
.....

Firma  Fecha: 20. mayo. 2019.

Edad	Sexo	Ocupación	Anteced. Persona Ca		Anteced. Familiares	All a base	Alim diaria	Alimentación		Consumo	Habitos Noctuos: Alcohol y Tabaco				Actividad Física	
			Tuvo cancer	Otra eif				resenc	Tiempo		Form consu	Bebbe licor	Tipo licor	Fuma	Cantidad	Real AF
1 50-59	Masculino	Obrero	Ninguno	Colitis ulcerativa	SI	3 a más años	Carnes rojas	A la parilla	Agua (50 cc) y Jugos (2 vasos)	A veces		A veces	1	No		
2 40-49	Femenino	Ama de casa	Ninguno	Diabetes Mellitus	SI	2 a más años	Carnes rojas	A la parilla	Agua (50 cc) y Jugos (2 vasos)	A veces		SI	1	No		
3 30-39	Femenino	Ama de casa	Ninguno	Colitis ulcerativa	SI	3 a más años	Jugos	A la parilla	Agua (50 cc) y Jugos (2 vasos)	A veces		SI	1	No		
4 40-49	Femenino	Ama de casa	Mama	Obesidad	SI	3 a más años	Jugos	Sancochados	Agua (50 cc) y Jugos (2 vasos)	SI		Vino	2	No		
5 40-49	Femenino	Ama de casa	Ovarios	Obesidad	SI	3 a más años	Jugos	Sancochados	Cocimiento (2 tazas)	SI		Pisco	4	SI	Anaerobicas	Una vez a la semana
6 70-79	Masculino	Independiente	Próstata	Obesidad	No		Frutas	A la parilla	Cocimiento (2 tazas)	SI		Cerveza	2	SI	Anaerobicas	Una vez a la semana
7 70-79	Masculino	Independiente	Ninguno	Obesidad	No		Gaseosas	A la parilla	Cocimiento (2 tazas)	A veces			1	SI	Anaerobicas	Una vez a la semana
8 50-59	Masculino	Agricultor	Ninguno	Obesidad	No		Gaseosas	A la parilla	Gaseosas (2 unidades)	A veces			3	A veces		
9 60-69	Masculino	Agricultor	Ninguno	Obesidad	No		Carnes rojas	A la parilla	Gaseosas (2 unidades)	No		Cerveza	2	No		
10 50-59	Masculino	Agricultor	Ninguno	Diabetes Mellitus	No		Carnes rojas	En forma de fritura	Cocimiento (2 tazas)	A veces		Cerveza	A veces	No		
11 50-59	Masculino	Agricultor	Ninguno	Diabetes Mellitus	No		Carnes rojas	En forma de fritura	Cocimiento (2 tazas)	SI		Cerveza	No	No		
12 40-49	Femenino	Empleada	Utero	Diabetes Mellitus	No		Carnes rojas	En forma de fritura	Cocimiento (2 tazas)	SI		Vino	No	No		
13 60-69	Masculino	Agricultor	Testiculos	Diabetes Mellitus	No		Carnes rojas	En forma de fritura	Agua (50 cc) y Jugos (2 vasos)	SI		Cerveza	No	No		
14 50-59	Masculino	Empleado	Ninguno	Diabetes Mellitus	No		Carnes rojas	En forma de fritura	Cocimiento (2 tazas)	No			No	No		
15 50-59	Masculino	Empleado	Utero	Diabetes Mellitus	SI	Do años atrás	Carnes rojas	En forma de fritura	Gaseosas (2 unidades)	SI		Vino	No	No		
16 30-39	Femenino	Ama de casa	Mama	Diabetes Mellitus	SI	Un año atrás	Carnes rojas	En forma de fritura	Agua (100 cc) y Gaseosas (5)	SI		Pisco	2	No		
17 30-39	Femenino	Ama de casa	Mama	Diabetes Mellitus	SI		Carnes rojas	En forma de fritura	Agua (50 cc) y Cocimiento (1 taza)	SI		Cerveza	A veces	No		
18 50-59	Masculino	Obrero	Ninguno	Colitis ulcerativa	No		Vegetales	En forma de fritura	Agua (50 cc) y Cocimiento (1 taza)	SI		Cerveza	A veces	No		



## INFORME N° 0500-CB-2019

*Universidad Católica de Santa María*

AREQUIPA, PERÚ | TEL: +51 084 2022111 | FAX: +51 084 2022112 | E-MAIL: [info@ucsm.edu.pe](mailto:info@ucsm.edu.pe) | <http://www.ucsm.edu.pe> | Apartado: 1330

DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

**De** : CENTRO DE INFORMACIÓN Y BIBLIOTECAS. SECCIÓN PROCESOS TÉCNICOS

**Asunto** : Evaluación de la Producción Intelectual

**Expediente** : 2019-0500

**Fecha** : 15 de julio de 2019

De acuerdo a lo dispuesto, informo a usted que la tesis:

**FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y PREDISPONENTES EN PACIENTES CON CANCER DE COLON EN LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER – FILIAL AREQUIPA, 2018**

Autor(es):

**SEGOVIA SALAS KIMBERLY ESTEFANY**

Ha sido sometida a la plataforma de originalidad Turnitin obteniendo el resultado de **21 %**

Es cuanto informo para conocimiento y fines consiguientes

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
Facultad de Enfermería  
**RECEPCION**  
15 JUL 2019

Universidad Católica de Santa María  
Escuela de Enfermería  
AREQUIPA, PERÚ  
15 JUL 2019