

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIENFUEGOS

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO
"ARACELIO RODRIGUEZ CASTELLON"
"CUMANAYAGUA



Título:
"Evaluación de conocimientos sobre cáncer de colon en adultos mayores del CMF # 19". Cumanayagua, Enero 2015-Enero 2016.

Autor: Dr. Rubén Darío Guevara Hidalgo

Residente de 2do año de la especialidad de medicina general integral

Tutor: María del Rosario Cavada Fernández

Especialista en Medicina general Integral

TRABAJO PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE ESPECIALISTA
DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL

"Año 58 de la Revolución"

2016

RESUMEN:

Fundamentación: El cáncer colon rectal se ha considerado como un problema de salud en todo el mundo. Es el cuarto cáncer más frecuente en el mundo, y también en Cuba. **Objetivo:** Evaluar los conocimientos sobre el cáncer de colon en los adultos mayores del consultorio médico de familia #19. Municipio de Cumanayagua, Enero 2015-Enero 2016. Se realizó un estudio **exploratorio, descriptivo y retrospectivo.** **Universo:** lo constituyeron 128 adultos mayores. **Muestra:** conformada por 70 pacientes; se aplicó un muestreo no probabilístico a conveniencia, previo consentimiento informado. **Métodos:** Se aplicó una **encuesta**, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0. Los resultados se mostraron en tablas de frecuencia y de relación de variables en números y por cientos, respetando los criterios de inclusión e exclusión y los requerimientos éticos. La investigación se dividió en dos etapas: diagnóstico y evaluación. **Resultados:** hubo un predominio de pacientes masculinos en el grupo etáreo de más de 65 años para un 38,5 %; según Escolaridad, hubo un predominio de estudios primarios y según la ocupación hubo un predominio de jubilados. Sobre el Nivel de Conocimientos, solo 27 pacientes, el 38.6 % de la muestra, refieren tener conocimientos sobre el cáncer de colon; sobre los factores de riesgo solo 4; en cuanto a síntomas 12. EL 52,85 % refiere haber recibido información por los medios de comunicación. Aplicada la evaluación concluimos que el 61,42 % de la muestra estudiada tiene conocimiento insuficiente. **Conclusiones:** El adulto mayor del CMF # 19 del Municipio de Cumanayagua tiene conocimiento insuficiente sobre cáncer de colon.

Palabras clave: CÁNCER DE COLON, Evaluación geriátrica, Longevidad satisfactoria.

ÍNDICE

EXERGO	7
DEDICATORIA:	9
AGRADECIMIENTOS:	11
INTRODUCCIÓN	13
OBJETIVO GENERAL:	21
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	23
DISEÑO METODOLÓGICO	40
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	47
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	67

EXERGO

“La EDUCACIÓN ES EL PROCESO QUE PERMITE ORIENTAR Y EDUCAR PARA VIVIR POSITIVAMENTE, EN TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS Y ETAPAS DE LA VIDA, ES UN PROCESO DE COMUNICACIÓN QUE TRANSCURRE EN UN INTERCAMBIO DIRECTO E INDIRECTO DE CONOCIMIENTOS, AFECTOS Y ACTITUDES CON UNA VISIÓN POSITIVA SOBRE EL HECHO SEXUAL HUMANO

DRA. XIOMARA RUIZ GAMIO

DEDICATORIA:

“A MI MADRE POR SU DEDICACION, SACRIFICIO, ESFUERZO Y POR APOYARME INCONDICIONALMENTE”

“A TODAS LAS PERSONAS QUE ME TENDIERON SU MANO PARA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO”

“Y ESPECIALMENTE PARA EL ADULTOS MAYOR A QUIENES VA DEDICADO ESTE TRABAJO”

AGRADECIMIENTOS:

A MI TUTORA LA DRA. MARÍA DEL ROSARIO CAVADA FERNANDEZ

A MI ASESORA LA LIC. DALIA ROSA RUÍZ POR SU AYUDA INCONDICIONAL

A TODOS AQUELLOS QUE ME HAN DADO SU APOYO INCONDICIONAL
BRINDÁNDOME SU CAUDAL DE CONOCIMIENTOS, SIN ESCATIMAR
ESFUERZOS Y SACRIFICIOS.

ETERNAMENTE AGRADECIDO.

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

Una definición de enfermedades no transmisibles es que son enfermedades no causadas por un agente infeccioso específico de evolución lenta y larga duración, tiene un origen poco conocido y multifactorial, este concepto casi siempre se acompaña del concepto “otros daños a la salud” en la cual incluyen los eventos en los cuales el equilibrio del proceso salud-enfermedad se ve afectado por la acción directa de agentes físicos, químicos, mecánicos y sociales. Por la cual se puede enfocar estos dos conceptos a partir de algunas características: no son transmisibles en el hombre; no son causado por agente biológico específico; se plantea causas relacionadas con el modo y estilo de vida u otros factores sociales; son de evolución lenta y de larga duración; se manifiestan clínicamente por sus complicaciones (alta letalidad e incapacidad). ⁽¹⁻²⁾

Las enfermedades no transmisibles entre ella el cáncer, desafían a las políticas y prácticas de los sistemas de salud de todo el mundo. El cáncer es la enfermedad caracterizada por la proliferación incontrolada e inadecuada de las células que morfológicamente y funcionalmente son inmaduros y aberrantes y que tienen la capacidad para invadir los tejidos normales adyacentes. ⁽³⁾

Descrito por primera vez por Hipócrates (370-460 AC), quien definió su grave pronóstico. Mediante la observación estableció las bases de la epidemiología y fue el primero en descubrir el concepto general de la influencia del medio ambiente sobre la enfermedad. ⁽⁴⁾

Considerado como una causa actual de morbilidad y mortalidad que afecta a los adultos mayores, el cáncer ha tenido un incremento de incidencia en la sociedad en la cual el cáncer colon rectal ha tenido repercusión en el adulto mayor. Si bien se ha experimentado la falta información y conocimiento adecuado sobre los riesgos y factores que propicia la aparición e incremento del cáncer colon rectal en los adultos mayores.

El cáncer es un término genérico para un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, una de las características que la define es la rápida multiplicación de células anormales que pueden invadir zonas adyacentes del organismo o diseminarse a otros órganos; está es la principal causa de mortalidad a nivel mundial, atribuyéndose 7,9 millones de defunciones (aproximadamente el 13% de las defunciones mundiales). Entre los principales tipos de cáncer que contribuyen a la mortalidad general anual tenemos los siguientes: cáncer de pulmón (1,4 millones), cáncer de estómago (866 000), cáncer de hígado (653 000), cáncer de colon (677 000), cáncer de mama (548 999), de las cuales aproximadamente el 72% de estas se registraron en países de ingresos económicos bajos y medianos.

El cáncer se presenta en ambos sexos, siendo más comunes en los hombres el cáncer de pulmón, estómago, hígado, colon-rectal, esófago y próstata y en las mujeres el cáncer de mama, pulmón, estómago, colon-rectal y cuello uterino. ⁽⁵⁾

El cáncer de colon y recto surge habitualmente a partir de la edad media de la vida, la máxima incidencia se observa en grupo de edad de 60 a 70 años y menos de 20% ocurre antes de los 50 años. Predomina en el hombre si se localiza en el lado izquierdo del colon, mientras que aparece en el lado derecho del colon, la incidencia es igual en ambos sexos; en general el cáncer colon rectal afecta a los hombres con una frecuencia de 20% más que a las mujeres. Ocupa, en relación con todos los tumores malignos, el tercer lugar en frecuencia para el sexo masculino y el segundo lugar para el sexo femenino, en cuanto a la mortalidad el tercer lugar para ambos sexos. ⁽⁶⁾

El cáncer de colon es actualmente un importante problema de salud pública en los países desarrollados. Es el cuarto cáncer más frecuente en el mundo.

Es la decimoquinta forma más común de cáncer y la segunda causa más importante de mortalidad asociada a cáncer en América. El cáncer colon rectal causa 639000 muertes a nivel mundial cada año. ^(7,8)

El cáncer colon rectal se cree que llegará a ser la neoplasia más frecuente en el siglo XXI --, constituye un problema sanitario de gran magnitud, debido a su elevada morbilidad y mortalidad. Su desarrollo es posiblemente la consecuencia de una serie de hechos que se inician con una mutación o un proceso similar, y sigue con fenómenos de progresión, donde pueden estar involucrados factores genéticos y ambientales. Los primeros han podido ser determinados a partir tanto del síndrome hereditario de la poliposis familiar, como del no vinculado a poliposis; de los segundos, aunque se han llevado a cabo múltiples estudios sobre su influencia en la aparición del cáncer, no se ha definido bien su participación en el proceso morboso.

Resulta muy abundante la bibliografía acerca del cáncer de colon, y existen numerosas evidencias científicas en las que la mayoría de los autores coinciden en que su tratamiento de elección es quirúrgico, asociado a la quimioterapia adyuvante, sin restarle valor a otros procedimientos terapéuticos, como la radioterapia y la inmunoterapia, en los casos que se haya considerado su indicación. Esto no sucede con el cáncer de colon, el que reaparece luego de haber realizado la extirpación quirúrgica con intención curativa; temática que no ha sido muy abordado en la bibliografía médica y mucho menos sobre la conducta que se debe seguir con estos afectados y sus posibilidades de supervivencia. ⁽⁹⁾

Aproximadamente el 80 % de los casos son esporádicos, pero el 20 % tiene una influencia genética, con mayor riesgo familiar, por lo que es necesario un mayor seguimiento y control. La edad es un factor de riesgo fundamental, con un incremento brusco de la incidencia a partir de los 50 años. El aumento de la incidencia depende de las dietas ricas en grasas y de carnes rojas, la obesidad, el tabaquismo, el consumo elevado de alcohol, así como la diabetes asociada a la obesidad. ^(3, 4, 7, 10,11)

El cáncer colon rectal se ha considerado como un problema de salud en todo el mundo sobre todo en los países industrializados. El carcinoma colon rectal se distribuye de manera amplia en todo el mundo, las tasas más elevadas de incidencia se observan en Estados Unidos, Canadá, Nueva Zelanda, Dinamarca,

Suecia, y otros países desarrollados; se encuentra baja en Sudamérica y África, muy baja en Japón. ⁽¹²⁾

Es bien conocida la existencia de notables diferencias en la incidencia del cáncer colon rectal entre los diferentes países, tasas altas de mortalidad de 13 a 25 muertes/100000 habitantes. ⁽¹³⁾

Casi 98 por 100 de los cánceres de intestino grueso son carcinomas, son uno de los desafíos principales para la profesión médica, porque producen síntomas en etapa relativamente temprana y puede curar con extirpación. A pesar de ello, el cáncer cólico ocupa el segundo lugar en frecuencia como causa de muerte por cáncer en Estados Unidos de Norteamérica en la cual se estimó en 1970 46000 muertes. ⁽¹⁴⁾

Aunque es imposible establecer una relación absoluta entre el cáncer colon rectal y los factores etiológicos que más frecuentes se señalan, se ha comprobado que los factores genéticos e inmunológicos en conjuntos con los factores socio ambientales desempeñan un papel importante en la etiología del cáncer colon rectal en la cual conlleva a un proceso multifactorial que condiciona la patología. ⁽¹⁵⁾

En la adultez ocurren profundos cambios biológicos y psicológicos con característica diferentes según la etapa en la cual lleva a unos incrementos de factores de riesgos modificables como no modificables además hay que resaltar la inadecuada orientación educativa y de conocimiento de los adultos mayores refiriéndose en el medio donde se evalúa; la vida sedentaria y la obesidad, la ingestión de alcohol y el consumo excesivo de grasas son los factores de riesgos modificables a través de acciones educación y promoción de salud que contribuyen a cambiar el estilo de vida y entre los factores no modificables están los factores genéticos en la cual podemos citar los pólipos familiares, además señalamos colitis ulcerativas y enfermedad de Crohn. ^(16,17)

En Cuba se dan condiciones para el desarrollo de la promoción de la salud. La existencia de una voluntad política del más alto nivel ha hecho que, siendo un país

subdesarrollado del tercer mundo, pueda exhibir indicadores de salud de un país altamente desarrollado.

El grado de organización social del pueblo, la existencia de organizaciones comunitarias, el avance alcanzado por la atención primaria de salud, en especial por el programa del médico y la enfermera de la familia, potencia los resultados de esta estrategia.

Con el perfeccionamiento de la atención primaria de Salud (APS) se ha planteado la necesidad de abordar los problemas de salud con tecnologías apropiadas dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el medio, mediante un enfoque clínico, epidemiológico y social como guía fundamental de actuación en la atención primaria, de ahí la importancia de realizar un análisis crítico sobre la ejecución de las actividades básicas por el equipo de salud, en especial aquellas relacionadas con la promoción de salud que requieren enfoques integrales para modificar la situación de salud de la población. ^(1,18, 19, 20)

A nivel Mundial

Entre todos los tipos de cáncer el más frecuente es el cáncer de colon que se encuentra con una alta incidencia a nivel mundial, siendo el segundo más frecuente entre las mujeres y el tercero entre los hombres, provocando 5.000 muertes al año, de los cuales el 70% de casos están relacionados con los hábitos de vida. Es el cuarto cáncer más frecuente. ⁽²¹⁾

Según la OMS en el caso América Latina se diagnostican 160000 nuevos casos por año, 40 casos por cada 100 000 habitantes y 56000 defunciones debido a esta causa ⁽³⁾ y en el Perú se detectan anualmente 2000 casos de cáncer de colon, de los cuales 1100 fallecen, ubicando a esta neoplasia en el cuarto lugar de mortalidad, es por ello que se presenta como un problema de Salud Pública. ⁽⁴⁾

Es actualmente uno de los principales problemas de salud a nivel mundial. Ocasiónó alrededor de 7 millones de muertes en el año 2000 y algunas predicciones estiman que estas pueden elevarse a 14,7 millones para el 2020. Se han proyectado incrementos en la incidencia de 16,5 millones para el año 2020, si las tasas de incidencia específicas por edad se mantienen constantes. ^(3, 5, 22,23)

En los países occidentales, el colon y el recto aportan más casos nuevos de cáncer por año que cualquier otra localización anatómica, excepto el pulmón.

En Estados Unidos murieron aproximadamente 75 mil personas de esos tipos de cáncer en 1989; alrededor del 70% se produjeron en el recto y un 95% fueron carcinomas. De todos los procesos malignos viscerales que afectan a ambos sexos, el cáncer colon rectal es el que causa la muerte con mayor frecuencia. La incidencia empieza a elevarse a la edad de 40 años y es máxima entre los 60 y los 75 años. El cáncer de colon es más frecuente en las mujeres y el cáncer de recto más frecuente en los hombres. En un cinco por ciento de los pacientes coincide más de un tipo de cáncer. ^(24,25)

En Cuba, se ha incrementado de forma significativa durante los últimos años tantos en el hombre como en la mujer, dentro los tumores malignos primarios del colon y recto, más de 95% corresponden a adenocarcinomas. ⁽¹³⁾

El cáncer de colon ocupa el cuarto lugar en cuanto a incidencia, precedido del cáncer de pulmón y bronquios, el de piel y el de próstata.⁽⁷⁾

El Programa Nacional de Control del Cáncer en Cuba descansa de una manera significativa en la actividad del médico de la familia y el resto del equipo de atención primaria: estomatólogos, enfermeras, epidemiólogos, grupos básicos; jerarquizados metodológica y administrativamente por los coordinadores del Programa de Control del Cáncer de policlínicos y municipios. La formalización de estas tareas, como parte de las acciones cotidianas de salud del médico de la familia se encuentra bien establecida en distintos documentos relacionados con esta especialidad. El éxito de las tareas de promoción, prevención y diagnóstico precoz, que son fundamentales en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, se encuentran en gran medida en manos del equipo de atención primaria y de su interrelación con las estructuras secundarias y terciarias de salud.

Uno de los programas vigentes en el sistema de salud cubano, es el de atención integral al adulto mayor “Examen Periódico de Salud del anciano (EPS)”, a pesar de ese progreso no se ha evidenciando una disminución considerable del mismo ^(26,27)

En la provincia se ha notado un incremento de morbilidad y de mortalidad de cáncer colon rectal lo que constituye una situación de interés por la cual nos motivamos a realizar este trabajo con el objetivo de Evaluar el conocimientos sobre el cáncer de colon y sus medidas preventivas en los adultos mayores del consultorio médico de familia #19.Municipio de Cumanayagua, 2016.

Como se puede apreciar, a pesar de los esfuerzos del Sistema Nacional de Salud y el arduo trabajo de médicos y enfermeras, no se ha logrado minimizar la aparición del cáncer de colon. Es por ello que consideramos útil y pertinente evaluar el nivel de conocimiento sobre cáncer de colon y a partir de esto, tomar medidas preventivas en los adultos mayores del CMF # 19 del Municipio de Cumanayagua con vista a identificar necesidades informativas y diseñar acciones educativas e informativas que eleven el nivel de conocimiento sobre el mismo.

En el Municipio de Cumanayagua, No existen experiencias de trabajos similares, por lo que creemos novedosa y viable dicha investigación.

La evaluación de los conocimientos con vista a la implementación de estrategias para la promoción de la salud debe considerar el desarrollo de las aptitudes personales, la creación de ambientes favorables, la reorientación de los servicios sanitarios, el reforzamiento de la acción comunitaria y la elaboración de una política pública sana. ⁽²⁸⁾

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

Dado que dentro de los principales problemas de salud de nuestro municipio, es la vejez y también la alta incidencia de diferentes tipos de cánceres, entre ellos el cáncer de colon y recto, nos hemos planteado lo siguiente:

¿Cómo la evaluación del nivel de conocimiento en adultos mayores pertenecientes al CMF # 19, sobre cáncer de colon rectal, ayudaría a disminuir la incidencia del mismo en este grupo población?

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

El cáncer de colon es una enfermedad que a nivel mundial y nacional se encuentra en aumento, a pesar que es detectable precozmente y operable a su

debido tiempo, se detectan anualmente 2000 casos de cáncer de colon, de los cuales 1100 fallecen⁽²¹⁾, en su mayoría en personas que sobrepasan los 40 años y que a lo largo de su vida presentan limitada actividad física, alimentación abundante en carnes rojas, embutidos, enlatados, frituras, deficiente dieta en fibras (verduras, frutas), presentar antecedentes de otros cánceres e incluso el nivel emocional contribuye a enfermarse.

Si evaluamos el nivel de conocimiento de la población y aplicamos acciones educativas que aborden temáticas de los factores de riesgos que pueden desencadenar en un cáncer de colon en el adulto mayor del CMF#19, contribuiremos a desarrollar sus conocimientos de forma oportuna.

Todas las acciones educativas parten de un estudio inicial que se fundamenta en un problema a solucionar y este a su vez de causas y factores que lo generan, siendo la aplicación de acciones educativas las que permiten o proporcionan alcanzar el estado final deseado. El objetivo esencial de la sociedad socialista es la felicidad del ser humano, para esto es importante lograr la formación multilateral y armónica de la personalidad, donde naturalmente se incluyen la preparación en los aspectos relacionados con la salud y conductas saludables y acciones de salud que permitan modificar los estilos de vida inadecuados y factores de riesgos, para dar respuesta a toda esta problemática nos trazamos lo siguiente.

IDEA A DEFENDER

Sabiendo a que la población del consultorio medico de familia #19 perteneciente al policlínico Cumanayagua tiene una cifra elevada de adultos mayores y como unos de los principales problemas de salud del área es la vejez y también la alta incidencia de pacientes que presentan factores de riesgo asociados al cáncer de colon y recto, hemos decidido evaluar el conocimiento que tienen la población de adulto mayor del consultorio sobre el tema , con el objetivo de educar y modificar hábitos y estilos de vida inadecuados.

“La evaluación del nivel de conocimiento sobre cáncer de colon, encaminada a diseñar acciones educativas organizadas, nos permitirán incrementar los conocimientos de la población del CMF # 19” La investigación contribuirá al

mejoramiento del estilo de vida de estos pacientes, lo que tendrá repercusión beneficiosa para los pacientes, el sistema de salud, la familia y la sociedad en general.

Campo de Acción

Nivel de conocimiento sobre cáncer de colon en adulto mayor del CMF # 19 Municipio de Cumanayagua.

OBJETIVO GENERAL:

- Evaluar el nivel de conocimiento sobre el cáncer de colon en los adultos mayores del consultorio médico de familia #19. Municipio de Cumanayagua, Enero 2015-Enero 2016.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Caracterizar la muestra estudiada según variable sociodemográfica.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre el cáncer de colon, que tienen los adultos mayores del consultorio médico de familia #19 perteneciente al Municipio de Cumanayagua.

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Antecedente del problema:

La incidencia de este cáncer varía ampliamente entre las diferentes regiones geográficas, mientras que en países africanos es del rededor de 3,4 casos por 100000 habitantes, en algunas regiones de EU de Norteamérica llega a mas de 30 casos por cada 100000 habitantes. Allí se ha estudiado la incidencia de la enfermedad en los distintos grupos de inmigración y se encontró que en los europeos era mayor que en las de otras naciones. Así mismo se reconoce que unos de los 8 canceres diagnosticado se localizan en el colon o recto. ⁽²⁹⁾

El cáncer de colon rectal (CCR) es la segunda causa de muerte en nuestro país, tanto en el hombre como en la mujer .El adenocarcinoma es el tipo histológico mas frecuente de los tumores de colon y recto.

En su desarrollo influyen factores ambientales fundamentalmente relacionados con factores genéticos que interaccionan entre si .La epidemiología del CCR ha despertado en la actualidad mucho interés, al ser esta enfermedad un modelo de estudio etiológico en la interacción de los componentes genéticos y ambientales. La influencia ambiental en el desarrollo del cáncer de colon rectal se viene reconociendo desde principio de los años 70 y es la dieta de factor ambiental más estudiado e implicado en la génesis de tumor. Los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto las importantes modificaciones y reincidencia según zonas geográficas, así como las variaciones en el riesgo de la enfermedad entre inmigrantes. Existen por tanto razones para pensar que el cáncer de colon es prevenible.

El cáncer de colon y recto es más frecuente en áreas del Caribe con una tasa ajustada a la población Mundial de 15,5 por cada 100000 habitantes ,donde ocupa el tercer lugar de la incidencia de cáncer por ambos sexos y representa entre el 8 % y el 9 % del total de casos nuevos. En Centroamérica ocupa el cuarto lugar en el sexo masculino, con una tasa ajustada ala población Mundial de 9,5 y el quinto

para el femenino, con una tasa ajustada a la población Mundial de 9,1 .Los países de mayor riesgo de enfermarse por cáncer de colon y recto son Barbado 21,8; Puerto Rico 18,9%; Trinidad Tobago 18,8 %; Jamaica 18,7 % y Cuba 17,5 %.⁽²⁹⁾

Factores predisponentes.

- Factores ambientales
- Factores genéticos
- Dietéticos.
- Edad.
- Sexo.
- Historia familiar.
- Ocupación
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Otros factores de riesgo. ⁽²⁹⁾

Prevención.

Prevención primaria .En este apartado se menciona el cambio dietético con la disminución de grasas y carnes animales y aumento de las fibras vegetales. Painter y Burkitt observaron, en África, que los grupos que tenían una mayor ingestión de fibras tenían bolos fecales mas voluminosos y menos incidencia de enfermedades intestinales, entre ellos CCR, Sugirieron que el alto volumen de las heces fecales promovían un tránsito colonico mas rápido por lo que los carcinógenos endoluminales tenían un menor contacto con las células mucosas en riesgo de cambios neoplásicos. También se piensa que las fibras puedan tener alguna capacidad de unirse a los agentes carcinógenos, cambiar ph fecal o participar en esta interacción completa.

Clasificación. ⁽²⁹⁾

La más utilizada en la actualidad es la desarrollada por el American Joint Committee (AJC) para la clasificación del cáncer por etapas. Mas tarde fue aprobado por la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC). También conocida como clasificación TNM, combina la información clínica obtenida antes y la operación con los datos aportados por la cirugía y los del estudio histopatológico.

La clasificación TNM evita confusión al dar información precisa relacionada con la profundidad de la invasión de la pared intestinal, invasión a reestructuras adyacentes, la toma de los ganglios linfáticos regionales y la presencia de metástasis, las que son similares para el cáncer de colon y recto

Cáncer coló rectal o **cáncer de colon** consiste en el crecimiento descontrolado de células anormales en esa parte del intestino. Estas células pueden invadir y destruir el tejido que se encuentra a su alrededor. Si 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. El colon y el recto forman parte del sistema digestivo.

Prevención. ⁽³⁰⁾

Se recomienda tanto a hombres como mujeres a partir de los 50 años de edad, una de las siguientes cuatro opciones de detección precoz:

1. Prueba anual de sangre oculta en heces (PSOH).
2. Sigmoidoscopia flexible cada 5 años.
3. Enema de bario de doble contraste cada 5 años.
4. Colonoscopia cada 10 años.

Epidemiología. ⁽³⁰⁾

Es la decimoquinta forma más común de cáncer y la segunda causa más importante de mortalidad asociada a cáncer en América. Cada año, el cáncer colon rectal causa 639 000 muertes en todo el mundo.

Patogenia

La patología del tumor de colon se reporta por lo general del análisis de tejido obtenido de una biopsia o una operación. El reporte patológico usualmente contiene una descripción del tipo de célula y el grado de avance. El tipo más común de célula cancerígena es el adenocarcinoma, el cual ocupa un 95 % de los casos. Otros tipos menos frecuentes incluyen los linfomas y el carcinoma de célula escamosa.

El cáncer del lado derecho (colon ascendente y ciego), tiende a tener un patrón exofítico, es decir, el tumor crece hacia la luz intestinal comenzando desde la pared de la mucosa. Este tipo raramente causa obstrucción del paso de las heces y presenta síntomas como anemia. El cáncer del lado izquierdo tiende a ser circunferencial, y puede obstruir el intestino al rodear la luz del colon.

Síntomas. ⁽³⁰⁾

El cáncer colon rectal no suele dar síntomas hasta fases avanzadas y por eso la mayoría de pacientes presentan tumores que han invadido toda la pared intestinal o han afectado los ganglios regionales. Cuando aparecen, los síntomas y signos del carcinoma colon rectal son variables e inespecíficos. La edad de presentación habitual del cáncer colon rectal es entre los 60 y 80 años de edad. En las formas hereditarias el diagnóstico acostumbra a ser antes de los 50 años. Los síntomas más frecuentes incluyen hemorragia rectal, cambios en las defecaciones y dolor abdominal. La presencia de síntomas notables o la forma en que se manifiestan depende un poco del sitio del tumor y la extensión de la enfermedad:

Diagnóstico. ⁽³⁰⁾

Existen varias pruebas que se usan para detectar el cáncer colon rectal. Con los síntomas que relate el paciente al médico, se realizará una historia clínica, donde se detallarán los síntomas, los antecedentes familiares y factores de riesgo en la anamnesia. El médico también le hará una exploración física completa que incluirá

un tacto rectal. Con los datos obtenidos se solicitarán exploraciones complementarias o pruebas diagnósticas para confirmar el diagnóstico, determinar un estadio clínico y establecer un plan de tratamiento.

Tacto rectal. ⁽³⁰⁾

Mediante el tacto rectal se pueden palpar el 20 % de los carcinomas colon rectales y valorar su grado de fijación al tejido vecino. El tacto rectal puede llegar casi 8 cm por encima de la línea pectínea. Aunque se ha demostrado que casi la mitad de los cánceres colon rectales ocurrirán cerca del ángulo esplénico (y serían inaccesibles), un restante 20 % puede palpase. En caso de un cáncer de recto es necesario hacer un tacto rectal cuidadoso, para valorar el tamaño, fijación y ulceración del cáncer, así como el estado de los ganglios u órganos vecinos y la distancia del extremo distal del tumor al margen anal.

El tacto rectal debe formar parte de cualquier exploración física de rutina en adultos mayores de 40 años, ya que sirve como prueba de detección de cáncer de próstata en hombres, y es parte de la exploración de la pelvis en las mujeres, y una maniobra barata para detectar masas en el recto. El tacto rectal no se recomienda como única prueba para el cáncer colon rectal, porque no es muy preciso debido a su alcance limitado, pero es necesario realizarlo antes de introducir el sigmoidoscopio o el colonoscopio.

Si bien esta práctica es ampliamente conocida, y fácil de realizar, la mayoría de los tumores no se encuentran al alcance del dedo, y cuando estos son palpables el pronóstico ya suele ser ominoso. Quedando de esta manera otras alternativas como la solicitud de Sangre oculta en materia fecal como un método más fiable y que ha demostrado disminuir la mortalidad por cáncer de colon en un 33 % en algunos estudios.

Prueba de sangre oculta en las heces

La prueba de sangre oculta en las heces (PSOH) se usa para detectar sangre invisible en los excrementos. Los vasos sanguíneos que se encuentran en la

superficie de los pólipos, adenomas o tumores colon rectales, frecuentemente son frágiles y se dañan fácilmente durante el paso de las heces. Los vasos dañados normalmente liberan una pequeña cantidad de sangre en el excremento. Solo raramente hay sangrado suficiente para que las heces se tiñan de rojo (rectorragia o hematoquecia). La PSOH detecta la presencia de sangre mediante una reacción química. Si esta prueba es positiva, es necesario realizar una colonoscopia para ver si es un cáncer, un pólipo o si hay otra causa del sangrado, como por ejemplo hemorroides, diverticulitis o enfermedad inflamatoria intestinal. Los alimentos o los medicamentos pueden afectar los resultados de esta prueba, por lo cual es necesario evitar lo siguiente:

- Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como el ibuprofeno (Neobrufen, Espidifen), naproxeno (Naproxyn) o aspirina, durante siete días antes de la prueba porque provocan sangrado digestivo.
- Más de 250 mg de vitamina C ya sea de suplementos o de frutas y jugos cítricos durante tres días antes del examen porque interfiere con las sustancias químicas de la prueba.
- Carne roja durante tres días antes de la prueba porque contiene gran cantidad de grupo hemo que se confunde con la sangre.

Sigmoidoscopia. ⁽³⁰⁾

Un colonoscopio es un tubo iluminado, delgado, flexible y hueco, que tiene el grosor aproximado de un dedo. Se introduce a través del recto, en la parte inferior del colon. El médico además de ver a través del sigmoidoscopio para detectar cualquier anomalía, también puede conectarlo a una cámara de vídeo y a un monitor de vídeo para visualizarlo mejor y grabarlo en algún soporte como documento visual. Esta prueba puede ser algo incómoda, pero no debe ser dolorosa. Debido a que tiene 60 centímetros de largo, solo se puede ver menos de la mitad del colon. Antes de la sigmoidoscopia, el paciente debe aplicarse un enema para limpiar la porción inferior del colon.

Las estrategias de detección precoz se han basado en el supuesto de que más del 60 % de las lesiones precoces se localizan en el rectosigma y por tanto son accesibles con el sigmoidoscopio. Sin embargo, por razones desconocidas, en los últimos decenios se ha producido una disminución constante de la proporción de cánceres de intestino grueso que se localizan inicialmente en el recto con el correspondiente aumento de los que lo hacen en la zona proximal del colon descendente.

Esta técnica indudablemente tiene importantes dificultades como:

1. El importante gasto sanitario que conlleva un cribado por rectosigmoidoscopia.
2. La falta de adherencia de los pacientes a esta técnica, ya que en una encuesta de pacientes asintomáticos, informados sobre la conveniencia de practicar este examen cada 3 a 5 años para prevenir el cáncer colorrectal, solo un 13 % aceptaban someterse a esta prueba.
3. La posibilidad de riesgo y atrógeno relacionado con el procedimiento, ya que se ha señalado que ocurren perforaciones en 1 de cada 1000 a 10 000 exámenes y hemorragias en 1 de cada 1000.

Proctosigmoidoscopia ⁽³⁰⁾

Se trata de un tubo con iluminación mediante el que se puede detectar entre un 20 y un 25 % de los carcinomas colon rectales. Es útil para selección de adultos menores de 40 años con riesgo.

Sigmoidoscopia flexible⁽³⁰⁾

El sigmoidoscopio es un instrumento fibrótico que mide 60 cm de largo, útil para la exploración del colon izquierdo, pudiendo llegar hasta el ángulo esplénico. No requiere preparación completa del intestino, no debe utilizarse para polipsectomía terapéutica (excepto circunstancias especiales) y puede detectar el 50 % de los carcinomas.

Colonoscopia⁽³⁰⁾

Este estudio permite observar la mucosa de la totalidad del colon, recto y por lo general del íleon terminal. El colonoscopio es un tubo flexible con una cámara de vídeo en la punta y mide 16 cm de largo. La colonoscopia es el método más preciso para detectar pólipos menores de 1 cm de diámetro. También permite tomar biopsias, realizar polipeptomías, controlar hemorragias y dilatar estrecheces. En el caso de cáncer de recto es necesario observarlo con un sigmoidoscopio rígido, tomar una biopsia adecuada, predecir el riesgo de obstrucción y medir cuidadosamente la distancia desde el borde distal del tumor hasta la línea pectínea. En la actualidad, la colonoscopia es el examen más preciso y completo del intestino grueso, pero esta prueba junto con el enema con bario debe considerarse complementarios entre sí. Un colonoscopio es una versión larga del sigmoidoscopio. Se introduce a través del recto hasta el ciego, y permite observar la mucosa de todo el colon.

La colonoscopia se debe realizar ante una prueba de sangre oculta en heces positiva, ante el hallazgo de un pólipo o tumor en la sigmoidoscopia o ante un enema de bario sospechoso, y es recomendable realizarla siempre que se tengan antecedentes familiares de pólipos o cáncer de colon, así como en mayores de 50 años. Otras indicaciones habituales son la emisión de sangre con las heces, los cambios en el ritmo intestinal de reciente comienzo o la anemia por falta de hierro en varones o mujeres posmenopáusicas.

Otras. ⁽³⁰⁾

- Análisis de sangre.
- Marcadores tumorales.

Endoscopia de cáncer colon rectal. ⁽³⁰⁾

- Biopsia: generalmente, si durante cualquier prueba se sospecha la presencia de un cáncer colon rectal, se toma una biopsia durante la colonoscopia. La biopsia proporciona el diagnóstico histológico o histopatológico, que generalmente suele ser un diagnóstico definitivo y del que depende el tratamiento junto con el diagnóstico de extensión.
- Ecografía: la ecografía abdominal no es, en general, una buena prueba para examinar el abdomen porque el aire intestinal interfiere en la imagen. Se pueden usar dos tipos especiales de exámenes de ecografía para evaluar a las personas con cáncer del colon y del recto.

Complicaciones

Un porcentaje importante de pacientes se atiende por primera vez con síntomas agudos que indican obstrucción o perforación del intestino grueso. 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. La presencia de ascitis, ovarios crecidos y depósitos diseminados en los pulmones en la radiografía de tórax pueden deberse a un cáncer de colon que puede ser asintomático. Las principales complicaciones, por tanto, del cáncer colorrectal, son la obstrucción aguda y la perforación.

Cáncer colorrectal con obstrucción aguda: la oclusión del colon sugiere firmemente un cáncer, sobre todo en ancianos. En menos del 10 % es completa. Los pacientes con obstrucción completa refieren distensión abdominal, dolor abdominal de tipo cólico (lo que sugiere que el cáncer está en el lado izquierdo, que es más estrecho) y se quejan de la incapacidad para eliminar gases o heces. Requiere diagnóstico y tratamiento inmediato. ^{16,24)}

FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER COLON RECTAL

Un factor de riesgo es todo aquello que afecta la probabilidad de que usted padezca una enfermedad, como por ejemplo el cáncer. Los distintos tipos de cáncer tienen diferentes factores de riesgo. Por ejemplo, la exposición de la piel a la luz solar intensa es un factor de riesgo para el cáncer de piel. Fumar es un factor de riesgo para los cánceres de pulmón, la boca, la laringe, la garganta, el esófago, el colon, la vejiga, el riñón y otros órganos. . (7,20, 29)

Factores relacionados con los estilos de vida

Varios factores relacionados con el estilo de vida han sido asociados al cáncer colorrectal. De hecho, la relación que hay entre la alimentación, el peso y el ejercicio con el riesgo de cáncer colorrectal es una de las más fuertes para cualquier tipo de cáncer.

Ciertos tipos de alimentos

Una alimentación con un alto consumo de carne roja (tal como res, cerdo, cordero o hígado) y carnes procesadas (perros calientes y algunas carnes frías) pueden aumentar el riesgo de cáncer colorrectal. Cocinar las carnes a temperaturas muy altas (freír, asar o cocinar a la parrilla) crea químicos que pueden aumentar el riesgo de cáncer, aunque no está claro cuánto de esto puede contribuir a un aumento en el riesgo de cáncer colorrectal. .(6,19,27,35)

Una alimentación con un alto consumo de vegetales, verduras, frutas y granos integrales ha sido asociada a un menor riesgo de cáncer colorrectal, aunque los suplementos de fibra no parecen ayudar a reducir este riesgo. No está claro si otros componentes alimenticios (por ejemplo, ciertos tipos de grasas) afectan el riesgo de cáncer colorrectal.

Inactividad Física

Si usted no está activo físicamente, tiene una mayor probabilidad de padecer cáncer colorrectal. Un aumento en la actividad física puede ayudar a reducir su riesgo.

Obesidad

Si tiene exceso de peso, su riesgo de padecer y morir de cáncer colorrectal es mayor. Por otro lado, la obesidad aumenta el riesgo de cáncer de colon tanto en los hombres como en las mujeres, aunque esta asociación parece ser mayor entre los hombres.

Tabaquismo

Las personas que fuman desde hace mucho tiempo tienen una probabilidad mayor de padecer y morir de cáncer colorrectal que las personas que no fuman. Se sabe que fumar causa cáncer de pulmón, pero también está asociado a otros cánceres, como el cáncer colorrectal.

Consumo excesivo de alcohol

El cáncer colorrectal ha sido vinculado al consumo excesivo de alcohol. Al menos algo de esto puede que se deba al hecho de que las personas que consumen alcohol en exceso tienden a presentar bajos niveles de ácido fólico en el cuerpo. Aun así, el alcohol se debe limitar a no más de dos tragos por día para los hombres y un trago al día para las mujeres.

Otros factores de riesgo.

Edad

Los adultos más jóvenes pueden padecer cáncer colorrectal, aunque las probabilidades aumentan significativamente después de los 50 años de edad. Alrededor de 9 de 10 personas diagnosticadas con cáncer colorrectal tienen al menos 50 años de edad.

Antecedentes personales de cáncer colon rectal o pólipos colon rectales

Si presenta un antecedente de pólipos adenomatosos (adenomas), usted tiene un mayor riesgo de cáncer colorrectal. Esto es especialmente cierto si los pólipos son grandes o si existen muchos de ellos.

Si ha padecido cáncer colorrectal, aunque se le haya extirpado completamente, tiene más probabilidades de padecer nuevos cánceres en otras áreas del colon y del recto. Las probabilidades de que esto suceda son mucho mayores si usted padeció su primer cáncer colorrectal siendo joven. ^(7,20,29)

Antecedente personal de enfermedad inflamatoria del intestino

La enfermedad inflamatoria intestinal (*inflammatory bowel disease*, IBD), incluyendo la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn, es una afección en la cual el colon se encuentra inflamado durante un período prolongado de tiempo. Las personas que han padecido IBD por muchos años a menudo desarrollan displasia. El término displasia se utiliza para describir las células en el revestimiento del colon o del recto que lucen anormales (pero no como células cancerosas verdaderas) cuando se observan con un microscopio. Estas células pueden transformarse en cáncer con el paso del tiempo.

Si usted padece la enfermedad inflamatoria intestinal, su riesgo de cáncer colorrectal aumenta, y puede que necesite comenzar las pruebas de detección a una edad más temprana y con más frecuencia ⁽¹⁻⁷⁾

La enfermedad inflamatoria intestinal es diferente al síndrome del intestino irritable (IBS), el cual no aumenta su riesgo de cáncer colorrectal.

Antecedente familiar de cáncer colon rectal o pólipos adenomatosos⁽³¹⁾

La mayoría de los cánceres colon rectales ocurre en personas sin antecedentes familiares de cáncer colorrectal. A pesar de esto, tanto como una de cada cinco personas que padece cáncer colorrectal tiene otros familiares que han sido afectados por esta enfermedad.

Las personas con un antecedente de cáncer colorrectal en uno o más familiares de primer grado (padres, hermanos o hijos) tienen un riesgo aumentado. El riesgo es alrededor del doble para aquellas personas con un solo familiar de primer grado afectado. El riesgo es aún mayor si el familiar fue diagnosticado con cáncer cuando tenía menos de 45 años, o si más de un familiar de primer grado es afectado.

Las razones para el riesgo aumentado no están claras en todos los casos. Los cánceres que “vienen de familia” pueden deberse a genes heredados, a que se comparten factores ambientales o a cierta combinación de estos factores.

Tener familiares que hayan tenido pólipos adenomatosos también está asociado a un mayor riesgo de cáncer de colon. (Los pólipos adenomatosos son la clase de pólipos que se pueden convertir en cancerosos).

Si usted tiene antecedentes familiares de pólipos adenomatosos o cáncer colorrectal, debe hablar con su médico sobre la posible necesidad de comenzar las pruebas de detección antes de los 50 años de edad. Si usted ha tenido pólipos adenomatosos o cáncer colorrectal, es importante que informe a sus familiares cercanos para que puedan notificar de esto a sus médicos y comiencen las pruebas de detección a la edad adecuada.

Síndromes hereditarios ⁽³¹⁾

Alrededor del 5% al 10% de las personas que padecen cáncer colorrectal presentan defectos genéticos hereditarios (mutaciones) que pueden causar síndromes de cáncer familiares y que pueden llevar a padecer la enfermedad. Estos síndromes a menudo provocan que se origine el cáncer a una edad más temprana de lo común. También están vinculados a otros cánceres además del cáncer colorrectal. Algunos de estos síndromes también están vinculados a los pólipos. La identificación de las familias con estos síndromes hereditarios es importante, ya que permite a los médicos recomendar medidas específicas como pruebas de detección y otras medidas preventivas cuando la persona es más joven.

Los síndromes hereditarios más comunes asociados a los cánceres color rectales son la poliposis familiar adenomatosa (*familial adenomatous polyposis*, FAP) y el cáncer colorrectal hereditario sin poliposis (*hereditary non-polyposis colorectal cancer*, HNPCC), aunque otros síndromes mucho menos comunes también aumentan el riesgo de cáncer colorrectal. ⁽³²⁾

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.

Los judíos con ascendencia en Europa Oriental (judíos Ashkenazi) tienen uno de los mayores riesgos de cáncer colorrectal en comparación con cualquier otro grupo étnico en el mundo. Se han encontrado varias mutaciones genéticas que conducen a un riesgo aumentado de cáncer colorrectal en este grupo. El más común de estos cambios en el ADN, llamado la *mutación 11307K APC*, se presenta en aproximadamente un 6% de los judíos en los Estados Unidos.

Diabetes tipo 2

Las personas con diabetes tipo 2 (usualmente no dependiente de insulina) tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer colorrectal. Tanto la diabetes tipo 2 como

el cáncer colorrectal comparten algunos de los mismos factores de riesgo (como el exceso de peso). Sin embargo, aun cuando se toman estos factores en consideración, las personas con diabetes tipo 2 todavía presentan un riesgo aumentado. Estas personas también suelen tener un pronóstico menos favorable después del diagnóstico.

Factores con menos efectos claros en el riesgo de cáncer colorrectal

Turno de trabajo nocturno

Los resultados de un solo estudio sugirieron que trabajar en el turno de noche por al menos tres noches al mes por al menos 15 años podría incrementar el riesgo de cáncer colorrectal en las mujeres. Los autores del estudio sugirieron que esto se pudo deber a cambios en los niveles de melatonina (una hormona que responde a los cambios de la luz) en el cuerpo. Se necesitan más estudios para confirmar o refutar este hallazgo. ^(19,31,37)

TRATAMIENTO

El tratamiento rutinario del cáncer de colon es la resección quirúrgica que varía de acuerdo a la localización. Hay acuerdo en cuanto a la técnica usada en las resecciones de colon intraperitoneal hay controversias en cuanto al manejo del cáncer rectal.

Una limpieza mecánica y completa del contenido del colon mediante laxantes, enemas, dieta líquida dos o tres días en el preoperatorio es indispensable. Ocasionalmente está indicada la nutrición parenteral en pacientes en malas condiciones, debido por ejemplo a enfermedad inflamatoria activa del colon. Es aconsejable también la administración de antibióticos 1 o 2 horas antes de la cirugía, transoperatoriamente, y 24 a 48 horas después de la cirugía para disminuir las posibilidades de infección.

Una adecuada cirugía implica la resección del tumor primario y una amplia resección del mesenterio con sus ganglios linfáticos regionales. Dos datos

técnicos son importantes: ligadura del lumen proximal y distal a la lesión para prevenir la diseminación intraluminal durante la manipulación y la ligadura del pedículo linfovascular en la raíz del mesenterio para prevenir la diseminación sistémica.⁽³²⁾

El cáncer de colon es una enfermedad curable mediante cirugía, la cual continúa siendo la forma primaria de tratamiento que resulta en la curación de aproximadamente 50 % de los enfermos; sin embargo, frente a una recurrencia tumoral, la ventaja de una nueva intervención con fines curativos solo estaría disponible para 10 a 20 % de estos pacientes.⁽³²⁾

En Cuba, se encuentran en desarrollo varias líneas alternativas o no convencionales para tratar a pacientes con cáncer, que han sido utilizadas en casos de recurrencia tumoral, sin que sus resultados puedan ser evaluados en su total dimensión por falta de estudios al respecto. En décadas pasadas, algunas entidades cubanas, entre ellas el Centro de Química Farmacéutica, hicieron un estudio riguroso de un preparado antioxidante extraído de la corteza del mango, conocido como Vimang®. Durante 6 años se estudió a 300 pacientes (123 con neoplasia) y los resultados mostraron una respuesta favorable en cuanto a calidad de vida y mejoría de parámetros clínicos en 87,5 % de los enfermos.^(32,33)

Un aspecto de especial relevancia en el tema del cáncer de colon recurrente lo constituye el seguimiento postoperatorio de los pacientes. Después del tratamiento, las evaluaciones periódicas pueden conducir a la pronta identificación y control de la enfermedad que reaparece; sin embargo, el impacto de tal seguimiento en la mortalidad general se ve limitado por la proporción relativamente pequeña de afectados en quienes se localizan recurrencias potencialmente curables. Hasta la fecha no ha habido pruebas aleatorias a gran escala que documenten la eficacia de un programa estándar de seguimiento postoperatorio.⁽³²⁾

La radioterapia paliativa es empleada en pacientes seleccionados y está restringida a localizaciones como la locorregional y la metacrónica en segmentos

relativamente fijos del intestino; sin embargo, con el uso de un acelerador lineal se superan estos inconvenientes y se hace más efectiva. ⁽³²⁾

Diversos autores coinciden en que para detectar precozmente la recurrencia tumoral, la elevación del antígeno carcinoembrionario (CEA) es el primer signo en alrededor de 60 % de los enfermos.⁴³ Para estos investigadores, un ascenso significativo del CEA constituye una indicación para utilizar los métodos de diagnóstico necesarios. Ante la subida persistente de los niveles de CEA sin que las pruebas diagnósticas hayan localizado el tumor, recomiendan indicar una laparotomía exploradora, conocida por algunos como *second look*, si bien el momento en que esta se realiza, deviene fundamental para el éxito terapéutico, pues si se ejecuta muy tempranamente, con pequeños aumentos de CEA, se corre el peligro de que no exista tumor y de que su incremento haya sido un resultado positivo falso. Por otra parte, si se demora la intervención en espera de mayores valores de CEA, serán escasas las probabilidades de que la recidiva local o a distancia sea resecable. ⁽³²⁾

El CEA no puede diagnosticar el sitio de recurrencia de la enfermedad, lo cual constituye un inconveniente real, puesto que entre 15 y 25 % de los pacientes con cáncer local recurrente, necesitan resección curativa. Al parecer, estas dificultades pueden ser vencidas mediante estudios de radioinmunodetección con CEA monoclonal, que aparentan ser útiles para localizar la recidiva; sin embargo, otras pruebas sugieren que el este no es un estudio confiable para la detección de cáncer colorrectal, debido a la gran cantidad de resultados positivos o negativos falsos que proporciona, lo cual hace que algunos investigadores opinen que la prueba postoperatoria de CEA debe ser restringida a pacientes que serán operados de metástasis pulmonares o hepáticas y, por tanto, no aconsejan su uso sistemático para seguir la respuesta al tratamiento. La utilidad de otros marcadores séricos del cáncer de colon, como el CA 19.9 y la fosfohexosaisomerasa, es escasa. ⁽³²⁾

El cáncer colorrectal, considerado el tumor maligno más frecuente del tubo digestivo, constituye en la actualidad un problema de gran magnitud, debido a su

alta frecuencia y mortalidad. Solo en los Estados Unidos de Norteamérica se diagnostican anualmente alrededor de 130 000 a 165 000 casos nuevos, por lo cual deviene la segunda causa de muerte por cáncer en esa nación y en Europa.¹ En el primero de estos países, durante el 2005, el Instituto Nacional del Cáncer estimó un aproximado de 104 950 nuevas personas con cáncer de colon, que combinado con el de recto había provocado la muerte de 56 290 de ellas. ⁽³²⁾

Según datos registrados en el Anuario Estadístico de Salud de la Dirección Nacional de Registros Médicos del Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba, en 1995 la incidencia notificada en el país para ambos sexos fue de 10,1 por cada 100 000 habitantes; pero ya en 1999 la tasa bruta era mayor: 14,5 por 100 000 habitantes. En el 2001 y 2002, la incidencia en los hombres se mantuvo en 12,5 y en las mujeres la tasa bruta pasó de 16,9 a 18,8 por 100 000 habitantes; sin embargo, durante el 2004 se informó que 946 varones, predominantemente mayores de 60 años, presentaban cáncer de colon, para una tasa de 21,3 por 100 000 habitantes. Lamentablemente, el número de defunciones por esa causa ha venido creciendo de forma sostenida en los últimos años, hasta alcanzar un valor 1,8 veces mayor que un decenio atrás. ⁽³²⁾

En 2009, el cáncer de colon ocupó en Cuba el quinto lugar en incidencia entre todos los tumores malignos en ambos sexos; mientras que el de recto se situó en el decimoprimer lugar en las mujeres y en el catorceavo en los hombres y en el total de fallecidos por cáncer, tanto varones como féminas; a estos tumores correspondió el tercer lugar. En 2011 fallecieron en el país por esa causa 2 281 personas. Según todas las estadísticas nacionales y extranjeras, esta enfermedad muestra una tendencia general al incremento de su incidencia y de la mortalidad. ^(32,34)

DISEÑO METODOLÓGICO ⁽³⁵⁾

Diseño del estudio: Se realizó un estudio **exploratorio, descriptivo y retrospectivo** sobre el conocimiento de cáncer de colon en la población de adultos mayores del consultorio médico familia # 19 del municipio Cumanayagua en el período de enero 2015 a enero del 2016.

Escenario: área de salud del consultorio médico de familia # 19 perteneciente al policlínico Cumanayagua

Período de Estudio: Enero 2015 a Enero del 2016.

Universo: Estuvo constituido por los 128 adultos mayores que residen en la localidad

Muestra: Se escogió 70 adultos mayores que representa el 58,3 % del universo de estudio; los cuales fueron escogidos por un muestreo no probabilístico a conveniencia, previo consentimiento informado y que cumplían los criterios de inclusión de la investigación.

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores del CMF # 19, que estuvieron de acuerdo a participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores del CMF # 19, que NO estuvieron de acuerdo a participar en la investigación.
- Edad menor de 60 años.
- No pertenecer al área de salud o estar fuera del lugar de residencia en el momento del estudio.
- Personas con trastornos psiquiátricos, retraso mental, encamados, pacientes en estadio Terminal

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización de la investigación se solicitó a la dirección municipal de salud y al Consejo Científico su aprobación, así como se tuvo en cuenta el consentimiento informado del total de participantes. Para darle cumplimiento a

este acápite se tendrá en cuenta los principios establecidos, respetando el pudor del paciente. Se converso con los participantes para la realización de esta investigación, se pidió consentimiento informado de cada una de ellos y se les comunicará que la información obtenida será para la realización de un trabajo de carácter investigativo, explicándoles los fines de la misma, no existe la posibilidad de causar algún daño biológico, psicológico o social a ningún paciente durante la realización de la investigación. La actividad se realizo por el programa diseñado y fue ejecutada por el autor de la investigación.

Limitaciones del estudio: No existieron limitaciones dado a que las pacientes se sentían motivadas por los resultados del estudio y cooperaron en todos los aspectos relacionados al mismo.

Métodos: Para el estudio del problema se revisaron historias de salud familiar, historias clínicas y datos estadísticos por hojas de cargo. Se realizaron encuestas, contándose con el consentimiento de todos los participantes, para verificar el nivel de conocimiento que tienen sobre cáncer de colon. Para el procesamiento estadístico de la información se utilizó el SPSS.15. 0. Se confeccionaron tablas que muestran los datos en frecuencias absolutas y porcentajes.

Variables: Se utilizaron las variables de: edad, sexo, escolaridad, ocupación y nivel de conocimiento sobre cáncer de colon, evaluación del conocimiento sobre cáncer de colon.

Para dar salida al objetivo # 1 se caracterizó la muestra a partir de los datos obtenidos en la encuesta.

Para dar salida al objetivo # 2 se analizó la relación entre la escolaridad (universitario, preuniversitario, secundaria, primaria), y el nivel de conocimientos sobre cáncer de colon en (conoce, no conoce); Para el cual se aplicó una encuesta estructurada donde se determinó el por ciento de respuestas.

Para dar salida al objetivo # 3 se evaluó los resultados de la encuesta, estableciendo una clasificación del nivel de conocimientos en: conoce (mayor que 50 %), no conoce (menos del 49.9 %).

RECURSOS.

Humanos: Médico autor de la investigación.

Materiales: consultorio medico de la familia, hojas, computadora y impresora.

DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS:

1. Planificación.

- Revisión de la literatura.
- Identificación de los objetivos y variables abordados.
- Identificación y caracterización de la población.

2. Procedimiento.

1. Se contactó con la dirección municipal de Salud en Cumanayagua (Anexo #) con la aceptación, nos dirigimos al departamento de estadística del policlínico, donde se explicó de forma general y específica en qué consiste la investigación
2. Se abordó y se explicó de forma clara y concisa en qué consiste la investigación sobre evaluación del conocimiento sobre cáncer de colon adultos mayores del CMF # 19 del Municipio de Cumanayagua. Se procedió a pedir el consentimiento formal mediante la firma de la hoja del consentimiento informado en el cual se describe en el (anexo # 2)
3. Se realizó la encuesta individual y confidencial, cuyos datos sirvieron para la recolección de la información. (anexo #3)

Para la realización de esta investigación se trabajó en dos etapas que permitieron dar salida a los diferentes objetivos trazados.

- 1) Etapa diagnóstica.
- 2) Etapa evaluación.

● **Etapa Diagnóstica.**

Se comenzó con la revisión de la fuente de datos, constituida por las historias clínicas familiares e individuales de los pacientes. El registro primario lo constituyó la encuesta estructurada, aplicada por el investigador para caracterizarlas según variables útiles al estudio y para identificar el nivel de conocimientos sobre cáncer de colon que tenían los participantes, siendo validada la misma previo criterio de expertos. (Anexo # 5)

Para garantizar que los resultados del instrumento no se viciaran, se aplicó simultáneamente a los 70 pacientes de la muestra. Asignándole un número de orden a cada una de las involucrados en la investigación para la posterior evaluación y análisis de los resultados de las encuestas.

● **Etapa de evaluación.**

Para la valoración del nivel de conocimientos de los participantes sobre cáncer de colon se aplicó una encuesta. La información recogida tuvo un análisis cuantitativo y cualitativo.

Técnicas de procesamiento y análisis de la información.

La información primaria fue procesada en una microcomputadora mediante el paquete del programa estadístico SpSS versión 15.0; quedando los datos resumidos mediante cuadros estadísticos donde se mostraron las frecuencias absolutas y porcentajes; se utilizó además el Microsoft Excel para la generación de otras utilidades.

En el análisis, las comparaciones se realizaron teniendo en cuenta los resultados de las encuestas aplicadas.

Todos los análisis realizados permitieron finalmente establecer resultados fundamentales, conclusiones y ofrecer recomendaciones.

Presentación de la información

La información se presenta resumida en tablas para las diferentes variables de estudio en las que se distribuyen las frecuencias absolutas en números y porcentajes.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	TIPOS DE VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INDICADOR
Edad	Cuantitativa continua dicotómica	Edad en años cumplidos que conforman cada grupo	<ul style="list-style-type: none"> • 60-64 • Mas 65 	Frecuencia y por ciento
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Característica fenotípica y genotípica des los caracteres sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Frecuencia y por ciento
Escolaridad	Cualitativa ordinal politémica	Según último nivel de enseñanza alcanzado por la paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Técnico medio • Preuniversitario • Universitario 	Frecuencia y por ciento
Ocupación	Cualitativa nominal dicotómica	Según estado laboral Actual	<ul style="list-style-type: none"> • Jubilados • Trabajador 	Frecuencia y por ciento

NIVEL DE CONOCIMIENTO				
Conocimientos sobre factores de riesgo del Cáncer de Colon	Cualitativa nominal politómica	Conocimiento sobre todo aquello que afecta la probabilidad de que se padezca de cáncer de colon.	• Factores de riesgo.	<u>Conoce:</u> Si identifica de 6 a 10 elementos. <u>No conoce:</u> Si no responde lo anterior.
			• Síntomas.	<u>Conoce:</u> Si identifica de 4 elementos. <u>No conoce:</u> Si no responde lo anterior
			• Métodos de diagnósticos	<u>Conoce:</u> Si identifica de 4 a 6 elemento. <u>No conoce:</u> Si no responde lo anterior.
			• Métodos de prevención.	<u>Conoce:</u> Si identifica de 4 a 6 elemento. <u>No conoce:</u> Si no responde lo anterior.
			• Conoce sobre cáncer de colon	<u>Conoce:</u> Si responde SI <u>No conoce:</u> Si no responde lo anterior

Forma de obtención de Conocimientos sobre el Cáncer de Colon	Cualitativa nominal politomica	Vías de apropiación de conocimientos sobre el Cáncer de Colon	<ul style="list-style-type: none"> • Por el Medico de la familia • Por la Enfermera de la familia • Por los medios de comunicación 	<u>Conoce:</u> Si responde de 19 a 23 elementos correctos <u>No conoce:</u> Si no responde lo anterior.
Evaluación de los resultados de la encuesta sobre el Cáncer de Colon	Cualitativa nominal dicotómica	Evaluación positiva o negativa del nivel de conocimiento sobre cáncer de colon	<ul style="list-style-type: none"> • Suficiente • Insuficiente 	Suficiente si tiene mas del 50 % de conocimiento. Insuficiente si tiene menos del 49.9 % de conocimiento.

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

El cáncer de colon es actualmente un importante problema de salud pública en los países desarrollados. En Cuba ocupa el cuarto lugar en cuanto a incidencia, es mas frecuente en el mundo .Es la decimoquinta forma más común de cáncer y la segunda causa más importante de mortalidad asociada a cáncer en América. El cáncer de colón rectal causa 639, 000 muertes a nivel mundial cada año.

Aproximadamente el 80 % de los casos son esporádicos, pero el 20% tiene una influencia genética, con mayor riesgo familiar, por lo que es necesario un mayor seguimiento y control. ⁽³⁶⁾

Tabla #1: Distribución de la muestra según edad y sexo; Adultos mayores del CMF # 19. Enero 2015 - Enero 2016.

Grupos de edades	Masculino		Femenino	
	No	%	No	%
60-64	18	25,71	9	12,85
Más 65	27	38,57	16	22,85
Total	45	64,28	25	35,71

Fuente: Encuesta y fichas familiares. (Porcentajes en base al total de la Muestra estudiada)

Al analizar este aspecto antes expuesto vemos que en la **tabla # 1** se aprecia que del 38,57 % de los adultos estudiados pertenecían al grupo etáreo de mas 65 años, predominando el sexo masculino.

En diversas investigaciones realizadas tanto en el ámbito Nacional e Internacional ha quedado demostrado que la edad es un factor de riesgo fundamental con una incidencia a partir de los 50 años, solo en un 10 % de los casos aparece en menores de esta edad, haciendo un pico alrededor de los 70 años como edad promedio, aunque varios autores plantean que cada año aumenta su incidencia en pacientes algo mas jóvenes. Sin embargo, a pesar de su relación clara con el envejecimiento, el cáncer de colon no es estrictamente una enfermedad de edad avanzada. Algunos autores plantean similar frecuencia en ambos sexos y otros alegan que es mas frecuente en el masculino. (36, 37)

Cuando hacemos el análisis de la distribución de la muestra estudiada según sexo y edad pudimos arribar a la conclusión de que coincide con otros estudios Nacional e internacionalmente anteriores realizados , donde ha predominado el adulto mayor de 60-69 años, perteneciente al sexo masculino. (38, 39,40)

Tabla # 2: Distribución de los pacientes según Escolaridad y Ocupación; Adultos mayores del CMF # 19. Enero 2015 - Enero 2016.

Nivel de escolaridad	Ocupación					
	Vinculo laboral		Jubilados		Total	
	No	%	No	%	No	%
Primaria	9	12.8	24	34.3	33	47,1
Secundaria	2	2,8	17	24.3	19	27,1
Técnico Medio	3	4.3	5	7,1	8	11.4
Universitaria	2	2,8	8	11.4	10	14.3
Total	16	22.9	54	77.1	70	100

Fuente: Encuesta. (Porcentajes en base al total de la Muestra estudiada)

En la tabla anterior según Escolaridad y Ocupación, podemos observar que existe predominio en **estudios primarios** para un 47.1 % del total de la muestra; En cuanto a la ocupación observamos que el 77,1 % son **jubilados** y solo un 22.9% mantienen un vinculo laboral;

Comparando el grado de escolaridad y la ocupación observamos que dentro del grupo predominante de estudio primarios 9 pacientes mantienen un vinculo laboral para un 12.8 % de la muestra y 24 pacientes están jubilados para un 34.3 %; seguido del nivel secundario con 2 pacientes con vinculo laboral para un 2.8 % y 17 jubilados para un 24.3 %, dando un total de 19 pacientes para un 27.1 % del total de la muestra.

Según estudios efectuados la población en Cuba decrecerá para el 2100, pero posteriormente se recuperará para el 2300, para una esperanza de vida cercana a los 100 La tendencia demográfica cubana será similar a la de los países desarrollados

A escala mundial, la población geriátrica aumenta en número, composición y nivel cultural. El nivel de educación se encuentra relacionado con la auto percepción de salud de la persona adulta mayor. En algunos estudios hay indicación de que el nivel de educación deja de ser un factor determinante en salud cuando existe un sistema con acceso universal a los servicios de salud.

Nuestro estudio coincide con otros estudios realizados en adultos mayores donde en la muestra estudiada, ha existido correspondencia en cuanto nivel de escolaridad y ocupación. (5, 41, 42, 43,44)

Tabla # 3 Conocimiento sobre cáncer de colon; Adultos mayores del CMF # 19. Enero 2015 - Enero 2016.

Conocimiento sobre cáncer de colon	Conocimiento sobre cáncer de colon			
	Conoce		No conoce	
Factores de riesgo	4	5.7 %	66	94.3 %
Síntomas	12	17.1 %	58	82.9 %
Métodos de diagnóstico	8	11.4%	62	88.6 %
Métodos de prevención	3	4.3 %	67	95.7 %
Total	27	38.6 %	43	61.4 %

Fuente: Encuesta. (Porcentajes en base al total de la Muestra estudiada)

Cuando analizamos el conocimiento de los adultos mayores del CMF # 19 sobre cáncer de colon pudimos comprobar que solo 27 de ellos, para un 38.6 % de la muestra estudiada tienen conocimientos sobre el tema.

- ✓ Con relación a factores de riesgo solo 4 (el 5.6 % de la muestra) identificaron de 6 a 7 factores de riesgo.

- ✓ En cuanto a síntomas, 12 encuestados (el 17.1 % de la muestra) reconocen 4 síntomas, lo que nos llama la atención porque hay pacientes que no refieren tener conocimientos sobre factores de riesgo y identificaron correctamente 4 síntomas.
- ✓ En Métodos de diagnóstico 8 encuestados para un 11.4 %, conocen sobre los métodos para diagnosticar cáncer de colon
- ✓ Solo 3 encuestados para un 4.3 % del total de la muestra, conocen los métodos de prevención.

Al realizar el análisis conjunto sobre el nivel de conocimiento del adulto mayor, arribamos a la conclusión que el adulto mayor del consultorio # 19 presenta carencia de conocimientos sobre cáncer de colon.

Cuando revisamos la literatura, no encontramos estudios de conocimiento sobre cáncer de colon, existen publicaciones que describen como se ha comportado la morbi -mortalidad del cáncer. (21, 26, 29, 35, 42,43)

Los resultados del conocimiento del adulto mayor del consultorio 19, según los resultados de la encuesta aplicada coinciden con estudios anteriores. *Cruz Alfonso* Según el Instituto Catalán de Oncología, la obesidad duplica el riesgo de mortalidad en países europeos y el CCR ocurre con más frecuencia en personas obesas que en personas con peso saludable. ⁽⁴⁴⁾ quien recomienda el uso de sigmoidoscopia como método diagnóstico complementario de la determinación de sangre oculta en materia fecal.

La colonoscopia es, sin lugar a dudas, el examen más preciso para detectar las lesiones polipoideas, e incluso, los adenomas planos, y aunque tiene algunas limitantes como la utilización de sedación, el mayor costo relacionado con el enema opaco y que en el 10% de los casos no es posible llegar al ciego, la colonoscopia permite detallar el número, el tamaño y la localización de los pólipos, así como realizar su resección completa inmediata en la mayoría de los casos. ⁽⁴⁴⁾

Es importante el control de los pacientes con alto riesgo a desarrollar lesiones adenomatosas como los obesos⁽⁴⁴⁾, los consumidores de alcohol y de grasas y con antecedentes familiares de CCR y lesiones adenomatosas para lograr cortar la evolución natural de dichas lesiones.

En la Edad. Coincide con *Corrales Hernández*⁽³¹⁾ quien plantea en su estudio que entre los factores de riesgos identificados se encuentran. Edad, Herencia, Hábito de Fumar, Dieta rica en carne y baja en frutas, vegetales, aves de corral y pescados, Hábito de Alcohol, Pólipos de colon, colitis.

Con relación a los Síntomas, se plantea que el cáncer de colon no suele provocar síntomas hasta fases avanzada, lo que justifica que la mayoría de los pacientes han presentado tumores que han invadido toda la pared intestinal.

Corrales Hernández⁽³¹⁾ en su estudio plantea que la edad es un factor de riesgo fundamental común incremento a partir de los 50 años.

Mederos Ávila, en su estudio demostró que el diagnóstico en la atención primaria, es deficiente, lo cual permite que el tumor avance en sus etapas evolutivas y solo sea detectado ante síntomas y signos tardíos. Esto explica los resultados de nuestro estudio, ya que al existir mayor carencia de conocimientos sobre la enfermedad por parte de la población, es menor la percepción del riesgo sobre la misma.

Cuando analizamos la dieta como factor de riesgo, coincide con *Corrales Hernández*⁽³¹⁾ quien plantea en su estudio que el aumento de la incidencia del cáncer de colon depende de las dietas ricas en grasas y carnes rojas, plantea además el consumo de alcohol aumenta el riesgo de padecer de cáncer de colon y que los pacientes con colitis ulcerosa tienen en mayor riesgo de padecer de cáncer de colon con respecto a la población en general.

Rodríguez Fernández ⁽³²⁾ plantea que los investigadores del NCI refieren que mantener una alimentación baja en grasa animal, alta en cereales enteros y rica en frutas y vegetales puede mejorar la salud en general, pero no repercute especialmente sobre la curación del cáncer colon rectal.

Martínez Sarmiento ⁽⁴⁵⁾ plantea en su estudio que El cáncer colon rectal continúa siendo diagnosticado en la mayoría de los casos en estadios muy avanzados, donde las posibilidades de curación son muy escasas. El riesgo de desarrollar esta neoplasia aumenta con la edad y los antecedentes familiares, siendo mucho más frecuente en pacientes mayores de 50 años.

Tabla # 4 Fuente de Información sobre cáncer de colon; Adultos mayores del CMF # 19. Enero 2015 - Enero 2016.

Fuente Información	No	%
Por el Medico de la familia	26	37.1
Por la Enfermera de la familia	7	10
Por los medios de comunicación	37	52,8
Total	70	100

Fuente: Encuesta

Cuando analizamos los resultados de la encuesta aplicada al adulto mayor del consultorio # 19 sobre las fuentes de información por las cuales ha recibido conocimientos sobre el cáncer de colon, EL 52,8 % refiere haber recibido información por los medios de comunicación; seguido del 37.1 % que refiere que recibió información sobre el tema por el medico de la familia; y tan solo el 10 % recibió información a través de la enfermera.

Los resultados obtenidos en nuestra investigación coinciden con estudios de intervención educativa realizados sobre cáncer donde se encontraron insuficiencias en sus conocimientos, y donde se identificaron las necesidades de aprendizaje. (5, 22,23)

Al revisar la literatura no hemos encontrado correspondencia con nuestros resultados, hay poca existencia de estudios de conocimiento en la población adulta sobre cáncer de colon lo que justifica los resultados del estudio realizado por *Mederos Ávila* donde demuestra que el diagnóstico en la atención primaria, es deficiente, lo cual permite que el tumor avance en sus etapas evolutivas y solo sea detectado ante síntomas y signos tardíos. (46)

En el municipio de Cumanayagua se han realizado investigaciones sobre el nivel de conocimiento en el adulto mayor *Clara* (47) y *Yaneisy* (41), las cuales coinciden con nuestro tema; En sus resultados han demostrado que existen carencia de información sobre temas de salud, lo que impone la necesidad de trazar acciones de salud con vista a elevar el nivel de conocimiento del adulto mayor y con ello, elevar la calida de vida del adulto mayor de nuestro municipio.

Tabla #5 Conocimiento de los encuestados sobre el concepto de cáncer de colon. Adultos mayores del CMF # 19. Enero 2015 - Enero 2016

Conocimiento sobre el concepto de cáncer de colon.	No	%
Conoce	42	60
No Conoce	28	40
Total	70	100

Fuente: Encuesta

Al efectuar el análisis de la encuesta, 42 entrevistados refieren tener conocimiento sobre cáncer de colon para un 60 % de la muestra; resultados que se contradicen con las respuestas emitidas con respecto a conocimientos de los factores de riesgos donde solo 27 adultos (40%) refieren conocerlos.

Tabla #6. Evaluación de los resultados de la encuesta sobre el Cáncer de Colon. Adultos mayores del CMF # 19. Enero 2015 - Enero 2016

Evaluación del nivel de conocimiento	NO	%
Suficiente	27	38,57
Insuficiente	43	61,42
Total	70	100

Fuente: Encuesta

Al analizar los resultados de la encuesta aplicada al adulto mayor del consultorio 19 sobre cáncer de colon, y aplicada la evaluación vemos que el 61,42 % de la muestra estudiada tiene **conocimiento insuficiente** sobre el tema.

CONCLUSIONES

- El cáncer de colon y la vejez, constituyen un problema de salud en el área perteneciente al consultorio medico de familia # 19 y en nuestro Municipio cumana yagua; Después de haber realizado la evaluación del nivel de conocimiento sobre el cáncer colon rectal en los adultos mayores del CMF # 19, concluimos que la muestra estudiada tiene conocimiento insuficiente sobre el tema.

RECOMENDACIONES

- ✓ Proponer a la dirección municipal de salud, extender el estudio a todas las áreas de salud del municipio.
- ✓ Diseñar acciones educativas para elevar el nivel de conocimiento del adulto mayor del municipio sobre cáncer de colon.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO, 2011
2. Global noncommunicable diseases-where worlds meet. N Engl J Med 2010; 363(13):1196-8.
3. MedlinePlus[sitio web en Internet]. Cáncer de colon. Rockville Pike, Bethesda: U.S National Library of Medicine; 2009.[updated 11 May 2009; cited 11 jun 2015] Available from:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000262.htm>
4. Sarna GP. Principios generales de oncología. En: Stein J H.Medicina Interna.La Habana. Editorial científico Técnico .2005 .p.170.
5. Cristhine Natalie Valdez Junco . Conocimientos sobre el cáncer de colon y sus medidas preventivas en una población de choferes. Empresa de transporte y servicios especiales sur Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Chorrillos, 2010. tesis. Lima – Perú 2011
6. Devita VT, Hellman S, Rosenberg SA. Principios y prácticas de oncología. La Habana, Editorial Científico Técnico, 2009.
7. Corrales-Hernández Y. Tumor de colon. Reporte de dos casos y revisión de la literatura. Medisur [revista en Internet] . 2013 [citado 2016 Jun 25] ; 11 (1) : [a p r o x . 10 p .] . D i s p o n i b l e e n :
<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1667>
8. Fuentes P, García Hernández B, Suz Piña J, Díaz Yanes N. Caracterización por imagenología del cáncer de colon. MediSur [revista en Internet]. 2010 [cited 21 Mar 2012] ; 8 (2): [aprox. 13p]. A v a i l a b l e f r o m :
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext& Descargado el: 25-06-2016 ISSN 1727-897X Medisur 78 febrero 2013 | Volumen 11 | Numero 1 pid=S1727-897X2010000200002&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext& Descargado el: 25-06-2016 ISSN 1727-897X Medisur 78 febrero 2013 | Volumen 11 | Numero 1 pid=S1727-897X2010000200002&lng=es)

- 9.** Rodríguez Fernández Z, Jean-Louis B, Casaus Prieto A, Joubert Álvarez G y Carulla Diez B M. Factores asociados a la supervivencia de pacientes con cáncer de colon recurrente. MEDISAN. 2014; 18 (10)
- 10.** Gil González A, Hernández Pérez A, González Rodríguez D, Hernández Fernández DM, Castañeda Muñoz A. Tumor del estroma gastrointestinal (GIST). Presentación de un caso. Rev méd electrón [revista en Internet]. 2009 [cited 21 Mar 2012] ; 31 (1): [aprox. 9p]. Available from : <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista medica/ano 2009/vol1 2009/tema17.htm>.
- 11.** Cáncer de colon [Internet]. Bethesda: U.S National Library of Medicine; 2009. [cited 21 Mar 2012] Available from : <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000262.htm>.
- 12.** Roca Goderich, Reinaldo ; Smith Smith, Varan. V; Paz Presilla, Eduardo. Temas Medicina Interna La Habana; Editorial Ciencias Médicas; 4 ed; 2002. 3t (1815) p.
- 13.** Krupp, Marcus A ; Chatton, Milton J . Diagnostico Clínico y Tratamiento La Habana; Editorial Científico-Técnico; ; 1983.
- 14.** Álvarez Sintés , Roberto. Medicina General Integral, 3ra . La Habana : Ed. Ciencias Medicas, 2014. t. IV. Pág. 1342.
- 15.** Robbins, Staley L; Cotran, Ramzi S ; Kumar, Vinay ; Schoen, Frederick J . Patología estructural y funcional . La Habana; Editorial Ciencias Médicas; 5 ed; 2006.
- 16.** Robbins, SL “Enfermedades del medio ambiente y nutrición”. Tratado sobre las bases patológicas de la enfermedad .5ta edición, Saunders, Philadelphia.1994.
- 17.** Sánchez Rodríguez V, Ochoa Figueroa M, Hernández Briz MJ. Diagnóstico de la recurrencia del carcinoma colorrectal con PET-CT¹⁸F-FDG en pacientes con resección quirúrgica de la lesión primaria: correlación con hallazgos histopatológicos. An Radiol Mex. 2011;10(3):187-93.
- 18.** Martínez Calvo S. Valoración epidemiológica de las actividades de atención primaria de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2003;19(1):62-9.

- 19.** Amaro Cano M. La organización de los servicios de salud en la APS y los programas priorizados. En: Alvarez Sintés R, editor. Temas de Medicina General Integral. VI. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2001.p.30-2.
- 20.** Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Materno Infantil. La Habana: Ministerio de Salud Pública;1989.p 79.
- 21.** El Comercio. Nota de Prensa, [en línea] [fecha de acceso 7 de set 2016], disponible en : <http://www.elcomercio.com.pe/impres/otas/cada-ano-hay-dos-mil-nuevos-casos-cancer-colon/20090325/264101>
- 22.** Posada PE, Rodríguez GJ, Ferrer Y, Rodríguez IM. Estratificación del riesgo de morir por cáncer en la provincia de Ciego de Ávila. *Mediciego*. 2011;17(Supl. 1). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_supl1_%202011/articulos/t-5.html
- 23.** Varona P, Torres P, Elejalde AR, Hernández EA, Neninger E, Grupo Especial de Trabajo (GET) para la prevención y manejo del cáncer de pulmón. Modelo para la prevención y manejo del cáncer de pulmón en Cuba, 2010. *Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]*. 2012 Abr [citado 9 agosto 2016];50(1):37-47. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032012000100006&lng=es
- 24.** Torreblanca Xiques A. Neoplasia de colon Colon neoplasia. *Rev. Electronica DrZoilo Marinello Vidaurrete*. 2015 ; 40 (1)
- 25.** Hano García O, González Fabián L, Fernández Camejo J, Hierro González A. Caracterización clínica, endoscópica e histológica de lesiones elevadas diminutas del colon. *Revista Cubana De Medicina [revista en internet]*. 2012, Jul [citado 17 de diciembre 2015]; 51(3): 218-227. Disponible en: *MedicLatina*.
- 26.** González M .Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer” .s.l :Ed Panamericana.s.a
- 27.** Plá García A. Mortalidad adulta por tumores malignos en el municipio Jovellanos. 2009-2011. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2013 Jul-Ago [citado 5 set de 2016];35(4). Disponible en:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol4%202013/tema02.htm>.

28. Cassidy, James Pharmacological advances in metastatic colorectal cancer management. Medicine; ; 2011. 75 p. ilus, tab

29. Vázquez .Grupo multidisciplinario .Cáncer de colon recto. [Monografía en Internet]. 2012, Jul [citado 17 de set de 2016]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu>

30. Cáncer colorrectal .EcuRed . [Internet].2016[citado 6 oct de 2016]. Disponible en: https://www.ecured.cu/index.php?title=Cáncer_colorrectal&oldid=2699155

31. Cáncer colorrectal. [Internet].2016[citado 6 oct de 2016]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer_colorrectal

32. Rodríguez Fernández Z, Jean-Louis B, Dr. Lozada Prado G A , Joubert Álvarez G ,Pineda Chacón J. Conocimientos vigentes acerca del cáncer de colon recurrente.MEDISAN2015,19(6)

33. Machado M, Rodríguez Z, González JH, Rodríguez R. Relación diagnóstico y supervivencia en el cáncer de colon. MEDISAN. 2011 [citado 8 Ago 2014]; 15(11). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_11_11/san091111.htm

34. Greene FL, Compton CC, Fritz AG. AJCC Cancer Staging Atlas. American Joint Committee on Cancer. New York: Springer-Verlag.2012.p.107-17.

35. Artilles Leticia. Metodología de la investigación. La Habana .Ed.Ciencias Medicas,211 p.

36. Corrales Hernández Y. Tumor de colon .Reporte de dos casos y revisión de la literatura.Medisur. [Internet]. 2013 [citado 2016 oct 4] ; 11(1):Disponible en:<http://www.medisur.sld.index.php>

37. Cancer of the colon and rectum . [Internet].Ohio: The Ohio State University Medical Center ; 2010.[cited 1 oct de 2018] ; 11(1):Available:<http://patienteducation.osum.ed>

- 38.** Hano García O, González Fabián L, Fernández Camejo J, Hierro González A. Caracterización clínica, endoscópica e histológica de lesiones elevadas diminutas del colon. Revista Cubana De Medicina [revista en internet]. 2012, Jul [citado 17 de diciembre 2014]; 51(3): 218-227. Disponible en: MedicLatina.
- 39.** Yaneisy Guevara Villegas. Evaluación de la calidad de vida en adultos mayores del consultorio Yaguanabo Playa, Cumanayagua, 2013.
- 40.** Sánchez Rodríguez V, Ochoa Figueroa M, Hernández Briz MJ. Diagnóstico de la recurrencia del carcinoma colorrectal con PET-CT¹⁸ F-FDG en pacientes con resección quirúrgica de la lesión primaria: correlación con hallazgos histopatológicos. An Radiol Mex. 2011;10(3):187-93.
- 41.** Olga Marina Hano García,^I Lisette Wood Rodríguez,^{II} Enrique Galbán García,^{III} María del Rosario Abreu Vázquez. Factores de riesgo para el cáncer colorrectal. Rev cubana med. 2011;50 2)
- 42.** Yaneisy Guevara Villegas. Evaluación de la calidad de vida en adultos mayores del consultorio Yaguanabo Playa, Cumanayagua, 2013.
- 43.** Sanguinetti JM. Evaluación de los conocimientos sobre prevención del cáncer de colon comparación con otros tumores .Acta Gastroenterologica Latinoamericana 215 ; 45(2): pp 122
- 44.** Cruz Alfonso N Pólipos y lesiones neoplásicas superficiales del colon . Acta Médica del Centro. 2011 ; 5(2)
- 45.** Martínez Sarmiento y otros. Cáncer colorrectal hereditario no ligado a poliposis (Síndrome de Lynch). Presentación de un caso. MEDICIEGO 2011; 17(supl1)
- 46.** Mederos Ávila M E Diagnóstico tardío de cáncer de colon recurrente en la atención primaria de salud . MEDISAN, 2011; 15(2):
- 47.** Fuente Clara .Intervencion bibliotecaria sobre tuberculosis en Adulto mayor. Hogar de Anciano de Cumanayagua Tesis. Cumanayagua,2009.

ANEXOS

Anexo # 1

Aval de la institución:

Por este medio, yo directora del municipio de Cumanayagua informo mi consentimiento para la realización de la investigación:

Evaluación de conocimientos sobre cáncer de colon y prevención del. CMF # 19".Cumanayagua ,2015-2016

Cumanayagua. 1ro de Enero del 2015 a Enero del 2016" del Dr Rubén Darío Guevara Hidalgo residente de 2do año de la especialidad de Medicina General Integral y tutorada por la Dr. María del Rosario Cavada Fernández; una vez que se me ha explicado los objetivos y beneficios de la misma desde el punto de vista social y humano.

Por tal motivo firmo la presente como constancia de mi aceptación a los_____ días del mes de_____ del año_____.

Dr Ruben Dario Guevara Hidalgo

Investigador (a) (Médico): _____

Dra. Alina Centeno Díaz

Directora del municipio de Cumanayagua_____

Anexo # 2:

Acta de Consentimiento Informado

Título de la investigación: Evaluación de conocimientos sobre cáncer de colon y prevención del. CMF # 19".Cumanayagua ,2015-2016

Consentimiento informado:

Estamos pidiendo la cooperación voluntaria de su persona para un estudio que se está realizando en el Consultorio Médico de Familia #19 perteneciente al Policlínico Universitario Aracelio Rodríguez Castellón, cuyo propósito es la realización de una intervención educativa sobre los factores de riesgo asociados al cáncer de colon.

Usted ha sido seleccionado para conformar nuestra muestra. Ud. Es completamente libre para decidir si le permite participar o no en el estudio, que le garantiza la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. Si acepta que participe puede abandonarlo en el momento que desee o de rechazar la participación en algún tópico que le resulte incómodo. Agradecemos mucho su autorización y el valioso aporte que pueda brindarnos.

Declaratoria de voluntariedad:

He entendido el propósito de este estudio, he leído la información que me brinda y he tenido la oportunidad de preguntar sobre diferentes aspectos de la misma.

Yo acepto voluntariamente participar como una de las personas del grupo y entiendo que tengo el derecho de abandonar el estudio en cualquier momento.

Firma de la persona

Firma del investigador

Sección II: Nivel de conocimientos sobre cáncer de colon.

1. ¿Cuáles de los siguientes factores de riesgos cree usted que inciden en la aparición del cáncer de colon?

- Edad: ()
- Pólipos de colon: ()
- Historia de cáncer ()
- Herencia ()
- Colitis ulcerosa ()
- Habito de Fumar ()
- Dieta. rica en carne y baja en frutas, vegetales, aves de corral y pescados. ()
- Actividad física. ()
- Virus ()
- Habito de Alcohol: ()
- Todos los Anteriores ()
- Ninguno de los Anteriores ()

2 De los siguientes síntomas .Diga cuales usted cree indican la presencia de câncer de colon.

1. Hemorragia rectal. ()
2. cambios en las defecaciones. ()
3. dolor abdominal. ()
4. síndrome anémico. ()
5. fatiga (cansancio, debilidad) ()
6. Intolerancia a los alimentos. ()
7. Dolores de cabeza y vómitos. ()
8. Cambios de carácter y dolor abdominal ()
9. Todos los Anteriores ()
- 10 . Ninguno de los Anteriores ()

3. De los métodos de diagnósticos que aparecen a continuación, cuales usted considera necesarios para el diagnostico precoz del cáncer de colon.

- a) Tacto rectal
- b) Prueba de sangre oculta en las heces
- c) Sigmoidoscopia
- d) Colonoscopia
- e) Análisis de sangre
- f) Marcadores tumorales

4. De los métodos de prevención que aparecen a continuación, cuales usted considera necesarios para el diagnostico precoz del cáncer de colon.

- a) Examen del recto. ()
- b) Examen de próstata. ()
- c) Examen de abdomen. ()
- d) Examen de los Ganglios. ()
- e) Prueba anual de sangre oculta en heces (PSOH). ()
- f) Sigmoidoscopia flexible cada 5 años. ()
- g) Enema de bario de doble contraste cada 5 años. ()
- h) Colonoscopia cada 10 años. ()

5. Conoce usted que significa el concepto de cáncer de colon.

- a) Conoce. ()
- b) No conoce. ()

Anexo # 4 EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PARTICIPANTES:

La valoración final de los resultados de la encuesta aplicada a los participantes en el estudio sobre: Evaluación del conocimiento sobre el cáncer de colon en el adulto mayor del CMF #19. Se obtuvo mediante la tabulación de las respuestas emitidas en la encuesta aplicada a los participantes.

1. Pregunta # 1. Identificación de los factores de riesgo del cáncer de colon.

- a. Conoce: Si identifica de 6 a 10 elementos
- b. No conoce: Si no responde lo anterior.

2. Pregunta # 2 Identifica los síntomas que indican presencia de cáncer de colon.

- Conoce: Si identifica de 4 elementos
- No conoce: Si no responde lo anterior.

3. Pregunta # 3 Identifica los métodos de diagnósticos

- Conoce: Si identifica de 4 a 6 elementos.
- No conoce : Si no responde lo anterior.

4. Pregunta # 4 Identifica los métodos de prevención

- Conoce: Si identifica de 4 a 6 elementos.
- No conoce : Si no responde lo anterior.

5. Pregunta # 5 Conocimiento sobre el concepto de cáncer de colon,

- Conoce: Si responde que conoce.
- No conoce: Si no responde lo anterior.

Evaluación Final

- Conoce:(Si responde de 19 a 23 elementos correctos)
- No conoce: Si no responde lo anterior.