



UNIVERSIDAD DE LAS AMERICAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

PROYECTO DE TITULACIÓN

CAMPAÑA EDUCATIVA DE PREVENCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE RECTO

Docente

ING. Carmen Marlene Arce Salcedo, MSC.

Autora

Dra. María Gabriela García Lago

2024

Resumen

Problema: El cáncer colorrectal (CCR) se encuentra entre los cánceres más comúnmente diagnosticados, con alrededor de 1 millón de casos nuevos y 600.000 muertes en todo el mundo cada año (Chinelli, 2018). Se realizó una intervención educativa con el fin de mejora de los conocimientos y así reducir la morbilidad y la mejora de la calidad de vida para los pacientes y sus familias.

Objetivo:

Mejorar el conocimiento acerca del cáncer colorrectal con el fin de disminuir la morbi-mortalidad asociada a esta patología.

Metodología: La investigación tuvo un enfoque cuali-cuantitativo, con un diseño no experimental descriptivo transversal, la unidad de estudio fue 56 pacientes diagnosticados de CCR y el instrumento de investigación fue la encuesta, revisión de artículos científicos.

Resultados: Los resultados obtenidos en el postest fueron positivos, de los 56 pacientes encuestados, el 100,00 % dijeron que para prevenir el cáncer colorrectal es importante tener en cuenta una serie de estrategias saludables cómo mantener una dieta rica en verduras, frutas y verduras permitiendo acelerar el proceso intestinal previniendo el estreñimiento y mantener una actividad física por lo que se logró mejorar los conocimientos previos de los pacientes.

Conclusiones: Gracias a la intervención implementada dirigida a concienciación en salud se lograron cubrir las necesidades substanciales respecto a salud de los pacientes, ya que se resolvieron todas las inquietudes referentes al tema, favoreciendo una comunicación asertiva en relación médico paciente, logrando una mejor adherencia del tratamiento específico y así la prevención de morbi-mortalidad de CCR.

Palabras clave: Cáncer colorrectal, promoción de salud, medidas preventivas.

Abstract

Problem: Colorectal cancer (CRC) is among the most commonly diagnosed cancers, with around 1 million new cases and 600,000 deaths worldwide each year (Chinelli, 2018). An educational intervention was carried out in order to improve knowledge and thus reduce morbidity and improve the quality of life for patients and their families.

Objective: Improve knowledge about colorectal cancer in order to reduce the morbidity and mortality associated with this pathology.

Methodology: The research had a qualitative-quantitative approach, with a non-experimental descriptive cross-sectional design, the study unit was 56 patients diagnosed with CRC and the research instrument was the survey, review of scientific articles.

Results: The results obtained in the posttest were positive. Of the 56 patients surveyed, 100.00% said that to prevent colorectal cancer it is important to take into account a series of healthy strategies such as maintaining a diet rich in vegetables, fruits and greens, allowing the intestinal process to be accelerated, preventing constipation, and maintaining physical activity, which improved the patients' prior knowledge.

Conclusions: Thanks to the implemented intervention aimed at raising health awareness, the substantial health needs of the patients were met, since all concerns regarding the subject were resolved, favoring assertive communication in the doctor-patient relationship, achieving better adherence to specific treatment and thus preventing CRC morbidity.

Keywords: Colorectal cancer, health promotion, preventive measures

Índice de Contenido

Índice de tablas	5
CAPITULO 1 Introducción.....	1
1.1. Pregunta de investigación	3
1.2. Delimitación	3
1.3. Justificación	3
CAPITULO 2 OBJETIVOS.....	5
2.1. Hipótesis.....	5
CAPITULO 3 Bases Teóricas o Marco Teórico	6
3.1. Marco Histórico contextual	6
3.2. Marco Referencial	6
3.3. Marco Legal.....	6
3.4. Marco conceptual	7
CAPITULO 4. APLICACIÓN METODOLÓGICA.....	15
4.1 Diseño de estudio o tipo de estudio	15
4.1.1 Tipo de investigación	15
4.1.2 Tipo de estudio.....	15
4.1.3 Unidad de análisis.....	15
4.1.4 Universo y muestra	15
4.1.5 Área de estudio:	15
4.1.6. Criterios de inclusión y exclusión	15
4.2 Operacionalización de variables.....	16
4.3 Instrumento de investigación.....	16
4.4 Obtención y análisis de la información.	17
4.4 PROPUESTA DE SOLUCIÓN.....	27
Descripción de la propuesta.....	27
1. PLANIFICACIÓN.....	28
2. EJECUCIÓN.....	28

3. MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	29
Cronograma de proyecto de titulación.....	32
ANEXOS.....	36
Anexo 1 Oficio de acceso a la historia clínica dirigido a la Jefa del Hospital Solca Portoviejo	36
Anexo 2. Encuesta elaborada	37
Anexo 3. Encuesta validada.....	39
.....	40
Anexo 4. Matriz marcológico	41
Anexo 5. Infografía utilizada en la charla	42
Anexo 5. Material visual utilizado en la charla.....	43

Índice de tablas

Tabla 1 Operacionalización de Variables	16
Tabla 2 Pregunta 1. Análisis de resultados pretest y postest según el indicador ¿ señale la definición del cáncer colorrectal?	17
Tabla 3 Pregunta 2: Análisis de resultados pretest y postest según el indicador ¿Elija los síntomas característicos del cáncer colorrectal?.....	19
Tabla 4 Pregunta 3: Análisis de resultados pretest y postest según el indicador ¿ Señale los exámenes de diagnóstico para el cáncer colorrectal?	20
Tabla 5 Pregunta 4: Análisis de resultados pretest y postest según el indicador ¿ Señale los factores de riesgo que influyen en el cáncer colorrectal?	22
Tabla 6 Pregunta 5: Análisis de resultados pre test y postest según el indicador ¿ Señale las medidas terapéuticas adecuadas para prevenir el cáncer colorrectal?	23
Tabla 7 de Cronograma de proyecto de titulación	30

Índice de gráficos

Ilustración 1 Pregunta 1. Evidencia de resultados pretest y postest según el indicador ¿Señale la definición del cáncer colorrectal?	18
Ilustración 2 Pregunta 2. Evidencia de resultados pretest y postest según el indicador ¿Elija los síntomas característicos del cáncer colorrectal	19
Ilustración 3 Pregunta 3: Evidencia de resultados pretest y postest según el indicador ¿Señale los exámenes de diagnóstico para el cáncer colorrectal?	21
Ilustración 4 Pregunta 4: Evidencia de resultados pretest y postest según el indicador ¿Señale los factores de riesgo que influyen en el cáncer colorrectal?	22
Ilustración 5 Pregunta 5: Evidencia de resultados pre test y postest según el indicador ¿Señale las medidas terapéuticas adecuadas para prevenir el cáncer colorrectal?	24

CAPITULO 1 Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) se encuentra entre los cánceres más comúnmente diagnosticados, con alrededor de 1 millón de casos nuevos y 600.000 muertes en todo el mundo cada año (Chinelli, 2018). Las tasas de incidencia varían notablemente en todo el mundo, con la incidencia más alta en Australia, Europa, Nueva Zelanda e incluido América del Norte, y las tasas más bajas predominan en Asia central y África. Debido a la alta incidencia del cáncer colorrectal en los países occidentales, comúnmente se lo considera una enfermedad del estilo de vida occidental. Sin embargo, las tasas de incidencia han aumentado en los países en transición económica, incluidos los países de Europa del Este, la población que mayormente a afectado es Aisa y demás países del continente americano que corresponden al sur.

Mayormente los CCR son esporádicos más que familiares, a pesar del sorprendente aumento en la incidencia que resulta de la forma de la enfermedad asociada con la susceptibilidad hereditaria (p. ej., cuando nos referimos a un cáncer de colon que es por herencia sin presencia de poliposis y también cuando existe la presencia de poliposis adenomatosa familiar (FAP). Se sospecha e investiga desde hace mucho tiempo el rol fundamental para prevención de este cáncer es los factores de riesgo relacionados con la dieta y con el hábito diario de vida saludable en el desarrollo del CCR; se cree que componentes dietéticos específicos, además de la ingesta calórica excesiva, el sobrepeso, el sedentarismo, hábitos tóxicos como ingesta de alcohol excesiva y el fumar tabaco, generan un riesgo elevado (Diaz, 2024). Las diferencias en las tasas por país y el riesgo elevado entre los inmigrantes de un país de bajo a alto riesgo respaldan que los factores ambientales son importantes en el riesgo de CCR.

En cuanto a la sintomatología se incluyen la presencia de sangre en las heces, denominados rectorragia, también cuando la enfermedad ya va progresando empiezan aparecer síntomas como, por ejemplo: dolor abdominal intenso o rectal, cambios en las deposiciones como la diarrea o el estreñimiento, sensación de masa en el recto, pérdida de peso, sensación de defecar, aunque los intestinos se encuentran totalmente vacíos, en muchos de los casos se presentan calambres. Es importante hacer hincapié que dependiendo de la zona del tumor los síntomas varían,

por ejemplo, colon ascendente, colon transverso, sigmoide o el recto. Por lo tanto, el sangrado rectal y la variación intestinal es más común cuando el tumor es en el recto y cuando son cáncer colorrectal de lado izquierdo, sin embargo, existe la presencia de anemia; esta se da cuando el tumor es del lado derecho, el dolor en abdomen es característico independientemente del lugar.

En el estudio de Andrew y Chan, se estimó que los factores dietéticos contribuyeron a casi el 50% de todos los casos de CCR diagnosticados, mientras que el riesgo atribuible fue sólo alrededor del 10% para los antecedentes familiares. Por lo cual una alimentación saludable y un autocuidado adecuado se consideran esenciales en la prevención primaria del CCR. El cáncer de recto es una patología de complejo diagnóstico, produciendo tratamientos inadecuados y cirugías que de ser precisas ayudarían a la curación y mejoría de la calidad de vida del paciente a largo plazo. Esta patología constituye un reto diagnóstico – terapéutico para especialistas en gastroenterología, cirugía y oncología. El diagnóstico, la evaluación y estudio de la extensión loco regional y sistémica han tenido cambios en la imagenología, debido a la posibilidad de visualizar con mayor precisión las estructuras anatómicas; con lo que consecuentemente se toman decisiones terapéuticas direccionadas en las terapias neoadyuvantes y las cirugías con mejor criterio.

Esto ha posibilitado reducir la morbilidad posoperatoria demostrando como la oportunidad de diagnóstico y manejo del paciente oncológico ha mejorado, en tal virtud, la revisión de las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas de este cáncer es fundamental en la evaluación de imágenes, estadiaje, técnicas quirúrgicas y tratamientos de complemento empleados en la práctica clínica.

Los factores que sugieren una contribución genética al cáncer colorrectal (CCR) incluyen los siguientes: una fuerte historia familiar de CCR y/o pólipos; múltiples cánceres primarios en un paciente con CCR; la existencia de otros cánceres dentro de la misma familia compatibles con síndromes conocidos que causan un riesgo hereditario de CCR, como el cáncer de endometrio; y edad temprana en el momento del diagnóstico de CCR. El CCR hereditario se hereda con mayor frecuencia con un patrón autosómico dominante, aunque dos síndromes se

heredan con un patrón autosómico recesivo (Amandeep Pooni, 2020). No existe un método exacto para prevenir el CCR, sin embargo, existen varios métodos terapéuticos de diagnósticos y pautas saludables que van ayudar a la detección temprana de un precáncer o de la presencia de células anormales, con la finalidad de preservar la salud del paciente. En Ecuador se ha luchado durante años con las grandes brechas socioeconómicas y relacionadas también al sistema de salud, las cuales son motivo del desconocimiento por parte de la población de los signos de alarma que me puede provocar una patología determinada, por lo cual, muchas veces los pacientes llegan con estadios sumamente avanzados a las instituciones de salud y el pronóstico posterior llega a no ser favorable; la falta de accesibilidad a los servicios de salud, sea por encontrarse dentro de lugares de difícil acceso, el no tener la posibilidad de asistir a un centro de salud, el no contar con dinero para el transporte o no contar con un seguro de salud, estos son factores reales que pueden influir o determinar el tratamiento o el bienestar de salud de la población

1.1. Pregunta de investigación

¿En qué medida la concientización mediante la promoción puede disminuir el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal en adultos?

1.2. Delimitación

El objeto del presente proyecto es desarrollar, implementar y evaluar un conjunto de herramientas para mejorar la concientización de la población y aumentar la detección en un 25% en la atención primaria a través de los datos obtenidos del Hospital Oncológico Julio Villacreses Colmont en Portoviejo Manabí en el año 2023, mediante el desarrollo de una intervención educativa para enseñar a los pacientes sobre los beneficios de la detección temprana y la mejoría del pronóstico, lo cual moldeará el comportamiento, mejorará un diagnóstico precoz del CCR y aumentará el diagnóstico temprano de lesiones precancerosas y cancerosas del colon.

1.3. Justificación

Reducir la tasa de muertes por cáncer es uno de los desafíos en varios países de desarrollo de altos ingresos, por lo cual se evidencian datos para un futuro que aumentarán los casos entre un 45% aproximadamente desde el año 2007 hasta el año 2030, todo esto viene influido por los hábitos de alimentación inadecuadas, la zona demográfica y la senectud prematura de la población. Por

tal motivo, este proyecto se lo realizó con la finalidad de promover estrategias de educación y su vez prevenirlo de forma precoz.

El CCR se encuentra entre la escala del segundo lugar como uno de los que se origina con mayor frecuencia y de mayor mortalidad, sin embargo, es uno de los más simples de prevenir, ya que se puede realizar un tamizaje en primer periodo de crecimiento y posteriormente llevar un tratamiento oportuno.

Como profesional médico, el objetivo es brindar información concienciadora a los pacientes con el diagnóstico de CCR que pertenecen a la entidad de salud privada "Hospital Oncológico Julio Villacreses Colmont Solca de la provincia de Manabí. El objeto de estudio fueron estos usuarios primordialmente con la finalidad de prevenir las complicaciones que se puedan presentar y en muchos de los casos el fallecimiento precoz.

A nivel mundial, los gastos económicos que genera el CCR evidencian un golpe fuerte para el estado en cuanto a la economía, lo que puede repercutir como un factor predominante para el estado de salud. Según datos previstos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) expone en el año 2010 que cada año los gastos económicos para el sistema salud son de 1,16 billones de dólares en todo el mundo, por ende, la OMS ha enfatizado su propósito en reforzar la promoción de la salud por mejorar la atención de forma oportuna.

Por todos los acontecimientos anteriormente descritos, la factibilidad se basa fortalecer los conocimientos de los pacientes a través de la intervención educativa, mejorar hábitos de estilos saludable sobre todo en la alimentación, disminuir gastos económicos para el estado de salud y para el paciente, reducir la incidencia de morbilidad y mortalidad mejorando el estado de salud del paciente.

La viabilidad de la investigación presentada tiene relevancia ya que a través de la promoción y prevención en salud que se brinda a los pacientes mediante las charlas expositivas el paciente comprende la información y a su vez puede empoderarse de su autocuidado y llevar una adherencia de su tratamiento respectivo. Además, el paciente puede replicar lo aprendido a los demás familiares y así disminuir los riesgos de enfermar. También en pacientes con CCR en estadios avanzados se logrará reducir el dolor, mejorando el estado no solo fisiológico sino también psicológico del paciente y la familia, brindando así una atención integral y humanística.

CAPITULO 2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ✚ Mejorar el conocimiento acerca del cáncer colorrectal con el fin de disminuir la morbi- mortalidad asociada a esta patología.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✚ Indagar el nivel de conocimiento que poseen los pacientes acerca del cáncer colorrectal (pretest).
- ✚ Elaborar un cronograma de actividades para poder intervenir de manera efectiva.
- ✚ Realizar una conferencia educativa con los pacientes con la finalidad de obtener resultados positivos acerca del tema.
- ✚ Aplicar un (postest) para observar los resultados obtenidos y poder discutir posteriormente.

2.1. Hipótesis

Realizarse exámenes de cribado desde los 45 años de edad, puede detectar el cáncer de recto en estadios tempranos y prevenir la progresión de estos, además el mantener un estilo de vida saludable puede evitar la aparición de esta patología en particular.

CAPITULO 3 Bases Teóricas o Marco Teórico

3.1. Marco Histórico contextual

El hospital de unidad de estudio se denomina “Dr. Julio Villacreses Colmont”, pertenece al cantón de Portoviejo, es una unidad de salud complejo se caracteriza por ser de carácter privado, sin embargo, el servicio que otorga es público para todo tipo de pacientes. El objetivo que mantiene es la prevención temprana, un diagnóstico competente, un cuidado integral y estrategias de tratamiento eficientes contra todo tipo de cáncer (Mosquera, 2019).

En este caso, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer Solca Manabí se encuentra ubicado en la ciudad de Manabí, esta cuenta con un total de habitantes de 1.592.840, fue creada en el año de 1970 y específicamente en el año 2005 fue la fecha en la que el Hospital Julio empezó a brindar servicios de salud. Existen otras entidades de salud oncológicas aledañas como en la ciudad de Manta, Chone y Jipijapa, están prestan sus servicios desde el año 2003 mientras que en Esmeraldas desde el año 1993 (Mosquera, 2019).

La unidad de Salud, es una institución de trabajo competente con profesionales especialistas debidamente capacitados por lo que se reporta en el año 2023 una detección de casos nuevos con un total de 2,200 datos y un total de 70.000 atenciones por consulta de oncología. (Mosquera, 2019). He ahí la importancia de la alta incidencia de casos, la intervención en promoción de salud.

3.2. Marco Referencial

3.3. Marco Legal

El marco legal radica en los siguientes artículos:

Según la Constitución de la República del Ecuador en el año 2008:

El artículo 50.- Afirma expone “El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.” y el cáncer forma parte del listado de enfermedades catastróficas (Mosquera, 2019).

El Art. 32.- Afirma que: “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el

buen vivir". Por lo tanto, el estado tiene el derecho de garantizar a través de lineamientos sociales, económicos, de régimen educativos, culturales y el fácil acceso de calidad de atención sin ningún tipo de discriminación, promoviendo la promoción y prevención de salud en todos los niveles de atención, incluyendo la salud sexual y la reproductiva. Esta atención estará basada por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Mosquera, 2019).

3.4. Marco conceptual

El cáncer colorrectal con sus siglas denominado CCR, se conceptualiza como a todos los tumores que se encuentran en el área del intestino grueso, sin embargo, puede iniciar desde la región ileocecal y llegar finalmente hasta la zona del recto (Méndez, 2021).

A nivel mundial, el CCR es considerado como uno de los que mayormente se dan en la población, por lo que se reporta nuevos casos de aproximadamente 1,4 millones y casos de mortalidad de 700.000 respectivamente en todo el mundo en 2012, por lo cual se ha determinado a este cáncer en el tercer lugar dentro de las patologías diagnosticadas y como aquel que representa el cuarto lugar en fallecimientos precoces (Méndez, 2021).

La distribución del CCR varía mucho en todo el mundo; por ello la tasa del aumento de caso y la tasa de muerte se evidencian en las regiones más desarrolladas del mundo (29,2 y 11,7 por 100.000, respectivamente), mientras que se observan tasas sustancialmente más bajas en las regiones menos desarrolladas (11,7 y 6,6 por 100.000, respectivamente) (Camila D Muzi 1, 2023). En diversos países como Estados Unidos, Nueva Zelanda y otros que pertenecen al continente europeo, el aumento de casos y de muertes por CCR han ido disminuyendo o estabilizándose específicamente desde el año 1970 esto puede explicarse por una menor influencia en los factores de riesgo, en una prueba de diagnóstico precoz, pautas de prevención y mejoramiento de tratamientos. Sin embargo, en países que han hecho un cambio en el ámbito de atención de salud para la población han sido en América central y en Suramérica transición hacia niveles más altos de desarrollo humano. En Ecuador se reportaron según el Globocan de los 2020 29.273 casos nuevos con 15.123 muertes. En ambos sexos representa el 8.5% que corresponde a 2.481 casos.

En varones hubo 13.190 casos ocupando el 3er lugar con 1.123 (8.5%) y en mujeres con 16.083 el 4to en incidencia con 1.358 casos (8.4%). La tasa estandarizada por 100.000 habitantes presenta una incidencia de 12.9 casos con una mortalidad de 6.4 casos (Méndez, 2021).

Los factores de riesgo del CCR incluyen estar en sobrepeso o llegar a padecer una obesidad, tener una alimentación elevada en grasas saturadas y calorías, el llevar una vida sedentaria y no realizar ningún tipo de actividad física, la ingesta de sustancias tóxicas como el alcohol y el tabaco. Estos factores también están relacionados con el avance económico o la "occidentalización". Por otro lado, regiones específicas como América del Sur y América Central han atravesado una rápida transición epidemiológica y demográfica, y el perfil del cáncer ahora está cambiando de cánceres relacionados con infecciones (es decir, de cuello uterino y de estómago) a aquellos cánceres típicamente diagnosticados en países con mayor desarrollo humano, como el CCR (Moreno, Ramírez López, Limas Solano, Pedraza Bernal, & Monroy Díaz, 2020).

Las estimaciones de GLOBOCAN de 2024 indican que el CCR está en el tercer lugar como uno de los más conocidos y que afecta a la población y entre el cuarto lugar como aquel que genera la muerte del paciente, se estiman datos de 80.000 aproximadamente reportados como cánceres nuevos y 44.000 reportados como muertes (cancer, 2024); y según las apreciaciones se tiene la expectativa que la tasa de incidencia aumente a un 80% aproximadamente específicamente para el año 2030 con datos de 140,000 casos nuevos y la tasa de mortalidad de 80,000 repercutiendo complejamente la salud del ser humano.

En cuanto a los signos y síntomas se dicen que depende del sitio del intestino donde se haya localizado el tumor, por lo tanto, del lado derecho existe heces con sangrado, presencia de una masa sea en la fosa iliaca o en la zona del flanco (Pablos, 2020). La presencia del tumor de lado izquierdo los síntomas que se presentan son variaciones en el intestino originando una diarrea o un estreñimiento importante, acompañado de rectorragia y un dolor abdominal cólico, en ciertos casos se puede ocluir la zona del intestino constituyéndose como una emergencia, finalizando para una intervención quirúrgica (Roa, 2020). En los hombres chilenos, la incidencia del CCR aumentó en promedio un 4,1% por año durante los últimos 10 años. En Argentina, Brasil, Chile (mujeres) y Costa Rica la incidencia aumentó en promedio entre un 2% y un 3,6% por año tanto en

hombres como en mujeres; sin embargo, el análisis de tendencias reveló un cambio que no fue estadísticamente significativo. Estos resultados parecen consistentes con el aumento del CCR descrito en países que han hecho una transformación a realizar categorías elevadas en relación al mejor desarrollo de calidad humana. De manera similar se reportan datos registrados de aumentos en la incidencia de CCR en la ciudad de Colombia en el año de 1962 hasta el año 2007 aproximadamente, en donde los datos estadísticos no fueron tan notables sin embargo hubo el aumento, fueron de un 2,2% a un 2,6% respectivamente. Las tasas de mortalidad también tuvieron una tendencia creciente durante el último período de 10 años en los hombres costarricenses y en los hombres y mujeres brasileños (alrededor del 2% anual), mientras que en Argentina y Chile las tasas de mortalidad fueron bastante estables. Se han descrito varios patrones conflictivos dentro de la región central. y América del Sur durante las últimas dos décadas: aumentos tanto en hombres como en mujeres en Brasil, Chile y México; aumentos en hombres, pero no en mujeres en Costa Rica, Ecuador y Venezuela; disminuciones en mujeres, pero no en hombres en Argentina; disminuciones tanto en hombres como en mujeres en Argentina, Chile, México y Uruguay; o mortalidad estable tanto en hombres como en mujeres en Cuba. Las discrepancias en los patrones de mortalidad dentro de los países pueden explicarse por diferencias en la infraestructura de la unidad de salud, el respectivo tratamiento terapéutico y el difícil acceso de una atención integral, sobre todo el costo alto de la atención después del diagnóstico respectivo, así como cambios en la certificación y codificación y diferencias en los grupos de sitios de cáncer incluidos (es decir, cáncer de colon, recto, intestino) y períodos evaluados.

Los factores que también pueden explicar la variación geográfica en las tasas de CCR incluyen diferencias en la prevalencia de sobrepeso, sedentarios ya que muchas personas no realizan ningún tipo de ejercicio físico, consumo de alcohol y tabaco, alimentación inadecuada como carne (rojos y procesados) y bajo en el consumo de verduras y frutas (García, 2019). En regiones como América del Sur y Central impulsadas por el crecimiento económico, han experimentado una importante transición nutricional en los últimos años, y el aumento de peso llegando a la obesidad en el ser humano ha ido en aumento imprescindiblemente, por causa de que la alimentación está siendo deficiente

por ingesta de alimentos altos en azúcar, carbohidratos y grasas saturadas junto con mayores niveles de inactividad física (Cervantes-Peláez, 2023). Es posible que el aumento observado en las tasas de CCR desde mediados de la década de 1990 en Argentina, Brasil, Chile y Costa Rica pueda reflejar una tendencia hacia la adopción de un estilo de vida más occidentalizado y cambios en los hábitos alimentarios (Vanegas, 2020). Esto también podría explicar las elevadas tasas de CCR observadas en Uruguay, Brasil y Argentina, caracterizados por un alto consumo de carne vacuna y procesada, que contrastan con las bajas tasas de mortalidad por CCR observadas en El Salvador, Guatemala, Belice, Nicaragua, Perú, Ecuador, México, Paraguay y Surinam. Por ejemplo, México parece tener un patrón favorable para el CCR con dietas supuestamente pobres en carnes rojas y procesadas y en su lugar incluye alimentos caseros con frijoles y legumbres, productos de maíz, cereales y tomates. Por el contrario, Uruguay y Argentina tienen algunas dietas caracterizadas por una excesiva ingesta de carnes debidamente condimentadas por distribuidoras comerciales, grasas saturadas/aceites (patrones “occidentales” o del “Cono Sur”) que aumentaron el riesgo de CCR. en estudios de casos y controles. Sin embargo, es necesario realizar más estudios para comprender mejor los mecanismos subyacentes entre los patrones dietéticos y el riesgo de CCR.

Además, el efecto combinado del tabaquismo, el consumo de alcohol y la obesidad puede haber contribuido a la variación geográfica observada en el CCR. Por tanto, una mejor comprensión de estas relaciones, incluidos los patrones dietéticos, puede proporcionar información relevante sobre la etiología de esta enfermedad. Es poco probable que otros factores establecidos que aumentan el riesgo de CCR, como los antecedentes familiares de CCR y la enfermedad inflamatoria intestinal, expliquen la variación del CCR en la región porque representan menos del 1% de los casos. Casos de CCR diagnosticados en la población general. Factores protectores conocidos para el CCR, como el uso regular de aspirina y otros medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINE), anticonceptivos orales (AO) y tratamiento menopáusico con estrógeno solo. Se cree que la terapia ha desempeñado un papel en la reducción de las tasas de CCR. El mayor uso de AO y terapia menopáusica con estrógenos solos hace décadas tal vez condujo a las diferencias en el CCR observadas entre hombres y mujeres en un estudio canadiense. Aún no se ha investigado si los

cambios en los patrones de anticoncepción oral, terapia menopáusica y uso de aspirina han influido en las tasas actuales. En general, el problema de salud que genere desde forma temporal hasta de forma prolongada en variaciones en los diversos factores relacionados, la detección y la respectiva terapéutica en las tendencias del CCR representan un conjunto complejo de relaciones (Selix, 2022).

Prevención

La prevención incluye una serie de estrategias que influyan en el autocuidado del paciente creando estilos de vida saludables, por ejemplo, si el paciente tiene familiares con enfermedad colorrectal tratar de cuidar mucho más su alimentación con el fin de reducir el riesgo, el inicio de algún tipo de actividad física es un factor protector favoreciendo un índice de masa corporal adecuado (Camacho-Nájera, 2022).

En general, se acepta que en mayor parte el cáncer colorrectal evoluciona a través del origen de la presencia de masas palpables denominados pólipos de característica adenomatosa. La evidencia directa que respalda esta creencia es limitada; sin embargo, estudios indirectos han demostrado que los cánceres rara vez surgen en ausencia de pólipos adenomatosos, los pacientes que padecen de pólipos adenomatosos tienen un alto riesgo de que se produzca células malignas y la extirpación de los adenomas disminuye la incidencia posterior de cáncer colorrectal. El tiempo necesario para la transformación de un pólipo adenomatoso en cáncer localizado (es decir, el llamado "tiempo de permanencia del pólipo") y, en última instancia, en cáncer metastásico, es de gran interés en la detección del cáncer colorrectal. Este conocimiento se puede utilizar para determinar el intervalo durante el cual la detección puede ser eficaz en la prevención y detección temprana de la neoplasia colorrectal. Un panel interdisciplinario de expertos convocado originalmente por la Agencia para Políticas e Investigación de Atención Médica para establecer pautas de detección del cáncer colorrectal estimó que se necesitan un promedio de aproximadamente 10 años para que una masa de células anormales denominado pólipo adenomatoso se pueda convertir en un cáncer maligno (Camacho-Nájera, 2022)..

- **Pruebas de detección:**

Actualmente se utilizan cinco pruebas diferentes para la detección del cáncer

colorrectal. La evidencia más sólida existe para las pruebas denominada sangre oculta en las heces, por lo que según la investigación es de nivel intermedio para la sigmoidoscopia flexible y sólo evidencia indirecta apoya el uso de la colonoscopia y el enema de bario de doble contraste (Bayona, 2021).

- **Prueba sangre oculta en heces:**

El examen de sangre oculta en heces, se la utiliza debido a que en algunos casos el paciente que presenta sintomatología presenta sangrado, por lo cual se recoge una pequeña muestra de heces en un tubo recolector y se envía para respectivo análisis, se la considera menos invasiva, menos sensibilidad y el paciente refiere tener mucha confianza, sin embargo se dice que este examen es más verificable para la presencia de pólipos que para la detección de cáncer específica (Hernández, 2019). Se deben realizar más pruebas de diagnóstico mediante colonoscopia para determinar la fuente de la sangre oculta (Bayona, 2021).

- **Tacto rectal:**

Menos del 10% de los cánceres colorrectales se localizan dentro del alcance de 7 a 8 cm del dedo examinador. Las heces obtenidas durante un tacto rectal son inadecuadas, por lo tanto, no se puede determinar exactamente la presencia de sangre, por ende, no se la considera una prueba muy confiable para la realización de un correcto diagnóstico (García, 2019).

- **Sigmoidoscopia:**

El fundamento del cribado con sigmoidoscopia es que proporciona visualización directa del colon y se pueden realizar biopsias de las lesiones sospechosas. La desventaja más obvia es que examina sólo la porción del colon distal al alcance del endoscopio. Aproximadamente del se considera que del 65 al 75% de los pacientes que tienen la presencia de pólipos y del 40 al 65% de pacientes que ya padecen de cáncer colorrectales están más sujetos a realizarse una prueba con un sigmoidoscopio flexible de 60 cm. Al igual que con el examen de sangre oculta en heces, los pacientes que tienen un examen anormal pueden requerir una evaluación adicional. mediante colonoscopia (García, 2019).

- **Examen de enema de bario de doble contraste**

La evidencia sobre la utilización del enema de bario de doble contraste en la detección es limitada. Debido a que la detección de adenomas y cánceres tempranos en otros estudios de detección ha resultado en una reducción en la incidencia y mortalidad de CCR posible que el enema, que detecta muchas de

estas lesiones, sea beneficioso. No se ha estudiado bien la frecuencia con la que se debe realizar el enema de bario de doble contraste. Se ha sugerido un intervalo de 5 años basándose en el tiempo estimado de permanencia de los pólipos de 10 años y las características de rendimiento del enema de bario de doble contraste, que se sabe que es menos sensible para detectar pólipos adenomatosos más pequeños (García, 2019).

- **Colonoscopia**

La colonoscopia puede detectar tanto pólipos como cánceres, aunque es menos precisa cuando las lesiones son pequeñas. En estudios que evalúan el desempeño de la colonoscopia, se ha demostrado que se pasa por alto el 15% de los pólipos pequeños, pero pocos pólipos grandes. Los resultados falsos positivos son raros, pero alrededor de un tercio de los pólipos extirpados no son adenomatosos. La confiabilidad colonoscópica es de aproximadamente el 96,7% para CCR y del 85% para la presencia de pólipos de tamaño grande y del 78,5% para la presencia de pólipos pequeños. Con base en el origen fisiopatológico en relación con la historia natural de la patología y la alta precisión de la colonoscopia en la detección de pólipos, se ha sugerido que un intervalo de detección de 10 años sería protector (Camacho-Nájera, 2022).

Recomendaciones de detección de riesgo promedio

Las personas con riesgo promedio deben comenzar el tamizaje de CCR a partir de los 45 años de edad, sin embargo, otras literaturas exponen a partir de los 50 años de edad, el inicio de las pruebas es con un examen de sangre oculta en heces cada año y una sigmoidoscopia cada 5 años respectivamente, una combinación de estas pruebas realizadas en sus respectivos intervalos o mediante una colonoscopia cada 10 años. La decisión sobre qué modalidad de detección utilizar debe autónoma por el paciente y explicada por el profesional de salud con sus riesgos y beneficios. Los factores para considerar son la disponibilidad de médicos capacitados y competentes para realizar el examen, así como el costo y la aceptabilidad del paciente (Torrecillas-Torres & Cervantes Sánchez, 2022).

Cualquier examen de detección que se realice y que los resultados sean anormales debe ser seguida por una colonoscopia para evaluación diagnóstica. Se debe considerar la posibilidad de realizar una colonoscopia virtual complementaria o también un enema de bario para aquellos en quienes la

colonoscopia no es completa, es decir, hasta el ciego. Los antecedentes familiares de adenomas o cáncer colorrectales elevan el nivel de riesgo más allá del de la población general. Para esta cohorte, la detección generalmente debe iniciarse lo más pronto posible es decir desde los 40 años, con el fin de prevenir complicaciones en el momento del diagnóstico de cáncer. Muchos médicos también recomendarían la colonoscopia en lugar de otras modalidades en este contexto. (Camila D Muzi 1, 2023)

Tratamiento y cuidados

Los tratamientos para el cáncer colorrectal se basan en el tipo y la progresión del cáncer y en el historial médico de la persona. La detección temprana del cáncer colorrectal puede conducir a mejores tratamientos y resultados (Torrecillas-Torres & Cervantes Sánchez, 2022). Los tratamientos incluyen:

- Cirugía
- Radioterapia (radiación)
- Quimioterapia
- Terapia dirigida
- Inmunoterapia.

El tratamiento quirúrgico se debe utilizar siempre y cuando el cáncer aun no haya realizado metástasis es decir se haya dispersado en otros órganos del cuerpo humano. Por otro lado, la radioterapia y la quimioterapia son indispensables para la reducción del tumor. Los médicos de varias disciplinas a menudo trabajan juntos para brindar tratamiento y atención a personas con cáncer colorrectal (Torrecillas-Torres & Cervantes Sánchez, 2022).

La atención de apoyo es importante para las personas con cáncer colorrectal. El objetivo primordial es poder mejorar la sintomatología, dar alivio al dolor producido y sobre todo brindar atención integral al paciente y la familia todo esto ayuda a preservar el estado de salud (Cervantes-Peláez, 2023).

CAPITULO 4. APLICACIÓN METODOLÓGICA

4.1 Diseño de estudio o tipo de estudio

4.1.1 Tipo de investigación

Esta investigación tiene un enfoque cuali-cuantitativo porque ayudó a determinar el origen del problema de manera detallada con la aplicación de un instrumento de investigación con la población específica, recolección de información, análisis de resultados e interpretación de los mismos.

4.1.2 Tipo de estudio

El proyecto tiene un diseño no experimental transaccional, con un enfoque descriptivo porque permite recopilar la información sobre el nivel de conocimiento e identificar factores que pueden influir en el diagnóstico tardío de la enfermedad y transversal ya que se refiere a un momento en específico. Se utilizó como diagnóstico la matriz del marco lógico por su utilidad para gestión del ciclo del proyecto, para estructurar y formular mejor las ideas, traducirlas en un esquema claro y preciso de realización y así mejorar la calidad de las propuestas; dado que cada institución se puede enfrentar a cambios, este instrumento tiene capacidad de adaptación en función de la evolución de las circunstancias. **(Anexo número 4)**

4.1.3 Unidad de análisis

Pacientes mayores de 34 años de edad con diagnóstico de cáncer colorrectal.

4.1.4 Universo y muestra

El universo de estudio estuvo constituido por 56 pacientes con diagnóstico establecido de cáncer colorrectal obtenidos sus datos mediante el análisis previo en el comité de tumores, los cuales se atienden en el hospital Oncológico Julio Villacreses Colmont Solca, Portoviejo. Para la muestra se utilizó un tipo de muestreo probabilístico por conglomerados, ya que a través del análisis estadístico del comité de tumores se pudo obtener la lista de los pacientes con este diagnóstico

4.1.5 Área de estudio: El lugar específico fue en el hospital Oncológico Julio Villacreses Colmont Solca, la capital de Portoviejo en la provincia de Manabí, del área de consulta externa.

4.1.6. Criterios de inclusión y exclusión

Criterio de inclusión: Se incluyó a todos los pacientes diagnosticados de cáncer

colorrectal, que estuvieron presentes el día de la aplicación del pre test, el día de la intervención, así como también el día que se aplicó del post test.

Criterio de exclusión: Se excluyó a todos los pacientes que no permitan el uso de su información respecto a su estado de salud y a los que no portan este tipo de cáncer en estudio que han sido previamente establecidos mediante el análisis del comité de tumores.

4.2 Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal	Se incluye a los pacientes con diagnóstico establecido mediante el análisis del comité de tumores	56 pacientes de comité tumoral	Historia clínica	Cualitativa
Conocimiento sobre la detección temprana de cáncer colorrectal	Conocimientos adquiridos sobre alimentación saludables, pruebas de detección y prevención.	Conocer sobre las preguntas planteadas en la encuesta.	-Encuesta (pretest y postest) -Revisión de artículos científicos.	Cuali-Cuantitativa

Nota: En la presenta tabla se evidencia la operacionalización de las variables en estudio, elaborado por autoría propia.

4.3 Instrumento de investigación

Los instrumentos de investigación fueron:

- ✓ **Encuesta**
- ✓ **Consentimiento informado**

La encuesta realizada fue elaboración propia del autor, sin embargo, fue revisada, y validada por 3 profesionales de salud especialistas en cirugía oncológica, con años de experiencia en el tratamiento de pacientes con cáncer

colorrectal. Consta de 5 preguntas de conocimiento con 5 opciones de respuestas deductivos.

El consentimiento informado fue elaborado por la estudiante de la Universidad de las Américas, en la cual se describió el nombre del proyecto y la finalidad que fue la obtención del título de maestría en salud pública, dirigida a la jefa de Enfermería del Hospital Oncológico Julio Villacreses Colmont Solca para la autorización correspondiente para el manejo de la historia clínica de los pacientes, respetando la privacidad y salvaguardando la confidencialidad.

4.4 Obtención y análisis de la información.

Recolección de datos

Dentro del desarrollo de todo el proyecto, la información de evidencia respaldada fue acogida de diferentes bases de datos de carácter científico por lo que cumplen una serie de criterios para la respectiva aprobación de veracidad, por ejemplo el acceso respectivo a uno de los códigos de verificación como el código DOI o código ISBN, las páginas donde mayormente se filtró la información fueron Redalyc, Scielo, Revista Polo, Dialnet, Eric, y se hizo una complementación con repositorio Udla, otro de los criterios muy fundamentales es el rango de tiempo estimado con el fin de tener una información actualizada, por lo tanto el periodo estimado es del 2019 hasta el presente año 2024.

RESULTADOS

Tabla 2

PREGUNTA 1. Análisis de resultados pretest y postest según el indicador ¿señale la definición del cáncer colorrectal?

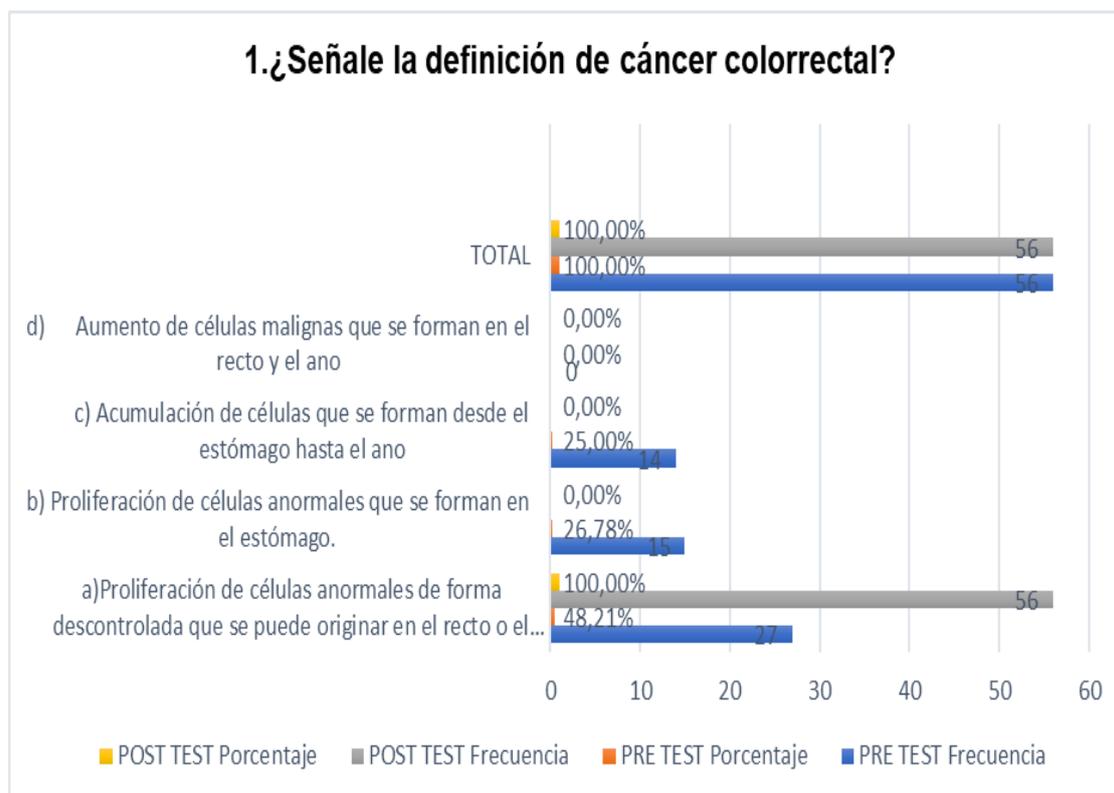
	PRE TEST		POSTEST	
1. ¿Señale la definición del cáncer colorrectal?				
a). Proliferación de células anormales de forma descontrolada que se puede originar en el recto o en el colon.	27	48,21%	56	100,00%
b) Proliferación de células anormales que se forman en el estómago.	15	26,78%	0	0,00%
c) Acumulación de células que se forman desde el estómago hasta el ano.	14	25,00%	0	0,00%

d)Aumento de células malignas que se forman en el recto y el ano.	0	0,00%	0	0,00%
Total	56	100,00%	56	100,00%

Nota: En la presenta tabla se observa la diferencia significativa de los resultados del pretest y postest.

Ilustración 1

Pregunta 1. Evidencia de resultados pretest y postest según el indicador ¿Señale la definición del cáncer colorrectal?



ANÁLISIS: La aplicación que se realizó (pretest) dio resultados que, de los 56 pacientes encuestados, que a su vez corresponde el 100%, el 48,21% marcaron que el cáncer colorrectal es la proliferación de células anormales que se forman de forma descontrolada en el recto o colon, el 26,78% que es la proliferación de células anormales que se forman en el estómago, el 25,00% es la acumulación de células que se forman desde el estómago hasta el ano. Cabe recalcar que después de la intervención educativa (postest) los resultados tienen una gran significancia y diferencia ya que las 56 pacientes que corresponden al 100%, el 100,00% dijeron que el cáncer colorrectal es la Proliferación de células anormales de forma descontrolada que se puede originar en el recto o en el colón

Tabla 3

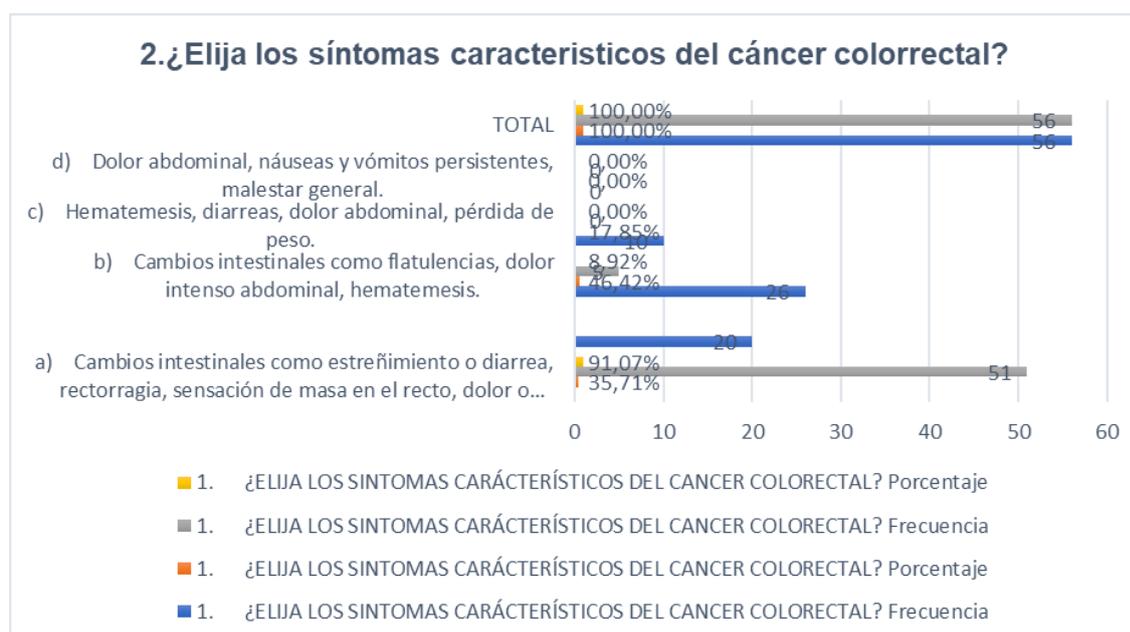
Pregunta 2: Análisis de resultados pretest y postest según el indicador ¿Elija los síntomas característicos del cáncer colorrectal?

1. ¿Elija los síntomas característicos del cáncer colorrectal?	PRE TEST		POST TEST	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
a) Cambios intestinales como estreñimiento o diarrea, rectorragia, sensación de masa en el recto, dolor o distensión abdominal, pérdida de peso.	20	35,71%	51	91,07%
b) Cambios intestinales como flatulencias, dolor intenso abdominal, hematemesis.	26	46,42 %	5	8,92%
c) Hematemesis, diarreas, dolor abdominal, pérdida de peso.	10	17,85 %	0	0,00 %
d) Dolor abdominal, náuseas y vómitos persistentes, malestar general.	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	56	100,00%	56	100,00%

Nota: En la presenta tabla se observa la diferencia significativa de los resultados del pretest y postest referente a las características del cáncer colorrectal, información recogida de la encuesta aplicada y elaborada por autoría propia.

Ilustración 2

Pregunta 2: Evidencia de resultados pretest y postest según el indicador ¿Elija los síntomas característicos del cáncer colorrectal?



ANÁLISIS: La aplicación que se realizó (pre test) dio resultados que, de los 56 pacientes encuestadas, que a su vez corresponde el 100%, el 35,71% dijeron que los síntomas característicos del cáncer colorrectal son los cambios intestinales como estreñimiento o diarrea, rectorragia, sensación de masa en el recto, dolor o distensión abdominal, pérdida de peso, el 46,42% son los cambios intestinales como flatulencias, dolor intenso abdominal, hematemesis, el 17,85% son la Hematemesis, diarreas, dolor abdominal, pérdida de peso. Cabe recalcar que después de la intervención educativa (postest) los resultados tienen una gran significancia y diferencia ya que los 56 pacientes que corresponden al 100%, el 91,07% dijeron que los síntomas principales del cáncer colorrectal son los cambios intestinales como estreñimiento o diarrea, rectorragia, sensación de masa en el recto, dolor o distensión abdominal, pérdida de peso y solo un que 8,92% dijeron que son los cambios intestinales como flatulencias, dolor intenso abdominal, hematemesis, dando notables resultados y satisfactorios gracias a la intervención realizada.

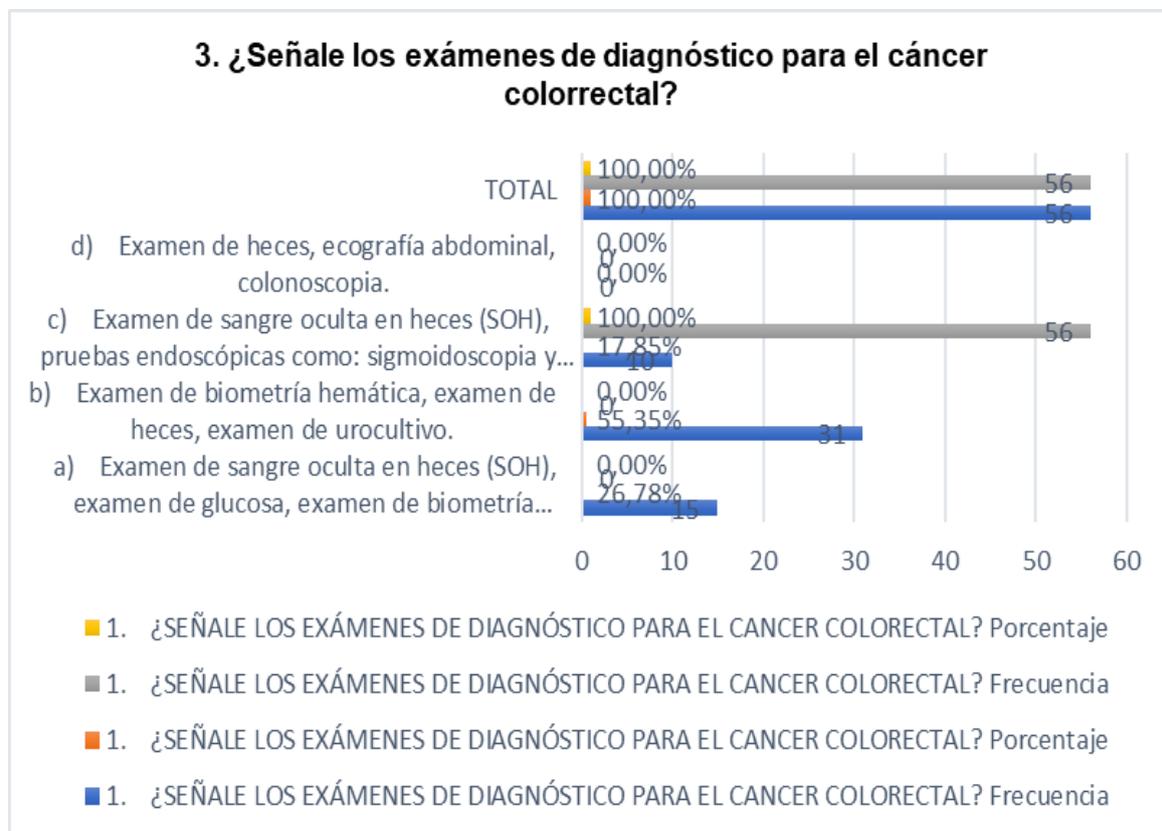
Tabla 4

Pregunta 3: Análisis de resultados pretest y postest según el indicador ¿Señale los exámenes de diagnóstico para el cáncer colorrectal?

	PRE TEST		POST TEST	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
2. ¿Señale los exámenes de diagnóstico para el cáncer colorrectal?				
a) Examen de sangre oculta en heces (SOH), examen de glucosa, examen de biometría hemática.	15	26,78%	0	0,00%
b) Examen de biometría hemática, examen de heces, examen de urocultivo.	31	55,35%	0	0,00%
c) Examen de sangre oculta en heces (SOH), pruebas endoscópicas como: sigmoidoscopia y colonoscopia, examen de imagen: colonografía.	10	17,85%	56	100,00%
d) Examen de heces, ecografía abdominal, colonoscopia.	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	56	100,00%	56	100,00%

Ilustración 3

Pregunta 3: Evidencia de resultados pretest y postest según el indicador ¿Señale los exámenes de diagnóstico para el cáncer colorrectal?



ANÁLISIS: La aplicación que se realizó (pre test) dio resultados que, de los 56 pacientes encuestados, que a su vez corresponde el 100%, el 26,78% marcaron que el examen de diagnóstico de cáncer colorrectal son el examen de sangre oculta en heces (SOH), examen de glucosa, examen de biometría hemática, el otro 55,35% marco que son el examen de biometría hemática, examen de heces, examen de urocultivo, el 17,85% señaló que es el examen de sangre oculta en heces (SOH), pruebas endoscópicas como: sigmoidoscopia y colonoscopia, examen de imagen: colonografía. Cabe recalcar que después de la intervención educativa (postest) los resultados tienen una gran significancia y diferencia ya que, de 56 pacientes, el 100,00% respondió que el examen diagnóstico fundamental son el examen de sangre oculta en heces (SOH), pruebas endoscópicas como: sigmoidoscopia y colonoscopia, examen de imagen: colonografía, por lo que se evidencia mejora de conocimientos significativos.

Tabla 5

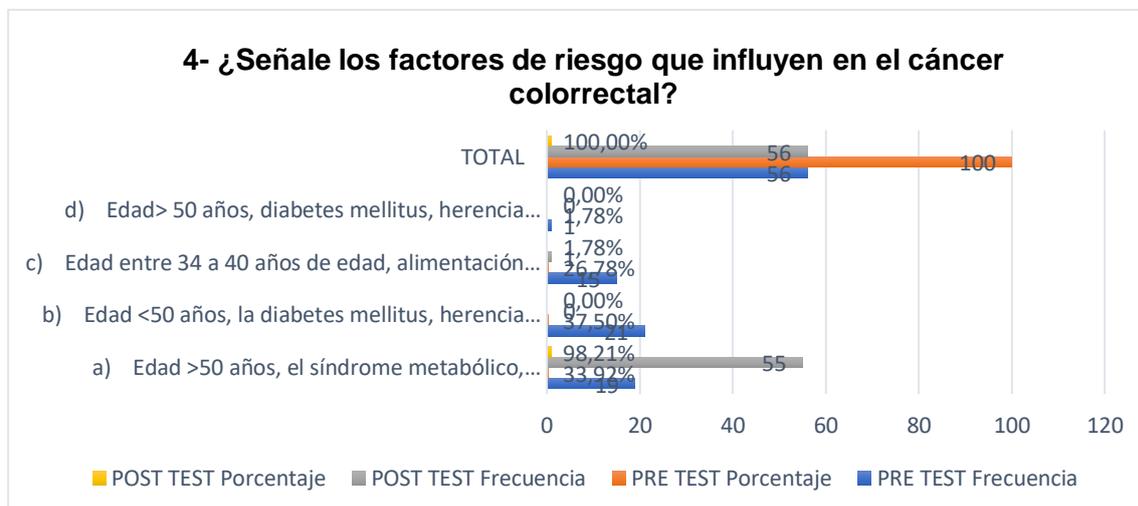
Pregunta 4: Análisis de resultados pretest y postest según el indicador ¿Señale los factores de riesgo que influyen en el cáncer colorrectal?

3. ¿Señale los factores de riesgo que influyen en el cáncer colorrectal?	PRE TEST		POST TEST	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
a) Edad >50 años, el síndrome metabólico, herencia, enfermedad inflamatoria intestinal, historial de irradiación, alimentación inadecuada: consumo excesivo de carnes rojas y procesadas, sedentarismo, consumos de sustancias: alcohol, entre otras.	19	33,92%	55	98,21%
b) Edad <50 años, la diabetes mellitus, herencia familiar, obesidad, test blanco.	21	37,5%	0	0,00%
c) Edad entre 34 a 40 años de edad, alimentación deficiente: consumo excesivo de grasas.	15	26,78 %	1	1,78%
d) Edad > 50 años, diabetes mellitus, herencia familiar, alimentación alta en grasas y carbohidratos.	1	1,78%	0	0,00 %
TOTAL	56	100,00	56	100,00%

Nota: Según la tabla se evidencia la diferencia de resultados de pretest y postest.

Ilustración 4

Pregunta 4: Evidencia de resultados pretest y postest según el indicador ¿Señale los factores de riesgo que influyen en el cáncer colorrectal?



ANÁLISIS: La aplicación que se realizó (pre test) dio resultados que, de los 56 pacientes encuestados, que a su vez corresponde el 100%, el 33,92% marcaron que los factores que influyen en el cáncer colorrectal son la Edad >50 años, el síndrome metabólico, herencia, enfermedad inflamatoria intestinal, historial de irradiación, alimentación inadecuada: consumo excesivo de carnes rojas y procesadas, sedentarismo, consumos de sustancias: alcohol, entre otras, el 37,5% son la Edad <50 años, la diabetes mellitus, herencia familiar, obesidad, test blanco, el 26,78% Edad entre 34 a 40 años de edad, alimentación deficiente: consumo excesivo de grasas y el 1,78% señaló que son la Edad > 50 años, diabetes mellitus, herencia familiar, alimentación alta en grasas y carbohidratos. Cabe recalcar que después de la intervención educativa los resultados tienen una gran significancia y diferencia ya que de los 56 pacientes que corresponden al 100%, el 98,21% que corresponden a 55 pacientes marcaron que los factores que riesgo para que se origine el cáncer colorrectal son la Edad >50 años, el síndrome metabólico, herencia, enfermedad inflamatoria intestinal, historial de irradiación, alimentación inadecuada: consumo excesivo de carnes rojas y procesadas, sedentarismo, consumos de sustancias: alcohol, entre otras. Por último, solo el 1,78% que corresponde a 1 paciente marcaron que son la edad entre 34 a 40 años de edad, alimentación deficiente: consumo excesivo de grasas, dando como resultados satisfactorios gracias a la intervención realizada.

Tabla 6

Pregunta 5: Análisis de resultados pre test y postest según el indicador

¿Señale las medidas terapéuticas adecuadas para prevenir el cáncer colorrectal?

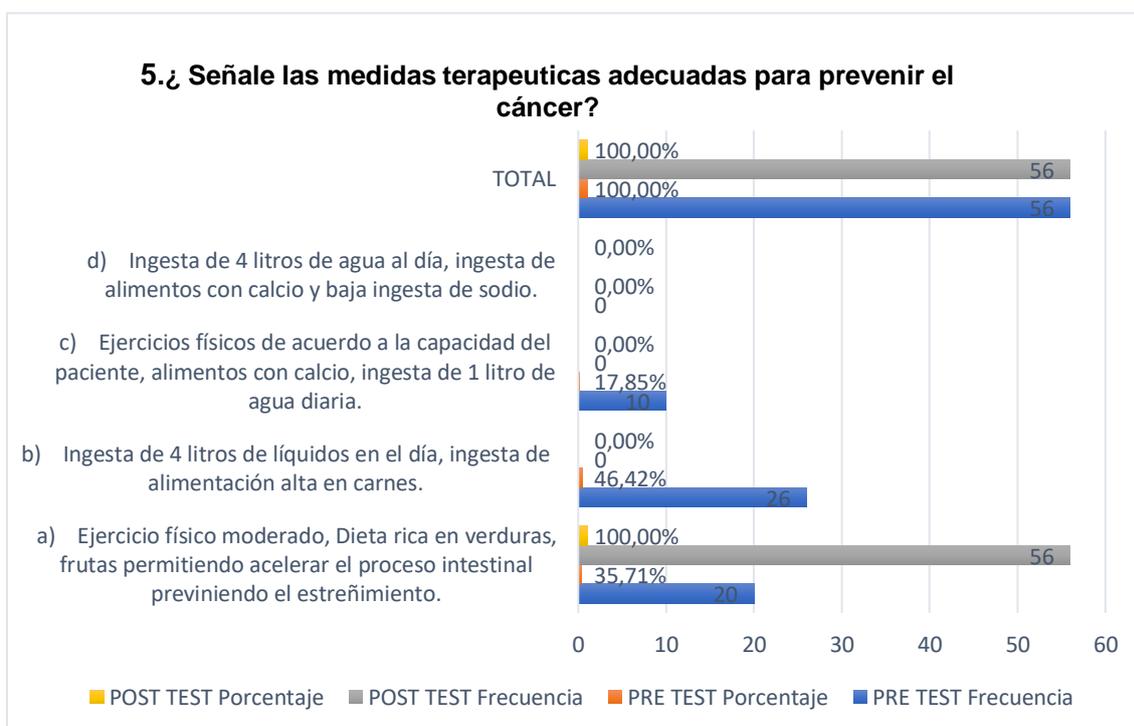
	PRE TEST		POST TEST	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
4. ¿Señale las medidas terapéuticas adecuadas para prevenir el cáncer colorectal?				
a) Ejercicio físico moderado, Dieta rica en verduras, frutas permitiendo acelerar el proceso intestinal previniendo el estreñimiento.	20	35,71 %	56	100,00%
b) Ingesta de 4 litros de líquidos en el día, ingesta de alimentación alta en carnes.	26	46,42 %	0	0,00%

c) Ejercicios físicos de acuerdo a la capacidad del paciente, alimentos con calcio, ingesta de 1 litro de agua diaria.	10	17,85 %	0	0,00%
d) Ingesta de 4 litros de agua al día, ingesta de alimentos con calcio y baja ingesta de sodio.	0	0,00 %	0	0,00%
TOTAL	56	100,00%	56	100,00%

Nota: En la presente tabla se observa la diferencia significativa de los resultados del pretest y postest referente las medidas terapéuticas para prevenir el cáncer colorrectal, información recogida de la encuesta aplicada a los participantes y fue elaborada por autoría propia.

Ilustración 5

Pregunta 5: Evidencia de resultados pre test y postest según el indicador ¿Señale las medidas terapéuticas adecuadas para prevenir el cáncer colorrectal?



ANÁLISIS: La aplicación que se realizó (pretest) dio resultados que, de los 56 pacientes encuestados, que a su vez corresponde el 100%, el 35,71% marcaron que las medias de tratamiento para prevenir el cáncer colorrectal son el ejercicio físico moderado, dieta rica en verduras, frutas y verduras permitiendo acelerar el proceso intestinal previniendo el estreñimiento, mientras que el 46,42%, señaló que es mejor Ingesta de 4 litros de líquidos en el día, ingesta de alimentación alta en carnes, el 17,85% señaló los ejercicios físicos de acuerdo a la capacidad

del paciente, alimentos con calcio, ingesta de 1 litro de agua diaria. Cabe recalcar que después de la intervención educativa los resultados tienen una gran significancia y diferencia ya que los 56 pacientes que corresponden al 100%, el 100,00 % dijeron que para prevenir el cáncer colorrectal es importante tener en cuenta una serie de estrategias saludables como mantener el ejercicio físico moderado, una dieta rica en verduras, frutas y verduras permitiendo acelerar el proceso intestinal previniendo el estreñimiento, por lo que logró mejorar los conocimientos previos de los pacientes.

DISCUSIÓN

Luego del seguimiento respectivo del análisis del postest respecto al conocimiento de las GABA, se evidenció un estudio efectuado en la revista científica la Gaceta mexicana de oncología publicada en el año 2022 por Torres y otros, expresan “Pautas para el diagnóstico del cáncer colorrectal”, los resultados fueron que la colonoscopia es el examen clave para diagnosticar ya que se considera un estudio que brinda seguridad y efectividad y también para el tratamiento precoz de tumores que se determinen premalignos, neoplasias grado 1 o neoplasia en estadios crónicos, la fiabilidad de la prueba es del 94,7% respectivamente y disminuye la tasa de muerte de CCR entre un 58 a un 65% aproximadamente (Torrecillas-Torres & Cervantes Sánchez, 2022).

De acuerdo a un artículo científico por el autor Leopoldo en el año 2021, expone su estudio “titulado Investigación formativa para el diseño e implementación de una estrategia para aumentar el rastreo de cáncer colorrectal en el ámbito laboral en Argentina” tuvo el objetivo de implementar una herramienta a través de una intervención con la finalidad de incrementar una adhesión a la realización de exámenes diagnósticos como el test de sangre y la colonoscopia, se eligió un método cualitativo, se realizó la entrevista a 10 participantes mayores de 50 años, jefes responsables de cada área de la unidad de salud oncológica. La intervención efectuada fue la implementación de una campaña donde se sensibilizó a través de charlas educativas de promoción y prevención. Los resultados fueron que los participantes expusieron que las pruebas para detección temprana de tumor en etapa inicial fue la colonoscopia y el test de sangre en heces, bajo la prescripción de su médico especialista, sin embargo, señalaron que la video colonoscopia también se utiliza, pero tienen dudas respecto a la fiabilidad de resultados

(Leopoldo, 2021).

Los resultados de estas investigaciones tienen similitud con el trabajo que se realizó ya que **según la tabla 4, pregunta número 3 Señale cuales son los exámenes de diagnóstico para el cáncer colorrectal**, en el (pre test) dio resultados que, de los 56 pacientes encuestados, que a su vez corresponde el 100%, el 26,78% marcaron que el examen de diagnóstico de cáncer colorrectal son el examen de sangre oculta en heces (SOH), examen de glucosa, examen de biimetría hemática, el otro 55,35% marco que son el examen de biimetría hemática, examen de heces, examen de urocultivo. Cabe recalcar que después de la intervención educativa y la solución respecto a las inquietudes que se generaron se aplicó el postest los resultados tienen una gran significancia y diferencia ya que los 56 pacientes que corresponden al 100%, el 100,00% respondió que el examen diagnóstico fundamental son el examen de sangre oculta en heces (SOH), pruebas endoscópicas como: sigmoidoscopia y colonoscopia, examen de imagen: colonografía, por lo que se evidencia mejora de conocimientos significativos. Por lo cual tienen relevancia la fundamentación de Torres y Leopoldo.

Respecto a medidas de prevención de CCR se evidenció un artículo científico por Arellano en el año 2021, expone un estudio realizado en la cual tuvieron como objetivo primordial implementar un método de enseñanza de nutrición enfocado a paciente con edad mayor de 50 años con la finalidad de mejorar los hábitos de alimentación y a su vez prevenir el cáncer colorrectal desde el primer nivel de atención en salud, en el centro de Salud del Barrio “La Almorzara”, los resultados obtenidos fueron, reflejar la importancia de una ingesta alta de verduras cocinadas y crudas, frutas y proteínas disminuyen al menos el riesgo de un 11% respectivamente en CCR, sin embargo también la ingesta de calcio ayuda en un 19% y el consumo de carbohidratos en porciones adecuadas como arroz integral, papá, grasas poliinsaturadas beneficia en un 40%, respecto a los estilos de vida, se enseñó respecto a prevenir el consumo de tabaco y mantener actividad física al menos 40 min diarios previniendo el sobrepeso (Portugal, Otal Agut, Barbero Martinez, Garcia Navarro, & Martinez Vela , 2021).

Los resultados de la investigación tienen similitud con mi estudio ya que

se aplicó una campaña educativa en la cual se aplicó un (pre test), **según la tabla N°6 pregunta número 5 respecto a las medidas terapéuticas adecuadas para prevenir el cáncer colorrectal** dio resultados que, de los 56 pacientes encuestados, que a su vez corresponde el 100%, el 46,42%, señaló que es mejor la ingesta de 4 litros de líquidos en el día, ingesta de alimentación alta en carnes. Cabe recalcar que después de la intervención educativa los resultados tienen una gran significancia y diferencia ya que los 56 pacientes que corresponden al 100%, el 100,00 % dijeron que para prevenir el cáncer colorrectal es importante tener en cuenta una serie de estrategias saludables cómo mantener una dieta rica en verduras, frutas y verduras permitiendo acelerar el proceso intestinal previniendo el estreñimiento y mantener una actividad física por lo que se logró mejorar los conocimientos previos de los pacientes. De esta forma, queda justificada la importancia de los hábitos saludables como alimentación nutritiva, actividad física, control preventivo en cuanto a exámenes de diagnóstico para evitar complicaciones y con ello reducir la morbimortalidad.

De acuerdo a la hipótesis planteada: realizarse exámenes de cribado desde los 45 años de edad, puede detectar el cáncer de recto en estadios tempranos y prevenir la progresión de estos, además el mantener un estilo de vida saludable puede evitar la aparición de esta patología en particular. Tiene relación con el estudio de Mendoza ya que expone que evaluó una población de origen australiano donde evidenció la importancia de que los pacientes que tenían familiares con antecedentes de CCR se realizaban exámenes diagnósticos para tener una detección temprana y evitar la aparición de complicaciones, así mismo estaban mayormente informados respecto a los factores de riesgo y por ende participaban a menudo en las pruebas de tamizaje (Pérez, 2019).

Así mismo expone que incluir el ejercicio diario, mantener un índice de masa corporal adecuado según peso y la talla del paciente, una alimentación balanceada enfocada en nutrición, ayuda a la disminución de riesgo de CCR (Pérez, 2019).

4.4 PROPUESTA DE SOLUCIÓN

Descripción de la propuesta

El enfoque de la propuesta de solución está direccionado bajo 3 fases, la etapa

de planificación, la de implementación o ejecución y la etapa de realización.

1. PLANIFICACIÓN

Se proyectó el tema y el objetivo planteado con una finalidad alcanzable y medible, por lo tanto, se desglosarán los siguientes recursos:

1. Recursos humanos: Se refiere a los participantes que realizan el estudio, en este caso el autor del trabajo, es decir el médico.

2. Recursos materiales: Incluye las sillas, mesa, pizarra, marcador para exposición, revisión de base de datos científica para elaboración de marco teórico y de encuesta.

3. Infraestructura: Hospital Oncológico Julio Villacreses Colmont Solca

4. Tiempo:

- ✚ 2 horas cada sesión, en total se realizó dos sesiones de 09h am a 11h00 am.

- ✚ Fechas estipuladas 10 de junio y 11 de junio del 2024

5. Presupuesto: El total de gastos económicos invertidos con el fin de lograr resultados positivos, el monto total fue de 100\$ dólares.

La capacitación de los participantes se ejecutará a través de la exhibición de carteles y volantes de información en el área de consulta de comité tumorales del Hospital Oncológico, en este caso se les llamará a través del teléfono respecto a la charla educativa y para confirmación de la asistencia, se tuvo un total de 56 participantes por lo cual se logró crear un espacio de privacidad y sobre todo confidencialidad. Los conocimientos impartidos serán mediante imágenes gráficas y palabras claves y sencillas donde el participante le sea de fácil comprensión. Para el registro de la evidencia, al finalizar quedará una hoja con la asistencia de cada participante respectivo.

2. EJECUCIÓN

Se desglosaron dos sesiones:

- ***PRIMERA SESIÓN: Todo referente al cáncer colorrectal***

Se empezó con la presentación del médico, este caso el creador del trabajo de titulación, luego los pacientes debían presentarse por su nombre, edad, profesión y el motivo por la cual decidieron asistir.

Por consiguiente, se dio a conocer una breve presentación e introducción respecto a la intervención, y se entregó una encuesta (pretest) para poder evaluar los conocimientos previos que tienen los pacientes respecto al CCR.

Luego para finalizar, terminada la introducción, con ayuda del sistema power point se dio a conocer unas diapositivas con palabras claves respecto al concepto, factores de riesgo, sintomatología, exámenes de diagnóstico, tratamiento terapéutico y medidas preventivas de cáncer colorrectal.

Una vez finalizada la presentación y respectiva introducción, se realizará la presentación de diapositivas presentadas en Power Point, y se expondrán las siguientes conceptualizaciones cómo concepto de la enfermedad, las tasas de incidencia, las causas o factores de riesgo, la sintomatología, el respectivo tratamiento, exámenes complementarios y sobre todo y más importantes las medidas de prevención para evitar complicaciones futuras.

- ***SEGUNDA SESIÓN: Medidas generales para el mantenimiento de una dieta saludable.***

Este iniciará con una conferencia diálogo en la cual los participantes puedan expresar sus ideas, inquietudes y aspectos positivos y negativos respecto al tema. Es de suma importancia recalcar la alimentación que ingiere, ya que se resalta que es un factor predominante, por lo tanto, los pacientes expresaron la forma en la que se alimentan. Entre las medidas preventivas se dio a conocer alimentos saludables como, por ejemplo: verduras al vapor, frutos secos, proteínas como carne de pavo, carne de pollo, carbohidratos como arroz integral, papa, plátano, jugos de zumo natural, jugos sin azúcar, 3 litros de agua diarios, entre otras.

3. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Para la respectiva evaluación se entregó la misma encuesta con la que se evaluó al inicio del programa (postest) con la finalidad de poder valorar si la intervención educativa que se realizó tuvo resultados positivos, es decir poder analizar si los conocimientos de los pacientes mejoraron a través de las charlas impartidas. De esta forma además de evaluar si los conocimientos mejoraron, se podrá identificar los cambios de estilos de vida de los pacientes y así lograr concluir con los objetivos que plantearon.

El monitoreo del proyecto quedará a cargo del coordinador de residentes de la institución, para que así cada 6 meses un grupo de médicos residentes designados por el coordinador a cargo realizará esta charla y así mismo la evaluación previa y post respectiva para el análisis de esta misma población, valorando en conjunto con el comité de tumores la lista de los pacientes diagnosticados con este tipo de cáncer hasta la fecha previa a la nueva valoración.

CONCLUSIONES

- ✚ La aplicación del instrumento pretest fue la pieza fundamental para lograr identificar el conocimiento respecto a CCR por lo que se evidenció baja educación en salud, sin embargo, alta predisposición por parte de los participantes por mejorar sus conocimientos previos.
- ✚ Se concluye que gracias a la intervención implementada dirigida a concienciación en salud se lograron cubrir las necesidades substanciales respecto a salud de los pacientes, ya que se resolvieron todas las inquietudes referentes al tema, favoreciendo una comunicación asertiva en relación médico paciente, logrando una mejor adherencia del tratamiento específico y así la prevención de morbilidad de CCR.
- ✚ Gracias al postest los pacientes que participaron tienen la capacidad de identificar cuáles son los alimentos que necesitan aportar en su régimen alimentario para reducir el riesgo de CCR, los factores de riesgo y los exámenes de diagnóstico como método preventivo.

RECOMENDACIONES

- ✚ El cáncer colorrectal, es una patología que afecta primordialmente la capacidad de desenvolvimiento de la persona que realizaba sus actividades diarias normales, por lo tanto, el apoyo de la familia es sustancial en el autocuidado, así como también la atención que brinda el personal de salud, por ellos se recomienda realizar actividades de atención integral para que las intervenciones sean rehabilitadores y ayuden al mejoramiento de salud del paciente.
- ✚ Se recomienda que se siga implementando la concienciación de charlas educativas de manera directa con los pacientes diagnosticados y con aquellos pacientes que están sanos con el fin de prevenir el origen de la patología y a su vez futuras complicaciones, con el fin de seguir disminuyendo la incidencia de CCR.

Cronograma de proyecto de titulación

Tabla 7

Cronograma de proyecto de titulación

ACTIVIDADES	ABRIL	MAYO	JUNIO
1. Idea de la temática.	05/04/24		
2. Planteamiento del tema y objetivo.		05/05/24 12/05/24	
3. Presentación del primer borrador.		20/05/24	
4. Corrección de objetivos.		12/05/24	
5. Realización de encuestas.		18/12/24	
6. Realización de oficio para intervención.			05/06/24
7. Revisión de encuesta.			01/06/24 03/06/24 05/06/24
8. Corrección de encuestas.			06/06/24
9. Presentación del segundo borrador		26/05/2024	
10. Aplicación de encuesta.			11/06/24
11. Presentación del proyecto.			23/06/24
12. Presentación de oficio e intervención en la unidad de salud			05/06/24
12. Entrega del proyecto final.			27/06/24

Referencias

- Pooni, A., Schmocker, S., Brown, C., MacLean, A., Williams, L., Baxter, N. N., Simunovic, M., Liberman, A. S., Drolet, S., Neumann, K., Jhaveri, K., Kirsch, R., & Kennedy, E. D. (2020). The Canadian Partnership Against Cancer Rectal Cancer Project: Protocol for a Pan-Canadian, Multidisciplinary Quality Improvement Initiative to Optimize the Quality of Rectal Cancer Care. *JMIR research protocols*, *9*(1), e15535. <https://doi.org/10.2196/15535>
- Bayona, L., Acra Tolari, R., Mendoza Valiente, C., & Estrella Vargas, M. (2021). Efectividad del test de sangre oculta en heces por inmunohistoquímica para el tamizaje de lesiones colónicas: serie de casos. *Ciencia Y Salud*, *5*(2), 139–148. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8289757>
- Camacho-Nájera, M., Armienta-Sarabia, R., Hernández-Gómez, M. E., Medel-Infante, M., Beltrán-Ortega, C., Tapia-Morales, E. A., Camacho-Nájera, M., Armienta-Sarabia, R., Hernández-Gómez, M. E., Medel-Infante, M., Beltrán-Ortega, C., & Tapia-Morales, E. A. (2020). Detección de cáncer colorrectal por colonoscopia: Resultados de 1 año de reportes histopatológicos. *Endoscopia*, *32*, 110–115. <https://doi.org/10.24875/end.m20000214>
- Muzi, C. D., Banegas (2023). Colorectal cancer disparities in Latin America: Mortality trends 1990-2019 and a paradox association with human development. *National library of medicine*, *18*(8):e0289675.
- The International Agency for Research on Cancer (IARC). (2022). *Global Cancer Observatory*. Gco.iarc.fr. <https://gco.iarc.fr/en>
- Cervantes-Peláez, D., Thompson-Martinez, Y., Maestre-Ramos, O. M., Escalona-Sánchez, Y., González-Basulto, M. J., Bembibre-Mozo, D., Cervantes-Peláez, D., Thompson-Martinez, Y., Maestre-Ramos, O. M., Escalona-Sánchez, Y., González-Basulto, M. J., & Bembibre-Mozo, D. (2023). Caracterización del cáncer de colon en pacientes operados en el servicio de Coloproctología de Camagüey. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, *27*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552023000100028
- Calidad oncológica en cirugía del cáncer de recto. (2018). *REVISTA MEDICA DEL URUGUAY*, *34*(2). <https://doi.org/10.29193/rmu.34.2.3>
- Díaz, Grissel Utrera, Rodríguez, Lianet Pérez, & Yanes, Pedro Toledo. (2021). Cáncer colorrectal: factores de riesgo en pacientes mayores de 50 años en Cienfuegos. *Revista Finlay*, *11*(3), 272-278. Epub 30 de septiembre de 2021. Recuperado en 29 de junio de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342021000300272&lng=es&tlng=es.
- Umpiérrez García, Ibis, Castellanos Suárez, Jesús, Avalos García, Roxana, Morales Díaz, Mariuska, Román Castellini, Estela Vilma, & Cambet Umpiérrez, Yanet. (2019). Comportamiento del cáncer colorrectal diagnosticado por colonoscopia en el Hospital Militar "Mario Muñoz Monroy". Matanzas. *Revista Médica Electrónica*, *41*(5), 1142-1151. Epub 31 de octubre de 2019. Recuperado en 29 de junio de 2024, de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000501142&lng=es&tlng=es.

- Rodríguez Hernández, Niurka, Romero Pérez, Teresa, López Prieto, Mario Luis, Cobas López Santos, Carlos Amador, & Martínez Carmona, Yusleivy. (2019). Nivel de conocimiento sobre exámenes diagnósticos para la detección precoz del cáncer colorrectal. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(2), 286-294. Recuperado en 29 de junio de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000200286&lng=es&tlng=es.
- Alonso, J. P., Belizán, M., Comolli, M., González, L., Roberti, J., Pichón-Riviere, A., & Bardach, A. (2021). Investigación formativa para el diseño e implementación de una estrategia para aumentar el rastreo de cáncer colorrectal en el ámbito laboral en Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 37, e00313620. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00313620>
- García Méndez, I. M., Benavides Couto, A., Arrechea Betancourt, Y., Surí García, C. B., de la Mora Martín, F., García Méndez, I. M., Benavides Couto, A., Arrechea Betancourt, Y., Surí García, C. B., & de la Mora Martín, F. (2021). Caracterización de los factores de riesgo modificables para el cáncer colorrectal. *Revista Finlay*, 11(2), 200–206. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342021000200200
- Moreno, D. P., Ramírez López, L., Limas Solano, L., Pedraza Bernal, A., & Monroy Díaz, Á. L. (2020). *Factores asociados a cáncer colorrectal*. Colombia. doi:DOI 10.22517/25395203.23111
- Cantos Mosquera, H. G., Cedeño Barreto, M. de los Á., & Aveiga Macay, V. I. (2019). Intervención del trabajador social en las personas con enfermedades oncológicas de Solca Manabí. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales (RCCS)*, 6 (junio), 100. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9150927>
- Estrada Pablos, J. G., Pastrana Lugo, C. M., Izquierdo González, M., Soto, J. A., & Jáuregui Haza, U. J. (2020). Caracterización clínica, endoscópica e histológica del cáncer colorrectal en un grupo de pacientes cubanos. *Ciencia Y Salud*, 4(3), 43–52. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7692698>
- Pacheco-Pérez, L. A., Ruíz-González, K. J., de-la-Torre-Gómez, A. C. G., Guevara-Valtier, M. C., Rodríguez-Puente, L. A., & Gutiérrez-Valverde, J. M. (2019). Environmental factors and awareness of colorectal cancer in people at familial risk. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3082.3195>
- Arellano Portugal, L., Otal Agut, P., Barbero Martínez, R., García Navarro, P., Martínez, J., & Polo Latorre, N. (2021). Influencia de la alimentación en la prevención del cáncer colorrectal. Programa de salud. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(12 (Diciembre)), 27. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8277379>
- Montiel Roa, A. J. (2020). Clinical presentation associated with the location of colon cancer in the General Surgery Service of the IPS Central Hospital. Period January 2017-December 2018. *Cirugía Paraguaya*, 44(2), 16–18. <https://doi.org/10.18004/sopaci.2020.agosto.16>

iqbal, Bushra, "Improving Colorectal Cancer Screening in Primary Care" (2022). Doctor of Nursing Practice (DNP) Projects. 296. <https://repository.usfca.edu/dnp/296>

Torrecillas-Torres, L., Cervantes-Sánchez, G., Adame-González, I., Bornstein-Quevedo, L., Calderillo-Ruiz, G., Cárdenas-Cárdenas, E., Casanova Sánchez, I., Farías-Alarcón, M. A., Fernández Orozco, A., Hernández-Hernández, C., Hernández-Guerrero, A. I., Huitzil-Meléndez, F. D., López-Basave, H. N., Martínez-Benítez, B., Melchor-Ruan, J., Pimentel-Rentería, A., Reyes-Pérez, J. A., & Valle-Solís, A. E. (2019). Recomendaciones para diagnóstico y tratamiento del cáncer de colon y recto en México. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 18(4). <https://doi.org/10.24875/j.gamo.m19000187>

Vanegas, D. P., Ramírez López, L. X., Limas Solano, L. M., Pedraza Bernal, A. M., & Monroy Díaz, A. L. (2020). Revisión: Factores asociados a cáncer colorrectal. *Revista Médica de Risaralda*, 26(1). <https://doi.org/10.22517/25395203.23111>

ANEXOS**Anexo 1 Oficio de acceso a la historia clínica dirigido a la Jefa del Hospital Solca Portoviejo**

Portoviejo, 5 de Junio del 2024

Señora Licenciada
Fabiola Cantos Espinales
Enfermera responsable del área de consulta externa Solca Portoviejo

De mi consideración:

Con un cordial saludo y deseándole muchos éxitos en sus funciones, por medio de la presente solicito a usted, comedidamente, se autorice a mi persona para realizar una encuesta a los pacientes en el área de consulta externa del Hospital Solca Portoviejo y así poder recabar información necesaria para la elaboración del proyecto de prevención de cáncer de recto el cual se ha iniciado con datos ya obtenidos de la institución, mismo que es requerido en el proceso de titulación para adquirir el título de Magíster en la carrera de Salud pública de la Universidad de las Américas.

Esperando que el presente tenga una acogida favorable, me suscribo atentamente.

Dra Gabriela García Lago
CI 1311731960

Anexo 2. Encuesta elaborada



ENCUESTA
TEMA DEL PROYECTO: CAMPAÑA EDUCATIVA DE PREVENCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE RECTO
OBJETIVO DE LA ENCUESTA:
<p>✚ Mejorar el conocimiento acerca del cáncer colorrectal con la finalidad de que la población no se vea predispuestas a la morbi-mortalidad de dicha patología.</p>
INSTRUCCIONES:
1. Si desea guardar el anonimato, no registre su nombre, dirección ni teléfono.
2. Los datos se utilizarán exclusivamente para un proyecto de aula de la carrera.
3. Lea detenidamente cada aspecto, antes de escribir la respuesta. En cada pregunta responda de acuerdo con las opciones que le pide.
4. No deje ninguna pregunta sin responder, marque con una (X) en el recuadro correspondiente.

1. ¿Señale la definición del cáncer colorrectal?

- A. Proliferación de células anormales de forma descontrolada que se puede originar en el recto o en el colon
- B. Proliferación de células anormales que se forman en el estómago.
- C. Acumulación de células que se forman desde el estómago hasta el ano.
- D. Aumento de células malignas que se forman en el recto y el ano.

2. ¿Elija los síntomas característicos del cáncer colorrectal?

- A. Cambios intestinales como estreñimiento o diarrea, rectorragia, sensación de masa en el recto, dolor o distensión abdominal, pérdida de peso
- B. Cambios intestinales como flatulencias, dolor intenso abdominal, hematemesis.
- C. Hematemesis, diarreas, dolor abdominal, pérdida de peso.

D. Dolor abdominal, náuseas y vómitos persistentes, malestar general

3. ¿Señale los exámenes de diagnóstico para el cáncer colorrectal?

A. Examen de sangre oculta en heces (SOH), examen de glucosa, examen de biometría hemática.

B. Examen de biometría hemática, examen de heces, examen de urocultivo.

C. Examen de sangre oculta en heces (SOH), pruebas endoscópicas como: sigmoidoscopia y colonoscopia, examen de imagen: colonografía

D. Examen de heces, ecografía abdominal, colonoscopia

4. ¿Señale los factores de riesgo que influyen en el cáncer colorrectal?

A. Edad >50 años, el síndrome metabólico, herencia, enfermedad inflamatoria intestinal, historial de irradiación, alimentación inadecuada: consumo excesivo de carnes rojas y procesadas, sedentarismo, consumos de sustancias: alcohol, entre otras.

B. Edad <50 años, la diabetes mellitus, herencia familiar, obesidad, test blanco

C. Edad entre 34 a 40 años de edad, alimentación deficiente: consumo excesivo de grasas

D. Edad > 50 años, diabetes mellitus, herencia familiar, alimentación alta en grasas y carbohidratos.

5. ¿Señale las medidas terapéuticas adecuadas para prevenir el cáncer colorrectal?

A. Ejercicio físico moderado, Dieta rica en verduras, frutas y verduras permitiendo acelerar el proceso intestinal previniendo el estreñimiento.

B. Ingesta de 4 litros de líquidos en el día, ingesta de alimentación alta en carnes.

C. Ejercicios físicos de acuerdo a la capacidad del paciente, alimentos con calcio, ingesta de 1 litro de agua diaria.

D. Ingesta de 4 litros de agua al día, ingesta de alimentos con calcio y baja ingesta de sodio.

Anexo 3. Encuesta validada



ENCUESTA

TEMA DEL PROYECTO: CAMPAÑA EDUCATIVA DE PREVENCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE RECTO

OBJETIVO DE LA ENCUESTA:

➔ Mejorar el conocimiento acerca del cáncer colorrectal con la finalidad de que la población no se vea predispuestas a la morbi-mortalidad de dicha patología.

INSTRUCCIONES:

1. Si desea guardar el anonimato, no registre su nombre, dirección ni teléfono.
2. Los datos serán utilizados exclusivamente para un proyecto de aula de la carrera.
3. Lea detenidamente cada aspecto, antes de escribir la respuesta. En cada pregunta responda de acuerdo a las opciones que le pide.
4. No deje ninguna pregunta sin responder, marque con una (X) en el recuadro correspondiente.

1. ¿SEÑALE LA DEFINICIÓN DEL CÁNCER COLORECTAL?

A. Proliferación de células anormales de forma descontrolada que se puede originar en el recto o en el colon

B. Proliferación de células anormales que se forman en el estómago.

C. Acumulación de células que se forman desde el estómago hasta el ano.

D. Aumento de células malignas que se forman en el recto y el ano.

2. ¿ELIJA LOS SINTOMAS CARACTERÍSTICOS DEL CÁNCER COLORECTAL?

A. Cambios intestinales como estreñimiento o diarrea, rectorragia, sensación de masa en el recto, dolor o distensión abdominal, pérdida de peso

B. Cambios intestinales como flatulencias, dolor intenso abdominal, hematemesis.

C. Hematemesis, diarreas, dolor abdominal, pérdida de peso.

D. Dolor abdominal, náuseas y vómitos persistentes, malestar general

3. ¿SEÑALE LOS EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO PARA EL CANCER COLORECTAL?

- A. Examen de sangre oculta en heces (SOH), examen de glucosa, examen de biometría hemática.
- B. Examen de biometría hemática, examen de heces, examen de urocultivo.
- C. Examen de sangre oculta en heces (SOH), pruebas endoscópicas como: sigmoidoscopia y colonoscopia, examen de imagen: colonografía
- D. Examen de heces, ecografía abdominal, colonoscopia

4. ¿SEÑALE LOS FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN EL CANCER COLORECTAL?

- A. Edad >50 años, el síndrome metabólico, herencia, enfermedad inflamatoria intestinal, historial de irradiación, alimentación inadecuada: consumo excesivo de carnes rojas y procesadas, sedentarismo, consumos de sustancias: alcohol, entre otras.
- B. Edad <50 años, la diabetes mellitus, herencia familiar, obesidad, test blanco
- C. Edad entre 34 a 40 años de edad, alimentación deficiente: consumo excesivo de grasas
- D. Edad > 50 años, diabetes mellitus, herencia familiar, alimentación alta en grasas y carbohidratos.

5. ¿SEÑALE LAS MEDIDAS TERAPEUTICAS ADECUADAS PARA PREVENIR EL CANCER COLORECTAL?

- A. Ejercicio físico moderado, Dieta rica en verduras, frutas y verduras permitiendo acelerar el proceso intestinal previniendo el estreñimiento.
- B. Ingesta de 4 litros de líquidos en el día, ingesta de alimentación alta en carnes.
- C. Ejercicios físicos de acuerdo a la capacidad del paciente, alimentos con calcio, ingesta de 1 litro de agua diaria.
- D. Ingesta de 4 litros de agua al día, ingesta de alimentos con calcio y baja ingesta de sodio.

Dr. Xavier Kon Jara
CIRUJANO ONCOLOGO
Libro De Fono 823 No. 118

Dr. Xavier Kon
Cirujano Oncólogo

Validado por:
Dr. José Wittong
CIRUJANO ONCOLOGO
Libro De Fono 823 No. 118

Dr. José Wittong
Cirujano Oncólogo

Dr. Juan José Barberán
MEDICO CIRUJANO
Libro De Fono 823 No. 118

Dr. Juan José Barberán
Cirujano Oncólogo

Anexo 4. Matriz marcológico

	RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN	<ul style="list-style-type: none"> -Disminución temprana de casos de cáncer de recto en la ciudad de Portoviejo. -Disminución de muertes prematuras. - Mejores hábitos nutricionales de la población. - Mejorar calidad de vida. -Relaciones intrafamiliares reforzadas. 	<ul style="list-style-type: none"> -2% de identificación de estadios tempranos de detección de cáncer. - Diminución del 1% de muertes prematuras por cáncer de recto. - IMC. -Porcentaje de mejoramiento en la calidad de vida. -Porcentaje de mejora en las relaciones familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> -Estadísticas. -Base de datos. -Historia clínica - Encuesta -Encuesta -Historia clínica 	<ul style="list-style-type: none"> Daño informático, Solventar con los respaldos mediante el análisis de las historias clínicas en físico La falta de interés de la población, utilizar medios de comunicación para poder llegar a esta población El factor económico
PROPÓSITO	Disminuir los casos de cáncer de recto en la ciudad de Portoviejo.	<ul style="list-style-type: none"> -2% de disminución de los casos de cáncer en la ciudad de Portoviejo, Manabí. -% de pacientes receptados antes y después de la charla. 	<ul style="list-style-type: none"> -Historia clínica. -Encuesta. 	el factor político, por ejem cambios en el sistema de salud, adaptar la información a los nuevos cambios políticos
COMPONENTES	<ul style="list-style-type: none"> -Determinar la prevalencia del nivel de los casos. -Elaborar una intervención de educación a la población. 	<ul style="list-style-type: none"> -% de nivel de pacientes con cáncer de recto. SI O NO. 	<ul style="list-style-type: none"> Estadística o base de datos. -Propuesta elaborada. 	
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> -Recolectar información a través de un pretest. -Identificar hábitos y factores hereditarios. -Charlas de prevención y cuidados que se pueden llevar en casa y sintomatología- -Intervenir a través de un posttest. -Analizar resultados obtenidos. 	<ul style="list-style-type: none"> \$0 \$0 \$100 \$0 	<ul style="list-style-type: none"> -Encuesta -Encuesta -Plan de actividades. -Plan de actividades, fotografías, registro de asistencia, evidencia de consentimiento informado. 	

Nota: En esta tabla se evidencia la estructura por pasos para planificar, intervenir y evaluar los resultados realizados, elaborado por autoría propia.

Anexo 5. Infografía utilizada en la charla



CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE RECTO



El cáncer colorrectal es el tercer cáncer más común en todo el mundo, representa aproximadamente el 10% de todos los casos de cáncer y es la segunda causa principal de muertes relacionadas con el cáncer en todo el mundo.



la mayoría de los casos ocurren en personas de 50 años o más.



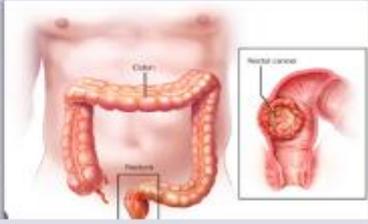
factores que contribuyen: el alto consumo de carnes procesadas y el bajo consumo de frutas y verduras, el sedentarismo, la obesidad, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol.



El pronóstico del cáncer colorrectal varía según el estadio en el momento del diagnóstico. Los cánceres en etapa temprana tienen tasas de supervivencia más altas que los cánceres en etapa avanzada.



Los estudios han demostrado que la detección puede reducir tanto la incidencia como la mortalidad del cáncer colorrectal mediante la detección temprana y la eliminación de crecimientos precancerosos.



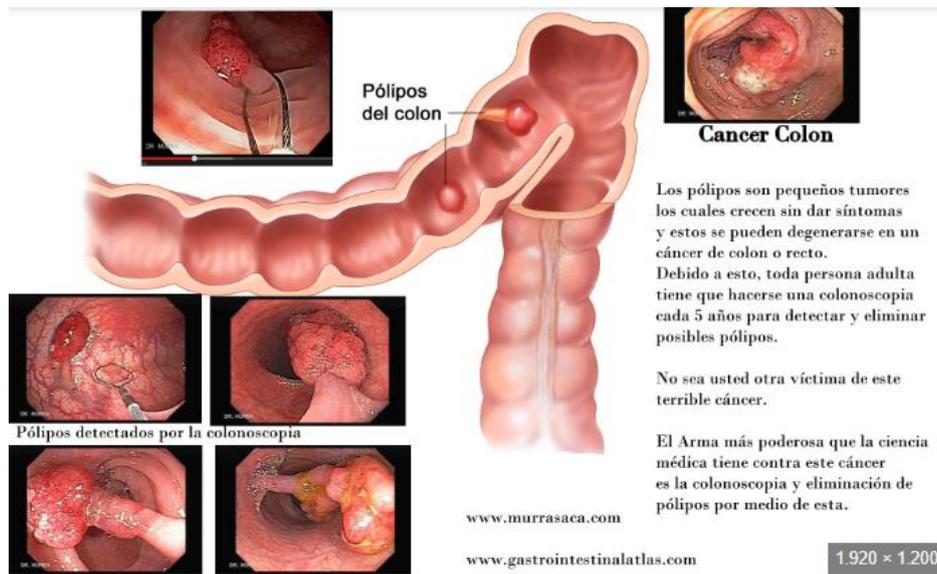
SINTOMAS MAS COMUNES



COMO PREVENIRLO?



Anexo 5. Material visual utilizado en la charla



Pólipos del colon

Cancer Colon

Los pólipos son pequeños tumores los cuales crecen sin dar síntomas y estos se pueden degenerarse en un cáncer de colon o recto. Debido a esto, toda persona adulta tiene que hacerse una colonoscopia cada 5 años para detectar y eliminar posibles pólipos.

No sea usted otra víctima de este terrible cáncer.

El Arma más poderosa que la ciencia médica tiene contra este cáncer es la colonoscopia y eliminación de pólipos por medio de esta.

www.murrasaca.com

www.gastrointestinalatlas.com

1.920 x 1.200