



**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN DEL URUGUAY**  
**Facultad de Cs. Médicas**  
**“Dr. Bartolomé Vassallo”**

**Licenciatura en Nutrición**

**“HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EN PACIENTES CON CÁNCER  
COLORRECTAL QUE SE ENCUENTRAN EN  
TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN EL CENTRO DE LA ASOCIACIÓN  
DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER (ALCEC) DE  
CONCEPCIÓN DEL URUGUAY DURANTE LOS MESES DE MAYO,  
JUNIO, JULIO Y AGOSTO DEL AÑO 2018”**

Tesina presentada para completar los requisitos del Plan de Estudios  
de la Licenciatura en Nutrición

Tesistas:

.....  
ESCALADA, AYELEN GABRIELA

.....  
GAREIS, MARÍA LAURA

Directora:

.....  
LIC. EN NUTRICIÓN GRAS ANA

Concepción del Uruguay, Entre Ríos, 09/2018

*“Las opiniones expresadas por el autor de esta Tesina no representa necesariamente los criterios de la Carrera de Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Concepción del Uruguay”.*

---

# AGRADECIMIENTOS



A nuestros familiares por su paciencia, amor y apoyo incondicional, por estar presentes en todo momento.

A nuestras amigas de la facultad que nos acompañaron en este largo camino y que sin duda no hubiese sido lo mismo sin ellas, gracias por compartir tantas charlas y risas.

A la Universidad de Concepción del Uruguay, por abrirnos sus puertas, darnos la oportunidad de aprender y forjarnos como profesional.

A los profesores, que marcaron con sus enseñanzas nuestro futuro.

A nuestra tutora Lic. Ana Gras, por haberse interesado en nuestro trabajo, por el apoyo, experiencia y orientación que nos brindó para culminar este último paso en nuestra carrera profesional.

A nuestros evaluadores Lic. Marisa Salina, Lic. Juliana Pulido y Dr. Enrique Rinaldi que eligieron nuestra tesis y dedicaron su tiempo en enseñarnos a mejorar nuestra educación universitaria, gracias por su entrega y compromiso.

Al centro oncológico ALCEC por abrirnos sus puertas y a cada una de las personas que trabajan allí por su buena predisposición que ayudaron a que esta investigación sea posible, y por supuesto a los pacientes que han participado y dedicado su tiempo para que llevemos a cabo este trabajo.

A todos ellos, ¡MUCHAS GRACIAS!

---

# ÍNDICE



## ÍNDICE

RESUMEN.....	9
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN .....	11
ANTECEDENTES.....	14
PLANTEO DEL PROBLEMA.....	18
OBJETIVOS.....	20
Objetivo general.....	21
Objetivos específicos .....	21
HIPÓTESIS.....	22
MARCO TEÓRICO .....	24
CAPÍTULO 1: GENERALIDADES DEL CÁNCER .....	25
Etiología.....	26
Fisiopatología .....	27
Epidemiología del cáncer.....	29
CAPÍTULO 2: CÁNCER COLORRECTAL (CCR).....	33
Anatomía y fisiología del colon y recto .....	36
¿Qué es el CCR?.....	37
¿Cómo se origina?.....	37
Factores de riesgo .....	39
Síntomas.....	46
Criterios de diagnóstico.....	46
Tratamiento.....	47
Cirugía.....	48
Radioterapia .....	48
Quimioterapia.....	48

CAPÍTULO 3:ALIMENTACIÓN Y CCR.....	50
Alimentos que contribuyen al desarrollo de CCR .....	51
Grasas saturadas .....	51
Hidratos de carbono simples .....	51
Carne roja y procesada .....	51
Nutrientes que disminuyen el riesgo de desarrollar CCR .....	52
Vitaminas y minerales .....	52
Agentes fitoquímicos .....	53
Fibra alimentaria.....	53
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER COLORRECTAL - INC .....	55
Misión .....	56
Visión.....	56
ASOCIACIÓN DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER DE CONCEPCIÓN DEL URUGUAY (ALCEC).....	58
MATERIALES Y MÉTODOS.....	61
Universo.....	62
Muestra.....	62
Criterios de inclusión y exclusión .....	62
Inclusión.....	62
Exclusión .....	62
VARIABLES DE CONTROL.....	62
Sexo .....	62
Edad .....	62
VARIABLES DE ESTUDIO .....	63
TRATAMIENTO ONCOLÓGICO .....	63
Quimioterapia .....	63
Radioterapia .....	63

ANTECEDENTES PERSONALES.....	63
ANTECEDENTES FAMILIARES DE PRIMER GRADO .....	64
ESTADO NUTRICIONAL.....	64
ESTILO DE VIDA.....	65
Calidad de la alimentación.....	65
Actividad física .....	66
Hábito de tabaquismo.....	67
Consumo de alcohol.....	67
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	67
RESULTADOS ALCANZADOS.....	68
Tabla I: Pacientes según sexo .....	69
Gráfico I: Pacientes según sexo.....	69
Tabla II: Pacientes según rango etario.....	70
Gráfico II: Pacientes según rango etario .....	70
Tabla III: Estado nutricional según IMC.....	71
Gráfico III: Estado nutricional según IMC .....	71
Tabla IV-a: Pacientes según tratamiento oncológico.....	71
Gráfico IV-a: Pacientes según tratamiento oncológico .....	72
Tabla IV-b: Tiempo de tratamiento oncológico .....	72
Gráfico IV-b: Tiempo de tratamiento oncológico .....	72
Tabla V: Antecedentes personales.....	73
Gráfico V: Antecedentes personales .....	73
Tabla VI: Antecedentes familiares de primer grado.....	73
Gráfico VI: Antecedentes familiares de primer grado .....	74
Tabla VII: Actividad física.....	74
Gráfico VII: Actividad física .....	74
Tabla VIII: Hábito de tabaquismo .....	75

Gráfico VIII-a: Hábito de tabaquismo .....	75
Tabla VIII-b: Hábito de tabaquismo antes del diagnóstico .....	75
Gráfico VIII-b: Hábito de tabaquismo antes del diagnóstico .....	76
Tabla IX: Consumo de alcohol .....	76
Gráfico IX: Consumo de alcohol.....	76
Tabla X: Calidad de la alimentación .....	77
Gráfico X: Calidad de la alimentación .....	77
Tabla XI: Sexo según rango etario .....	78
Gráfico XI: sexo según rango etario .....	78
Tabla XII: Estado nutricional según sexo .....	79
Gráfico XII: Estado nutricional según sexo.....	79
DISCUSIÓN .....	80
CONCLUSIONES .....	83
BIBLIOGRAFÍA .....	87
ANEXOS .....	90
ANEXO I: AUTORIZACIÓN DE SALIDA A CAMPO .....	91
ANEXO II: MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	92
ANEXO III: MODELO DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA .....	93



---

# RESUMEN



En el presente informe de tesina se planteó como objetivo general identificar si los pacientes que se encuentran en tratamiento oncológico de cáncer colorrectal en el centro ALCEC de Concepción del Uruguay durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2018 poseen hábitos de vida saludable.

En cuanto a la metodología, es un trabajo de investigación cuantitativo, ya que se analizaron los datos de las variables obtenidos mediante entrevistas, buscando verificar la hipótesis planteada donde señala que los pacientes que se encuentran en tratamiento oncológico de cáncer colorrectal en el centro ALCEC de Concepción del Uruguay poseen hábitos de vida saludable. También es un trabajo descriptivo ya que se buscó especificar propiedades características y rasgos importantes de la población en estudio, y prospectivo, de corte transversal ya que las variables se midieron en un momento determinado, durante mayo, junio, julio y agosto del año 2018.

Para obtener los resultados fue útil la realización de una entrevista y previamente se hizo entrega del formulario de consentimiento informado a cada uno de los pacientes entrevistados.

Dichos resultados arrojaron que del total de 30 personas entrevistadas había una prevalencia de la enfermedad en pacientes de sexo masculino, de un 57% y mayores a 50 años con un 83%.

Se concluyó que la población estudiada no posee hábitos de vida saludable refutándose la hipótesis planteada esto se evidencia ya que la mayoría de los pacientes entrevistados presentan un exceso de grasa corporal y son sedentarios ya que no cumplen con los minutos semanales de actividad física sugeridos por la OMS. Además, con respecto a la calidad de alimentación se detectó que la misma no era saludable porque consumían alimentos que inciden en las diferentes etapas del desarrollo de CCR, como carnes rojas, frituras y asado, y consumo nulo de cereales integrales.

### **Palabras clave**

Cancer – Cancer Colorrectal – Hábitos de vida saludable – Tratamiento oncológico - ALCEC

---

# INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN



El Instituto Nacional del Cáncer (INC, Argentina, 2011) destaca el cáncer colorrectal (CCR) como uno de los tumores con mayor incidencia y mortalidad a nivel mundial, ocupando el segundo lugar en incidencia de tumores malignos, luego del cáncer de mama y el cuarto lugar en mortalidad con más de 641.000 muertes anuales.

Según datos de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC, 2008), en nuestro país las tasas de incidencia y mortalidad de ésta patología son mayores en hombres que en mujeres. Ocupando el segundo lugar en las mujeres luego del cáncer de mama, en cambio en los hombres se encuentra en tercer lugar, después del cáncer de próstata y de pulmón.

Este tipo de cáncer se origina cuando las células sanas del revestimiento interno del colon o del recto cambian y crecen sin control, según el INC (Argentina, 2014) en el 90% de los casos se produce primero un pólipo, denominado adenoma, masa de células que se forma y crece en los tejidos que cubren las membranas mucosas de algunas cavidades del cuerpo.

Estos pólipos tardan aproximadamente diez años en convertirse en un cáncer, detectado a tiempo se pueden extraer y evitar el desarrollo de la enfermedad. Por este motivo se considera una enfermedad con mayor probabilidad de prevención. Además si es detectado en una fase temprana, las posibilidades de curación son superiores al 90% y los tratamientos son menos invasivos.

En el desarrollo del CCR influyen diferentes factores dentro de los cuales la mayoría de ellos son modificables como el sobrepeso u obesidad, sedentarismo, alimentación inadecuada, tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol. También existen factores de riesgo que no se pueden modificar como la edad, el sexo, la presencia de antecedentes personales de pólipos o enfermedad inflamatoria intestinal, antecedentes familiares, síndromes hereditarios, diabetes, antecedentes étnicos y raciales.

Lo que nos motivó a realizar esta investigación es que hemos observado un aumento en el número de personas que padecen CCR en Concepción del Uruguay, además que, dentro de todos los tipos de cáncer que existen, este es uno de los más prevenibles. Como futuras Licenciadas en Nutrición podemos contribuir a la población brindando charlas y talleres con el objetivo de educar y concientizar acerca de

cómo un estilo de vida saludable, basado en una alimentación equilibrada y actividad física, contribuye en gran medida a evitar su aparición.

Consideramos que esta enfermedad debe ser tratada por un equipo interdisciplinario, en el que intervengan diferentes especialistas. Siendo fundamental el rol del nutricionista tanto en la prevención como en el tratamiento. Cuanto antes intervenga el especialista en nutrición en colaboración con el oncólogo mejor será la respuesta terapéutica del paciente.

En la presente tesina se investigó el reconocimiento de los hábitos de vida saludables que poseen los pacientes con cáncer colorrectal que se encuentran en tratamiento oncológico en el centro de la Asociación de Lucha Contra el Cáncer de Concepción del Uruguay durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2018. Siendo el problema que acontece en esta investigación el siguiente: ¿los pacientes con CCR que se encuentran en tratamiento oncológico en el centro ALCEC de Concepción del Uruguay durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2018 poseen hábitos de vida saludable?

---

# ANTECEDENTES



*Influencia del grado de información sobre los patrones de consumo alimentario y estilo de vida en pacientes con cáncer de colon.* Niesl, Cynthia Y.R; Viglione, Lisandra. Tesis de Universidad Fasta, Bs. As. 2016.

Este es un estudio de tipo exploratorio, descriptivo y de corte transversal que fue realizado con el objetivo de determinar el grado de información, referente a su patología y tratamiento, adquirido luego del diagnóstico, patrón de consumo alimentario y estilo de vida en 23 pacientes adultos con cáncer de colon que asistieron a los centros de salud de la ciudad de Mar del Plata en los meses de agosto a diciembre año 2015.

Los resultados que obtuvieron de los pacientes encuestados fue: la mayoría fueron diagnosticados después de los 50 años, con predominio de sexo masculino, la mayoría había recibido una intervención quirúrgica para extirpar el tumor, en su totalidad eran ex fumadores. La sintomatología que refirieron era constipación, dolores abdominales y cólicos.

En cuanto a la alimentación no realizaban las cuatro comidas principales, solo el almuerzo y cena. La frecuencia de consumo de los grupos de alimentos no se adecuaba a las recomendaciones. La mayoría de los encuestados tenían un buen conocimiento sobre los hábitos de vida que deberían tomar para mejorar su calidad de vida pero gran parte de ellos no los cumplían.

Se estimaba que un 80% de cáncer colorrectal podría ser atribuido a factores dietéticos, ambientales y/o relacionados con el estilo de vida.

*Hábitos de vida y cáncer colorrectal: un estudio de casos y controles en una población de ingresos medios y bajos.* Bravo, Luisa Mercedes; Ceron, Cristina; Guerrero, Nancy; Jurado, Daniel; Yépes, María Clara. Universidad y Salud, Colombia. Mayo 2015.

En la población de Pasto, Colombia, realizaron una investigación con el fin de analizar los hábitos de vida que predisponen al desarrollo de cáncer colorrectal para poder tomar medidas de prevención y el control de esta enfermedad.

Llevaron a cabo un estudio observacional analítico con una muestra de 55 casos de personas que padecían CCR seleccionados aleatoriamente de la base de datos de

Registro Poblacional de Cáncer del Municipio de Pasto y la igualaron con otra muestra de 55 controles de personas que no padecían cáncer colorrectal. Identificaron la relación y fuerza de asociación entre los hábitos de vida (actividad física, consumo de alcohol y tabaco) y el desarrollo de CCR.

Los resultados que obtuvieron fueron que el consumo diario de alcohol y cigarrillo tenían mayor probabilidad de desarrollar CCR que los individuos que no bebían o fumaban respectivamente.

*Supervivencia en pacientes operados de cáncer colorrectal.* Castellanos Sierra, Georgina; Céspedes Moncada, Ariadna. Hospital General Docente “Dr. Juan Bruna Zayas Alfonso”, Santiago de Cuba, Cuba. 2014.

En esta investigación realizaron un estudio descriptivo, observacional, de cohorte retrospectivo, de 90 pacientes que fueron operados de cáncer colorrectal con fines curativos, asistidos en el Servicio de Coloproctología del Hospital Universitario “Dr. Ambrosio Grillo Portuondo” de Santiago de Cuba, desde enero de 1993 hasta diciembre del 2003, para determinar la supervivencia en ellos. Para la validación de los resultados aplicaron el test de Kaplan-Meier, y entre estos se destacaron el sexo femenino y los afectados mayores de 60 años de edad. Identificaron que las enfermedades más prevalentes asociadas al CCR fueron colitis inespecíficas, enfermedad polipoidea o colitis ulcerativa idiopática, otros no habían presentado ningún antecedente patológico que se relacionara con dicha enfermedad. Demostraron que los pacientes que sufrieron colitis ulcerativa idiopática poseían 5 veces más riesgo de presentar el tumor maligno.

También realizaron una observación en la cual obtuvieron que los pacientes operados por esta causa sobrevivían un promedio de 5 años, con variaciones que no distan de las estadísticas mundiales, según las variables clinicoepidemiológicas seleccionadas.

*Biomarcadores de pronóstico modificables nutricionalmente en el paciente con cáncer colorrectal tras el diagnóstico de la enfermedad.* Beatriz Escudero Paniagua, Alicia Aguilar-Martinez y Begona Manuel Keenoy. Nutrición Hospitalaria, Barcelona, España. 2017.



El objetivo de este estudio fue identificar el rol de la nutrición en los pacientes diagnosticados con cáncer colorrectal (CCR) e investigar su relación con el índice de masa corporal (IMC) y el nivel de vitaminas en sangre. También recopilaron información acerca de biomarcadores que se modificaban nutricionalmente y que podían ser pronóstico de la tasa de recurrencia o la tasa de supervivencia al CCR. Realizaron una búsqueda bibliográfica de artículos de estudios publicados desde el año 2005 hasta diciembre de 2015 en las bases de datos Medline y Embase, la búsqueda se limitaba a estudios epidemiológicos y de intervención donde encontraron 35 artículos que cumplían con los requisitos.

El IMC antes del diagnóstico de la enfermedad estaba relacionado con la supervivencia a la enfermedad, el riesgo de mortalidad se incrementaba en un 3% por cada unidad de aumento del IMC.

Asimismo también los valores de vitamina D, retinol y en algunos casos el del ácido fólico, en el momento del diagnóstico de la enfermedad, funcionaban como marcadores de pronóstico, recurrencia y supervivencia al CCR.

Después del diagnóstico los pacientes con CCR tenían un elevado riesgo de recurrencia del CCR o de otro cáncer secundario, de otras enfermedades crónicas y de muerte asociada o no al cáncer.

---

# PLANTEO DEL PROBLEMA



¿Los pacientes con CCR que se encuentran en tratamiento oncológico en el centro ALCEC de Concepción del Uruguay durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2018 poseen hábitos de vida saludable?

---

# OBJETIVOS



### Objetivo general

Identificar si los pacientes que se encuentran en tratamiento oncológico de cáncer colorrectal en el centro ALCEC de Concepción del Uruguay durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2018 poseen hábitos de vida saludable.

### Objetivos específicos

- Conocer el estilo de vida actual.
- Evaluar el estado nutricional al momento del diagnóstico.
- Identificar si presentan alguna enfermedad crónica asociada.
- Conocer sobre sus antecedentes familiares.
- Analizar la frecuencia de consumo de determinados grupos de alimentos consumidos habitualmente.

---

# HIPÓTESIS



PROSTATE CANCER

PROSTATE CANCER

Los pacientes que se encuentran en tratamiento oncológico de cáncer colorrectal en el centro ALCEC de Concepción del Uruguay durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2018 poseen hábitos de vida saludable.

---

# MARCO TEÓRICO





---

# CAPÍTULO 1

## GENERALIDADES DEL CÁNCER



## Etiología

Según el INC (Argentina, 2014) el cáncer comienza en una célula, es decir es de origen monoclonal. Es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos.

No es una enfermedad única, sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y de la célula de origen.

La Sociedad Española Oncológica Médica (SEOM) al igual que el INC distingue varios tipos de cáncer, siendo cuatro los principales subtipos:

- Los sarcomas que proceden del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo, siendo el más frecuente el osteosarcoma.
- Los carcinomas, en cambio, provienen de tejidos epiteliales como la piel o los epitelios que tapizan las cavidades y órganos corporales, y de los tejidos glandulares de la mama y de la próstata. Además representan más del 80% de la totalidad de los cánceres, como por ejemplo el cáncer de pulmón, mama, colon, próstata, páncreas, estómago, etc.
- Las leucemias son cánceres que se originan en la médula ósea, donde un gran número de glóbulos blancos anormales se acumulan en la sangre y en la médula ósea, desplazando a los glóbulos normales de la sangre. La baja concentración de células normales de la sangre puede producir anemia, infecciones y alteraciones de la coagulación (sangrados o trombosis).
- Los linfomas se desarrollan a partir del tejido linfático, produciendo inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y de la médula ósea y sobreproducción de células blancas inmaduras.

## Fisiopatología

Autores como Mahan, Kathleen (2012) definen a la carcinogenia como el origen o desarrollo del cáncer, argumentando que los cambios en la función génica provocan que las células normales se transformen en células cancerosas.

Así mismo explican que *“los oncogenes son genes alterados que promueven el crecimiento del tumor y modifican la muerte celular programada (apoptosis). Los genes supresores de tumor son lo contrario de los oncogenes; estos genes se desactivan en las células cancerosas. Esta pérdida de función es capaz de provocar crecimiento celular no regulado y, en último término cáncer. Ejemplos de genes supresores de tumores son los de la poliposis adenomatosa del colon (PAC), los tipos BRCA1 y BCRA2 del cáncer de mama, y el supresor de tumores p53, una proteína implicada en la prevención del cáncer. Solo en el 5% de los cánceres, aproximadamente, se ha demostrado que la causa son alteraciones genéticas hereditarias.”*<sup>1</sup>

Según el Instituto Nacional del Cáncer (INC, EE.UU; 2010) las características observadas en familias con cánceres hereditarios son:

- Diagnóstico de cáncer a una edad más temprana de lo habitual para ciertos tipos de cáncer.
- Personas con un tipo de cáncer en los que se diagnostica un segundo tipo de cáncer.
- Ciertos tipos de cáncer observados en grupos étnicos específicos.
- Síndromes reconocidos de cáncer como el cáncer colorrectal sin pólipos o síndrome de Lynch, que provoca que las personas tengan más riesgo de desarrollar cáncer intestinal, de ovario, útero, cerebro o piel.

En cuanto al proceso de carcinogénesis, para que una célula normal cambie su fenotipo y se convierta en una célula neoplásica, se requieren varias mutaciones en

---

<sup>1</sup>Escott- Stump, Silvia; Mahan, Kathleen L; Raymond, Janice L. (2013) Krause Dietoterapia. 13ª ed. España: ELSEIVER. p. 833

varios genes, y eso ocurre luego de una exposición prolongada a un agente carcinogénico.

Además, no sólo afectan a la célula las mutaciones inducidas por los carcinógenos sino que, a lo largo de cada división celular, se producen errores espontáneos en cada duplicación y los mismos se van acumulando constituyendo un factor intrínseco de riesgo. (INC, Argentina, 2014)

Con respecto a los carcinógenos son definidos según Mahan, Kathleen (2012) como agentes físicos, sustancias químicas o virus que inducen al desarrollo de cáncer.

Tanto el INC (Argentina, 2014) como la SEOM (2017) coinciden en que la carcinogénesis es un proceso biológico que ocurre en 3 etapas:

- La primera etapa es la de iniciación, ocurre a nivel del genoma y las alteraciones se pueden dar en tumores benignos o malignos. Los agentes que influyen en esta etapa son sustancias químicas, radiación o virus produciendo una transformación a nivel celular. La transformación se produce rápidamente, pero las células pueden permanecer latentes durante un tiempo variable hasta que son activadas por un promotor.
- La segunda etapa es la de promoción, crecimiento tisular con la formación del tumor, los agentes promotores pueden ser congénitos, adquiridos propios o externos. Se forma una neoplasia, tejido nuevo y anómalo sin función útil.
- La tercera etapa es la de progresión donde el tumor tiene la capacidad de invadir tejidos vecinos o a distancias. Las células se agregan y crecen hasta formar una neoplasia maligna o tumor establecido.

Según el INC (2014) las tres características principales de los tumores son:

1. Forman una masa anormal de células.
2. Poseen crecimiento independiente, excesivo y sin control.
3. Tienen la capacidad de sobrevivir incluso después de desaparecer la causa que los provocó.

Los tumores pueden ser malignos o benignos, estos últimos no son cancerosos ya que las células de este tipo de tumores no se diseminan a otros tejidos y no los invaden, generalmente se pueden extirpar y en la mayoría de los casos no vuelven a

crecer. Por el contrario los tumores malignos pueden producir metástasis, es un proceso en el cual la neoplasia tiene una capacidad de invadir tejidos que pueden extenderse a tejidos y órganos distantes.

Como explica Mahan, L. Kathleen para que se produzca metástasis, el tumor debe desarrollar su propio aporte sanguíneo con el fin de mantener el crecimiento de sus células anómalas, que se dividen rápidamente. En las células normales, la angiogénesis promueve la formación de vasos sanguíneos, esenciales para aportar oxígeno y nutrientes a los tejidos del organismo. Por el contrario en las células cancerosas, la angiogénesis tumoral tiene lugar cuando los tumores liberan sustancias que ayudan al desarrollo de los nuevos vasos sanguíneos necesarios para su crecimiento y metástasis.

#### Factores ambientales que favorecen al desarrollo de cáncer<sup>2</sup>

▪ Dieta	35%
▪ Tabaco	30%
▪ Infección	10%
▪ Alcohol	3%
▪ Comportamiento sexual y reproductivo	7%
▪ Ocupación	4%
▪ Polución	2%
▪ Factores geofísicos	3%
▪ Medicamentos y procedimientos médicos	1%
▪ Productos industriales	1%

#### Epidemiología del cáncer

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. En 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones a nivel mundial, estima que dentro de 20 años el número de nuevos casos aumente aproximadamente un 70%.

---

<sup>2</sup>AAVV; compilado por Ariana Goldman. Manual de enfermería oncológica. Instituto Nacional del Cáncer 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2014.

Los principales tipos de cánceres que provocan un aumento en el número de fallecimiento según la OMS son:

- Pulmonar (1,69 millones de defunciones).
- Hepático (788.000 defunciones).
- Colorrectal (774.000 defunciones).
- Gástrico (754.000 defunciones).
- Mamario (571.000 defunciones).

Un tercio de la mortalidad por cáncer se debe a los principales factores de riesgo conductuales y dietéticos:

- Índice de masa corporal elevado.
- Ingesta reducida de frutas y verduras.
- Inactividad física.
- Consumo de tabaco.
- Consumo de alcohol.<sup>3</sup>

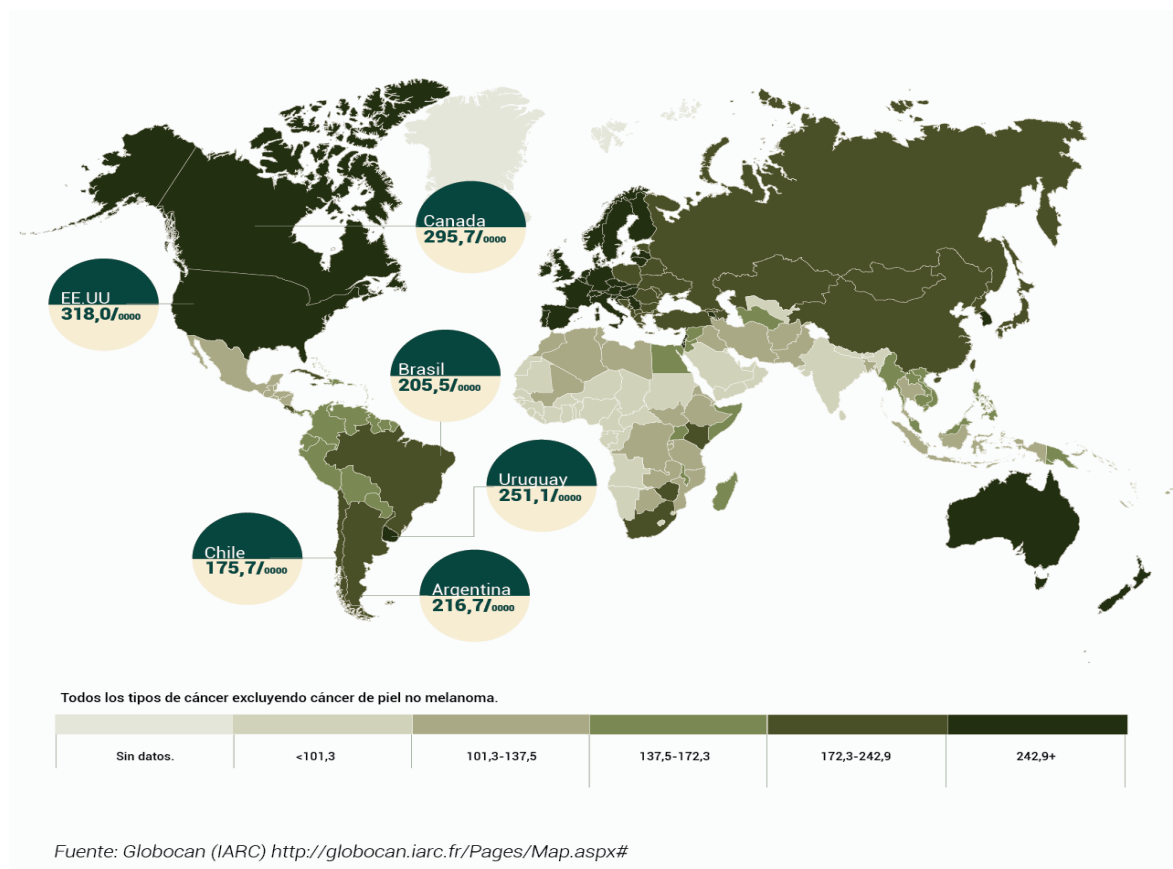
Argentina se encuentra dentro del rango de países con incidencia de cáncer media-alta; de acuerdo a las estimaciones realizadas por la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer (IARC) en el año 2012. Esto corresponde a más de 100 mil casos nuevos de cáncer en ambos sexos por año, con porcentajes similares tanto en hombres como en mujeres. A partir de esto, la IARC ha considerado que Argentina tiene una incidencia en ambos sexos de 217 casos nuevos por año cada 100 mil habitantes, basándose en datos provenientes de Registros de Cáncer de Base Poblacional (RCBP) del país que han alcanzado los estándares de calidad.

---

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud. 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

“Hábitos de vida saludables en pacientes con CCR que se encuentran en tratamiento oncológico en el Centro de la Asociación de Lucha Contra el Cáncer (ALCEC) de Concepción del Uruguay durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2018” – Escalada Ayelén, Gareis Laura

### Incidencia de cáncer en el mundo (2012)



“Hábitos de vida saludables en pacientes con CCR que se encuentran en tratamiento oncológico en el Centro de la Asociación de Lucha Contra el Cáncer (ALCEC) de Concepción del Uruguay durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2018” – Escalada Ayelén, Gareis Laura

Distribución absoluta y relativa de casos incidentes de cáncer estimados por la IARC en 2012 para Argentina, según localizaciones tumorales más frecuentes.<sup>4</sup>

SITIO TUMORAL	AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES	
	PROMEDIO ANUAL DE CASOS	%	PROMEDIO ANUAL DE CASOS	%	PROMEDIO ANUAL DE CASOS	%
Mama	19386	16,8			19386	32,2
Colon-recto	13558	11,8	7237	13,2	6321	10,5
Pulmón	11244	9,8	7690	14,0	3554	5,9
Próstata	11202	9,7	11202	20,4		
Cérvix	4956	4,3			4956	8,2
Riñón	4068	3,5	2650	4,8	1418	2,4
Páncreas	3988	3,5	2650	4,8	2034	3,4
Estómago	3738	3,2	2374	4,3	1364	2,3
Vejiga	3546	3,1	2701	4,9	845	1,4
Linfoma No-Hodgkin	3039	2,6	1615	2,9	1424	2,4
Leucemias	2372	2,1	1369	2,5	1003	1,7
Ovario	2274	2,0			2274	3,8
Esófago	2263	2,0	1493	2,7	770	1,3
Otros	29528	25,6	13972	25,4	14860	24,7
<b>TOTAL</b>	<b>115162</b>	<b>100,0</b>	<b>54953</b>	<b>100,0</b>	<b>60209</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaborado por SIVER/INC en base a los datos de Globocan 2012. Argentina, 2016

<sup>4</sup> Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional del Cáncer, Argentina. <http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/incidencia/>



---

# CAPÍTULO 2:

## CÁNCER

## COLORRECTAL

## (CCR)



“Hábitos de vida saludables en pacientes con CCR que se encuentran en tratamiento oncológico en el Centro de la Asociación de Lucha Contra el Cáncer (ALCEC) de Concepción del Uruguay durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2018” – Escalada Ayelén, Gareis Laura

---

Con respecto al CCR, el INC (Argentina, 2011), destaca que es uno de los tumores con mayor incidencia y mortalidad a nivel mundial, ocupando el segundo lugar en incidencia de tumores malignos, luego del cáncer de mama y el cuarto lugar en mortalidad con más de 641.000 muertes anuales.

Diferenciando que en las mujeres, el CCR es la segunda neoplasia más frecuente en Argentina, luego del cáncer de mama, en cambio en el hombre ocupa el tercer lugar, luego del cáncer de próstata y cáncer de pulmón. Sin embargo, las tasas de incidencia y mortalidad por CCR son mayores en hombres que en mujeres.

El INC (Argentina, 2011) estima que para el 2030 la prevalencia de esta enfermedad puede ser mayor en las regiones menos desarrolladas del mundo, si estos países continúan con un estilo de vida poco saludable con aumento de la obesidad, alto consumo de carnes rojas, un menor consumo de frutas y verduras y menos actividad física.<sup>5</sup>

Según las tasas estandarizadas de incidencia y mortalidad por CCR dentro de los países de América se pueden observar que en *“América del Norte se observan las tasas más elevadas (Canadá: 38,1/100.000 y EE.UU. con 29,2/100.000), sumándose en el tercer lugar Uruguay (27,9/100.000).*

*Los países con las tasas más bajas son Colombia (10,6/100.000), Guyana (11,2/100.000) y Paraguay (11,5/100.000).*

*La Argentina se ubica dentro de los países con tasas de incidencia altas (20,4/100.000), compartiendo el quinto lugar con Puerto Rico en todo el continente.”*

6

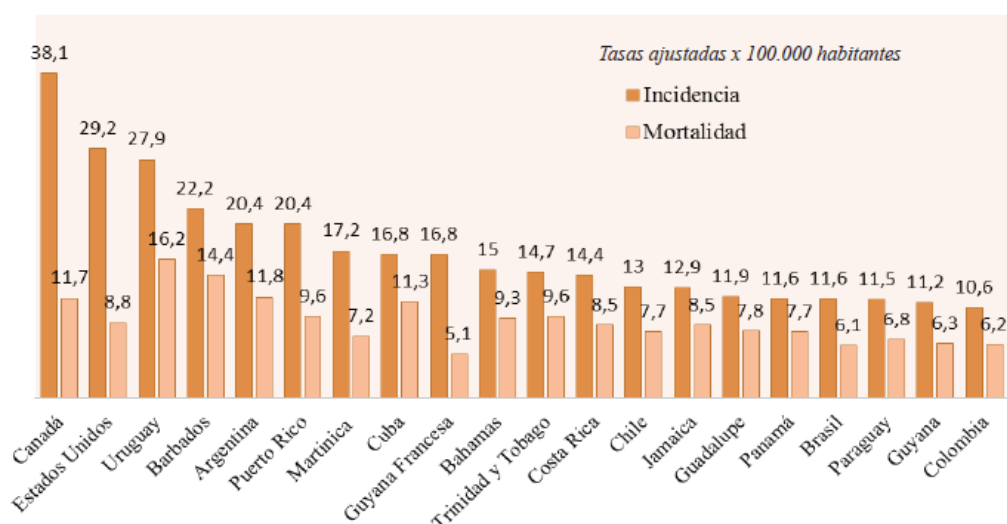
*Tasas estandarizadas de incidencia y mortalidad específica por CCR en países de América. Ambos sexos, 2008.*

---

<sup>5</sup>INC; Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 2011 <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001001cnt-2017-09-08-diagnostico-situacional-cancer-colorrectal-argentina.pdf>

<sup>6</sup> INC, Cáncer colorrectal en la Argentina, organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control. 2011. Argentina. (pág. 20)

“Hábitos de vida saludables en pacientes con CCR que se encuentran en tratamiento oncológico en el Centro de la Asociación de Lucha Contra el Cáncer (ALCEC) de Concepción del Uruguay durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2018” – Escalada Ayelén, Gareis Laura



Fuente: INC, *Cáncer colorrectal en la Argentina, organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control*. p 20. 2011.

Según estos datos epidemiológicos podemos decir que en la actualidad el CCR es un problema serio de salud pública en Argentina y en el mundo, el impacto de esta patología será una preocupación creciente en los próximos años debido al envejecimiento de la población, producto de la mayor expectativa de vida.

Sin embargo, este tumor es uno de los más factibles de prevenir, debida a la progresión lenta del adenoma hacia el desarrollo de la patología favorece la realización de exámenes periódicos denominados de pesquisa para detectar y extirpar los pólipos permitiendo prevenir la enfermedad con significativa disminución de la incidencia. Además si es detectado en una fase temprana, las posibilidades de curación son superiores al 90% y los tratamientos son menos invasivos.

## Anatomía y fisiología del colon y recto

Dentro de la anatomía y fisiología del colon y recto, autores como De Vay (2004), entre otros, describen que el intestino grueso, mide 1,5-1,8 metros de longitud, se extiende desde el extremo distal del íleon hasta el recto.

Según la Asociación Española de Gastroenterología, desde el punto de vista anatómico se distinguen distintos segmentos, el ciego, con su apéndice vermiforme, el colon ascendente, transverso y el descendente, sigma, recto y el ano, desde su tramo más proximal al más distal.

El colon está fijado a la parte posterior del abdomen mediante una estructura denominada meso, la cual permite su movilidad. Por el contrario, el recto es fijo, al localizarse en el interior de la cavidad pélvica, limitando en el sacro y frontalmente con la vejiga urinaria, la próstata y las vesículas seminales en el hombre, y el útero y la vagina en la mujer. El ciego se sitúa en la fosa ilíaca derecha, una cuenca superficial formada por la porción ilíaca del hueso coxal derecho. Es la porción del intestino grueso en la que acaba el íleon, que se abre en él por una abertura protegida por la válvula ileocecal.

Desde el punto de vista microscópico, se distinguen distintas capas en el colon y recto. Desde el interior del intestino hacia la parte más externa se observan las capas mucosa, submucosa, muscular y serosa. La invasión celular de estas distintas capas dará lugar a diferentes estadios tumorales, con el consecuente impacto en el pronóstico del paciente.

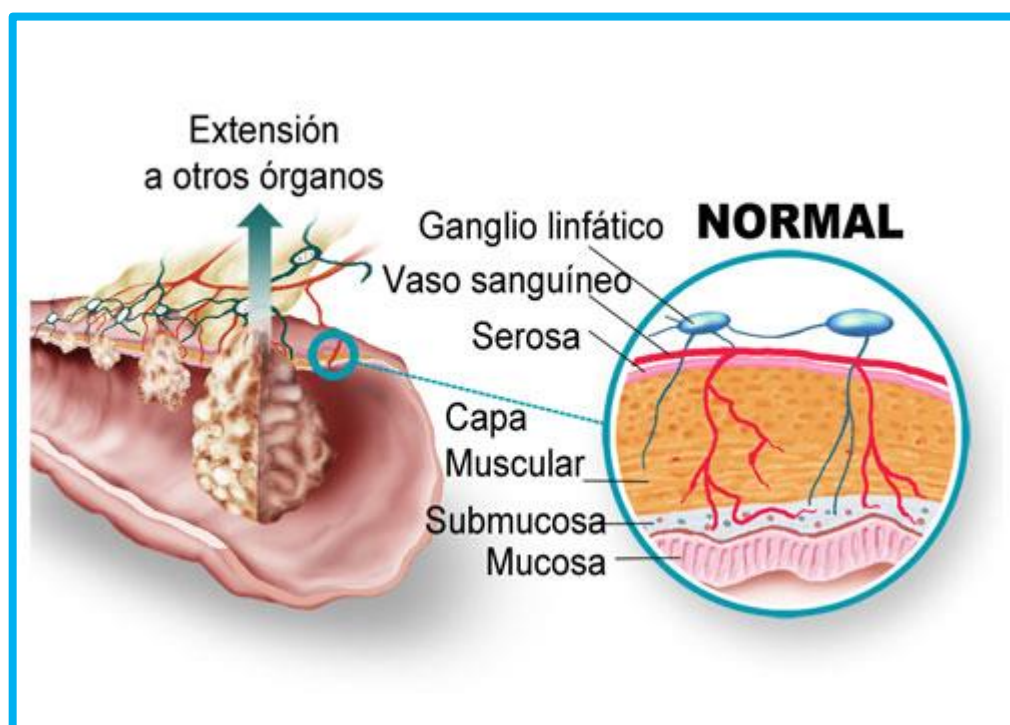
La función del colon es, principalmente, la absorción de agua y sales minerales. Gracias a este proceso, las heces adquieren mayor consistencia, siendo el recto el responsable de la continencia fecal. Para ello es fundamental la función que ejercen los esfínteres interno y externo del ano. El primero de ellos es involuntario, mientras que el segundo se relaja a voluntad de la persona, propiciando la defecación.

---

### ¿Qué es el CCR?

Para la Sociedad Americana Contra el Cáncer (EE.UU, 2017) el CCR se origina cuando células sanas del revestimiento interno del colon o del recto cambian y crecen sin control, y forman una masa denominada tumor, éste puede tardar años o meses en desarrollarse como consecuencia de factores genéticos y ambientales.

### ¿Cómo se origina?



Fuente: Asociación Española Contra el Cáncer <https://www.aecc.es>

Los pólipos adenomatosos en el colon se producen cuando los mecanismos normales que regulan la renovación epitelial se alteran. La secuencia adenoma-carcinoma, es un proceso en etapas, con alteraciones en genes supresores y oncogenes, que se desarrolla lentamente, estimándose en más de 10-15 años para adenomas de menos de 1cm.

La mayoría de los adenomas que se diagnostican tienen menos de 1cm y presentan un crecimiento muy lento, estimándose que sólo 1 de cada 20 adenomas desarrolla cáncer. En el caso de los pólipos de 1 cm, se estima que aproximadamente sólo el 10% de los mismos desarrolla cáncer en 10 años.

Los adenomas representan el 70% de los pólipos colónicos diagnosticados, son más frecuentes en hombres que en mujeres y su incidencia aumenta con la edad. Su aparición es rara en personas menores de 40 años, excepto en pacientes con síndromes genéticos.

El 90% de los pólipos colorrectales son extirpables mediante colonoscopia, razón por la cual este estudio endoscópico es el mejor método para disminuir la incidencia de CCR.<sup>7</sup>

#### *Alteraciones genéticas de la carcinogénesis colorrectal*

La transición del epitelio normal hacia adenoma y luego a carcinoma se ha asociado a una serie de eventos genéticos que pueden ser heredados o adquiridos.

Hay, por lo menos, tres vías principales de eventos moleculares en la carcinogénesis colorrectal. Alrededor del 85% de los cánceres colorrectales esporádicos se producen por la vía de la inestabilidad cromosómica (ICR), característica de la poliposis adenomatosa familiar (PAF).

El Dr. Gualdrini junto con la Lic. Lummato (Buenos Aires, Argentina, 2011) señalan que *“la inestabilidad cromosómica (vía del gen APC) puede resultar en la activación de oncogenes o en la disminución de la actividad de los genes supresores de tumores o de las vías de apoptosis. Estos tumores pueden ser hereditarios o esporádicos, y se caracterizan por graves anomalías cromosómicas, incluyendo deleciones, inserciones y la pérdida de heterocigosidad.”*

Según la Sociedad Americana Contra el Cáncer (EE.UU) la mayoría de los casos de CCR, comienza con un crecimiento anormal de las células de la pared interna del intestino grueso denominado pólipo, que puede crecer lentamente durante varios años, si no se detecta y extirpa a tiempo puede transformarse en la enfermedad propiamente dicha. La probabilidad de transformarse en un cáncer depende del tipo de pólipo. Los principales son, por un lado, los pólipos adenomatosos (adenomas) los

---

<sup>7</sup>Dr. Gualdrini, Ubaldo Afreco; Lic. Lummato, Luciana Eva. *Cáncer colorrectal en la Argentina, organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control*. INC, Ministerio de salud, Buenos Aires, Argentina. 2011. P 34

cuales algunas veces se transforman en cáncer, debido a esto los adenomas se denominan afecciones precancerosas. Y, por otra parte, los pólipos inflamatorios y pólipos hiperplásico, estos son más frecuentes, pero en general no son precancerosos.

Además, otras características de los pólipos que influyen en el desarrollo de cáncer son:

- Tamaño del pólipo mayor a 1cm.
- Coexistencia de dos o más pólipos.
- Existencia de una afección precancerosa, donde las células tienen un aspecto anormal pero sin llegar a tener la apariencia de células cancerosas (displasia), en el pólipo luego de ser extirpado.

Cuando ya se desarrolló el cáncer inicialmente, el tumor se localiza en la capa más interna del intestino, la mucosa (fase temprana) y si no se detecta y trata a tiempo puede diseminarse hacia ganglios linfáticos u órganos vecinos o a distancia (hígado, pulmón) dando lugar a las llamadas metástasis, constituyendo las fases avanzadas de la enfermedad.

### Factores de riesgo

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

Alrededor del 75% de ocurren de manera esporádica y se desarrollan en personas que no presentan antecedentes personales ni hereditarios demostrados de la enfer-

edad, por lo tanto, factores dietéticos y ambientales están implicados en la etiología.<sup>8</sup>

*Factores de riesgo que se pueden modificar o prevenir:*

- Sobrepeso u obesidad

Se puede definir al sobrepeso como un aumento del peso corporal en relación a la talla y la obesidad como un aumento excesivo de la grasa corporal (Torresani; Somoza, 2000).

El índice cintura cadera y el perímetro de cintura, como indicadores de obesidad abdominal se asocian con el riesgo de padecer la enfermedad en relación a los que están bajo peso o normopeso.

El INC (EE.UU) considera al sobrepeso y obesidad como un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer debido a que el tejido adiposo constituye un órgano endocrino y metabólicamente activo. Libera ácidos grasos libres, hormonas peptídicas como peptinas, adiponectinas, resistina y factor de necrosis tumoral alfa. La liberación de estas sustancias produce un aumento en la resistencia a la insulina y a una hiperinsulinemia compensatoria. La exposición crónica a niveles plasmáticos de insulina aumenta el riesgo de cáncer de colon y otros tumores.

- Sedentarismo

Teniendo en cuenta la definición de actividad física de la OMS, se puede decir que el sedentarismo es cuando las personas realizan menos de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica, de intensidad moderada, o bien menos de 75 min de actividad física aeróbica de intensidad alta cada semana. Las personas con un estilo de vida sedentario, tienen mayor probabilidad de padecer CCR.

Se estima que la realización de ejercicio físico de manera regular reduce el riesgo de CCR en un 40%, independientemente del índice de masa corporal (IMC). El nivel de actividad, la intensidad, la frecuencia y la duración del ejercicio físico, así como la

---

<sup>8</sup> Gualdrini Ubaldo; Lummato, Eva; Bidart, M. Laura; Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal, Instituto Nacional del Cáncer. Bs As, Argentina p 11-12. 1º Ed. 2015



actividad mantenida en el tiempo estaría relacionado con una mayor reducción del riesgo.

El INC (EE.UU, 2017) recomienda la realización de ejercicio físico ya que produce una serie de cambios biológicos beneficiosos en el cuerpo:

- Ayuda a prevenir y reducir los efectos nocivos de la obesidad, como la aparición de la resistencia a la insulina debido a una mejor captación de la hormona por receptores GLUT 3 y GLUT 4.
- Reducción de concentraciones de hormonas, como insulina y estrógeno, y determinados factores de crecimiento relacionados con la formación y evolución de cáncer.
- Reducción de la inflamación.
- Mejora la función del sistema inmunitario.
- Reducción del tiempo que permanecen los alimentos en el sistema digestivo que disminuye la exposición a posibles carcinógenos en el tubo gastrointestinal.<sup>9</sup>

- Alimentación

Es el conjunto de alimentos que ingresa al organismo (Girolami, 2008).

Las dietas ricas en grasas, especialmente la grasa animal y pobres en calcio, folato y fibra pueden aumentar el riesgo de CCR. También la cocción de las carnes a temperaturas muy altas (freír, asar o cocinar a la parrilla) crea químicos que pueden aumentar el riesgo de desarrollar cáncer.

Por el contrario, un elevado consumo de alimentos fuentes de fibras como vegetales, frutas y cereales de grano entero está relacionado con un menor riesgo de cáncer colorrectal.

---

<sup>9</sup> INC, EE.UU. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/obesidad/actividad-fisica-hoja-informativa>

- Tabaquismo

Según el Programa Nacional de Control del Tabaco del Ministerio de Salud (Argentina, Bs. As.) el tabaquismo es la adicción al tabaco, provocada principalmente por la nicotina. El riesgo de desarrollo de cáncer depende de la duración del consumo (a menor edad de inicio mayor riesgo), el número de cigarrillos que se consume por día, del tipo de cigarrillos que se fuman y de los años que hace que se dejó de fumar.

El consumo habitual produce enfermedades nocivas para la salud del consumidor, debido a esto las personas que han fumado por mucho tiempo tienen una probabilidad mayor de padecer y morir de CCR, u otros tipos de cánceres, que las personas que no fuman.

Al dejar de fumar, el riesgo de cáncer disminuye constantemente cada año, a medida que las células anormales son reemplazadas por células normales.<sup>10</sup>

- Consumo excesivo de alcohol

Según la OMS se considera un consumo excesivo de alcohol cuando se superan la ingesta de 30 gramos de alcohol diarios.

Para el INC (EE.UU, 2018) existe una asociación positiva en el desarrollo del CCR, está se incrementa cuando el consumo es mayor. Según estudios podría relacionarse con la reducción de los niveles de folato en plasma, al ingerir alcohol se produce la inhibición de la absorción de folato en los tejidos, al mismo tiempo que el hígado es incapaz de almacenarlo y liberarlo cuando es necesario. La función del ácido fólico es la de producir y mantener nuevas células.

---

<sup>10</sup> Ministerio de Salud, Argentina. 2018. <http://www.msal.gob.ar/tabaco/index.php/informacion-para-ciudadanos/efectos-del-tabaco-en-la-salud/106-articulo-02>

### *Factores de riesgo no modificables*

- Edad

Para el INC (Argentina), el riesgo de desarrollar CCR aumenta con la edad. Este puede aparecer en adultos, jóvenes y adolescentes, pero más del 90% de los casos se presenta en personas mayores de 50 años.

- Sexo

Los hombres tienen un riesgo levemente mayor de desarrollar CCR que las mujeres, según datos de la IARC (2012) en Argentina, el porcentaje anual de casos para hombres es de 13,2 %, siendo para la mujer de 10,5%.

- Antecedente personal de pólipos colorrectales

La Sociedad Americana Contra el Cáncer (EE.UU), en 2016, afirmó que las personas que han tenido adenomas son más propensas a tener pólipos nuevamente y a sufrir CCR.

- Antecedente personal de enfermedad inflamatoria del intestino

Según Dr Hadad Adrián hay dos tipos de enfermedades inflamatorias del intestino la enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU). Ambas tienen muchas similitudes entre sí, siendo a veces difícil distinguirlas. Existe una tercera EII, denominada Colitis Indeterminada, la cual comparte características de ambas enfermedades y sólo la evolución puede determinar su diagnóstico final.

La Colitis Ulcerosa solo afecta la mucosa del colon, mientras que la enfermedad de Crohn puede afectar cualquier parte del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano, comprometiendo toda la pared intestinal.

El riesgo de CCR es mayor si presenta alguna enfermedad inflamatoria del intestino (EII), como colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn.

- Antecedente familiar de CCR

El primer grado de consanguinidad se asocia a un aumento de aproximadamente dos veces el riesgo, comparado con la población general. Este riesgo se modifica

según el número y la edad de diagnóstico en los familiares afectados de primer grado. Es similar incluso si el paciente en primer grado solo tiene un pólipo adenomatoso.<sup>11</sup>

- Síndromes hereditarios

Alrededor del 5% al 10% de las personas que padecen cáncer colorrectal presentan cambios genéticos hereditarios que pueden llevar a padecer la enfermedad.

Los síndromes hereditarios más comunes son la poliposis adenomatosa familiar y el Síndrome de Lynch (cáncer colorrectal hereditario sin poliposis, o HNPCC), entre otros.

- Antecedentes étnicos y raciales

Para la American Society of Clinical Oncology (ASCO) las personas de raza negra tienen las tasas de incidencia y de mortalidad de cáncer colorrectal más altas de todos los grupos raciales.

- Diabetes

En particular, las personas con diabetes tipo 2 tienen un mayor riesgo de padecer cáncer colorrectal. Esto puede deberse a que ambas enfermedades comparten algunos factores de riesgo, como el sobrepeso u obesidad y sedentarismo.<sup>12</sup>

Se ha establecido una relación entre diabetes tipo 2 y desarrollo de tumores en mama, útero, colon, vejiga, hígado y páncreas debido al poder multiplicador de células que tiene la insulina.

Esto ocurre ya que existen tejidos susceptibles que tienen receptores (proteínas) que responden a la insulina, que al estar elevada tiene más capacidad de unirse a ellos y estimular la proliferación de las células tumorales o pretumorales (FALP – Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez, 2017).

---

<sup>11</sup> American Cancer Society, EE.UU. (2016) <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>

<sup>12</sup> American Society of Clinical Oncology (ASCO) y American Cancer Society. 2016

Teniendo en cuenta los factores de riesgo citados anteriormente Gualdrini y Lummatto (2011) clasifican a la población en los siguientes grupos:

Grupo de riesgo bajo:

- Toda la población de 50 o más años de edad sin factores de riesgo.
- Antecedentes familiar de CCR o adenomas en un familiar de 2 o 3 grado.
- Antecedentes familiar de CCR o adenomas en un familiar un grado mayor de 60 años o en dos familiares de 2 grado.

Grupo de riesgo moderado:

- Antecedente personal de adenomas (se subdivide este grupo teniendo en cuenta el tamaño y número de los adenomas la histología vellosa o grado de displasia).
- Antecedente personal de CCR resecado previamente con intento curativo. Se establece un régimen de vigilancia.
- Antecedente de CCR o pólipos adenomatosos en un familiar de 1 grado menor de 60 años o en dos familiares de 1 grado independientemente de la edad.

Grupo de riesgo alto

- Antecedente familiar de PAF.
- Antecedente de CCR hereditario familiar no asociado a poliposis (Síndrome de Lynch).
- Enfermedad inflamatoria intestinal (Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn).

Según LALCEC (Liga Argentina de Lucha Contra el Cáncer) la prevención primaria y secundaria son los instrumentos más efectivos para reducir significativamente la incidencia y la morbimortalidad de esta enfermedad.

Además la prevención primaria tiene como objetivos identificar los factores de riesgo en la dieta y en el estilo de vida, la quimioprevención y los antioxidantes pueden incidir en las diferentes etapas del desarrollo del CCR, ya sea previamente a la aparición de los adenomas, durante el crecimiento de éstos o en el proceso de transformación a cáncer.

## Síntomas

Los pólipos colorrectales y el cáncer colorrectal no siempre causan síntomas, especialmente al principio. Por esto es importante la realización de las pruebas periódicas de detección de CCR.

Los síntomas generales pueden incluir:

- Cambio en la forma habitual de evacuar.
- Diarrea o estreñimiento.
- Sangre muy oscura o roja intensa en la materia fecal
- Materia fecal menos gruesa o más líquida de lo normal
- Molestias en el abdomen, incluidos dolores frecuentes por gases, hinchazón, sensación de saciedad y cólicos.
- Pérdida de peso sin razón aparente.
- Cansancio o fatiga constantes.

Sin embargo, la presencia de estos síntomas no significa específicamente que se presente la patología, ya que estos pueden deberse a otra patología.<sup>13</sup>

## Criterios de diagnóstico

Las pruebas utilizadas en la detección del cáncer de colon y recto son:

- Análisis de sangre y orina.
- Tacto rectal.
- Test de sangre oculta en materia fecal inmunoquímico (TSOMFI): es una prueba muy sencilla que se utiliza para saber si hay presencia de sangre en la materia fecal, no observable a simple vista. Varias son las causas que pueden generar la aparición de sangre oculta en la materia fecal, entre ellas los pólipos o el cáncer colorrectal. Las pruebas TSOMFI son las más específicas, sólo reaccionan ante la presencia de sangre humana y no detectan la de origen animal que puede haberse ingerido con la alimentación, por lo cual no requie-

---

<sup>13</sup> INC, Ministerio de Salud. *Programa Nacional del Cáncer Colorrectal, Dossier informativo.*(Pág. 5)

ren dieta previa. En el caso de que TSOMFI sea positivo, el paciente debe ser derivado para la colonoscopia complementaria. Si en la colonoscopia hay hallazgos patológicos, se hará tratamiento y seguimiento individualizado por patología.

- Colonoscopia: estudio endoscópico que mediante un tubo flexible con una cámara permite la visualización directa de toda la mucosa colorrectal para la detección de adenomas o CCR en etapas tempranas, a través de este se puede realizar la extirpación de pólipo. Requiere una limpieza previa del intestino mediante laxantes y en general se realiza con sedación por lo cual la persona no experimenta dolor alguno. El método de elección en pacientes sintomáticos y para las personas con test de sangre oculta en materia fecal positivo. (INC, 2011).

Una vez que se ha realizado el diagnóstico de CCR se deben realizar otras pruebas que permitan conocer si la enfermedad se ha diseminado a otros órganos. Las pruebas que se realizan son (AECC, 2017):

- Análisis de sangre: permite evaluar el funcionamiento de distintos órganos. También, se puede medir los valores de los marcadores tumorales (sustancias que pueden aumentar en sangre cuando el tumor está activo), estos marcadores son el CEA y el CA 19.9.
- Radiografía de tórax: el objetivo es estudiar los pulmones y descartar afección por metástasis.
- Tomografía axial computarizada abdominal, pélvica y torácica: permite valorar con precisión el estado de la zona tumoral y de los pulmones.
- Ecografía abdominal: se utiliza para valorar el estado del hígado.

## Tratamiento

La selección del tratamiento depende principalmente de la ubicación del tumor y del estadio o etapa de la enfermedad.

Según el programa nacional de prevención y detección temprana del cáncer colorrectal del INC el tratamiento puede incluir cirugía, quimioterapia, radioterapia o una combinación de estos.

El tratamiento del cáncer incluye la terapia local, dentro de ésta se realizan cirugía y radioterapia. Estas extirpan o destruyen el cáncer en colon o recto, cuando se ha diseminado a otras partes del cuerpo se puede usar esta terapia para controlar la enfermedad en áreas específicas. Y, por otra parte, la terapia sistémica que incluye la quimioterapia.

- *Cirugía*

Es la principal opción de tratamiento para el cáncer colorrectal. Consiste en extirpar el segmento de intestino afectado junto a los ganglios linfáticos regionales y eventuales órganos adyacentes involucrados. Los tipos de cirugía más frecuentes que se pueden realizar son cirugía laparoscópica y colostomía.

- *Radioterapia*

Consiste en la aplicación controlada de radiaciones ionizantes aplicadas de forma local. La aplicación más conocida de las radiaciones ionizantes son los rayos X, tanto en el diagnóstico (gammagrafía) como en el tratamiento (radioterapia en oncología) mediante el uso de fuentes (cobaltoterapia) o aceleradores de partículas. Pueden ser de dos tipos:

- Interna o braquiterapia: consiste en la colocación de un implante radioactivo en contacto o dentro del tumor.
- Externa o teleterapia: rayos emitidos a través de una máquina por fuera del cuerpo del paciente hacia el tumor.

Los efectos secundarios de la radioterapia dependen principalmente de la cantidad de radiación que se administra y de la parte del cuerpo que está siendo tratada.

- *Quimioterapia*

Este tratamiento consiste en la administración de medicamentos antineoplásicos para tratar el cáncer. Es una de las cuatro modalidades de tratamiento que ofrecen curación, control o paliación. El objetivo es evitar la multiplicación de las células cancerosas, la invasión a los tejidos subyacentes o el desarrollo de metástasis.

Los fármacos que se administran durante la quimioterapia pueden producir efectos secundarios dañando las células normales del cuerpo, tales como glóbulos rojos y



“Hábitos de vida saludables en pacientes con CCR que se encuentran en tratamiento oncológico en el Centro de la Asociación de Lucha Contra el Cáncer (ALCEC) de Concepción del Uruguay durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2018” – Escalada Ayelén, Gareis Laura

---

blancos, células de las raíces del pelo y células que revisten el tracto digestivo. Estos desaparecen una vez finalizado el tratamiento.

---

# CAPÍTULO 3: ALIMENTACIÓN Y CCR



Aunque no son definitivos los datos sobre qué nutrientes predisponen a padecer CCR, hay evidencias científicas de que existen distintos alimentos que aumentan el riesgo, como lo son el consumo excesivo de carnes rojas y procesadas, grasas saturadas e hidratos de carbono simple.

#### Alimentos que contribuyen al desarrollo de CCR

- *Grasas saturadas*

Según estudios las grasas saturadas son las que más influyen en el desarrollo de CCR ya que estimulan la formación tumoral durante las fases de promoción e iniciación.

- *Hidratos de carbono simples*

Existen evidencias entre la asociación de la ingesta de hidratos de carbono altamente refinados con el CCR, debido a que el consumo de éstos estimula la secreción de insulina implicada en la carcinogénesis colónica. En algunos estudios se muestra una asociación entre las dietas con alta carga glucémica y el riesgo de adenomas colorrectales o la enfermedad propiamente dicha.

- *Carne roja y procesada*

La carne roja ha sido clasificada por la IARC como grupo 2A probablemente cancerígeno y la carne procesada clasificada también por la misma agencia como grupo 1, cancerígeno para los seres humanos.

La OMS define como carne procesada toda aquella que ha sido transformada a través de la salazón, el curado, el ahumado u otros procesos para mejorar su sabor o conservación.

Según el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC, 2015) un análisis de los datos de 10 estudios estima que cada porción de 50 gramos de carne procesada consumida diariamente aumenta el riesgo de cáncer colorrectal en aproximadamente un 18%.

Según la OMS (2015) los métodos de cocción a alta temperatura y acción directa sobre el fuego procedente de la combustión del carbón o leña, producen en su su-

perficie más de cientos tipos de químicos cancerígenos como los hidrocarburos aromáticos policíclicos, las aminas aromáticas heterocíclicas y las nitrosaminas que se forman a partir del deterioro de los aminoácidos. Con este mismo procedimiento culinario se puede alterar los glúcidos de algunos alimentos (pan tostado, papas fritas) debido a la reacción con proteínas y grasas a elevadas temperaturas, ya que forman compuestos tóxicos.

Los nitritos y nitratos son aditivos que se utilizan para evitar el crecimiento bacteriano de las carnes procesadas y conservar su color. El inconveniente con el uso de estos aditivos es que se pueden transformar en nitrosaminas, con la cocción aumenta la formación de estos compuestos (OMS, 2015).<sup>14</sup>

Además existen nutrientes, como vitaminas y minerales, agentes fitoquímicos y la fibra, que de ser incorporados en la dieta diaria contribuirían en la disminución del riesgo de padecer dicha patología ya que poseen función anticancerígena.

#### Nutrientes que disminuyen el riesgo de desarrollar CCR:

- *Vitaminas y minerales*

Vitamina A: posee una función protectora de los epitelios y un efecto trófico de la piel y mucosa, también actúa como barrera de defensa inmunológica.

Los betacarotenos tienen un efecto protector ya que actúan como antioxidantes, captando los radicales libres y moléculas de oxígeno que son compuestos tóxicos y cancerígenos.

Vitamina C o ácido ascórbico: actúa como antioxidante e inhibe la formación de nitrosaminas.

Vitamina E y Selenio: poseen un efecto protector ya que neutralizan las sustancias cancerígenas que actúan sobre los cromosomas. La vitamina E también es antioxidante.

---

<sup>14</sup> OMS, Carcinogenicidad del consumo de carne roja y procesada. 2015. <http://www.who.int/features/qa/cancer-red-meat/es/>

Vitamina D: ejerce su acción a través del metabolismo del calcio. Esta vitamina disminuye el riesgo de CCR ya que actúa como transportador de calcio a través del intestino, lo que beneficia la defensa de las células. Se encuentra en pescados, yema de huevo y productos lácteos.

Ácido fólico: interviene en la formación de los ácidos nucleicos y presenta un efecto protector del núcleo celular, defendiéndolos de la acción de virus nocivos. En estudios con animales de experimentación, se ha comprobado que su carencia favorece el desarrollo de tumores en el intestino grueso. La deficiencia de ácido fólico puede aumentar el riesgo de desarrollar CCR especialmente en personas que consumen bebidas alcohólicas. Se encuentra en las hojas de los vegetales como espinaca, lechuga y otras hortalizas así como los garbanzos y los cereales integrales.

- *Agentes fitoquímicos*

Son componentes químicos naturales, biológicamente activos, que se encuentran en los alimentos derivados de las plantas. Tienen función antioxidante y reguladora del metabolismo que protegen contra el desarrollo de enfermedades crónicas (INC, EE.UU, 2018). Según Clark (2003) los fitoquímicos ayudan a proteger contra distintos tipos de cáncer, colaborando en el bloqueo de la activación de los oncogenes responsables del cáncer.

Se pueden encontrar en vegetales crucíferos (brócoli, coliflor, repollo), tomate, pimientos verdes, ajo, cebolla, soja.

Estudios publicados en Inglaterra por el Instituto de Investigación en Alimentos en Reino Unido demuestran que el consumo bajas cantidades de vegetales crucíferos en la dieta puede reducir el riesgo de que el cáncer localizado se vuelva más agresivo, ya que este actúa activando genes que previenen el desarrollo de los tumores y desactiva otros genes que promueven la expansión del tumor.

- *Fibra alimentaria*

El Codex Alimentarius define a la fibra dietética como “*los compuestos de origen vegetal o animal no hidrolizados por el tracto digestivo humano, analizados por método apropiado*”.

Existen dos tipos de fibra alimentaria, la fibra insoluble que presenta propiedades fisiológicas en el organismo, aumenta la saciedad, aumenta el tiempo de digestión y disminuye el tiempo de tránsito en el intestino; y la fibra soluble, la cual aumenta la viscosidad de la materia fecal, aumenta la retención de agua y disminuye el tiempo de vaciamiento gástrico (Torresani, 2009).

Los alimentos fuente de fibra son cereales integrales, legumbres, frutas y verduras, la fibra insoluble se encuentra especialmente en las cáscaras, semillas, salvado y granos enteros.

Para López y Suarez (2002), el consumo de fibra es beneficioso para inhibir el desarrollo de CCR debido que la fibra, especialmente la insoluble, acelera el tránsito intestinal disminuyendo el tiempo de exposición de sustancias tóxicas en contacto con la superficie mucosa del colon.

Hasta el momento no se ha podido confirmar la hipótesis de que el consumo de frutas, verduras, fibra puede reducir el riesgo de cáncer colorrectal. En la revisión de La Fundación Mundial para la Investigación del Cáncer (WCRF) y la IARC se estimaba que las dietas ricas en verduras y bajas en carnes, junto con la práctica regular de actividad física y evitar el consumo de alcohol podrían reducir la incidencia del cáncer colorrectal entre un 66 y un 75%.

---

**PROGRAMA NACIONAL DE  
PREVENCIÓN Y DETECCIÓN  
TEMPRANA DEL CÁNCER  
COLORRECTAL - INC**



“Hábitos de vida saludables en pacientes con CCR que se encuentran en tratamiento oncológico en el Centro de la Asociación de Lucha Contra el Cáncer (ALCEC) de Concepción del Uruguay durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2018” – Escalada Ayelén, Gareis Laura

El Instituto Nacional del Cáncer ha iniciado la implementación del primer Programa para la prevención y detección temprana del CCR (PNCCR) con el objetivo de disminuir la incidencia del CCR y su tasa de mortalidad en la Argentina.

Se propone lograr la accesibilidad de toda la población y garantizar la calidad de las intervenciones y los procesos, con un monitoreo y evaluación permanentes.

#### Misión:

Promover y garantizar la equidad en el acceso a la prevención, la detección temprana, los tratamientos e investigación del cáncer colorrectal, estableciendo los lineamientos necesarios para lograr una atención de calidad desde una perspectiva de salud pública.

#### Visión:

Un país sin cáncer colorrectal logrado a través de la prevención y el tratamiento, que favorezca un desarrollo incluyente, comprometido con el acceso equitativo al cuidado de la salud, la igualdad de las personas y el respeto de los derechos humanos.

Su objetivo principal es disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer colorrectal y mejorar la calidad de vida.

Para ello propone los siguientes objetivos específicos:

- Instalar el control del CCR como prioridad en la agenda de salud pública nacional.
- Promover la inclusión de programas de prevención y control del CCR en las diferentes jurisdicciones del país.
- Difundir y concientizar a la comunidad sobre las ventajas de la prevención y detección temprana del CCR.
- Fortalecer los recursos necesarios para su implementación y los métodos de diagnóstico y tratamiento del CCR.
- Mejorar los circuitos de consulta especializada, derivación, seguimiento y tratamiento de la enfermedad.
- Unificar criterios para el control, tratamiento y seguimiento de los grupos de mayor riesgo de CCR.



- Proponer la pesquisa del CCR en personas de riesgo promedio.
- Asegurar la accesibilidad de las acciones para la prevención, el diagnóstico temprano y el control de la enfermedad a toda la población.
- Lograr el apoyo y compromiso político con una financiación que permita garantizar su sustentabilidad en el tiempo.
- Promover la ampliación del programa en los sectores de salud para lograr el acceso a toda la población objetivo independientemente de su cobertura de salud.
- Favorecer la potenciación de las acciones mediante convenios de colaboración con asociaciones civiles, sociedades científicas y ONGs con misiones y objetivos similares.
- Facilitar la información y capacitación del recurso humano necesario en cada una de las etapas del programa y en el nivel de conducción.
- Asegurar las garantías de calidad de los componentes del programa y su sostenibilidad.
- Establecer un sistema de información estratégica que incluya la vigilancia epidemiológica, el monitoreo y la evaluación de la calidad y el impacto del programa.
- Garantizar la privacidad y protección de datos personales de acuerdo a legislación vigente a toda la población participante.
- Favorecer la investigación y desarrollo de adelantos en aspectos organizativos, prestación de servicios o nuevas tecnologías que permitan mejorar los resultados del programa.

---

**ASOCIACIÓN DE LUCHA  
CONTRA EL CÁNCER DE  
CONCEPCIÓN DEL  
URUGUAY (ALCEC)**



“Hábitos de vida saludables en pacientes con CCR que se encuentran en tratamiento oncológico en el Centro de la Asociación de Lucha Contra el Cáncer (ALCEC) de Concepción del Uruguay durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2018” – Escalada Ayelén, Gareis Laura

Es una asociación sin fines de lucro, dedicada a la prevención y tratamiento del cáncer. Cuenta con un equipo médico, técnico y de enfermería, capacitado en centros nacionales y del exterior. Ello, junto a la inversión en equipos de última generación y las permanentes mejoras edilicias, lo posicionan como Centro oncológico de primer nivel en el país.

Este importante Centro Oncológico se encuentra ubicado sobre calle Justo José de Urquiza 824, en la ciudad de Concepción del Uruguay, Entre Ríos, es el resultado del trabajo y perseverancia de un grupo de voluntarios que, con denodado esfuerzo, mediante una administración ordenada y junto a la ciudadanía, lo han hecho posible. La cuota societaria, la adquisición del bono telefónico, las coronas de caridad, las donaciones y todos los aportes voluntarios que ha realizado la población, están volcados en estos edificios, en la aparatología, en la especialización y en el permanente mantenimiento del Centro.



*Fuente: Página de Facebook de ALCEC*



*Fuente: Página de Facebook de ALCEC*

### **Hogar de tránsito**

Comenzó a funcionar en 1994, recibe pacientes que son de otras localidades y requieren permanecer en esta ciudad para realizar su tratamiento en el centro oncológico. Ellos provienen de diferentes ciudades de la provincia de Entre Ríos, de Chaco, Formosa, Corrientes, Misiones y cada día el área de influencia es mayor, ya que es un centro de referencia regional.

Esta residencia se encuentra ubicada en calle Ameghino 421 de la ciudad de Concepción del Uruguay, brinda a los pacientes y sus acompañantes todo el confort para su estadía, se les brinda desayuno, almuerzo, merienda y cena, con dietas equilibradas de acuerdo a las necesidades de cada uno. La capacidad de este hogar es de 21 plazas y la demanda actual es de 60 plazas, por lo que se deben alquilar otras propiedades para cubrir las necesidades.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Información obtenida de la red social Facebook de ALCEC. <https://web.facebook.com/alceconcepciondeluruguay/>

---

# MATERIALES Y MÉTODOS



“Hábitos de vida saludables en pacientes con CCR que se encuentran en tratamiento oncológico en el Centro de la Asociación de Lucha Contra el Cáncer (ALCEC) de Concepción del Uruguay durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2018” – Escalada Ayelén, Gareis Laura

Este trabajo de investigación es cuantitativo, descriptivo, prospectivo, de corte transversal. Se realizó durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2018 en la ciudad de Concepción del Uruguay, Entre Ríos.

**Universo:** pacientes que fueron diagnosticados con CCR de Concepción del Uruguay.

**Muestra:** pacientes que fueron diagnosticados con CCR que asisten a ALCEC.

### **Criterios de inclusión y exclusión:**

#### Inclusión

- Personas diagnosticadas con CCR que se encuentran en tratamiento en ALCEC.
- Personas que deseen participar y responder la entrevista.
- Personas de ambos sexos que asistan a los controles los días que se realizan la entrevista.

#### Exclusión:

- Personas con cáncer CCR que no asisten a ALCEC los días que se realizan la entrevista.
- Personas no diagnosticadas con CCR.
- Personas que no deseen participar.

### **VARIABLES DE CONTROL**

Sexo: indicado por el Documento Nacional de Identidad (DNI) del Individuo

#### *Categorización:*

- Femenino
- Masculino

Edad: años que tiene un individuo según su DNI al momento de realizar la entrevista.

*Indicador:* años cumplidos al momento de la entrevista

### *Categorización*

#### Rangos de edad

- < 50 años.
- 50-60 años.
- > 60 años.

## **VARIABLES DE ESTUDIO**

### TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

*Indicador:* tratamiento que se está realizando al momento de la entrevista.

#### *Categorización:*

- Quimioterapia
- Radioterapia

### Tiempo de tratamiento oncológico

#### *Categorización*

- < 1 año
- 1-5 años
- > 5 años

### ANTECEDENTES PERSONALES:

Recopilación de la información sobre la salud de una persona lo cual permite manejar y darle seguimiento a su propia información de salud.

#### *Indicadores:*

- Pólipo adenomatoso o CCR.
- Sobrepeso u obesidad.
- Enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn).
- Presencia de otro tipo de cáncer.
- Diabetes autoinmune.

“Hábitos de vida saludables en pacientes con CCR que se encuentran en tratamiento oncológico en el Centro de la Asociación de Lucha Contra el Cáncer (ALCEC) de Concepción del Uruguay durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2018” – Escalada Ayelén, Gareis Laura

---

*Categorización:*

- Presenta.
- No presenta.

#### ANTECEDENTES FAMILIARES DE PRIMER GRADO:

Registro de las relaciones entre los miembros de una familia junto con sus antecedentes médicos. Los antecedentes familiares pueden mostrar las características de ciertas enfermedades en una familia.

*Indicadores:*

- CCR.
- Síndrome de Lynch o poliposis adenomatosa familiar (PAF).
- Presencia de otro tipo de cáncer.

*Categorización:*

- Presenta
- No presenta

#### ESTADO NUTRICIONAL:

Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Evaluación del estado nutricional será por tanto, la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar. Se puede determinar a través del índice de masa corporal (IMC).

*Indicador:* índice de masa corporal, es un indicador que permite relacionar el peso actual (kg) del individuo con su talla (metros) elevada al cuadrado.

- PESO
- TALLA

*Categorización:* clasificación según la OMS para establecer un diagnóstico nutricional:



IMC	Interpretación
< 18,5	Delgadez o bajo peso
18,5 a 24,9	Normopeso
25,0 a 29,9	Sobrepeso
30,0 a 34,9	Obesidad grado I
35,0 a 39,9	Obesidad grado II
≥ 40,0	Obesidad grado III o mórbida

### ESTILO DE VIDA:

Abarca los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar. Si bien la definición es muy amplia, a la hora de evaluar esta variable vamos a tener en cuenta:

1. Calidad de alimentación.
2. Actividad física.
3. Hábito de tabaquismo.
4. Consumo de alcohol.

### *CALIDAD DE LA ALIMENTACIÓN:*

Teniendo en cuenta las **preferencias alimentarias** de cada individuo, es decir, los alimentos que consume cada uno a lo largo del día.

*Indicador:* Tipo de alimentos que consume el individuo.

### *Categorización:*

1. Carnes (vaca, pollo, pescado).
  2. Frutas.
  3. Verduras.
- Vegetal A: acelga, achicoria, ají, apio, berenjena, berro, brócoli, coliflor, esca-rola, espinaca, espárrago, hongos, lechuga, pepino, rabanito, rábano, radicha, radicheta, repollo, repollitos de Bruselas, tomate, zapallitos.

- Vegetal B: alcaucil, arvejas frescas, cebolla, cebolla de verdeo, brotes de soja, chauchas, palmitos, puerro, remolacha, zanahoria, zapallo.
- 4. Cereales integrales (arroz integral, fideos integrales, avena, salvado de avena y de trigo)
- 5. Legumbres: lentejas, porotos, garbanzos, soja, arvejas secas.
- 6. Alimentos con alto contenido graso: manteca, crema de leche, mayonesa, embutidos, bizcochos de grasa, facturas, carnes muy grasas.
- 7. Método de cocción: frituras, asados.

*Categoría:*

- Para frecuencia de consumo

Diaria: que se consume todos los días

Semanal: que se consume entre 1 y 4 veces por semana

Mensual: que se consume 1 vez por mes

Nunca: que jamás se consume ese alimento

*ACTIVIDAD FÍSICA*

Es la realización mayor a 150 minutos semanales de actividad física aeróbica, de intensidad moderada, o bien más de 75 min de actividad física aeróbica de intensidad alta cada semana.

*Indicador:* actividad física que realiza el individuo por semana.

- < de 1 vez por semana.
- 1 vez por semana.
- 2 veces o más por semana.

*Categorización:*

- <150 min semanales
- > 150 min semanales

### **HÁBITO DE TABAQUISMO**

Persona que fuma al menos 1 cigarrillo al día.

*Indicador:*

- Fumador
- No fumador

*Categorización:*

- Ningún cigarrillo.
- Al menos 1 al día.

### **CONSUMO DE ALCOHOL**

*Indicador:*

- 0 vasos.
- 1 vaso/copa.
- 2 vasos/copas.

*Categorización:*

- Consume
- No consume

## **INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### Entrevista estructurada

#### *Análisis de la información recolectada*

Una vez recolectados los datos, se procederá a la agrupación, clasificación y análisis de la información, para ello se utilizarán tablas representativas de las variables a estudiar, de modo que las distintas respuestas se muestren de manera ordenada y precisa, permitiendo que la evaluación de los resultados sea dinámica y se presente con mayor claridad.

Los datos recolectados serán tabulados de forma manual y electrónicamente. El procesamiento electrónico se realizara a través del programa Microsoft Excel 2010.

---

# RESULTADOS ALCANZADOS

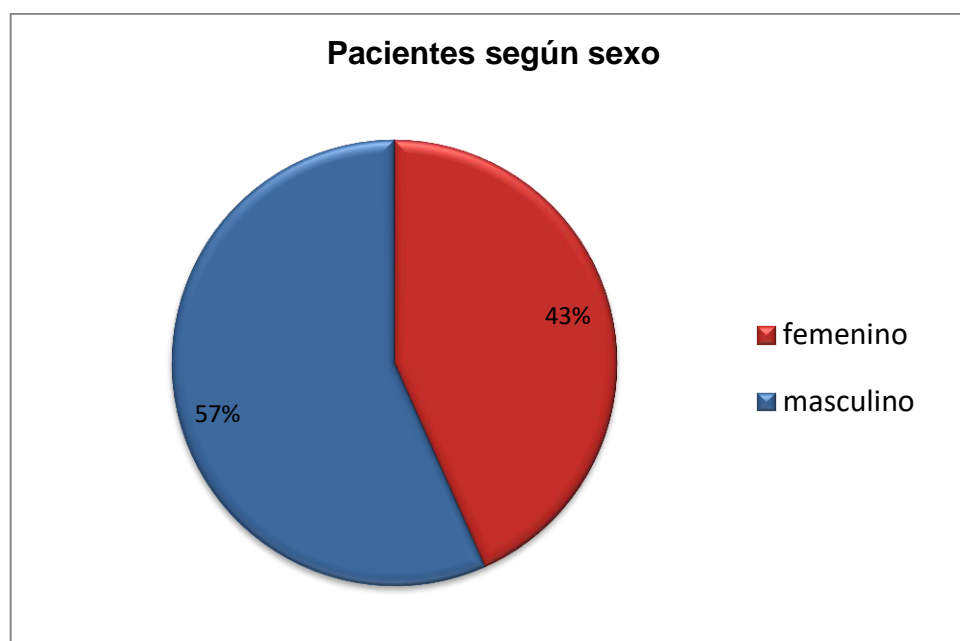


Los datos que se pueden observar a continuación, fueron recopilados en el Centro oncológico ALCEC de Concepción del Uruguay a través de entrevistas realizadas a los pacientes que se encontraban en tratamiento oncológico, durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2018 los datos fueron procesados en tablas y presentados en gráficos para facilitar su análisis e interpretación de acuerdo al marco teórico. La muestra obtenida fue de 30 personas.

**Tabla I: Pacientes según sexo:**

Sexo	Cantidad de pacientes	%
Femenino	13	43
Masculino	17	57

Gráfico I: Pacientes según sexo



Fuente: Elaboración propia

Del total de la muestra se pudo observar que la mayoría de los pacientes son de sexo masculino siendo de un 57% (n=17).

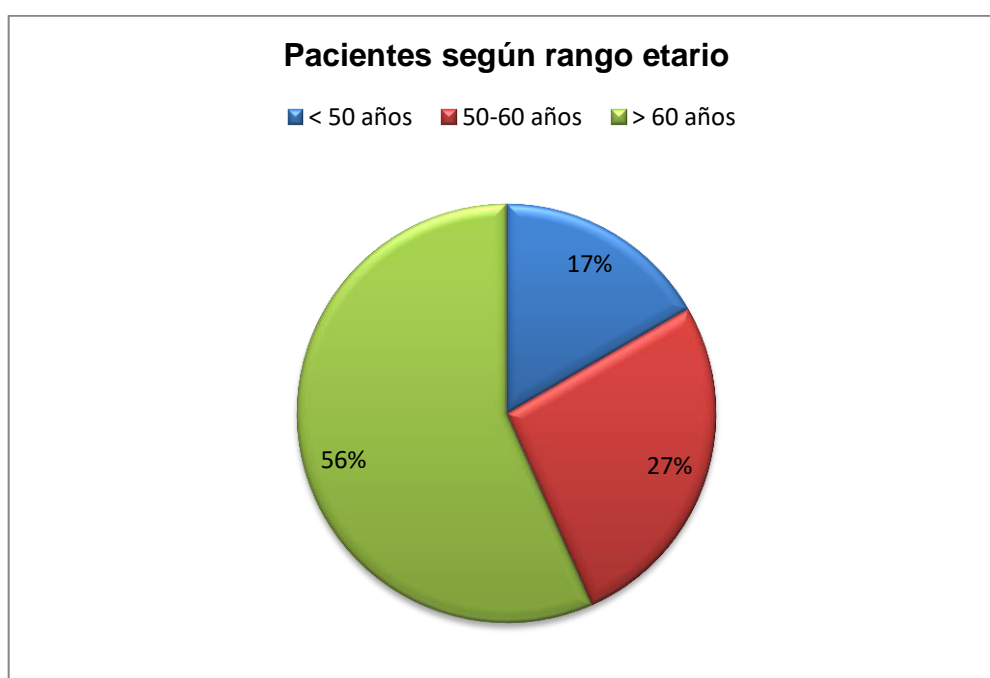
“Hábitos de vida saludables en pacientes con CCR que se encuentran en tratamiento oncológico en el Centro de la Asociación de Lucha Contra el Cáncer (ALCEC) de Concepción del Uruguay durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2018” – Escalada Ayelén, Gareis Laura

**Tabla II: Pacientes según rango etario:**

Se clasifico a los pacientes según el siguiente rango etario: menor a 50 años, de 50 a 60 años y mayor a 60 años.

Edad	Total de pacientes	%
< 50 años	5	17
50-60 años	8	27
>60 años	17	56

Gráfico II: Pacientes según rango etario



Fuente: Elaboración propia

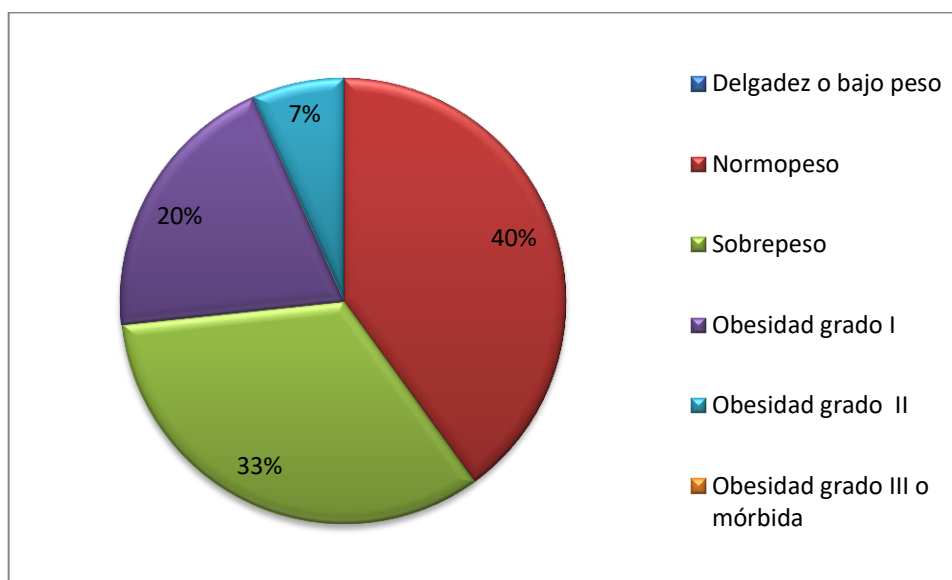
Se obtuvo que del total de las personas entrevistadas un 83% (n=25) eran mayores a 50 años y el resto tenían menos de 50 años.

“Hábitos de vida saludables en pacientes con CCR que se encuentran en tratamiento oncológico en el Centro de la Asociación de Lucha Contra el Cáncer (ALCEC) de Concepción del Uruguay durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2018” – Escalada Ayelén, Gareis Laura

**Tabla III: Estado nutricional según IMC:**

Estado nutricional	Cantidad de pacientes	%
Delgadez o bajo peso	0	0
Normopeso	12	40
Sobrepeso	10	33
Obesidad grado I	6	20
Obesidad grado II	2	7
Obesidad grado III o mórbida	0	0

**Gráfico III: Estado nutricional según IMC**



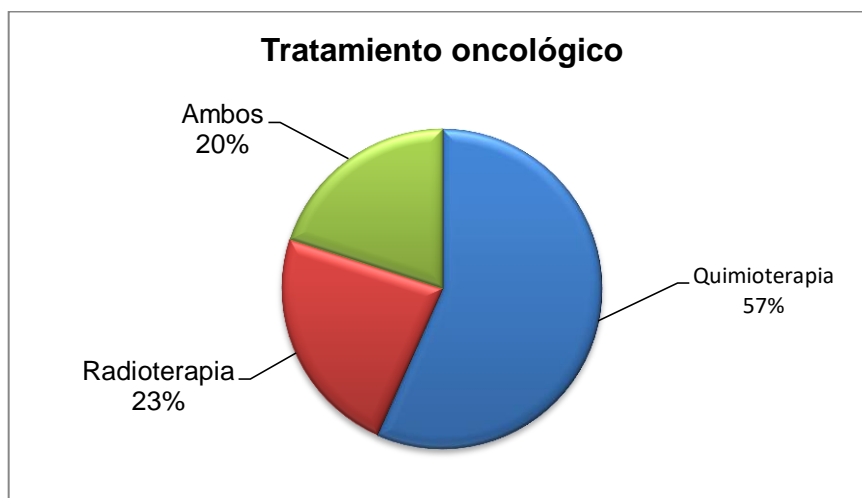
Fuente: elaboración propia.

Para la valoración del estado nutricional se tomó como referencia el Índice de Masa Corporal. En esta ocasión hubo un predominio en pacientes con exceso de peso corporal en un 60% (n=18), correspondiéndose a sobrepeso, obesidad grado I y obesidad grado II.

**Tabla IV-a: Pacientes según tratamiento oncológico**

Tratamiento	Cantidad de pacientes	%
Quimioterapia	17	57
Radioterapia	7	23
Ambos	6	20

**Gráfico IV-a: Pacientes según tratamiento oncológico**



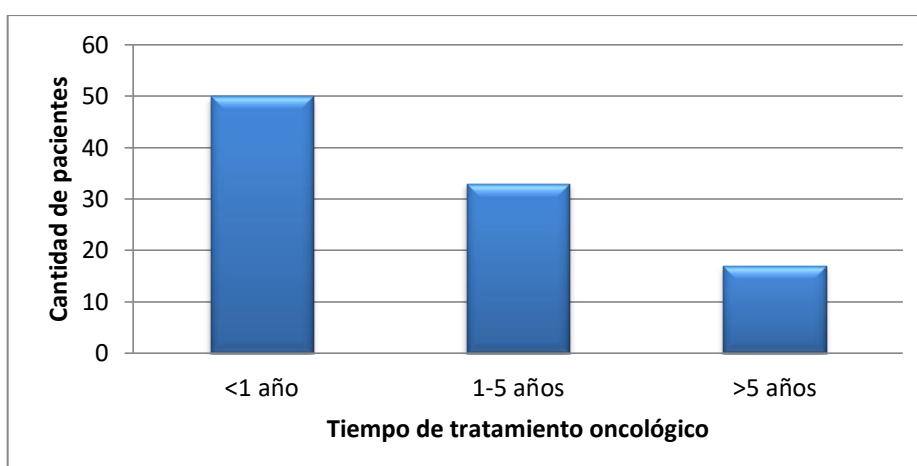
Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede observar que un 57% (n=17) de los encuestados se encontraba realizando quimioterapia.

**Tabla IV-b: Tiempo de tratamiento oncológico**

Tiempo de tratamiento	Cantidad de pacientes	%
< 1 año	15	50
1-5	10	33
>5 años	5	17

**Gráfico IV-b: Tiempo de tratamiento oncológico**



Fuente: Elaboración propia

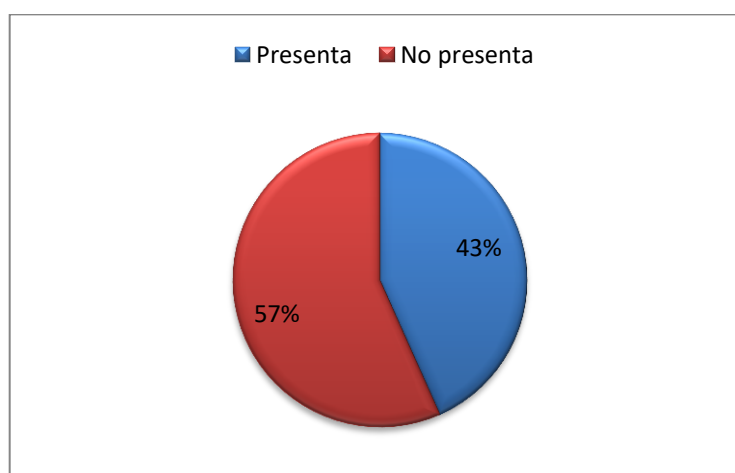
El 50% (n=15) de los pacientes se encontraba en tratamiento oncológico hace menos de 1 año.



**Tabla V: Antecedentes personales**

<b>Antecedentes personales</b>	<b>Cantidad de pacientes</b>	<b>%</b>
Presenta	13	43
No presenta	17	57

Gráfico V: Antecedentes personales



Fuente: Elaboración propia

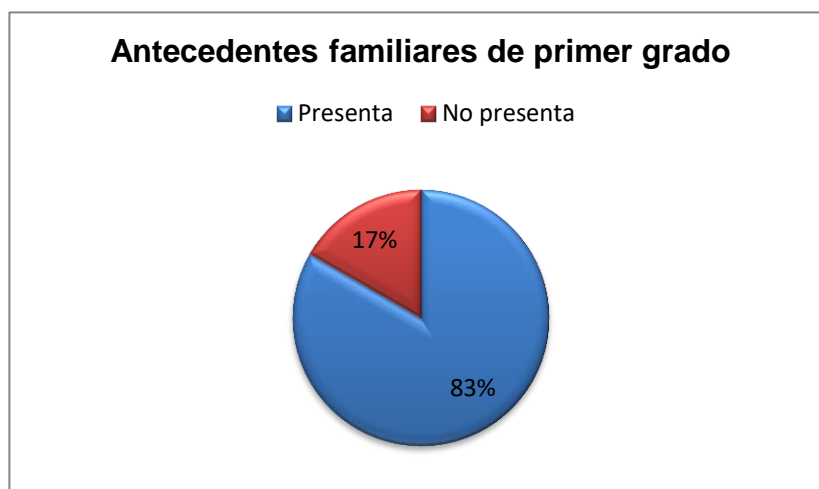
Se tuvo en cuenta como antecedentes personales si el paciente presentaba o no alguna de estas enfermedades: pólipo adenomatoso, EII, presencia de otro tipo de cáncer, diabetes.

El 57% (n=17) del total de la muestra no presentó ninguno de estos antecedentes mencionados.

**Tabla VI: Antecedentes familiares de primer grado:**

<b>Antecedentes familiares de primer grado</b>	<b>Cantidad de pacientes</b>	<b>%</b>
Presenta	25	83
No presenta	5	17

**Gráfico VI: Antecedentes familiares de primer grado**



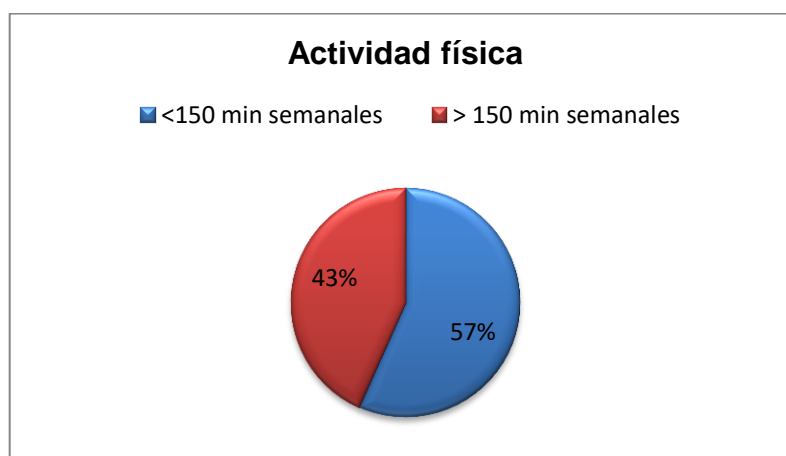
Fuente: Elaboración propia.

Se tomó como referencia a familiares de primer grado (madre, padre o hermano) y si estos tuvieron o no algún tipo de cáncer. Se obtuvo como resultado que la gran parte de los pacientes encuestados tenían antecedentes familiares, siendo solo un 17% (n=5) los que no poseían.

**Tabla VII: Actividad física**

Actividad física	Cantidad de pacientes	%
< 150 min semanales	17	57
>150 min semanales	13	43

**Gráfico VII: Actividad física**



Fuente: elaboración propia

“Hábitos de vida saludables en pacientes con CCR que se encuentran en tratamiento oncológico en el Centro de la Asociación de Lucha Contra el Cáncer (ALCEC) de Concepción del Uruguay durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2018” – Escalada Ayelén, Gareis Laura

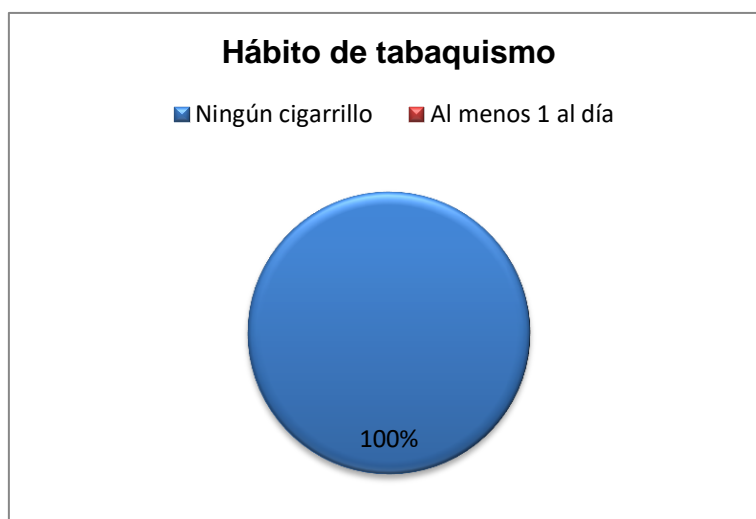
Para el análisis de la actividad física se tuvo en cuenta si los pacientes realizaban más de 150 minutos semanales o no, tomando como referencia las veces por semana que realizaban la actividad.

El resultado que se obtuvo fue que un 57% (n=17) realizaban menos de 150 minutos semanales de actividad física.

**Tabla VIII: Hábito de tabaquismo**

Hábito de tabaquismo	Cantidad de pacientes	%
Ningún cigarrillo	30	100
Al menos 1 al día	0	0

Gráfico VIII-a: Hábito de tabaquismo



Fuente: Elaboración propia

El 100% (n=30) de los pacientes entrevistados no fuma actualmente, se pudo destacar que del total de los pacientes un 67% (n=20) previo a la enfermedad tenían el hábito de tabaquismo.

**Tabla VIII-b: Hábito de tabaquismo antes del diagnóstico**

Hábito	Cantidad de pacientes	%
Antes si	20	67
Nunca	10	33

Gráfico VIII-b: Hábito de tabaquismo antes del diagnóstico

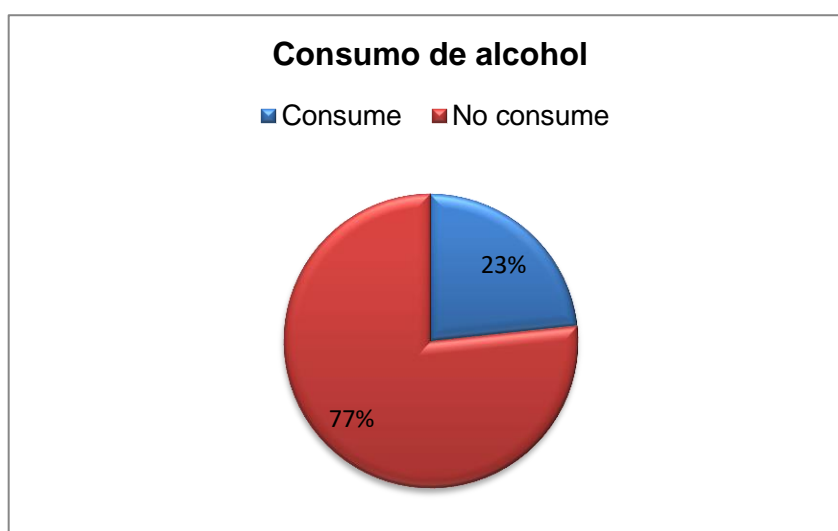


Fuente: Elaboración propia

**Tabla IX: Consumo de alcohol**

Consumo de alcohol	Cantidad de pacientes	%
Consume	7	23
No consume	23	77

Gráfico IX: Consumo de alcohol



Fuente: Elaboración propia

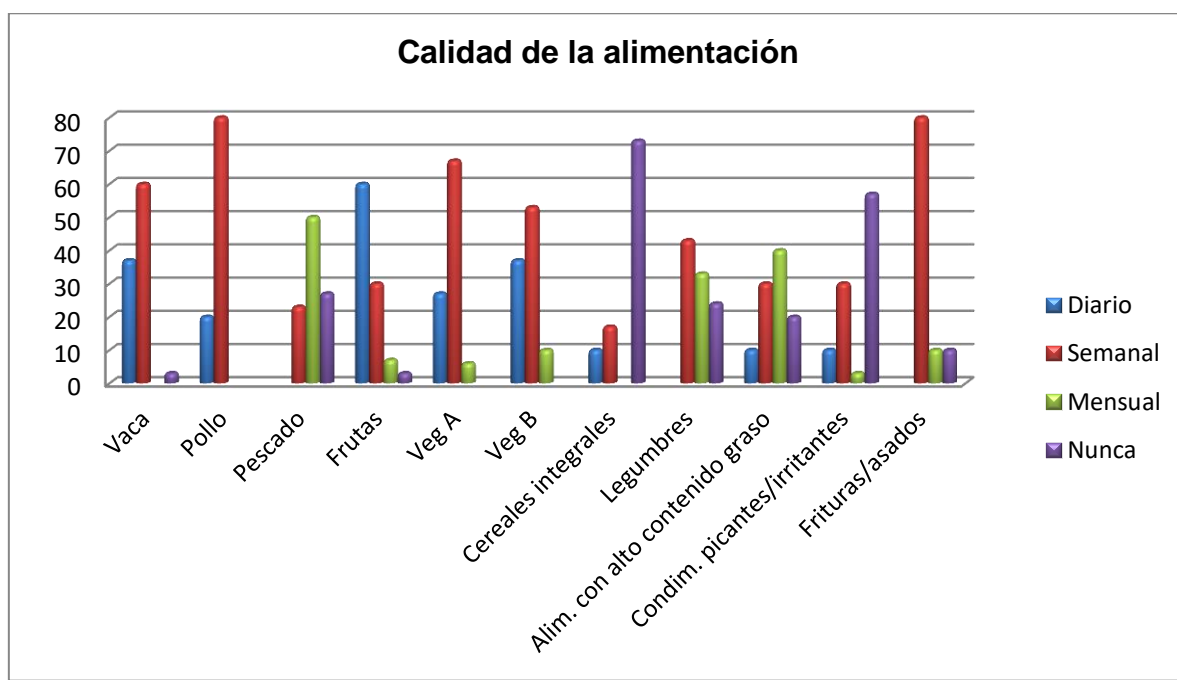
Del total de los pacientes entrevistados un 77% (n=23) no consume alcohol actualmente.

**Tabla X: Calidad de la alimentación**

Para analizar la calidad de la alimentación se tuvo en cuenta los alimentos que contribuyen al desarrollo del CCR, tales como carne de vaca, alimentos con alto contenido graso, condimentos picantes o irritantes y frituras o asados, y aquellos que favorecen la prevención de la enfermedad como pollo, pescado, vegetales A y B, frutas, cereales integrales y legumbres.

Calidad de la alimentación	Diario		Semanal		Mensual		Nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Vaca	11	37	18	60	0	0	1	3
Pollo	6	20	24	80	0	0	0	0
Pescado	0	0	7	23	15	50	8	27
Frutas	18	60	9	30	2	7	1	3
Veg A	8	27	20	67	2	6	0	0
Veg B	11	37	16	53	3	10	0	0
Cereales integrales	3	10	5	17	0	0	22	73
Legumbres	0	0	13	43	10	33	7	24
Alim. con alto contenido graso	3	10	9	30	12	40	6	20
Condimentos picantes/irritantes	3	10	9	30	1	3	17	57
Frituras/asados	0	0	24	80	3	10	3	10

Gráfico X: Calidad de la alimentación



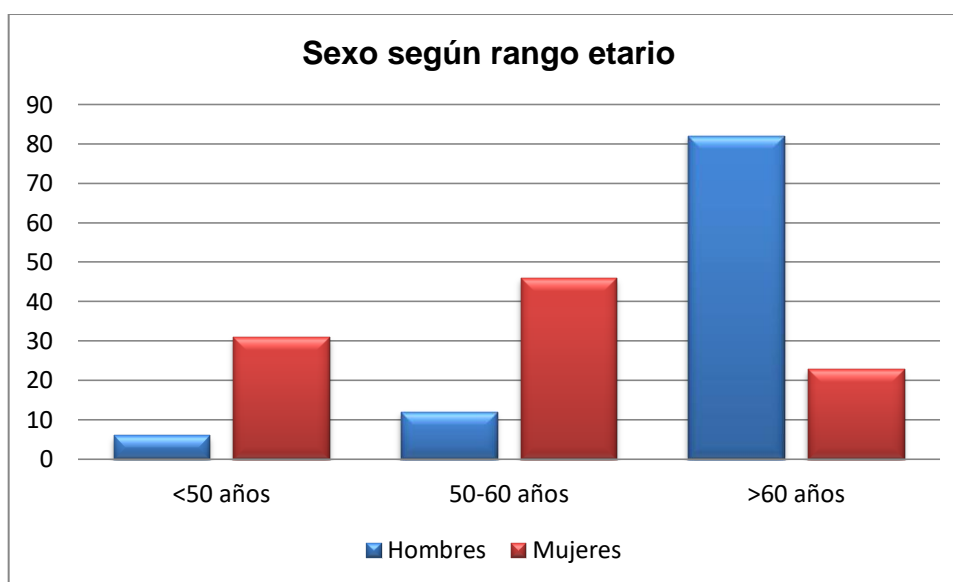
Fuente: elaboración propia

Se obtuvo como resultado un consumo diario aumentado de frutas y carne de vaca, y los alimentos cuyo consumo fue nulo fueron los cereales integrales y el uso de condimentos picantes o irritantes.

**Tabla XI: Sexo según rango etario**

Edad	Hombres		Mujeres	
	N° pacientes	%	N° pacientes	%
<50 años	1	6	4	31
50-60 años	2	12	6	46
>60 años	14	82	3	23

Gráfico XI: sexo según rango etario



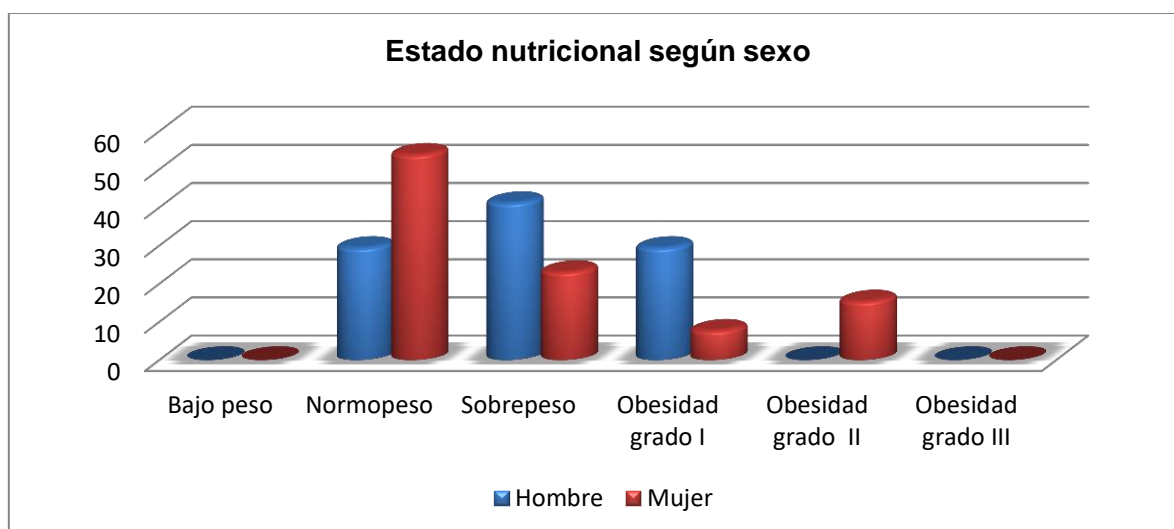
Fuente: Elaboración propia.

Se puede observar que la mayoría de los pacientes encuestados con CCR son hombres mayores a 50 años con un 94%, en el caso de las mujeres es de 69%.

**Tabla XII: Estado nutricional según sexo**

Estado nutricional	Hombre		Mujer	
	Total de pacientes	%	Total de pacientes	%
Bajo peso	0	0	0	0
Normopeso	5	29	7	54
Sobrepeso	7	41	3	23
Obesidad grado I	5	29	1	8
Obesidad grado II	0	0	2	15
Obesidad grado III	0	0	0	0

Gráfico XII: Estado nutricional según sexo



Fuente: Elaboración propia.

En este gráfico se puede apreciar que existe un predominio de exceso de peso en el sexo masculino de un 70%, en cambio, la mayoría de las mujeres poseen un estado nutricional normal de un 54% según los valores establecidos por el IMC.

---

# DISCUSIÓN





Según las entrevistas realizadas a los pacientes que se encontraban en tratamiento oncológico en ALCEC de Concepción del Uruguay, durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2018, los resultados obtenidos en cuanto a la edad coinciden con la estadística establecida por el INC (Argentina) ya que la mayoría de los pacientes que presentaban esta enfermedad tenían más de 50 años. En relación al sexo hay una prevalencia levemente mayor en los hombres que en las mujeres lo cual coincide con los datos estudiados de la IARC (2012) en Argentina.

El INC (EE.UU) y la OMS sostienen que el aumento del tejido adiposo promueve al desarrollo de CCR y otros tumores considerando al sobrepeso y obesidad como un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer debido a que el tejido adiposo constituye un órgano endocrino y metabólicamente activo, según los resultados obtenidos el 60% de los pacientes presentan un exceso de peso corporal.

La Sociedad Americana Contra el Cáncer (EE.UU, 2016) y otros afirman que si la persona posee antecedentes personales como pólipos colorrectales, enfermedad inflamatoria intestinal, algún otro tipo de cáncer y diabetes el riesgo de padecer cáncer colorrectal es mayor, por el contrario el 57% de los pacientes encuestados no presentaba antecedentes personales. En cuanto a los antecedentes familiares de primer grado la mayor parte de los encuestados, correspondiente a un 83%, tuvo algún familiar con cáncer lo cual se asemeja con lo expuesto por la Sociedad Americana Contra el Cáncer (EE.UU, 2016) siendo este un factor de riesgo importante ya que aumenta dos veces el riesgo comparado con la población general.

Según la OMS el sedentarismo aumenta la probabilidad de padecer CCR por el contrario, la realización de ejercicio físico de manera regular reduce el riesgo de esta enfermedad en un 40%. La mayoría de los pacientes entrevistados, un 57%, realizaba menos de 150 minutos semanales de actividad física, lo cual indica que estas personas son sedentarias ya que no cumplen con lo estimado por la OMS.

Con respecto al tabaquismo, el programa nacional de control del tabaco del Ministerio de Salud (Bs, As) sostiene que el consumo habitual de cigarrillo es un precursor para el desarrollo de la enfermedad u otros tipos de cánceres, del total de los encuestados ninguno fuma actualmente pero muchos de ellos si tenían el hábito antes del diagnóstico de la enfermedad, correspondiéndose a un 67%

“Hábitos de vida saludables en pacientes con CCR que se encuentran en tratamiento oncológico en el Centro de la Asociación de Lucha Contra el Cáncer (ALCEC) de Concepción del Uruguay durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2018” – Escalada Ayelén, Gareis Laura

---

Según el INC otro de los factores predisponentes a la aparición del CCR es el consumo de alcohol, hábito que no poseían más de la mitad de los encuestados.

Por último en cuanto a la calidad de la alimentación según los resultados obtenidos la mayoría consumen diariamente carne de vaca, siendo está clasificada por la IARC como grupo 2A probablemente cancerígeno para los seres humanos. Semanalmente pollo, utilizando como método de cocción frituras y asados los cuales producen, según la OMS (2015), más de cientos tipos de químicos cancerígenos, entre ellos la formación de hidrocarburos aromáticos y aminas heterocíclicas durante los procesos de cocción a altas temperaturas.

Por el contrario se pudo observar que la mayoría consumían frutas diariamente y vegetales A y B semanalmente, lo cual es favorable ya que aporta fibra, vitaminas antioxidantes, minerales y agentes fitoquímicos que poseen función anticancerígena y además el consumo de fibra acelera el tránsito intestinal disminuyendo el tiempo de exposición de sustancias tóxicas en contacto con la superficie mucosa del colon.

---

# CONCLUSIONES



Para poder concretar el objetivo planteado en este trabajo de investigación se realizaron entrevistas a las personas que concurrían a este centro ALCEC de Concepción del Uruguay durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2018 poseen hábitos de vida saludable, en las que se indago sobre: el peso, talla, edad, antecedentes personales, antecedentes familiares, calidad de alimentación, realización de actividad física, consumo de alcohol y tabaco.

Los resultados arrojados por esta investigación fueron los siguientes:

Del total de la muestra se determinó que el 57% de los pacientes son de sexo masculino y el 43% restante corresponde al sexo femenino.

Se observó que existe un predominio de exceso de peso en el sexo masculino siendo este de un 70%, en cambio la mayoría de las mujeres poseen un estado nutricional normal de 54% según los valores establecidos por el IMC.

Se detectó una prevalencia de CCR en un 83% en las personas mayores de 50 años, de los cuales un 94% eran hombres y un 69% mujeres.

En cuanto a los antecedentes personales (pólipo adenomatoso, EII, presencia de otro tipo de cáncer, diabetes) se halló que un 57% no presentaba ningún antecedente, sin embargo presentaban antecedentes familiares de primer grado en un 83%.

En relación a la realización de actividad física un 57% hacia menos de 150 minutos semanales, un 77% no consume actualmente alcohol y el 100% no fuma actualmente. Sin embargo, se detectó que un 67% si tenía el hábito de fumar antes del diagnóstico, siendo este uno de los factores desencadenantes de dicha enfermedad.

En lo que refiere a la calidad alimentaria se vio reflejado un consumo:

- Diario: de frutas y carne de vaca.
- Semanal: frituras y asados y consumo de carne de pollo.
- Mensual: pescado y alimentos con alto contenido graso.
- Nunca: cereales integrales y el uso de condimentos picantes o irritantes.

Para finalizar el análisis, se refuta la hipótesis planteada en la presente tesina que sostiene que los pacientes que se encuentran en tratamiento oncológico de cáncer colorrectal en el centro ALCEC de Concepción del Uruguay durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2018 poseen hábitos de vida saludable.

Esto se evidencia ya que la mayoría de los pacientes entrevistados poseen un estilo de vida poco saludable debido que no cumplen con las recomendaciones generales para la prevención del cáncer colorrectal planteadas en el Programa Nacional del INC (Argentina), debido que presentan un exceso de grasa corporal y son sedentarios ya que no cumplen con los minutos semanales de actividad física sugeridos por la OMS. Además, con respecto a la calidad de alimentación se detectó que la misma no es saludable porque consumían alimentos que inciden en las diferentes etapas del desarrollo de CCR, como carnes rojas, frituras y asado, y consumo nulo de cereales integrales.

También se puede destacar que la mayoría no consume alcohol, no fuma actualmente y consumen frutas diariamente, sin embargo no llegan a cumplir con lo recomendado por el INC (Argentina) sobre la importancia del consumo de una dieta rica en fibras, especialmente vegetales y frutas.

Para futuras investigaciones se sugiere abordar la misma problemática, siendo enriquecedor ampliar la muestra de la población estudiada, realizar una investigación retrospectiva que incluya el estilo de vida y alimentación previo al diagnóstico y hacer una comparación con lo actual.

Como conclusión, debido a los datos obtenidos en esta tesina consideramos importante en el tratamiento oncológico de los pacientes que asistan a una consulta nutricional para que adquieran un adecuado estado nutricional y logren un óptimo estado de salud, como consecuencia conseguir un tratamiento más eficaz, aumentando la expectativa de vida de las personas y así mejorar su calidad de vida.

Como futuras Licenciadas en Nutrición creemos que se debe realizar un trabajo en equipo interdisciplinario enfocándonos en las estrategias de la atención primaria de la salud (APS) para lograr una reducción de la incidencia y mortalidad de esta enfermedad, ejecutando tareas de promoción de la salud realizando talleres y charlas

“Hábitos de vida saludables en pacientes con CCR que se encuentran en tratamiento oncológico en el Centro de la Asociación de Lucha Contra el Cáncer (ALCEC) de Concepción del Uruguay durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2018” – Escalada Ayelén, Gareis Laura

---

para crear conciencia y educar a la comunidad y prevención primaria de la enfermedad identificando factores de riesgo en la dieta y estilo de vida de las personas e intentar modificarlos.

---

# BIBLIOGRAFÍA



- ✚ AAVV; compilado por Ariana Goldman. *Manual de enfermería oncológica*. Instituto Nacional del Cáncer. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2014.
- ✚ Acevedo Tirado, María Teresa; Calva Arcos, Mario. *Revisión y actualización general en cáncer colorrectal*. México (2009). Recuperado de: [www.medigraphic.com](http://www.medigraphic.com).
- ✚ Alimentación y cáncer. Prevención y tratamiento. Recuperado de: <http://www2.uned.es/>
- ✚ American Cancer Society. (25/05/17). Cáncer de colon y recto. Recuperado de: <https://www.cancer.org/>
- ✚ American Society of Clinical Oncology (ASCO). Colorectal Cancer: Risk factors and prevention. (08/2017). Recuperado de: <https://www.cancer.net/cancer-types/colorectal-cancer/risk-factors-and-prevention>.
- ✚ Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), España (05/06/2017). Fases del cáncer de colon. Recuperado de: <https://www.aecc.es>
- ✚ Asociación Española Contra El Cáncer, *Cáncer colorrectal, una guía práctica*. Madrid, España. 2002.
- ✚ Asociación Española de Gastroenterología. Cancer colorrectal. Recuperado de: [http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/documento-grupo/cancer\\_colorrectal.pdf](http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/documento-grupo/cancer_colorrectal.pdf)
- ✚ Escott- Stump, Silvia; Mahan, Kathleen L; Raymond, Janice L. (2013) Krause Dietoterapia. 13ª ed. España: ELSEIVER.
- ✚ FALP, Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez. Chile. (noviembre, 2017). Recuperado de: <https://www.institutoncologicofalp.cl>
- ✚ Gualdrini, Ubaldo Afreco; Lummato, Luciana Eva. *Cáncer colorrectal en la Argentina, organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control*. INC, Ministerio de salud, Buenos Aires, Argentina. 2011.
- ✚ Gualdrini Ubaldo; Lummato, Eva; Bidart, M. Laura; Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal, Instituto Nacional del Cáncer. Bs As, Argentina. 1º Ed. 2015
- ✚ Hadad, Adrián. Servicio de Gastroenterología, Hospital Alemán de Buenos Aires. ¿Qué son las enfermedades inflamatorias intestinales? (26/02/2018) Re-



cuperado de: <https://www.hospitalaleman.org.ar/prevencion/que-son-las-enfermedades-inflamatorias-intestinales>.

- ✚ Instituto Nacional del Cáncer (25/05/17). El cáncer en números. Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/incidencia/>
- ✚ Instituto Nacional del Cáncer (25/05/17). Cáncer colorrectal. Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/cancer-colorrectal/>.
- ✚ INC, Cáncer colorrectal en la Argentina, organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control. 2011. Argentina.
- ✚ Lagos, Erick; Soto, Tatiana. Obesidad y Cáncer: un enfoque epidemiológico. Salud pública, revista médica, Costa rica y Centroamerica LXVI. 2009. Pág 4-5.
- ✚ Le Vay, David, Anatomía y fisiología humana. *Anatomía regional: el abdomen- “Disposición general de los órganos abdominales”* Editorial Paidotribo. España, Barcelona. 2004 (2º edición). Págs. 152-153
- ✚ National Cancer Institute, EE.UU. (25/05/2017). Cancer colonrectal. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/>
- ✚ Organización mundial de la salud (octubre, 2015). Carcinogenicidad del consumo de carne roja y de la carne procesada. <http://www.who.int/features/qa/cancer-red-meat/es/>
- ✚ Organización mundial de la salud (febrero, 2017). Cáncer, datos y cifras. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.
- ✚ Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). España. (06/03/2017). ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla?. Recuperado de: <https://www.seom.org/>

---

# ANEXOS



## ANEXO I: AUTORIZACIÓN DE SALIDA A CAMPO



Universidad de  
Concepción del  
Uruguay

Facultad de Ciencias Médicas  
Dr. Bartolomé Vassallo

C. del Uruguay, 10 de abril de 2018

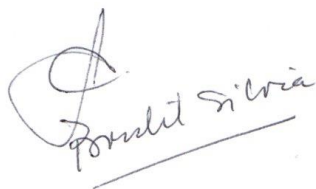
Sra. María Margarita Giqueaux  
Presidente ALCeC  
S/D

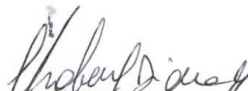
Me dirijo a usted con el fin de informarle que las Srtas. Escalada Ayelén y Gareis María Laura, alumnas de la Licenciatura en Nutrición perteneciente a la Facultad de Ciencias Médicas de esta Universidad, se encuentran realizando su tesina final abordando la temática "Hábitos saludables y cáncer de colon".

Para poder realizar la recolección de datos, desde la facultad, están autorizadas a realizar su trabajo de campo en la institución ALCEC, siempre que ud. esté de acuerdo y así lo permita.

Le agradezco pueda concederle este permiso a las alumnas, por su parte, ellas se comprometen a realizar una devolución de los resultados obtenidos, como así también mantener los datos en forma confidencial y anónima.

Sin más, la saludo muy atte. quedando a disposición por cualquier consulta que considere pertinente.

  
Pamela Silvia

  
LIC. DIANA CHABEU  
Coord. Licenciatura en Nutrición  
Facultad de Ciencias Médicas  
Dr. Bartolomé Vassallo  
UCU



## **ANEXO II: MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Consentimiento informado:

Somos estudiantes avanzadas de la carrera Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Concepción del Uruguay, queríamos contar con su colaboración en nuestro trabajo final de investigación tiene como objetivo identificar si los pacientes que se encuentran en tratamiento oncológico de cáncer colorrectal en el centro ALCEC de Concepción del Uruguay poseen hábitos de vida saludable.

Este estudio no presenta ningún riesgo para usted, para su participación sólo es necesaria su autorización para la realización de la entrevista.

Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial y anónima, solamente los miembros del equipo de trabajo conocerán los resultados y la información.

Es importante señalar que con su participación, usted contribuye a mejorar los conocimientos en el campo de la salud y nutrición. La decisión de participar en este estudio es voluntaria.

Habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar en la entrevista que realiza las futuras Lic. en Nutrición de la Universidad de Concepción del Uruguay, Facultad de Cs Médicas. Agradecemos desde ya su colaboración.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### ANEXO III: MODELO DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA

1. Datos del paciente:

a) Edad: \_\_\_\_\_

b) Sexo:

– Femenino: \_\_\_\_\_

– Masculino: \_\_\_\_\_

c) Peso: \_\_\_\_\_

d) Talla: \_\_\_\_\_

1. ¿Qué tratamiento oncológico se está realizando?

- Quimioterapia
- Radioterapia
- Ambos

¿Hace cuánto comenzó o en qué etapa se encuentra?

---

---

---

2. ¿Antes del diagnóstico presento alguna de estas enfermedades?

- Pólipo adenomatoso o CCR.
- Enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn).
- Presencia de otro tipo de cáncer.
- Diabetes
- Ninguna

3. ¿Tiene algún familiar (madre, padre o hermano) que haya tenido o tiene cáncer?

- a) SI
- b) NO

En caso de que la respuesta sea sí ¿qué tipo de cáncer?

- CCR.
- Síndrome de Lynch o poliposis adenomatosa familiar (PAF).
- Presencia de otro tipo de cáncer \_\_\_\_\_

Calidad de la alimentación (frecuencia de consumo):

TIPO DE ALIMENTOS	FRECUENCIA DE CONSUMO
Carne vaca	Diario – Semanal – Mensual – Nunca
Carne de pollo	Diario – Semanal – Mensual – Nunca
Carne de pescado	Diario – Semanal – Mensual – Nunca
Frutas	Diario – Semanal – Mensual – Nunca
Vegetales A	Diario – Semanal – Mensual – Nunca
Vegetales B	Diario – Semanal – Mensual – Nunca
Cereales integrales	Diario – Semanal – Mensual – Nunca
Legumbres	Diario – Semanal – Mensual – Nunca
Alimentos con alto contenido graso	Diario – Semanal – Mensual – Nunca
Condimentos picantes/irritantes	Diario – Semanal – Mensual – Nunca
MÉTODO DE COCCIÓN	
Frituras y asados	Diario – Semanal – Mensual – Nunca

- Diaria: que se consume todos los días
- Semanal: que se consume entre 1 y 4 veces por semana
- Mensual: que se consume 1 vez por mes
- Nunca: que jamás se consume ese alimento

4. ¿Realiza actividad física?

- a) SI
- b) NO

5. ¿Con qué frecuencia la realiza?

- a) < de 1 vez por semana.
- b) 1 vez por semana.
- c) 2 veces o más por semana.

6. ¿Actualmente fuma?

- a) SI
- b) NO

7. ¿Consume alcohol frecuentemente?

- a) SI
- b) NO

¿Cuánto?

- a) 0 vasos.
- b) 1 vaso/copa.
- c) 2 vasos/copas.

Datos de la historia clínica

- PESO
- TALLA
- IMC