



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TEMA:**

**Prevalencia de cáncer colo-rectal en pacientes atendidos en  
la consulta externa en un hospital de la ciudad de Guayaquil.**

**AUTORES:**

**León Chulca, Mayra Viviana  
León Chulca, Tomás Gerardo**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
LICENCIADOS EN ENFERMERÍA**

**TUTORA:**

**Lic. Calderón Molina Rosa Elizabeth Mgs.**

**Guayaquil, Ecuador**

**02 de mayo del 2023**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA

### CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **León Chulca Mayra Viviana y León Chulca Tomás Gerardo**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de: **Licenciado/a en enfermería**.

#### TUTORA

f. \_\_\_\_\_  
**Calderón Molina, Rosa Elizabeth Mgs.**

#### DIRECTORA DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_  
**Mendoza Vinces, Ángela Ovilla Msc.**

**Guayaquil, a los 02 del mes de mayo del año 2023**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **León Chulca Mayra Viviana**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación: **Prevalencia de cáncer colo-rectal en pacientes atendidos en la consulta externa en un hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciado en Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 02 del mes de mayo del año 2023**

**LA AUTORA.**

f. \_\_\_\_\_

**León Chulca Mayra Viviana**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, León Chulca Tomás Gerardo**

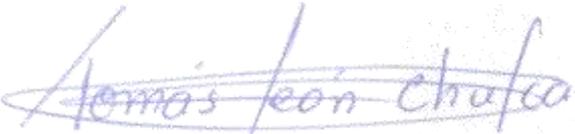
**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación: **Prevalencia de cáncer colo-rectal en pacientes atendidos en la consulta externa en un hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciado en Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 02 del mes de mayo del año 2023**

**EL AUTOR**

f. 

**León Chulca Tomas Gerardo**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA

### AUTORIZACIÓN

Yo, **León Chulca Mayra Viviana**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Prevalencia de cáncer colo-rectal en pacientes atendidos en la consulta externa en un hospital de la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 02 del mes de mayo del año 2023**

**LA AUTORA:**

f. \_\_\_\_\_  
**León Chulca Mayra Viviana**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA

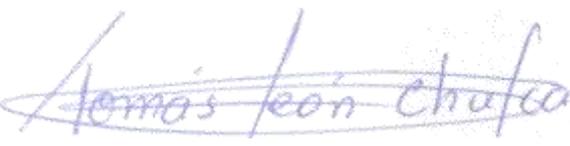
### AUTORIZACIÓN

**Yo, León Chulca Tomás Gerardo**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Prevalencia de cáncer colo-rectal en pacientes atendidos en la consulta externa en un hospital de la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 02 del mes de mayo del año 2023**

**EL AUTOR:**

f. 

**León Chulca Tomas Gerardo**

## REPORTE DE URKUND

**URKUND**

**Documento** [TESIS TOMAS LEON Y MAYRA LEON 24 ABRIL 2023 INFORME FINAL25 ----- .docx](#)  
(D165307807)

**Presentado** 2023-04-27 20:05 (-05:00)

**Presentado por** mayra.leon03@cu.ucsg.edu.ec

**Recibido** yadira.bello.ucsg@analysis.orkund.com

**Mensaje** TESIS MAYRA LEON CHULCA / GERARDO LEON CHULCA. PORFAVOR PASAR POR URKUND [Mostrar el mensaje completo](#)

**0%** de estas 23 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.



52%

# 1

Activo



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: Prevalencia de cáncer colorectal en pacientes atendidos en la consulta externa en el hospital de SOLCA-Guayaquil.

AUTORES: León Chulca, Mayra Viviana León Chulca, Tomás Gerardo

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de LICENCIADOS EN ENFERMERÍA

TUTORA: Lic. Rosa Elizabeth Calderón Molina Mgs.

Guayaquil, Ecuador

02

de mayo del 2023

## **AGRADECIMIENTO**

A mis padres por el apoyo incondicional que me brindaron, y su inspiración para lograr mis propósitos en esta noble carrera de enfermería.

A aquellas personas que ya no están con nosotros, y tuvieron que adelantar su viaje, pero que dejaron memorias y aprendizajes presentes en mí vivir.

Y para culminar, un agradecimiento a mis amigos, compañeros de aulas, con los que viví gratos momentos y a quienes recordaré con profundo cariño.

***Mayra Viviana León Chulca***

## **AGRADECIMIENTO**

El presente trabajo agradezco a Dios por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

A mis padres por ser mi pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron. A aquellas personas que ya no están con nosotros, y tuvieron que adelantar su viaje, pero que dejaron memorias y aprendizajes presentes en mí vivir.

Agradezco también a mi esposa por brindarme su apoyo, por su paciencia y comprensión, a mis hijos queridos que con su amor me dieron las fuerzas necesarias para salir adelante, a mis hermanas, cuñado, sobrinos, tíos, tías, primos, a la tía y prima de mi esposa que me brindaron su apoyo y confianza.

***Tomás Gerardo León Chulca***

## **DEDICATORIA**

Dedico mi trabajo de titulación primeramente a Dios, a mis padres, hermanos y amigos que confiaron en mí. En especial a mi hermano Gerardo quien siempre vio en mí su orgullo, a él que es mi inspiración y modelo a seguir por su generosidad, su espíritu de lucha y constancia, ya que me enseñó a esforzarme por lo que quiero y me inculcó valores que permanecerán en mí. A Julio, mi aliento diario para continuar mi camino de aprendizaje y por quien me esfuerzo día a día para dejar una huella en su vida. A todos ellos gracias.

***Mayra Viviana León Chulca***

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de grado va dedicado a Dios, quien como guía estuvo presente en el caminar de mi vida, bendiciéndome y dándome fuerzas para continuar con mis metas trazadas sin desfallecer. A mis padres que con su amor y confianza permitieron que logre culminar mi carrera profesional. También va dedicado a Emily mi esposa que con su amor y apoyo incondicional pude salir adelante, a mis hijos queridos que son mi vida entera, y mi fuerza para seguir luchando, a mi hijo Isaac que, aunque no esté a mi lado se lo dedico desde el fondo de mi corazón, a mi hermana Mayra y Jackeline, a mis sobrinos y a toda mi familia que estuvieron conmigo. A Vicente, Blanca, Julio mis tíos, que me supieron brindar su apoyo emocional y financiero, le quedo muy agradecido por la confianza puesta en mí. De todo corazón simplemente muchas gracias.

***Tomás Gerardo León Chulca***



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. \_\_\_\_\_

**LIC. ÁNGELA OVILDA MENDOZA VINES MSC.**

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**LIC. MARTHA LORENA HOLGUÍN JIMÉNEZ MSC.**

COORDINADORA DE UTE

f. \_\_\_\_\_

**DR. LUIS ALBERTO OVIEDO PILATAXI MSC.**

OPONENTE

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I.....	4
1.1. PROBLEMA DE PROBLEMA.....	4
1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	6
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	7
1.4. OBJETIVOS.....	9
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	9
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
CAPÍTULO II.....	10
2.1. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	10
2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	14
2.3.1. Cáncer colorectal.....	14
2.3.2. Definición del Cáncer colorectal.....	15
2.3.3. Etiología del cáncer colorectal.....	16
2.3.4. Tipos de cáncer colorectal.....	17
2.3.5. Signos o síntomas.....	18
2.3.6. Diagnóstico del Colorectal.....	19
2.3.7. Grado.....	20
2.4. MARCO LEGAL.....	21
2.4.1. Constitución de la República.....	21
2.4.2. Ley Orgánica de Salud.....	22
CAPÍTULO III.....	24
3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
3.2. Tipo de estudio.....	24
3.3. Población.....	24
3.5. Procedimiento para la recolección de información:.....	24
3.6. Técnica de procesamiento y análisis de datos.....	24
3.8. Variable general y Operacionalización.....	25
3.9. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	26
DISCUSIÓN.....	34

CONCLUSIONES .....	37
RECOMENDACIONES.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	39
ANEXOS.....	45

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura No. 1 Tasa de prevalencia de cáncer de colon 2018 - 2021 .....	26
Figura No. 2 Sexo .....	27
Figura No. 3 Edad.....	28
Figura No. 4 Causas .....	29
Figura No. 5 Signos y síntomas .....	30
Figura No. 6 Medios diagnósticos.....	31
Figura No. 7 Grado de cáncer colorectal .....	32
Figura No. 8 Tipos. ....	33

## RESUMEN

Mundialmente el cáncer colorectal es la cuarta causa de muerte en la población adulta. Se realiza un estudio sobre prevalencia de cáncer colorectal.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de cáncer colorectal. **Diseño:** cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal. **Técnica:** Observación indirecta. **Resultados:** Población: 1.396 pacientes. Características: 45.6% hombres y 54.4% mujeres. Grupo etario: 29.4% de 60-69 años; 22.8% de 50-59 años; 20.1% 70-79 años; 10.5% 40-49 años. Causas: pólipos inflamatorios, 54.9%; 27.7% pólipos adenomatosos, 17.5% pólipos Hiperplásicos. Signos o síntomas: estreñimiento 31.9%; dolor abdominal y vómito 18.1%; obstrucción intestinal 13.6%; sangrado rectal (rectorragia) 9.6% y pérdida de peso 8.2%. Medios diagnósticos: colonoscopia 53%; 22% sangre oculta en heces; distribuido en 6% por enema de bario y 2% TAC; Sigmoidoscopia 18%. Grados de la enfermedad: grado 0, 0%; 6% grado I; 53% grado II; grado III 39%; grado IV 2%. **Conclusión:** la prevalencia tuvo un pico alto en el 2021, representa en 231 casos correspondiente a 1.7 por cada 100 habitantes.

**Palabras clave:** Prevalencia, Cáncer, Colorrectal.

## ABSTRACT

Colorectal cancer is the fourth leading cause of death in the adult population worldwide. A study on the prevalence of colorectal cancer is carried out. **Objective:** To determine the prevalence of colorectal cancer. **Design:** quantitative, descriptive, retrospective, cross-sectional. **Technique:** Indirect observation. **Results:** Population: 1,396 patients. Characteristics: 45.6% men and 54.4% women. Age group: 29.4% from 60-69 years; 22.8% 50-59 years old; 20.1% 70-79 years; 10.5% 40-49 years. Causes: inflammatory polyps, 54.9%; adenomatous polyps, 27.7%; hyperplastic polyps, 17.5%. Signs or symptoms: constipation 31.9%; abdominal pain and vomiting 18.1%; intestinal obstruction 13.6%; rectal bleeding (rectal bleeding) 9.6% and weight loss 8.2%. Diagnostic means: colonoscopy 53%; occult blood in feces; distributed in 6% by barium enema and 2% TAC; Sigmoidoscopy 18%. Disease grades: grade 0, 0%; grade I, 6%; grade II, 53%; grade III, 39%; grade IV, 2%. **Conclusion:** the prevalence had a high peak in 2021, it represents 231 cases corresponding to 1.7 per 100 inhabitants.

**Keywords:** Prevalence, Cáncer, Colon.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial, estimando la Organización Mundial de la Salud (1), que una de cada seis defunciones en el mundo, tienen como causa el cáncer, que suma 10 millones de fallecimientos anuales, siendo el colo-rectal, que suma 1,93 millones de casos en el año, el tercero en mayor importancia, después del cáncer de mama y de pulmón, que sobrepasan los 2 millones de casos anuales, no obstante, por número de muertes, el cáncer colo-rectal pasa al segundo puesto en el ranking, con 916.000 decesos, solo debajo del de pulmón, que acumula 1,8 millones de fallecidos anualmente.

En el contexto mundial, un artículo publicado en España por Gil y Jover (2), planteó como objetivo estudiar la prevalencia de cáncer colorectal en este país. Se aplicó una investigación documental, cuyas fuentes de información fueron del Instituto Nacional de Estadística español (INE). Los resultados obtenidos evidenciaron una prevalencia de los varones, que representaron las dos terceras partes de los pacientes con cáncer de colon rectal. La edad del 90% de los usuarios que sufren esta enfermedad catastrófica, fue de 40 años, después de la exploración física, más del 60% de los pacientes, requirieron un diagnóstico endoscópico con colonoscopia, para corroborar la tenencia de esta afección. Mientras tanto, la cobertura de los programas de cribado en España, tuvo una prevalencia mayor al 50%, en cuatro regiones, Andalucía, Cataluña, Madrid y Valencia, en ese orden.

Mientras tanto, según la Organización Panamericana de la Salud (3), en las Américas, el cáncer colorectal ha obtenido el cuarto lugar en el ranking del cáncer por número de casos, con alrededor de 240 mil casos nuevos anuales, así como 112 mil decesos en el año, donde las tasas más elevadas de incidencia se encuentran en Canadá, Uruguay y Barbados, siendo el grupo etáreo de mayor riesgo, aquel que se encuentran en el segmento de edad de 50 a 75 años, con especial énfasis, en los adultos mayores, observándose que los programa de

tamizaje son deficientes en los países latinoamericanos, agravando más la situación de esta afección crónica y degenerativa, en la región.

Asimismo, una información proveniente del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (4), refirió que el cáncer colorectal, no solo constituye una de las enfermedades catastróficas de mayor relevancia a nivel mundial, sino que también se encuentra actualmente, entre las diez principales causas de decesos en el país, por consiguiente, es necesario que se realice una mayor cantidad de colonoscopia e incrementar la tecnología en este procedimiento de diagnóstico, que solo evidenció 7,8% de pacientes con este tipo de cáncer, cuando se realizaron este tipo de prueba diagnóstica. De acuerdo al sexo se observó poca diferencia entre hombres y mujeres con respecto a los grupos etarios mayormente afectados, los mismos que fueron de 60 – 74 años, seguido de 45 – 59 años de edad. Cabe indicar que en los hombres la tendencia es al incremento mientras que en las mujeres tiende a estabilizarse.

Por los antecedentes de la patología, este tipo de cáncer representa la tercera causa de muerte no solo en Ecuador sino en otros países, se realiza un estudio sobre prevalencia de cáncer colorrectal, con el propósito de determinar la prevalencia de cáncer colo-recta, tiene un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. Para la recolección de datos se aplicó una matriz de observación indirecta para la revisión de la base de datos proporcionada por la institución de salud objeto de estudio. La información obtenida nos ha permitido actualizar las estadísticas y describir el comportamiento en los últimos años de esta patología, como tercera causa de muerte a nivel mundial.

# CAPÍTULO I

## 1.1. PROBLEMA DE PROBLEMA

El cáncer colorectal es el que se origina en el colon o el recto. A estos cánceres también se les puede llamar cáncer de colon o cáncer de recto (rectal) dependiendo del lugar donde se originen. El cáncer de colon y el cáncer de recto a menudo se agrupan porque tienen muchas características (5).

Es la neoplasia de mayor frecuencia en vías digestivas, constituyendo del 9 al 10% de todos los cánceres en el mundo. Se considera que es multicausal, pues abarca factores intrínsecos del huésped como mutaciones genéticas, hormonales y condiciones inmunológicas; además de factores externos como dietas poco saludables, consumo de alcohol, obesidad, sedentarismo, tabaquismo y la exposición ambiental a carcinógenos (6). Esta neoplasia afecta tanto a hombres como a mujeres. Se presenta con mayor frecuencia en adultos entre 65-75 años, pero aumenta drásticamente con la edad.

La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, en 2012, informó que la carga mundial del cáncer aumentó a un estimado de 14 millones de nuevos casos por año, y se espera que crezca en los próximos dos decenios (7). De acuerdo a los datos, la tasa de incidencia estandarizada por edad de CCR en hombres es de 10 y en mujeres de 11.3 por 100.000 habitantes. Según el Registro Nacional de Tumores 2014 de SOLCA, en el año 2012 murieron 603 personas en Ecuador por cáncer colorectal (8).

En la última década en Guayaquil se ha observado un comportamiento sostenido en menores de 75 años, (edad que es el promedio de la esperanza de vida en el Ecuador). En el año 2009 la tasa de AVPP por 1000 habitantes fue de 0,6, en 2012 fue 0.6; 2015 de 0,7 y en el año 2018 de 0,6 años de vida potencialmente perdidos en mujeres menores de 75 años por cada 1000 habitantes. En cuanto a los años de vida perdidos según el sexo y de acuerdo al grupo de edad afectado, se observó tanto en hombres como mujeres que el

grupo de 45-59 años es donde se encuentra el mayor peso de la mortalidad; sin embargo, se evidencia un cambio en los adultos jóvenes de 30-44 años y de 15 a 29 años ameritando efectuar un análisis detallado sobre los factores que influyen en estas muertes prematuras (9).

En la actualidad, se sitúa como el cáncer más frecuente en el global de la población, siendo el tercer tipo de cáncer más frecuente en varones, tras del pulmón y próstata, y el segundo en mujeres tras el de mama en cuanto a la distribución entre sexos, existe una mayor incidencia en varones que en mujeres (10). Por el incremento de las tasas de morbilidad en relación a la patología, es importante conocer como se ha seguido presentando la problemática en la población que se ha encontrado con mayor vulnerabilidad (11).

En SOLCA-Guayaquil, los casos de cáncer colorectal siguen una tendencia en aumento desde el 2019, considerando los resultados de estadísticas publicadas. Por ello, se expone la grave problemática que representa esta patología en el Ecuador, luego del análisis de los datos obtenidos representa un verdadero problema de salud pública a pesar de la existencia de diferentes programas de detección oportuna. Por lo que, sigue teniendo importancia el monitoreo de este tipo de patología no solo a nivel local, sino regional y nacional.

## 1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuál es la prevalencia de cáncer colorectal en pacientes atendidos en la consulta externa en el hospital de SOLCA-Guayaquil?
2. ¿Cuáles son las características de los pacientes que presentaron cáncer colorectal atendido en la consulta externa en el hospital de SOLCA de la ciudad de Guayaquil?
3. ¿Cuáles son las causas de cáncer colorectal en pacientes atendidos en la consulta externa en el hospital de SOLCA-Guayaquil?
4. ¿Cuáles son los tipos de cáncer colorectal en los pacientes atendidos en la consulta externa en el hospital de SOLCA-Guayaquil?
5. ¿Cuáles son los signos o síntomas en los pacientes con cáncer colorectal atendidos en la consulta externa en el hospital de SOLCA-Guayaquil?
6. ¿Qué medios diagnósticos se utilizaron en los pacientes con cáncer colorectal atendidos en la consulta externa en el hospital de SOLCA-Guayaquil?
7. ¿Qué grados de cáncer colorectal presentaron los pacientes con cáncer colorectal atendidos en la consulta externa en el hospital de SOLCA-Guayaquil?

### 1.3. JUSTIFICACIÓN

El motivo esencial para la selección del tema, radica en la importancia que tiene el cáncer de colorectal, entre los principales tipos de cáncer, de acuerdo a los registros de la OMS, de la Sociedad Americana de Cáncer y de la OPS, razón por la cual, es indispensable conocer la prevalencia de este tipo de enfermedad crónica degenerativa, en el hospital en estudio, para que las autoridades pertinentes y los expertos en enfermería y en las ciencias de la salud, puedan continuar con esta línea de investigación, para aportar con soluciones que contribuyan al bienestar de la población, a través de la prevención o la mitigación de los síntomas de esta enfermedad, si es que ya ha sido diagnosticada previamente.

Por otra parte, es conveniente conocer cómo está evolucionando este tipo de cáncer, ya que después de la llegada de la pandemia de la COVID-19, otro tipo de enfermedades como las crónicas degenerativas incluidas el cáncer en general dejaron de ser observadas, detectadas y tratadas a tiempo, lo sucedido en todas las instituciones de salud y las de especialidad como SOLCA en la ciudad de Guayaquil, perdiendo de esa forma, información referente en cuanto al comportamiento de la enfermedad y la población en riesgo.

También es oportuno resaltar el valor teórico que tiene el desarrollo de la presente investigación, porque el cáncer colorectal, tiene una elevada tasa de mortalidad ya que a nivel mundial ocupa el cuarto lugar en la tasa de mortalidad, es decir que, es necesario considerar la situación actual del hospital en el registro de este tipo de cáncer, considerando las altas tasas de morbimortalidad.

Cabe señalar, que nosotros como futuros profesionales en el campo de la salud, hemos sido beneficiados al obtener información relevante para poder tener una mejor visión de la patología en mención, así mismo, conocer la situación suscitada por la población que no fue atendida en su momento, como

también la actualización de estadísticas que SOLCA-Guayaquil, como hospital de cuarto nivel representa a nivel nacional como internacional un referente del comportamiento del cáncer. Por lo tanto, ha quedado sentada la actualización de datos para las diferentes autoridades del hospital en mención como un aporte de la intervención de apoyo de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Estos datos representarán por la institución objeto de estudio, la proyección de diferentes estrategias que en un futuro podrán tomarse para contribuir a disminuir no solo la prevalencia sino la incidencia del cáncer colorectal.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL.**

Determinar la prevalencia de cáncer colorectal en pacientes atendidos en la consulta externa del hospital de SOLCA- Guayaquil.

### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Caracterizar a los pacientes con cáncer colorectal atendidos en la consulta externa en el hospital de SOLCA-Guayaquil.
- Establecer las causas del cáncer colorectal en pacientes atendidos en la consulta externa en el hospital de SOLCA-Guayaquil.
- Identificar los tipos de cáncer colorectal en paciente atendidos en la consulta externa en el hospital de SOLCA-Guayaquil.
- Enumerarlos signos o síntomas que presentaron los pacientes con cáncer colorectal atendidos en la consulta externa en el hospital de SOLCA-Guayaquil.
- Detallar los medios diagnósticos utilizados en pacientes con cáncer colorectal atendidos en la consulta externa en el hospital de SOLCA-Guayaquil.
- Especificar los grados de cáncer colorectal que presentan los pacientes con cáncer colorectal atendidos en el hospital de SOLCA-Guayaquil.

## **CAPÍTULO II**

### **2.1. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL**

### **2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

La Universidad Complutense de Madrid, España, publicó la tesis de Cicuéndez (12) con el objetivo de conocer la epidemiología descriptiva de cáncer colorectal en hospitales públicos. Se aplicó la metodología documental, utilizando la base de datos del Sistema de Cáncer de Intercambio de Datos del Registro Central de Tumores. Los resultados evidenciaron que los pacientes diagnosticados se incrementaron progresivamente desde los primeros cinco años. La edad media al diagnóstico fue de 69,34 años (70 años para cáncer de colon y 68 años para cáncer de recto). El cáncer colorectal es más común en hombres que en mujeres, lo mismo ocurrió con el cáncer de colon y cáncer de recto, aunque en diferentes proporciones (55,4% vs 44,6% y 60,9% vs 39,1% respectivamente). El adenocarcinoma SAI fue el histológico más frecuente (79,9%) en el cáncer colorectal. La ubicación más frecuente del cáncer colorectal fue en recto SAI y en cáncer de colon fue el colon sigmoideo (35,5%). La extensión más común al diagnóstico de cáncer colorectal fue la extensión localizada (42,9%), similar al cáncer de colon y recto, aunque se desconoció el estadio tumoral, superior al 40%. La etapa tumoral más frecuente en el cáncer colorectal fue la etapa I (16,4%) y II (16,5%), para el cáncer de colon fue el estadio II (17,5%), y para el cáncer de recto fue la fase III (18,7%). Se concluyó que, los tratamientos más utilizados fueron en cáncer colorectal (42%), cáncer de colon (48,5%) y recto el cáncer (31,8%) fueron por cirugía.

American Society of Clinical Oncology (13), revisó una investigación realizada por la cuyo objetivo fue establecer la prevalencia del cáncer colorectal en Estados Unidos. Se aplicó la metodología documental y descriptiva. Los resultados evidenciaron que 915.880 personas murieron en todo el mundo de cáncer colorectal en el 2020. Esto incluye 576.858 personas con cáncer de

colon y 339.022 personas con cáncer de recto. A mediados del 2022 se diagnosticó cáncer colorectal a 151.030 adultos en los Estados Unidos. Estas cifras incluyeron 106.180 casos nuevos de cáncer de colon (54.040 hombres y 52.140 mujeres) y 44.850 casos nuevos de cáncer de recto (26.650 hombres y 18.200 mujeres). Se estimó que 1.880.725 personas en todo el mundo fueron diagnosticadas con cáncer colorectal en 2020. Estos números incluyeron 1.148.515 casos de cáncer de colon y 732.210 casos de cáncer de recto. Se concluyó que, para finales del año se producirán 52.580 muertes (28.400 hombres y 24.180 mujeres) en los Estados Unidos por causa del cáncer colorectal. La colonoscopia fue el método de diagnóstico más utilizado para diagnosticar este tipo de cáncer, en más del 52% de los casos.

Bofill et al (Cuba) (14), planteó como objetivo, determinar las principales causas de muerte de los pacientes fallecidos por cáncer colorectal. Estudio descriptivo retrospectivo en 149 pacientes con cáncer colorectal, entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2020, notificados en el Registro de Fallecidos de la Dirección Municipal de Salud. Prevalció el sexo femenino en (53 %); incrementado a partir de los 60 años de edad en 124 pacientes (83,2%); pólipos inflamatorios 63%, dado a que esto, da paso a la hiperplásicos (21%) y adenomatosos en un 16%, lo que indujo a la muerte, fue la toxemia cancerígena (61,1 %), seguida de la sepsis (28,1 %) y el tromboembolismo pulmonar (3,4 %). Conclusiones: en el quinquenio 2016-2020, fueron indicativas de enfermedad neoplásica en estado avanzado y de diagnóstico tardío.

Tambara et al. (Brasil) (15), propuso evaluar informaciones sobre pacientes sometidos a colectomía y rectosigmoidectomía por RCC en un Hospital Universitario de Rio Grande do Sul en cinco años a través de la revisión de historias clínicas. Resultados: se realizaron 224 cirugías de colectomía y rectosigmoidectomía en pacientes con cáncer de colorectal CCR, siendo la mayoría (52,7%) del sexo femenino. La edad media de los pacientes fue de 63,2 años. La mayoría (89,3%) tenían adenocarcinoma, de los cuales el 64,3% afectaba al rectosigmoideo y el 24,6% al colon derecho. Se realizó rectosigmoidectomía en el 63,8% de los pacientes. En cuanto a la

estadificación, el 42,4% se clasificó como estadificación III o IV. Se concluyó que el CCR es una patología con potencial curativo, siempre que exista un diagnóstico precoz.

Montiel et al.(Paraguay) (16). Prevalencia del cáncer de colon de acuerdo a su localización y su tratamiento quirúrgico en el servicio de cirugía general del hospital central del IPS durante el periodo de enero del 2017 a diciembre del 2018. Mediante la revisión de 264 fichas operatorias se determinó lo siguiente: de los 264 pacientes de la muestra, 127 pacientes fueron operados de tumores de colon derecho correspondiendo al 51,89%, 96 pacientes de tumores de colon izquierdo (36,36%), 23 pacientes de tumores del colon transverso (8,71%) y 18 pacientes de tumores de la unión rectosigmoidea, correspondiendo al 18 %. El rango de edad encontrado más frecuente fue de 61 a 70 años. En conclusión, el cáncer de colon fue encontrado más frecuentemente en el sexo masculino en un 51,13%. El rango etario predominante fue el de 61 a 70 años. El adenocarcinoma grado I a II fue el más frecuente. El proceder quirúrgico varía de acuerdo a la localización, de la urgencia quirúrgica y de la morbilidad del paciente.

Instituto Nacional del Cáncer-Argentina (17), determinó la prevalencia del cáncer colorectal, reflejando los siguientes resultados: se produjeron 13.500 nuevos casos cada año, de los cuales aproximadamente 7.200 son hombres y 6.300 mujeres. El CCR se produce en más del 90% de los casos en personas mayores de 50 años, razón por la cual el envejecimiento que se observa en la población representa un factor primordial a tener en cuenta para las próximas décadas. La tasa de mortalidad ajustada por sexo es mayor en los hombres (73%). En las mujeres, la mortalidad por esta causa fue menor que en los hombres. Se concluyó que, los adenomas representan el 70% de los pólipos colónicos diagnosticados, son algo más frecuentes en hombres que en mujeres, son raros en personas menores de 40 años de edad, excepto en pacientes con síndromes genéticos.

Ecuador-Bayas (18), en el estudio sobre la caracterización epidemiológica y clínica del cáncer colorectal, realizado en el Hospital de Especialidades Carlos

Andrade Marín, Se estudiaron a 210 pacientes elegidos al azar entre 2016 a 2019. Los resultados obtenidos fueron una mayor presentación en adultos mayores de 50 años, con una relación 1:1 en cuanto a sexo, y en la procedencia, se ubicó mayoritariamente en la población de la región Sierra; las personas con una actividad económica de tipo profesional fueron las más afectadas; en lo que se refiere a los antecedentes se encontró mayor relación en los personales y dentro de estos los pólipos; no hubo relación con los antecedentes quirúrgicos ni familiares. Se concluyó que, el síntoma de debut más prevalente fue el dolor abdominal; la mayoría fueron sometidos a colonoscopia; predominó la lateralidad derecha y el tipo histológico principalmente identificado fue el adenocarcinoma.

En Manabí, Lucas et al. (19), planteó la descripción de la prevalencia del cáncer colorectal y sus características sociodemográficas de los habitantes en la parroquia del Cantón Jipijapa, Manabí, por medio de datos obtenidos por SOLCA, se empleó la encuesta a 245 habitantes de las diferentes parroquias del cantón Jipijapa. Obteniendo como resultados: del 2018 a 2020, se confirmaron 159 casos de cáncer, en las que el sistema hematopoyético (10,06%), en cérvix (10,06%), colorectal (43%), donde el género femenino fue de 55,35%; mientras que, el 44,65%; fueron masculino, los grupos de edad con mayor porcentaje de cáncer fueron mayores de 80 años (13,21%), de 60 a 64 años (11,32%), con una prevalencia de cáncer durante el 2018 a 2020 de 0,72%. Conclusiones: entre los datos oficiales de SOLCA Portoviejo el cáncer más frecuente se localizó en el sistema hematopoyético y de las encuestas realizadas, fue el cáncer de mama y color rectal.

A nivel local, la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, publicó el estudio de los autores Alcívar y Vélez (20), se realizó un estudio sobre prevalencia de cáncer colorectal, en una muestra de 366 pacientes diagnosticados con cáncer colorectal del 2017-2019. Los resultados obtenidos fueron: Edad: 64-74 años (26%); 53-63 años (23%); 75-85 años (15%); 42- 52 años (14%); 31-41 años (10%); 20-30 años (6%); 85 años y más (6%). Etnia: el 81% fueron mestizos; el 13% afros; 6% blancos. Factores de riesgo: si, 66%; no, 34%. Antecedentes familiares: 34% si y 66% no. Manifestaciones 57% náuseas,

35% dolor pélvico y 7% dolor abdominal. Etapas: II, 61%; 28%, III; I-6%; IV-5% y 0, 0%. Complicaciones: perforación intestinal, 54%; obstrucción intestinal, 26% y hemorragia, 20%.

Anchundia y Zhirzhan (UCSG) (21), sobre la prevalencia de cáncer colorectal mencionan: en una muestra de 413 casos entre 2017 al 2019. Los resultados evidenciaron que, el 48% fueron hombres, el 52% mujeres; 58% casados, 14% solteros, 13% divorciados. El 91% indígena; 55% mestizos, afrodescendientes 16%, blancos 7%. Factores de riesgo: Edad 61 a 70 años 31%; 71 a 80 años 22%; 62% con APF y 38% no presentan. APP: 34% adenomas vellosos, no presentan 29%, colitis ulcerativa 15%, divertículos 11%, poliposis 10%. Manifestaciones: 29% diarrea, 25% hematoquecia, 13% pérdida de peso, 14% masa abdominal palpable, 12% masa palpable tacto rectal, 10% pérdida de peso, ascitis 4% y 2% entre febrícula y esplenomegalia; 53% estreñimiento, 18% náuseas, 12% dolor pélvico, 9% dolor abdominal, 8% Astenia. Estadio de la enfermedad: grado II 61%, estadio III 28%, estadio IV 6%, estadio 0 no se registra. Localización: colon sigmoideo 43%, colon ascendente 19%, colon descendente 12%, ciego 11%, colon transverso 9%, ángulo esplénico 3%. Complicaciones: perforación intestinal 43%, obstrucción 38% y hemorragia 19%. Conclusión: la prevalencia tuvo un pico en el 2019.

## **2.3. MARCO CONCEPTUAL**

### **2.3.1. Cáncer colorectal**

El cáncer de colon forma parte de las enfermedades catastróficas y un verdadero problema para el sistema de salud, debido a que, es el segundo causante de miles de muertes en todo el mundo, a esto se suma que, los pólipos que son tejidos adicionales que crecen internamente en el intestino, que si bien es cierto, no suelen ser peligrosos, pero ciertos pólipos que más que todo sobrepasan los 15 años, empiezan a convertirse en cancerígenos, por lo que, es necesario el diagnóstico preventivo para evitar que sus etapas avancen hasta provocar la muerte en el paciente.

### **2.3.2. Definición del Cáncer colorectal**

Para conocer más sobre esta enfermedad, se debe tener en claro que, este se sitúa en el órgano llamado intestino grueso, el cual se compone por el colon ascendente, transverso, descendente, sigmoides y el recto que finaliza en el ano, por lo tanto, el cáncer puede aparecer dentro de estos segmentos, ya que, se va generando una multiplicación acelerada y descontrolada de células cancerígenas en todo el extremo inferior del tracto digestivo, que al no ser detectada a tiempo, termina con la existencia de la persona.

El cáncer desde décadas atrás, ha afectado a personas en las diferentes partes del mundo, ya que, el cuerpo del ser humano se compone por billones de células que cumplen con una función en específica, y que, durante el transcurso del desarrollo del individuo, estas van creciendo y reproduciéndose, hasta presentar algún tipo de anomalía. En este caso, el colorectal es un padecimiento mortal, provocada por el crecimiento acelerado de numeras células en la parte del colon o en el recto (22).

De acuerdo con el autor anterior, este tipo de cáncer se origina en el segmento del colon o bien puede ser en el recto, siempre y cuando, los pólipos se hayan alojado y desarrollado en alguna parte de esta región. La enfermedad como tal, denota que es unas principales muertes en personas adultas mayores, sin embargo, también se ha presentado casos en individuos jóvenes, debido a los antecedentes familiares que aceleran el ciclo de las células cancerígenas.

El cáncer de colorectal, es una patología que se desarrolla en el intestino grueso, en este se produce una alteración de las células, el cual, desencadena la multiplicación de miles de tejidos, que da origen a la enfermedad (23). Si bien es cierto, estas células dañinas, suelen superar a las células sanas, por lo que, combatir las resulta difícil, porque destruye la estructura hasta eliminarla. En la mayoría de los casos, los tratamientos para cáncer pueden ser efectivos, pero a su vez, contradictorio, ya que, al reducir el tejido afectado, también se está perjudicando a las células buenas.

En efecto, el cáncer no es solo una enfermedad que puede aparecer en esta región, sino que, puede presenciarse o desarrollarse en cualquier parte del cuerpo humano, ya que, como se describió, es el crecimiento descontrolado que se origina en cualquier etapa de la persona. Como esta patología, existen carcinomas hematológicos y tumores sólidos que pueden presentar similitud en sus características.

### **2.3.3. Etiología del cáncer colorectal**

En la mayoría de los casos, los pacientes diagnosticados con colorectal, ha sido por la evolución de los adenomas convencionales, mismos que, desencadena alrededor de 60 mutaciones para que se desarrolle el tumor; por otra parte, existe la hipermutación que desemboca en 700 mutaciones sutiles, estas alteran los productos proteicos y terminan en la inestabilidad del micro satelital (24).

En sí, todos los adenomas son potenciales para ser canceres, pero en un pequeño porcentaje y en el tiempo considerado, estos van a progresar; no obstante, la existencia de factores que favorezcan a su propósito, será de gran utilidad para que el carcinoma altere todo el sistema y el proceso, hasta el punto de debilitarlo y apropiarse de las funciones del órgano y que, al diagnosticarlo, este tumor se habrá desarrollado considerablemente que incluso puede desembocar en una metástasis.

Uno de los causantes del colorectal, está ligado a los pólipos de colon, se cree que su crecimiento inicia en la capa interna del intestino, debido a que, comprende en la acumulación de células que se forma en el segmento del colon y recto (25).

Por otro lado, los adenomatosos son masas que posee similitud a una glándula, esta se desarrolla en la membrana mucosa que envuelve al intestino grueso. También son conocidas como adenomas, mismas que pueden ser, el pólipo tubular que sobresale en el lumen del colon o el adenoma vellosos suele ser plano y extendido, es más común de convertirse en cáncer (26).

En vinculación a esta patología, se encuentran los pólipos inflamatorios, cuyas lesiones provienen de manera natural, no se la considera como una neoplasia, sino como pseudopólipos inflamatorios, pese a que este término se asocia en la identificación de una colitis ulcerativa, se acerca a una anastomosis y en cuadros isquémicos. Sus características se distinguen de los pólipos adenomatosos e hiperplásicos (27).

Por último, los pólipos hiperplásicos, son aquellas lesiones que son observadas en la parte del estómago, sus características microscópica y macroscópica permite que sean identificadas sin ser confundidas, ya que, la histogénesis de esta lesión son respuesta misma de la inflamación y de la erosión de la mucosa, por lo que, no son consideradas precancerosas (28).

Si bien es cierto, el cáncer colorectal crece en todo el intestino grueso, de manera natural, por lo que, se cree que no es canceroso, hasta cuando un pólipo se despliega en el segmento entre el colon y el recto; y este va desarrollándose lentamente durante 10 a 20 años. Por su parte, se estima que, estos tumores de tipo adenomatoso crecen a partir de las células glandulares, las cuales, son las encargadas de elaborar el moco que sirve como lubricante de este órgano (29).

#### **2.3.4. Tipos de cáncer colorectal**

A continuación, se describe la clasificación:

- **Adenocarcinomas.** – este tipo de patología ha sido diagnosticado con mayor frecuencia en los pacientes, debido a la presencia de los pólipos que recubre toda la superficie interna del colon. El adenocarcinoma se encarga de elaborar ciertas sustancias en el cuerpo, se estima que la mayoría de las neoplasias son de este tipo de carcinoma adenomatoso (30).
- **Tumores carcinoides.** – concierne de aquellos cánceres que inician en las células que producen las hormonas en la región de los intestinos.

Estos bultos producen excesiva cantidad de hormonas que son benignos o malignos, tal como la serotonina (31).

- **Tumores estromales.** – se encuentra relacionado al cáncer de tejido blando, este puede ser detectado en toda la región del tubo digestivo, por lo que, menos frecuente que aparezca en el colon. Sin embargo, también puede presentarse otros cánceres que se originan en el tejido conectivo del colon y en los vasos sanguíneos (30).
- **Linfomas.** – considerado como un cáncer del sistema inmunitario, suele presentarse o ser diagnosticados en la región del colon o en los ganglios linfáticos. Estos linfomas se desarrolla en las células blandas del sistema linfático y puede mostrar algunos síntomas (31).
- **Sarcomas.** – neoplasia que se presenta en cualquier parte del cuerpo, se han diagnosticado en los músculos o huesos, este tipo de cáncer son originados en tejidos blandos como nervios, vasos sanguíneos, grasas, tejidos de la piel (31).

En la actualidad, una cuarta parte del cien por ciento de los habitantes en todo el mundo, padecen de estos tipos de cánceres, sin aludir que la neoplasia del colorectal pueden ser hereditario, debido a las mutaciones de los genes que son transmitidos de padres a hijos. No obstante, las evaluaciones permiten que los pacientes sean asistidos, de manera instantánea con tratamientos y medicamentos que reducen la masa de los tejidos abultados; así como también existen exámenes genéticos que diagnostican si la persona padecerá de algún tipo de carcinoma (32).

### **2.3.5. Signos o síntomas**

Por otro lado, las neoplasias en la mayoría de los casos presentan sintomatologías, por lo que, los pacientes acuden a las visitas médicas, para realizarse los diferentes exámenes y descartar que tipo de pólipos padecen, como se ha presentado anteriormente, se puede confundir los dolores abdominales a causa de los pólipos inflamatorios o hiperplásicos que no son cancerígenos, pero ocasionan molestias en el individuo (33).

Entre los signos y síntomas del cáncer colorectal, se encuentran las siguientes que son muy comunes en los pacientes diagnosticados:

- Sangrado rectal. – el paciente defeca heces con sangre
- Dolor abdominal. – cólicos por obstrucción completa o parcial, puede ser asociada a una perforación o con peritonitis difusa.
- Estreñimiento. – paciente que lleva de dos a varios días, sin defecar.
- Obstrucción intestinal. – consiste en la incapacidad de evacuar, se acompaña de inflamación, lo cual es imposible eliminar los gases.
- Vómitos
- Pérdida de apetito (34)

Los síntomas en las personas pueden ser leves al inicio de las afectaciones, por lo que, algunos pacientes no lo consideran importante, sino hasta que, visualizan el sangrado o cuando el dolor más frecuente. Por ello, al primer síntoma es importante la valoración médica y la modificación del estilo de vida para prevenir y minimizar las células cancerosas.

### **2.3.6. Diagnóstico del Colorectal**

Para que la enfermedad sea detectada, es necesario que el paciente se someta a una serie de pruebas patológicas o exámenes, con la finalidad de identificar en primer lugar las características de los pólipos que infectado al intestino grueso, luego determinar de qué clase y en grado se encuentra la enfermedad, para los respectivos cuidados y tratamientos.

Entre los diagnósticos efectuados a pacientes con carcinoma colorectal, se encuentran los siguientes:

- **Tamizaje de cáncer colorectal.** – se aplica en los estadios iniciales, para detectar la afección, debido a la presencia de sangre oculta en heces, esta prueba asegura la calidad y monitoreo (35).

- **Enema de Bario doble contraste.** –procedimiento durante el cual se administra por el recto un líquido que contiene bario para obtener radiografías del colon y el recto (36).
- **Sigmoidoscopia.** – se realiza una sola vez, o una vez cada 3 o 5 años, consiste en emplear una sonda flexible con cámara para ver el interior del colon sigmoide y el recto. El colon sigmoide es la zona del intestino grueso más cercana al recto (36).
- **Colonoscopia.** – es un examen en el que se visualiza el interior del colon y el recto, mediante un instrumento llamado colonoscopio (36).
- **Tomografía.** – es un procedimiento con imágenes que usa equipo especial de rayos x para crear imágenes detalladas y exploraciones de regiones internas del cuerpo (35).

Las barreras para el tamizaje de cáncer colorectal incluyen el costo de las pruebas, la falta de conocimiento sobre cáncer colorectal y sus métodos de tamizaje, han menospreciado la importancia de diagnosticarse a tiempo, las pruebas descritas han reflejado un efecto o severidad del cáncer colorectal en la población, lo cual ha permitido tratar a tiempo la patología (37).

### 2.3.7. Grado

Esta patología no presenta síntomas hasta que este avanzado y por esa razón gran parte de las personas evidencian tumores que afectan a la pared intestinal o en algunos casos problemas de ganglios. Cabe señalar que tanto los síntomas como los signos llegan a ser indefinidos y alterables. La edad usual de formación de este cáncer se observa entre las edades de 61 y 81 años (38).

- **Estadio 0.** – Denominado carcinoma "in situ". Es la etapa más prematura de la afectación, por la cual las células malignas no atraviesan la capa más interna del recto o del colon (mucosa) (39).

- **Estadio I.** – En este período el tumor se ha desarrollado atravesando algunas capas, pero sin el éxito bajo ningún motivo atravesar la capa muscular. No hay dificultades en los ganglios (39).
- **Estadio II.** – En aquella etapa el tumor ha traspasado todas las capas que componen la pared del recto o colon y en muchas ocasiones podría afectar a otros órganos. Los ganglios no son afectados.
- **Estadio III.** – En este período los ganglios sufren afectaciones, indistintamente de que haya penetración de las células tumorales en la pared intestinal (18).
- **Estadio IV.** – En esta última fase el tumor se esparce y causa complicaciones de forma distante a muchos órganos (18).

La enfermedad puede presentarse de forma hereditaria, por lo que, el diagnóstico en algunos pacientes suele ser antes de cumplir los 51 años, ya que, los signos más permanentes que se han evidenciado, incorporan la hemorragia poco digestiva y la proctorragia, alteraciones al momento de defecar y malestar en el estómago. Sin embargo, la aparición de signos más complejos obedece a la prolongación del padecimiento y al escaso lugar del tumor (18).

## **2.4. MARCO LEGAL**

### **2.4.1. Constitución de la República**

La Carta Magna de la República, es el primer documento jurídico que se destaca en este contexto legal, en donde se relaciona la normativa jurídica con el tema relacionado a la prevalencia del cáncer de colon y recto, en los pacientes atendidos en la consulta externa en un hospital de la ciudad de Guayaquil. Como parte de esta problemática, se ha considerado el siguiente artículo de la Ley Suprema del país, para asociarlo con los resultados esperados de la presente investigación:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (40).

Art. 50.- El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente (40).

En efecto, existe la garantía de la salud para todos los individuos que viven en este país, más aún, para los grupos prioritarios, que tienen mayor vulnerabilidad. Por ello, se destaca como uno de los principios constitucionales que se encuentran asociados al buen vivir, el derecho a la salud, asegurando que las instituciones del estado, deben brindar un servicio con alta calidad y calidez a los pacientes, más aún, si se trata de algún grupo prioritario, como es el caso de los sujetos que padecen cáncer de colon y recto.

#### **2.4.2. Ley Orgánica de Salud**

La Ley Orgánica de Salud, es el segundo documento jurídico que se destaca en este contexto legal, en donde se relaciona la normativa jurídica especializado en materia de salud, con el tema relacionado a la prevalencia del cáncer de colon y recto, en los pacientes atendidos en la consulta externa en un hospital de la ciudad de Guayaquil. Como parte de esta problemática,

se ha considerado el siguiente artículo de la Ley de Salud, para asociarlo con los resultados esperados de la presente investigación:

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético (41).

En efecto, se repite la garantía de la salud para todos los individuos que viven en este país, la cual fue expuesto en primer lugar, en el artículo 32 de la Constitución de la República, más aún, para los grupos prioritarios, que tienen mayor vulnerabilidad. Por ello, se destaca como uno de los principios que debe regir en las instituciones sanitarias pertinentes al estado ecuatoriano, la oferta de un servicio con alta calidad y calidez a los pacientes, más aún, si se trata de algún grupo prioritario, como es el caso de los sujetos que padecen cáncer de colon y recto, a quienes se les debe determinar su prevalencia, con el propósito de sugerir mejoras en su atención.

## CAPÍTULO III

### 3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.2. Tipo de estudio

**Nivel:** Descriptivo.

**Método:** Cuantitativo. Según el tiempo: Retrospectivo

**Diseño:** Según la naturaleza de los datos: Transversal.

#### 3.3. Población

La población estuvo conformada por 1.396 casos atendidos en la consulta externa en el Hospital de SOLCA-Guayaquil durante los años 2018-2021. El estudio no contiene muestra.

#### 3.4. Criterios de inclusión y exclusión:

**Criterios de inclusión:**

- Pacientes adultos y adultos mayores.

**Criterios de exclusión:**

- Pacientes hospitalizados.
- Pacientes en UCI.

#### 3.5. Procedimiento para la recolección de información:

**Técnica:** Observación indirecta

**Instrumento:** Matriz de observación indirecta.

#### 3.6. Técnica de procesamiento y análisis de datos

Se aplicó el programa Excel, tabulando los datos obtenidos y la base para el análisis de datos se utilizó los antecedentes de otras investigaciones y el marco conceptual.

#### 3.7. Procedimiento para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos:

- Presentación y aprobación de la propuesta de anteproyecto por el Comité de Investigación de la Carrera de Enfermería.

- Presentación de oficio y aprobación para la recolección de información institucional.

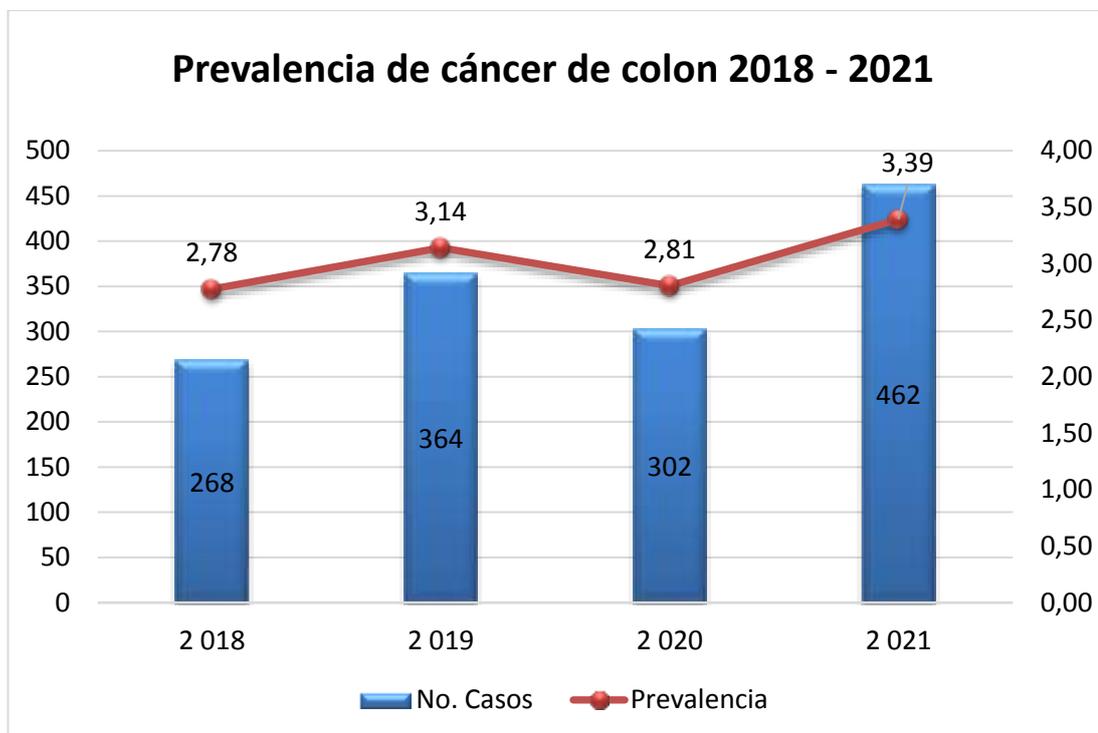
### 3.8. Variable general y Operacionalización.

**Variable general:** Prevalencia de cáncer colorrectal

DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	TÉCNICA
Características	Sexo	Hombre Mujer	Observación indirecta.
	Edad	10-19 años 20-29 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años 60-69 años 70-79 años 80 años y más	
Causas	Pólipos de colon	Adenomatoso Inflamatorio Hiperplásicos	
Tipos	Adenocarcinoma Tumores carcinoideas. Tumores estromales. Linfomas Sarcomas	Si No	
Signos o síntomas	Sangrado rectal Dolor abdominal Estreñimiento Obstrucción intestinal. Vómitos. Pérdida de apetito.	Si No	
Medios diagnósticos.	Tamizaje colorectal. Enema de bario. Sigmoidoscopia. Colonoscopia. Tomografía.	Si No	
Grados	0 I II III IV	Si No	

### 3.9. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Figura No. 1



*Fuente:* Base de datos Dpto. Estadística SOLCA-Guayaquil

*Elaborado por:* León Chulca Tomas-León Chulca Mayra

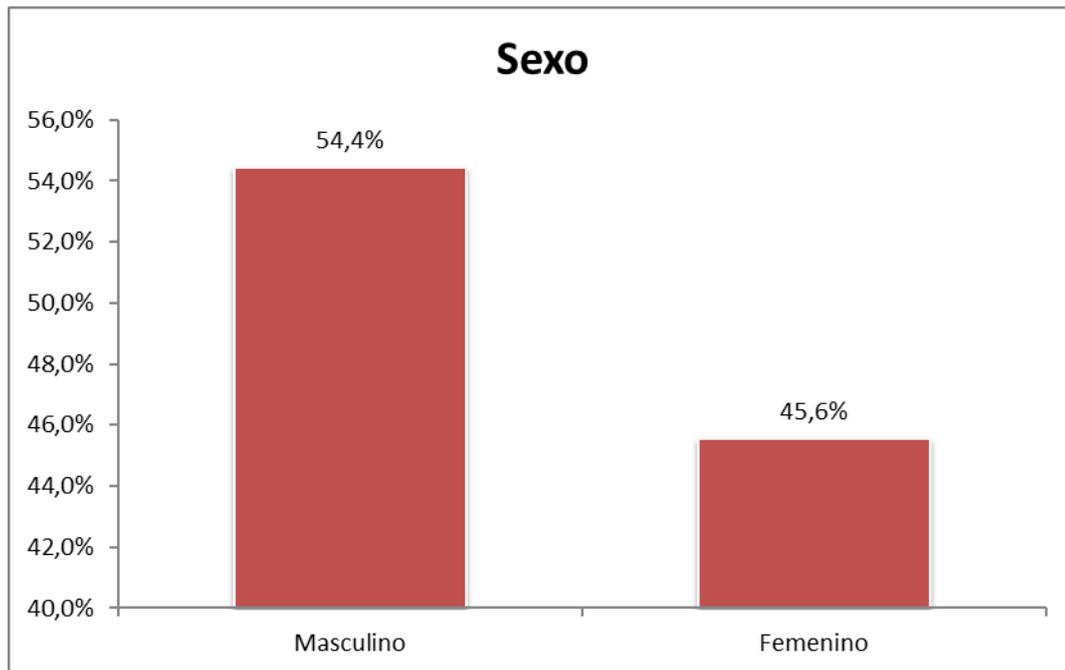
#### **Análisis:**

Los resultados reflejan que ha existido un pico alto desde los últimos cuatro años, debido a que, a los malos estilos de vida y hábitos alimenticios inadecuados, entre otros factores, por lo tanto, es fundamental que las personas adquieran conocimiento sobre esta patología para prevenirlos a futuro, además de iniciar con pruebas o exámenes que puedan detectar a tiempo y ser sometidos a tratamiento para el cáncer colorectal, dado a que, continua manteniendo un perfil alto hasta el periodo estudiado.

Fórmula para cálculo de prevalencia:

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{número existentes de casos en un número de tiempo}}{\text{Población total}}$$

**Figura No. 2**

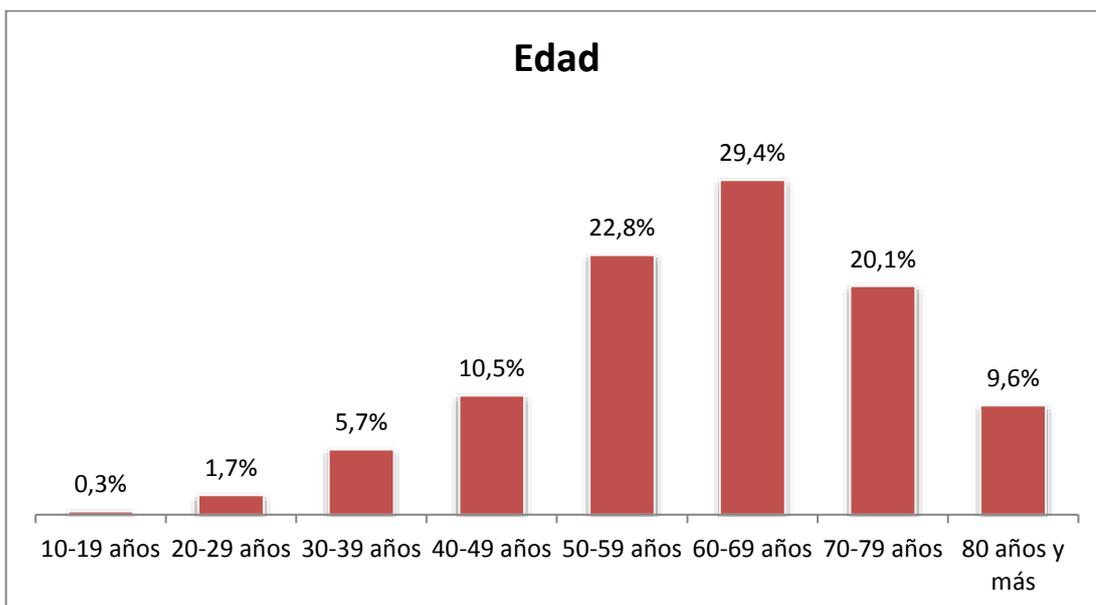


**Fuente:** Base de datos Dpto. Estadística SOLCA-Guayaquil  
**Elaborado por:** León Chulca Tomas-León Chulca Mayra

**Análisis:**

El cáncer colorectal se presenta con mayor frecuencia en hombres que en mujeres. En los diferentes estudios realizados por la enfermedad existe información sobre esta tendencia, debido a factores de estrés, cambios alimenticios, estilo de vida, entre otras condiciones que alteran la función y el equilibrio de los procesos que realiza cada organismo para mantener al cuerpo saludable.

**Figura No. 3**



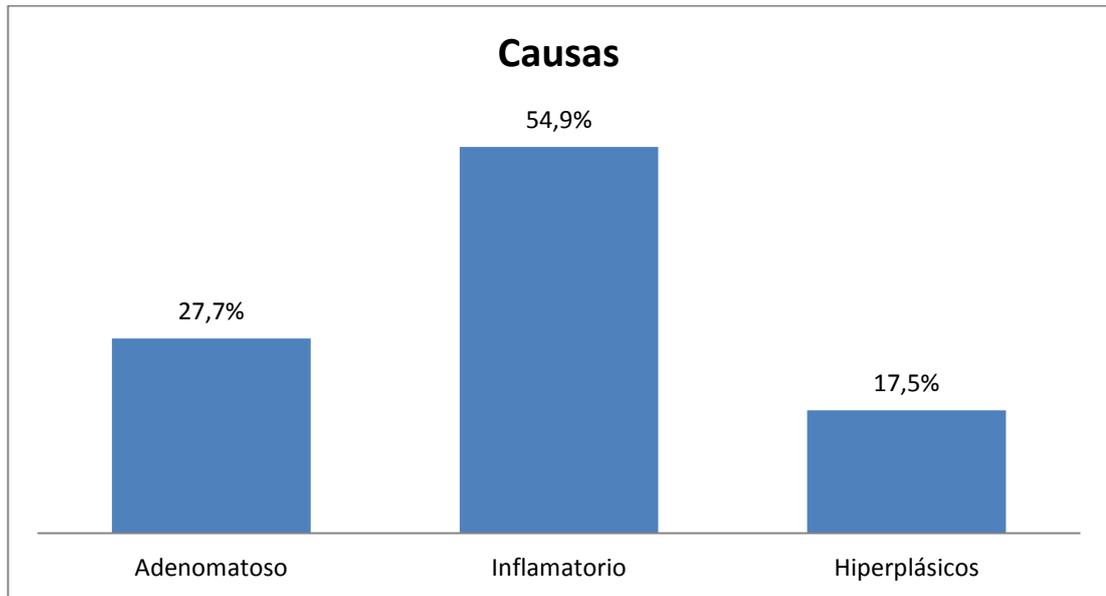
**Fuente:** Base de datos Dpto. Estadística SOLCA-Guayaquil

**Elaborado por:** León Chulca Tomas-León Chulca Mayra

**Análisis:**

A partir de los 50 hasta los 79 años existen cambios radicales en el metabolismo relacionados a la nutrición asociados a los hábitos de vida, siendo un referente de mayor proporcionalidad para estar en riesgo de padecer cáncer color rectal. La prevención en este grupo etáreo es fundamental, dado a las condiciones que también han sido evidenciadas en estudios a nivel mundial. Por lo que, se puede determinarse que esta patología se presenta en esta etapa, de acuerdo a la población estudiada.

**Figura No. 4**

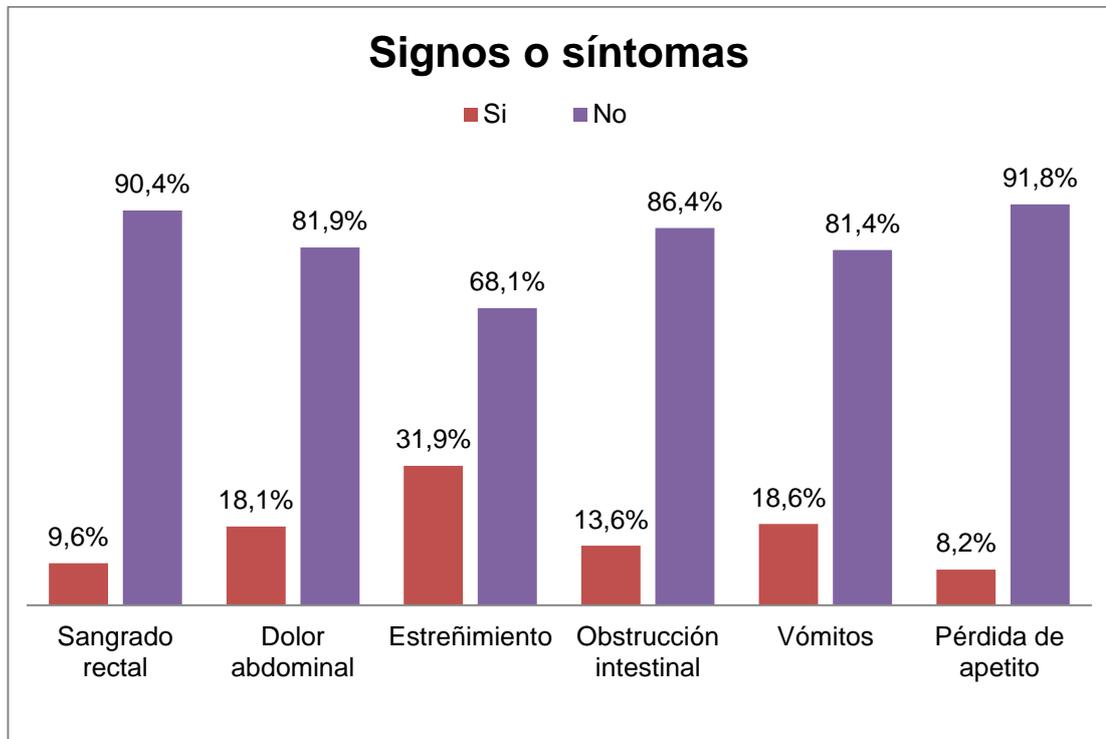


**Fuente:** Base de datos Dpto. Estadística SOLCA-Guayaquil  
**Elaborado por:** León Chulca Tomas-León Chulca Mayra

**Análisis:**

Los procesos inflamatorios y la presencia de pólipos de colon son la mayor causa de cáncer colorectal. Esta condición puede estar vinculada a muchas situaciones de la población en estudio, desde los hábitos de vida hasta la presencia y tratamiento de enfermedades del aparato digestivo superior, específicamente por las úlceras gástricas que se presentan por la presencia de bacterias o virus, como consecuencia del estrés no diagnosticado y no tratado. Con menor proporción se encuentran las otras condicionantes que no son tan frecuentes, como consecuencia de un diagnóstico tardío al igual que un tratamiento oportuno.

Figura No. 5

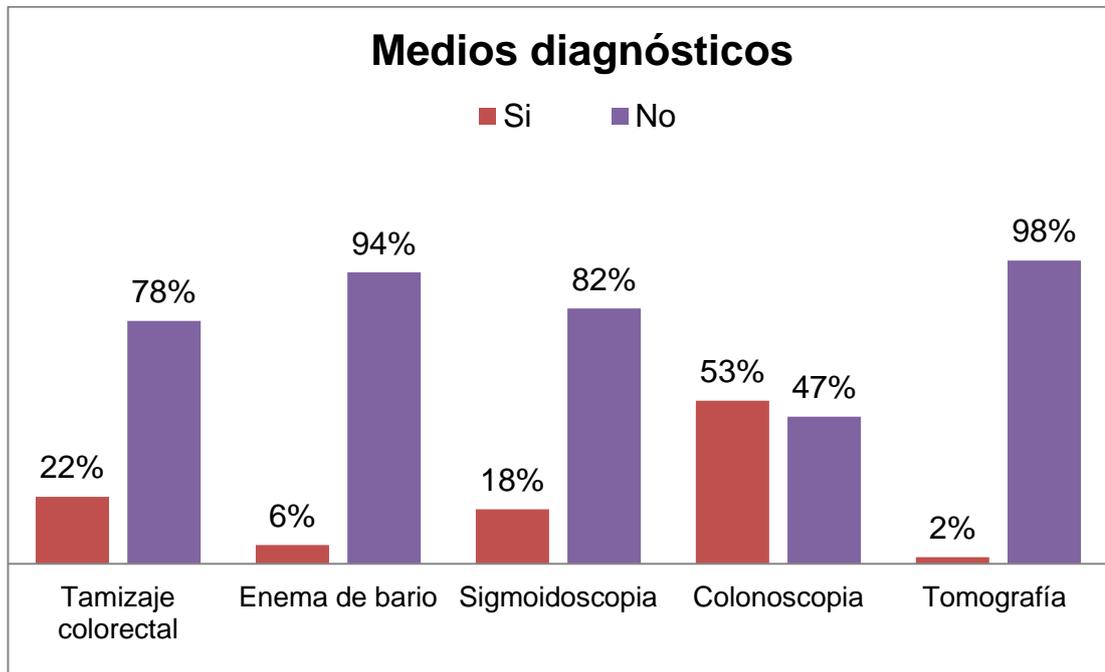


*Fuente: Base de datos Dpto. Estadística SOLCA-Guayaquil  
Elaborado por: León Chulca Tomas-León Chulca Mayra*

### **Análisis:**

Esta información evidencia que el cáncer no es solo una enfermedad que puede aparecer en esta región, sino que, puede presenciarse en cualquier parte del cuerpo, por lo que, los profesionales de salud, deben tomar en cuenta las sintomatologías que las personas presentan para descartar patologías relacionadas al carcinoma y tumores que presentan la misma similitud en sus características, dado a que, el signo más común evidenciado en este estudio se trató del estreñimiento, dolor abdominal, obstrucción y vómitos.

Figura No. 6

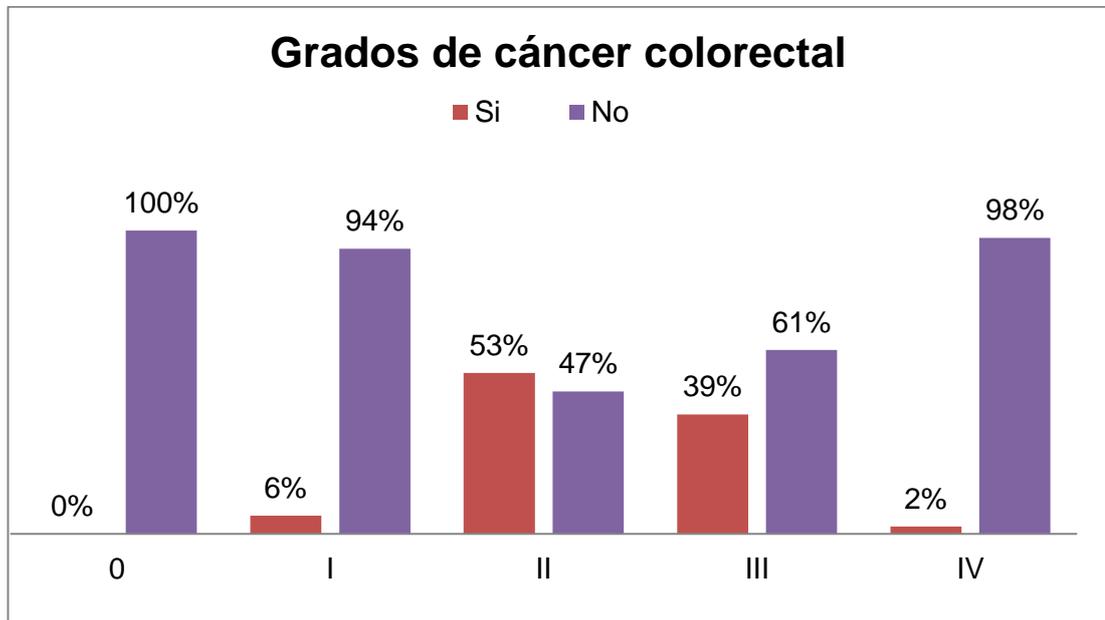


*Fuente:* Base de datos Dpto. Estadística SOLCA-Guayaquil  
*Elaborado por:* León Chulca Tomas-León Chulca Mayra

**Análisis:**

La colonoscopia es uno de los medios diagnósticos más efectivo y selectivo para diagnosticar cáncer colorectal en las diferentes etapas de la enfermedad, por ello, es recomendable la prevención en la realización de controles endoscópicos a partir de los 30 años, puesto que debido, al cambio en el metabolismo las estructuras tienen diferentes cambios o se presentan factores de riesgo que representa para la población un peligro de presentar esta enfermedad neoplásica.

Figura No. 7

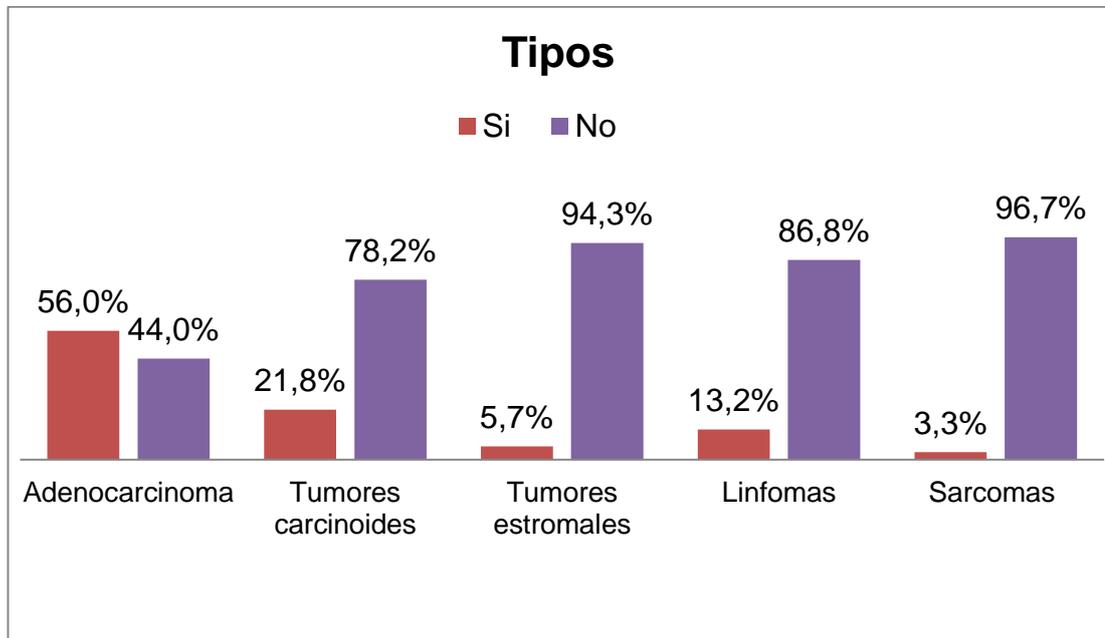


*Fuente:* Base de datos Dpto. Estadística SOLCA-Guayaquil  
*Elaborado por:* León Chulca Tomas-León Chulca Mayra

### **Análisis:**

El cáncer colorectal por lo general y de acuerdo a diversos estudios como en el actual, es diagnosticado en los grados II y III, que son los de mayor riesgo, debido a que, la mayoría de signos o síntomas no son reconocidos por la población y los consideran como alteraciones por la alimentación y, debido a que existe accesibilidad a productos farmacéuticos de comercio libre y reciben información por diferentes medios de comunicación se auto medican permitiendo que el cuadro clínico se complique y no exista mayores probabilidades de un restablecimiento controlado, tratado y recuperado en su totalidad. Por lo que, los pacientes deben someterse a procedimiento invasivos que producen cambios tanto físicos como psicológicos puesto que por el avance en la enfermedad deben contar con estomas quirúrgicos que son una solución permanente pero que afectará de alguna forma la imagen corporal y aceptación tanto familiar, social y laboral de aquel que lo debe mantener por una mejor calidad de vida.

Figura No. 8



*Fuente:* Base de datos Dpto. Estadística SOLCA-Guayaquil

*Elaborado por:* León Chulca Tomas-León Chulca Mayra

### **Análisis:**

Uno de los tipos de cáncer colorectal más agresivo y de mayor frecuencia es el Adenocarcinoma diagnosticado en etapas tardías. La información obtenida muestra que, en la actualidad, más de una cuarta parte de habitantes en todo el mundo, padecen de estos tipos de cánceres, sin embargo, las evaluaciones permiten que los pacientes sean asistidos, de manera instantánea con tratamientos y medicamentos que reducen la masa de los tejidos abultados pero solo para mejorar la calidad de vida y la sobrevivencia entre 5 y 10 años.

## DISCUSIÓN

Las características de los pacientes con cáncer colo-rectal, quienes fueron atendidos en la consulta externa en un hospital de la ciudad de Guayaquil, indicaron que la mayor prevalencia fue de la población masculina, que casi duplicó la cantidad de mujeres atendidas por esta patología, en donde la mayor prevalencia (58%) se situó en las edades de los 52 a 73 años, donde los adultos mayores representaron el 47% de la muestra seleccionada. De acuerdo a Cicuéndez (12) manifestó que, el promedio de edad del diagnóstico fue de 69,34 años, 70 años para cáncer de colon y 68 años para cáncer de recto, siendo una enfermedad más prevalente en la población masculina, 55,4% vs 44,6% en cáncer de colon y 60,9% vs 39,1% en cáncer de recto, hallazgos que van de acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio. Además, la Organización Panamericana de la Salud (3), manifestó que el grupo etario de mayor riesgo, es aquel que se encuentra en el segmento de edad de 50 a 75 años, con especial énfasis, en los adultos mayores, coincidiendo con los resultados del presente estudio. Por lo tanto, la actualización de datos obtenidos en el presente estudio se relaciona con datos mundiales como locales.

El 50% de la población estudiada por cáncer colorectal tiene una similitud con los obtenidos por Bofill et al. (14), quien encontró que la causa más prevalente de cáncer de colon y recto, fueron los pólipos inflamatorios, los cuales participaron con 63%, un porcentaje algo mayor al 50% evidenciado en este trabajo investigativo. De esta forma se evidencia que la presentación de este tipo de cáncer es mundial.

Los diferentes signos y síntomas padecidos por los pacientes estudiados por cáncer colorectal se presentaron como sangrado rectal, estreñimiento, dolor abdominal y obstrucción intestinal, estos datos obtenidos coinciden con los obtenidos por Alcorta et al. (42), en donde se pudo evidenciar que las manifestaciones de mayor prevalencia que, presentaron los pacientes con cáncer de colon y recto, fueron el sangrado en heces, dolor abdominal y rectorragias.

Respecto a los grados de cáncer colo-rectal que presentaron los pacientes con cáncer colo-rectal atendidos en un hospital de la ciudad de Guayaquil, se pudo conocer que, algo más de la mitad de los usuarios, se encuentran en el grado de 2 de esta enfermedad catastrófica, es decir, el mismo está avanzando hacia niveles más severos y críticos.

Al comparar estos datos con los resultados de Cicuéndez (12), se observó que, en este referente, la etapa o estadio II, con 34% de participación, ocupó la mayor prevalencia, aunque en menor grado que la evidenciada en el presente estudio, sin embargo, también representó la primera en la participación de los cuatro grados del cáncer de colon y recto. En el estudio realizado existe una leve diferencia en relación a los grados, ya que el de mayor prevalencia fue el II y III. Por lo tanto, esta clasificación puede ser relativa en diferentes tipos de población que pueden estar relacionadas a otras condiciones que, al momento no fueron objeto de la presentación en el análisis de resultados en el hospital donde se realizó.

La terapéutica medica descrita en diferentes revisiones bibliográficas hace referencia al uso de la colonoscopia conjuntamente con la detección de sangre oculta en heces como medio de laboratorio de líquidos biológicos, para el diagnóstico de cáncer colorectal, en el hospital de SOLCA-Guayaquil estos medios son los más utilizados así tenemos en un 46% el estudio endoscópico (colonoscopia) y un 33% sangre oculta en heces en cada 4 de 5 casos revisados en el estudio. Estos resultados concuerdan con el autor Luna et al. (43), quien manifestó que la colonoscopia fue utilizada como medio de diagnóstico en el 56% de pacientes con cáncer de colon y recto. Igualmente, Bayas (18) consideró en su estudio que, la mayor prevalencia del diagnóstico de este tipo de cáncer, estuvo asociada a la colonoscopia.

En la población estudiada en el Hospital SOLCA-Guayaquil, en uno de cada seis pacientes presentó el Adenocarcinoma (ADK), mientras que los tumores carcinoides representaron a la cuarta parte de los usuarios. Como referente tenemos a Tambara et al. (15), quien refleja que un 89.3% de pacientes también presentaron el mismo tipo de cáncer colorectal. Iguales resultados

menciona Luna et al. (43) encontró que 63,7% de tipo adenocarcinoma, corroborando los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación.

## CONCLUSIONES

- En la consulta externa en el hospital de SOLCA-Guayaquil durante el período 2018 al 2021 se atendieron un total 1.396 casos de cáncer colo-rectal.
- En relación a las características de la población se determinaron la edad entre 52 a 73 años. Así mismo este tipo de cáncer se presentó más en hombres que en mujeres.
- La causa de mayor relevancia fue la presencia de pólipos inflamatorios y en menor frecuencia los adenomatosos.
- Entre los signos y síntomas que se observaron en la base de datos tenemos: sangrado rectal (rectorragia), estreñimiento, dolor abdominal y obstrucción intestinal.
- La colonoscopia y la presencia de sangre oculta en heces fueron las de mayor relevancia en relación a los medios diagnósticos utilizados en la población estudiada.
- Los tipos de cáncer colo-rectal que afectaron a los pacientes atendidos en la consulta externa en un hospital de la ciudad de Guayaquil, de mayor prevalencia, fueron los adenocarcinomas y los tumores carcinoideos.

## RECOMENDACIONES

El comportamiento epidemiológico de las enfermedades neoplásicas a nivel como local y regional, son de amplio interés, clínicamente la célula siempre está expuesta a diferentes riesgos que pueden cambiar el ciclo vital, por lo tanto, es importante continuar la realización de este tipo de estudios para llevar un registro.

Los programas de prevención en el cáncer colorectal, están determinados por diferentes estrategias establecidas en los niveles de atención, el fomento, la promoción y la prevención de este tipo de cáncer es la más importante a través de los medios de comunicación para que la población tenga información sobre las medidas de auto cuidado y detección oportuna.

La detección oportuna del cáncer colorectal es una responsabilidad de los profesionales de la salud, captar a la población en riesgo requiere de actividades a corto, mediano y largo plazo, cumpliendo con indicadores de educación, información y capacitación, por lo tanto, las instituciones de salud deben estar alertas a los requerimientos de la población.

El acceso a los servicios de salud está contemplado en el sistema nacional de salud, sin embargo, diferentes factores influyen para que la población pueda acudir a las consultas por diferentes manifestaciones que pueden ser el inicio de enfermedades neoplásicas como el cáncer colorectal. Sumado a esto la falta de profesionales y no profesionales de la salud en la atención primaria de salud contribuyen a que las tasas de incidencia o prevalencia se mantengan en índices que representan una vida útil activa, produciendo la muerte a veces inesperada por falta de atención de toda la población que tiene como cobertura la atención de una institución de salud.

## REFERENCIAS

1. OMS. Cáncer. [Online]; 2022. Acceso 17 de 06de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
2. Gil V, Jover R. Tendencias de mortalidad por cáncer colorrectal por comunidades autónomas y provincias en España. San Juan de Alicante: Universitas Miguel Hernández; 2018.
3. OPS. Cáncer colorrectal. [Online]; 2020. Acceso 17 de 06de 2022. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11761:colorectal-cancer&Itemid=41765&lang=es#:~:text=El-Cancer-colorrectal-esel,muertes-debidas-a-esta-enfermedad](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11761:colorectal-cancer&Itemid=41765&lang=es#:~:text=El-Cancer-colorrectal-esel,muertes-debidas-a-esta-enfermedad).
4. MSP. Ministerio de Salud capacita a profesionales en tamizaje de cáncer colorrectal. [Online]; 2021. Acceso 17 de 06de 2022. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-capacita-a-profesionales-en-tamizaje-de-cancer-colorrectal/#:~:text=La-deteccion-de-cancer-colorrectal,diez-principales-causas-de-muerte>.
5. American Cancer Society. ¿Qué es el cáncer colorrectal? España: Sociedad Americana Contra El Cáncer, Sociedad Americana Contra El Cáncer.1.800.227.2345.
6. Vanegas D, Ramírez L, Limas L, Pedraza A, Monroy Á. Factores asociados a cáncer colorrectal. Revista Médica de Risaralda. 2020; 26(1): p. 68-69: <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v26n1/0122-0667-rmri-26-01-68.pdf>.
7. Real J, Quinto R, Tanca J. Incidencia de cáncer en el hospital de SOLCA Guayaquil. Revista cubana de Medicina General Integral. 2019; 35(2): p. 1: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/783/246#:~:text=Resu ltados-A-La-incidencia-de-cancer,en-femenino-27-25>.
8. Ministerio de Salud Pública. MSP realiza acciones preventivas contra el cáncer colorrectal. [Online]; 2019. Acceso 03 de octubre de 2022. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/msp-realiza-acciones-preventivas-contra-el-cancer-colorrectal/#:~:text=De-acuerdo-a-los-datos,en-Ecuador-por-cancer-colorrectal>.
9. Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo". Mortalidad por cáncer de colon - recto en Guayaquil. Boletín Epidemiológico N° 4. Guayaquil: Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo", Sociedad de lucha contra el cáncer del Ecuador.<http://www.estadisticas.med.ec/Publicaciones/4-Boletin-Epica-Colon-recto-2019.pdf>.
10. Asociación Española Contra el Cáncer. El impacto económico del cáncer en las familias en España. España:, Observatorio del Cáncer de la

AECC.<https://www.contraelcancer.es/sites/default/files/content-file/Impacto-economico-familias-cancer.pdf>.

11. Ministerio de Salud Pública. El hospital Guayaquil se une a la lucha contra el cáncer de mamaa con actividades educativas. [Online]; 2017. Acceso 03 de Octubre de 2022. Disponible en: <https://www.hagp.gob.ec/index.php/sala-de-prensa/noticias/810-el-hospital-guayaquil-se-une-a-la-lucha-contra-el-cancer-de-mama-con-actividades-educativas>.
12. Cicuéndez R. Epidemiología del cáncer de colon y recto en hospitales públicos de la Comunidad Autónoma de Madrid. Análisis de supervivencia Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2018.
13. ASCO. Cáncer colorrectal: Estadísticas. [Online]; 2022. Acceso 29 de 06 de 2022. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-colorrectal/estadisticas>.
14. Bofill A, Hernández A, Sánchez J, Collazo S, Sánchez R. Causas de muerte en pacientes con cáncer colorrectal en el quinquenio 2016-2020. Colón, Matanzas. Revista Médica Electrónica. 2022; 44(3): p. 15.
15. Tambara D, Flores L, Braganca A. Epidemiologia de pacientes com câncer colorretal submetidos a tratamento cirúrgico em hospital público de referência. Saúde e Desenvolvimento Humano. 2022; 10(1): p. 15.
16. Montiel A, Mendoza E, Dragotto A, Díaz M, Portillo J. Prevalencia del cáncer de colon y su tratamiento quirúrgico en un hospital de alta complejidad durante el periodo enero 2017- diciembre 2018. Círculo de Paraguay. 2020; 43(3): p. 10.
17. Instituto Nacional del Cáncer. Epidemiología del cáncer colorrectal Buenos Aires: INC; 2020.
18. Bayas G. Caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con cáncer de colon atendidos en el servicio de oncología del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito entre los años 2016 al 2019 Quito: Pontifica Universidad Católica del Ecuador; 2020.
19. Lucas E, Moreno K, Villacís E. Prevalencia de cáncer y características sociodemográficas de los habitantes de las parroquias del cantón Jipijapa, Manabí Jipijapa: Universidad Estatal de Manabí; 2022.
20. Alcívar B, Vélez A. Prevalencia de Cáncer Colorrectal en Pacientes Atendidos en la Consulta Externa en un Hospital General de la Ciudad de Guayaquil Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/16654/3/T-UCSG-PRE-MED-ENF-665.pdf>; 2021.
21. Anchundia M, Zhirzhan M. Prevalencia de cáncer de colon en pacientes atendidos en la consulta externa en el Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo" SOLCA-Guayaquil Guayaquil: Universidad

Católica de Santiago de Guayaquil:  
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/15288/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-630.pdf>; 2020.

22. Rioja M. Valoración epidemiológica y anatomo-patológica del cáncer de estómago y colo-rectal en el Hospital Regional de Lambayeque Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. [https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/8653/Rioja\\_Vega.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/8653/Rioja_Vega.pdf?sequence=4&isAllowed=y); 2020.
23. Moreno T. Estudio evolutivo colo-rectal en nuestro medio: comparación entre dos períodos con más de tres décadas de diferencia: 1977 y 2014 Zaragoza: Universidad de Zaragoza. <https://zaguan.unizar.es/record/61678/files/TESIS-2017-056.pdf>; 2017.
24. Alcívar J, Vélez A. Prevalencia de Cáncer Colorectal en pacientes atendidos en la consulta externa en un hospital General de la ciudad de Guayaquil Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/16654/3/T-UCSG-PRE-MED-ENF-665.pdf>; 2021.
25. Aguilar C, Melgar J. Influencia de un protocolo para el tamizaje de cáncer colorectal en la tasa de mortalidad Guayaquil: Universidad de Guayaquil. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30461/1/CD-2128-Aguilar-Boloña-Carlos-Emilio>; 2018.
26. Cabeza B. Perfil epidemiológico de cáncer colorectal atendidos en el Hospital Martín Icaza de Babahoyo Guayaquil: Universidad de Guayaquil. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30549/1/CD-2220-Cabezas-Ramos-Bryan-David.pdf>; 2018.
27. Anchundia M, Zhirzhan M. Prevalencia de cáncer de colon en pacientes atendidos en la consulta externa en el Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo" SOLCA-Guayaquil. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/15288/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-630.pdf>; 2020.
28. Kozman M, Fisher O. CEA to peritoneal carcinomatosis index (PCI) ratio is prognostic in patients with colorectal cancer peritoneal carcinomatosis undergoing cytoreduction surgery and intraperitoneal chemotherapy: A retrospective cohort study. J Surg Oncol. 2018; 117(4).
29. López B. Efecto del compuesto correlacionado de hexosa activo (AHCC) en patologías inflamatorias intestinales: triquinosis y enfermedad inflamatoria intestinal (EII). 67706742861st ed. Farmacia Fd, editor. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2021.
30. Guanilo B. Sobrevida libre de recurrencia de enfermedad en Linfoma colorectal con cirugía electiva del primario asociado a la quimioterapia sistémica comparado con sólo quimioterapia sistémica Trujillo: Universidad Privada Anterior Orrergo.

- [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6766/1/REP\\_Boris.Guanilo\\_Sobrevida.Libre.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6766/1/REP_Boris.Guanilo_Sobrevida.Libre.pdf); 2020.
31. Trujillo M, Beltrán S, Zavala J, Sosa M. Cáncer colorrectal de inicio temprano. Rev. Med. UAS. 2022; 12(Supl. Esp. <https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v12/se/colorrectal.pdf>).
  32. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España 2020. 2020th ed. España: SEOM; 2021.
  33. Jaramillo L, Real J, Tanca J. Incidencia y mortalidad del cáncer, en Hospital Solca - Guayaquil. Health Med. Sci. 2020; 6(3. <http://www.estadisticas.med.ec/Publicaciones/JOHAMSC-6.3-227-232-REAL-046-20-2020.pdf>).
  34. Guerra P, Ochoa E. Enfermería ante el afrontamiento emocional de pacientes oncológico Guayaquil: Universidad de Guayaquil. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/63107/1/TESIS-1905-Enfermeria-ante-el-Afrontamiento-Emocional-de-los-pacientes-Oncologicos-Guerra-Ochoa-Tesis.pdf>; 2022.
  35. Muñoz R. Utilidad del índice Yamamoto-Furusho e índice de Truelove para evaluar actividad de la colitis ulcerativa Guayaquil: Universidad de Guayaquil. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/62431/1/CD-018-Muñoz-Cedeño-Ruben-Gustavo.pdf>; 2021.
  36. Banderas J, López L. Proceso de atención de enfermería comunitaria y calidad de vida en pacientes oncológicos Guayaquil: Universidad de Guayaquil. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/60995/1/Tesis-1830-Banderas-Valdez-82-29.pdf>; 2022.
  37. Bravo L, Muñoz N. Epidemiology of cancer in Colombia. Médica. 2019; 49(9).
  38. Chamorro M, Fajardo D. Tendencia de la incidencia, mortalidad y supervivencia por cancer en Pasto. Médica. 2019; 49(1).
  39. Garzón E. Utilidad de la cromoendoscopia magnificada en pólipos colónicos como predictor de cáncer colorrectal según histopatología Guayaquil: Universidad de Guayaquil. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/62365/1/CD-017-Garzon-Mayorga-Elizabeth-Maizury.pdf>; 2020.
  40. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. Montecristi: Editorial Jurídica Ecuatoriana; 2008.
  41. Congreso Nacional. Ley Orgánica de Salud Quito – Ecuador: Registro Oficial Suplemento 423; 2006.
  42. Alcorta R, Jiménez M, Isla D. Incidencia de Pólipos de Colon en el "Hospital Militar Central Dr Carlos J. Finlay" La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

<http://www.forumestudiantilcienciasmedicas.sld.cu/index.php/forum/2020/paper/viewFile/6/7>; 2019.

43. Luna J, Rafael E, Gil F. Cáncer colorrectal en adultos jóvenes: características clínico epidemiológicas en la población peruana. *Revista de Gastroenterología del Perú*. 2018; 37(2): p. 15.
44. Bernal C. Metodología de la investigación. Para administración, economía humanidades y ciencias sociales. México: Pearson; 2017.
45. Morán G, Alvarado D. Métodos de investigación México: Universidad Autónoma de Coahuila: <https://mitrabajodegrado.files.wordpress.com/2014/11/moran-y-alvarado-metodos-de-investigacion-1ra.pdf>; 2016.
46. Render B. Dirección de la Producción. Segunda ed. Ohio: Prentice Hall; 2017.
47. Gitman L, Joehnk M. Investment fundamentals Estados Unidos: Myfinancelab; 2016.
48. Ramos C. Los alcances de una investigación. *CienciAmérica*. 2020;: p. <http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i3.336>.
49. Mejías A. Postura metodológica. *Revista Scientific*. Vol 1 No. 1. 2016;: p. [https://issuu.com/indtec/docs/revista\\_scientific\\_-\\_vol\\_1\\_-\\_n\\_1\\_-\\_/15](https://issuu.com/indtec/docs/revista_scientific_-_vol_1_-_n_1_-_/15).
50. Malhotra N. Investigación de mercados. México: Pearson Educación; 2018.
51. Mora Contreras CE. La calidad del servicio y la satisfacción del consumidor. *Revista Brasileira de Marketing*. 2016; 10(2): p. 18.
52. Matsumoto Nishizawa R. Desarrollo del Modelo Servqual para la medición de la calidad del servicio en la empresa de publicidad Ayuda Experto. *Revista Perspectivas*. 2017; 6(9): p. 24.
53. Jimenez R. Metodología de la investigación La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas. SBN 959-212-066-8; 2017.
54. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol.* vol.35 no.1. 2017;: p. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95022017000100037](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000100037).
55. Salvador C. Calidad de servicios: el camino hacia la fidelidad del consumidor. Estrategias para conseguir estabilizar a los clientes Almería. España: Editorial Universidad de Almería; 2018.
56. Poole B. Metodología de la investigación Barcelona - España: Tercera edición. Editorial Alfaomega; 2015.
57. Sánchez F. Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: Consensos y disensos. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*. 2019; 13(1): p. 15.

58. Guevara G, Verdesoto A, Castro N. Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). Recimundo. 2020;: p. <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/860>.
59. Leyva H, Guerra V. Objeto de investigación y campo de acción: componentes del diseño de una investigación científica. Medigraphic. 2020; 12(3): p. 15.
60. Escudero C, Cortez L. Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica Machala: UTMACH; 2018.
61. Cabezas E, Naranjo D, Santamaría J. Introducción a la metodología de la investigación científica Quito: ESPE; 2018.
62. Milagros C, Yangali J, Guerrero M, Lozada O, Acuña L, Arellano C. La investigación científica Guayaquil: UIDE; 2020.
63. Torres J, Luna I. Evaluación de la percepción de la calidad de los servicios bancarios mediante el modelo SERQUAL. Contaduría y administración. 2017; 62(4): p. 15.
64. Fuentes R, Aguirre R, Ramírez O, Arroyo A, Hamui A. El Siusex2, cuestionario para medir satisfacción desde la perspectiva del usuario del sistema de salud. Revista Costarricense de Salud Pública. 2017; 2(22): p. 12.
65. Cordero E, Serrano B. Microbiota, Epigenética y respuesta a medicamentos en el cáncer de colon. Revista Médica de la Universidad de Costa Rica. 2020; 14(2): p. 1. DOI 10.15517/RMUCR.V14I2.44191.
66. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. [Online]; 2020. Acceso 27 de Octubre de 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancer>.
67. Organización Mundial de la Salud. Mes de concientización sobre el cáncer colorrectal 2022. [Online]; 2022. Acceso 27 de Octubre de 2022. Disponible en: <https://www.iarc.who.int/featured-news/colorectal-cancer-awareness-month-2022/>.
68. Risco J. Cáncer colorrectal: una patología silenciosa que puede llegar a ser mortal. [Online]; 2022. Acceso 27 de Octubre de 2022. Disponible en: <https://revistademanabi.com/2022/03/23/cancer-colorrectal-una-patologia-silenciosa-que-puede-llegar-a-ser-mortal/>.

## Anexos

### Anexo 1. Aprobación de trabajo de titulación generado por la comisión académica de la carrera

*Pasa a Departamento de Estadístico*  
*Rosa Calderón*  
*15-10-2022*

  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Guayaquil, 19 de octubre del 2022

  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Sr. Tomas Gerardo León Chulca  
Srta. Mayra León Chulca  
Estudiantes de Enfermería  
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:

CARRERAS:  
Medicina  
Odontología  
Enfermería  
Nutrición, Dietética y Estética  
Terapia Física

Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez les comunico, que su tema de trabajo de titulación: **PREVALENCIA DE CÁNCER COLORECTAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL**, ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, su tutora asignada es la Lic. Rosa Calderón Molina.

  
ACREDITACIÓN COMPROMISO DE TODOS

Me despido deseándoles éxito en la realización de su trabajo de titulación.

Atentamente,



Lcda. Ángela Mendoza Vincés  
Directora de la Carrera de Enfermería  
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

  
V. CAR COTECNA  
COMPAÑÍA REGISTRADA  
CERTIFICADA

Certificado  
No EC SG 2018002043

Tel: 3804600  
Ext. 1801-1802  
www.ucsg.edu.ec  
Apartado 09-01-4671  
Guayaquil-Ecuador

Cc: Archivo

*Tutor*  
*Lic. Frida Hensajilla*

Lic. Lilia Verónica Loos, Mg  
ENFERMERA DOCENTE  
Reg. 1031-07-661844  
SOLCA GUAYAQUIL

### Anexo 3. Instrumento de recolección de datos.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE  
SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Tema:** Prevalencia de cáncer colorectal en pacientes atendidos en la consulta externa en el hospital de SOLCA-Guayaquil 2018-2021

**Objetivo:** Recopilar información de la base de datos en el departamento de estadística del hospital de SOLCA-Guayaquil.

**Instrucciones para el/la observador(a):**

- Seleccione la base correspondiente a la patología en estudio
- En los casilleros en blanco, escriba la información correspondiente
- Escriba una "X" en los casilleros de las diferentes alternativas de acuerdo a la información solicitada.

**MATRIZ DE OBSERVACIÓN INDIRECTA.**

**Formulario No. \_\_\_\_\_**

1. Edad:	<input type="text"/>
2. Sexo:	
Hombre	<input type="text"/>
Mujer	<input type="text"/>
3. Causas:	
Pólipos inflamatorios	<input type="text"/>
Pólipos Hiperplásicos	<input type="text"/>

4. Tipos:

Adenocarcinoma	<input type="checkbox"/>
Tumores carcinoides	<input type="checkbox"/>
Tumores estromales	<input type="checkbox"/>
Linfomas	<input type="checkbox"/>
Sarcomas	<input type="checkbox"/>

5. Signos o síntomas:

Sangrado rectal(rectorragia)	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>
Obstrucción intestinal	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>
Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/>

6. Medios diagnósticos:

Tamizaje colorectal	<input type="checkbox"/>
Enema de Bario	<input type="checkbox"/>
Sigmoidoscopia	<input type="checkbox"/>
Colonoscopia	<input type="checkbox"/>
Tomografía	<input type="checkbox"/>

7. Grados:

0	<input type="checkbox"/>
I	<input type="checkbox"/>
II	<input type="checkbox"/>
III	<input type="checkbox"/>
IV	<input type="checkbox"/>



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **León Chulca Mayra Viviana**, con C.C: # 0954404604 autora del trabajo de titulación: **Prevalencia de cáncer colo-rectal en pacientes atendidos en la consulta externa en un hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN ENFERMERIA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 02 de mayo del 2023

f.   
\_\_\_\_\_  
León Chulca Mayra Viviana  
C.C: 0954404604



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

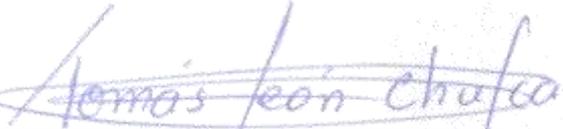
## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **León Chulca Tomás Gerardo**, con C.C: # 0920147121 autor del trabajo de titulación: **Prevalencia de cáncer colo-rectal en pacientes atendidos en la consulta externa en un hospital de la ciudad de Guayaquil** previo a la obtención del título de **LICENCIADO EN ENFERMERIA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 02 de mayo del 2023

f. 

León Chulca Tomás Gerardo  
C.C: 0920147121



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de cáncer colo-rectal en pacientes atendidos en la consulta externa en un hospital de la ciudad de Guayaquil.		
AUTOR(ES)	Mayra Viviana León Chulca Tomás Gerardo León Chulca		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Revisor/Dr. Luis Oviedo Pilataxi Tutora/Lcda. Rosa Calderón		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Medicas		
CARRERA:	Enfermería		
TITULO OBTENIDO:	Licenciados en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	02 de mayo del 2023	No. DE PÁGINAS:	47
ÁREAS TEMÁTICAS:	Vigilancia Epidemiológica		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Prevalencia, Cáncer, Colo-Rectal		
RESUMEN:	<p>Mundialmente el cáncer colorectal es la cuarta causa de muerte en la población adulta. Se realiza un estudio sobre prevalencia de cáncer colorectal. <b>Objetivo:</b> Determinar la prevalencia de cáncer colorectal. <b>Diseño:</b> cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal. Técnica: Observación indirecta. <b>Resultados:</b> Población: 1.396 pacientes. Características: 45.6% hombres y 54.4% mujeres. Grupo etario: 29.4% de 60-69 años; 22.8% de 50-59 años; 20.1% 70-79 años; 10.5% 40-49 años. Causas: pólipos inflamatorios, 54.9%; 27.7% pólipos adenomatosos, 17.5% pólipos Hiperplásicos. Signos o síntomas: estreñimiento 31.9%; dolor abdominal y vómito 18.1%; obstrucción intestinal 13.6%; sangrado rectal (rectorragia) 9.6% y pérdida de peso 8.2%. Medios diagnósticos: colonoscopia 53%; 22% sangre oculta en heces; distribuido en 6% por enema de bario y 2% TAC; Sigmoidoscopia 18%. Grados de la enfermedad: grado 0, 0%; 6% grado I; 53% grado II; grado III 39%; grado IV 2%. <b>Conclusión:</b> la prevalencia tuvo un pico alto en el 2021, representa en 231 casos correspondiente a 1.7 por cada 100 habitantes.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0997742523 09961-5494	E-mail: <a href="mailto:mayravivianaleon@gmail.com">mayravivianaleon@gmail.com</a> <a href="mailto:t_gerardo1985@hotmail.com">t_gerardo1985@hotmail.com</a>	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Lcda. Martha Lorena Holguín Jimenez		
	Teléfono: +593-4-0993142597		
	E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			