



## CLÍNICA

### Perfil de los pacientes sometidos a colonoscopia en un hospital universitario

Perfil dos pacientes submetidos à colonoscopia em um hospital universitário

Profile of the patients submitted to colonoscopy in a university hospital

**\*Marcacini, Stephania Ferreira Borges \*\*Barichello, Elizabeth \*\*Barbosa, Maria Helena**

\*Enfermera. Máster en Atención a la Salud. Sector de Endoscopia Digestiva del Hospital de Clínicas/UFTM. Uberaba (MG). E-mail: [enf.fanny@yahoo.com.br](mailto:enf.fanny@yahoo.com.br) \*\*Doctora en Enfermería. Profesora Adjunta del Curso de Graduación en Enfermería de la Universidad Federal do Triângulo Mineiro - UFTM. Uberaba (MG). Brasil.

Palabras clave: Neoplasias colorrectales; Colonoscopia; Hábitos alimentarios

Palavras chave: Neoplasias colorretais; Colonoscopia; Hábitos alimentares

Keywords: Colorectal Neoplasms; Colonoscopy; Food habits.

### RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo analizar las características sociodemográficas y clínicas, tabaquismo, alcoholismo, práctica de ejercicios físicos de pacientes sometidos a colonoscopia, en el período de febrero a junio de 2012. Se ha observado que en los 84 pacientes entrevistados los síntomas de mayor prevalencia que llevaron a la indicación de la Colonoscopia fueron el dolor abdominal con 39 (46,4%). De los entrevistados cinco (6%) presentaron cáncer colorrectal (CCR), y la historia familiar de esta neoplasia fue relatada por 18 (21,4%) personas y la neoplasia en cuestión apareció en cinco (6%) de los encuestados, el tabaquismo estuvo presente en 17 (20,2%) de los pacientes y el consumo de bebida alcohólica fue negada por 26 (31%) de los entrevistados. En relación a la práctica de actividad física 71 (84,5%) de los pacientes eran insuficientemente activos.

### RESUMO

Esta pesquisa objetivou-se em analisar as características sociodemográficas e clínicas, tabagismo, alcoolismo e prática de exercícios físicos de pacientes submetidos à Colonoscopia, no período de fevereiro a junho de 2012. Verificou-se entre os 84 pacientes entrevistados o sintoma de maior prevalência que levou a indicação da Colonoscopia foi à dor abdominal 39 (46,4%). Ressalta-se a história familiar de neoplasia colorretal que apareceu em 18 (21,4%) dos pacientes e a neoplasia em questão apareceu em cinco (6%) dos entrevistados, a neoplasia o tabagismo esteve presente em 17 (20,2%) e o consumo de bebida alcoólica foi negada por 26 (31%) pacientes. Relacionado à prática de atividade física, 71 (84,5%) dos entrevistados são insuficientemente ativos.

## ABSTRACT

This research had the goal of analyzing the sociodemographic and clinical characteristics, food habits, smoking, alcoholism, practice of physical exercises and abdominal symptoms of patients submitted to colonoscopy during the period from february to June, 2012. It was observed that in the 84 patients interviewed the symptoms of higher prevalence that led to indication of colonoscopy were abdominal pain in 39 (46.4%). From the interviewed ones five (6%) presented CRC and familial history of this carcinoma was reported by 18 (21.4%) and neoplasm in question appeared in five (6%) of respondents, smoking was present in 17 (20.2%) of the patients and alcoholic beverage consumption was denied by 26 (31%) of the interviewed ones. Related to practice of physical exercises 71 (84.5%) of the patients were insufficiently active.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente, la colonoscopia es considerada como una prueba inicial para la detección de la población debido a su precisión diagnóstica y poder terapéutico <sup>(1)</sup>.

Presenta seguridad para la visualización de la mucosa del íleo terminal, del intestino grueso, hace análisis de todas las lesiones encontradas, posibilita la detección y retirada de pólipos grandes, sin embargo, es una prueba de coste elevado, su realización depende de sedación y es necesario una buena preparación intestinal para la visualización de todo el intestino <sup>(2)</sup>. El CCR es un tumor que alcanza el intestino grueso y el recto.

La supervivencia de este cáncer aumenta cuando se diagnostica precozmente <sup>(3)</sup>. Algunos estudios muestran que hay relación entre hábitos alimentarios y la nutrición en el riesgo de desarrollo de CCR, como el alto consumo de carne roja <sup>(4)</sup>.

Otros factores que aumentan la oportunidad de desarrollar CCR es el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, asociados también a la falta de ejercicio físico <sup>(5)</sup>. Puede tener inicio a partir de lesión precursora que, si no se retira en aproximadamente diez años o más, puede transformarse en neoplasia maligna, o sea, tumor que es considerado enfermedad multifactorial y acomete el colon y el recto. Su incidencia aumentó mucho debido a la mayor expectativa de vida y el envejecimiento poblacional <sup>(2)</sup>.

Es importante estar atento a las señales y síntomas cuando estos ocurren, o sea, sangrado rectal, sangre presente en las heces, alteración en el formato de las heces, sensación de incomodidad, cólico en la parte inferior del estómago, gran pérdida de peso y ausencia de peristaltismo <sup>(6)</sup>.

Los factores de riesgo directamente relacionados a la oncogénesis ya difundidos en la población son: alcoholismo y tabaquismo, dado que tiene su acción en el DNA celular, contribuyen a la malignización del tejido <sup>(7)</sup>.

Existe una correlación entre el tabaco y la formación de pólipos adenomatosis intestinales, que fueron asociados al largo tiempo de humo <sup>(8)</sup>. Normalmente, fumadores que no practican actividades físicas y presentan malos hábitos alimentarios, los deja con predisposición a las enfermedades crónicas como el CCR <sup>(9)</sup>.

La ausencia de actividad física es reconocida como factor para el riesgo de desarrollo de cáncer de intestino. Cuando se practica ejercicio físico ocurre una disminución del 50% del riesgo a desarrollar cáncer. Con la práctica de estos ejercicios hay un

aumento del tráfico intestinal, disminuye el contacto de los carcinógenos con las células intestinales, puede variar los niveles de prostaglandinas, modifica el metabolismo de ácidos grasos y aumenta la inmunidad del organismo, contribuye al mantenimiento del peso ideal y ayuda al bienestar físico <sup>(9)</sup>.

Así el objetivo de este estudio fue analizar las características sociodemográficas y clínicas, tabaquismo y alcoholismo de paciente sometidos a colonoscopia.

## **METODOLOGÍA**

Este estudio es parte de la disertación del Programa del Master en Atención a la Salud de la Universidad Federal del Triângulo Mineiro (UFTM) titulado "Perfil de los pacientes sometidos a colonoscopia en un Hospital Universitario", aprobado por el comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal Triângulo Mineiro (UFTM) bajo parecer n 1917.

Se trata de un estudio transversal de abordaje cuantitativo. La población del estudio estuvo constituida por 84 pacientes que fueron sometidos a pruebas de Colonoscopia, en el Ambulatorio de Proctología en el Ambulatorio Maria de la Glória (AMG) del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal del Triângulo Mineiro (HC/UFTM), en el período de febrero a junio de 2012, que atendieron a los siguientes criterios de inclusión: pacientes que han ido a realizar la prueba de Colonoscopia en el Ambulatorio de Proctología, de ambos sexos y mayores de dieciocho años.

El proyecto fue sometido a la apreciación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Triângulo Mineiro y aprobado bajo protocolo de n. 1917.

Fue utilizado cuestionario para obtener las características sociodemográficas (procedencia, color, edad, sexo, escolaridad, estado civil) y clínicas de los sujetos (queja principal, diagnóstico de cáncer, tratamiento, historia familiar y tabaquismo).

Para la evaluación de la dependencia a la nicotina fue aplicado al Test de Dependencia a la Nicotina de Fagerstrom – TDN, ese instrumento viene acompañado de instrucciones para la puntuación de cada uno de sus componentes. La puntuación global es determinada por la suma de seis cuestiones, cada cuestión recibe una puntuación establecida entre cero y tres puntos. La puntuación máxima es de 10 puntos. Los escores de 0 a 2 indican grado de dependencia a nicotina muy bajo; de 3 a 4 grados, bajo; 5 grados, medio; de 6 a 7 grados, elevado, y de 8 a 10 grados, muy elevado de dependencia a nicotina <sup>(10)</sup>.

El Test usado para la identificación de problemas relacionados con el consumo de alcohol fue el *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) que evalúa el consumo de bebida alcohólica en los últimos 12 meses, y está constituido por diez cuestiones cerradas, tres cuestiones tratan el uso de Alcohol, cuatro sobre posible dependencia y tres de problemas que fueron causados por el consumo de bebida <sup>(11)</sup>.

El AUDIT es compuesto por 10 cuestiones, cada una con margen de 0 a 4 puntos, posibilita una puntuación de 0 a 40. La puntuación que el sujeto alcanza permite la clasificación del uso de sustancia de la siguiente forma: Zona I (bajo riesgo) – 0 a 7 puntos; Zona II (uso de riesgo) – 8 a 15 puntos; Zona III (uso nocivo) – 16 a 19 puntos; Zona IV (probable dependencia) – 20 a 40 puntos. A partir de la identificación

de la zona de riesgo, se hace posible orientar el sujeto a partir de respuestas dadas, basadas en el patrón de consumo individual <sup>(12)</sup>.

La evaluación de aptitud física se midió con la versión corta del Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ). El IPAQ presenta cuestiones sobre actividad física realizada en una semana, que varían de caminata a actividad vigorosa, que tiene duración mínima de 10 minutos. Las actividades fueron evaluadas en cinco categorías: transporte, trabajo, ocio, trabajo doméstico, y el tiempo que pasa sentado durante un día de la semana y un día de fin de semana.

Los criterios empleados para la clasificación estuvieron basados en las recomendaciones internacionales, pacientes que presentaban valores de 0 a 149 minutos con actividades físicas fueron caracterizados con insuficientemente activo (inactividad física), y aquellos por encima de 150 minutos o más, considerados activos (suficientemente activos) <sup>(13)</sup>.

Para la gerencia de los datos fue creada una base de datos en el programa *Microsoft Excel®*; a continuación los mismos fueron transcritos al programa “*Statistical Package for The Social Sciences*” (SPSS).

Para el alcance de los objetivos se realizó un análisis descriptivo a partir de frecuencias absolutas, porcentuales y medias. Los resultados serán presentados en forma de tablas.

## **PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

La población de este estudio se constituyó por 84 pacientes sometidos a la prueba de colonoscopia en el periodo de febrero a junio de 2012. La edad media de la población fue de 52,55 años, y varió de 20 a 85 años, y, el rango de edad por encima de 50 años siendo predominante con 50 (59,2%) pacientes.

Se observó que el rango de edad de 50 años fue quien más realizó las pruebas de colonoscopia siendo ocho (9,5%) pacientes. La mayoría de los pacientes es de la ciudad de Uberaba, 66 (78,6%) pacientes.

El sexo femenino fue el que más realizó la colonoscopia 59 (70,2%) pacientes. En otros estudios sobre ese tema también presentaron predominio en el sexo femenino<sup>(1)</sup>.

El color predominante fue el blanco con 52 (61,9%) pruebas realizados. El estado civil casado fue el que más aparición con 36 (42,9%) pacientes. El grado de escolaridad de mayor frecuencia fue el 1º grado incompleto con 45 (53,6%) pacientes, según tabla 1.

**Tabla 1** – Distribución de las variables sociodemográficas de los pacientes sometidos a la prueba de Colonoscopia. Uberaba-MG, 2012.

Variables		n	%
Edad	De 20 a 49 años	34	40,8
	Mayor de 50 años	50	59,2
Procedencia	Uberaba	66	78,6
	Otras ciudades	18	21,4
Sexo	Femenino	59	70,2
	Masculino	25	29,8
Color	Blanco	52	61,9
	Moreno	22	26,2
	Negro	9	10,7
	No responde	1	1,2
Estado civil	Soltero	22	26,2
	Casado	36	42,9
	Divorciado	10	11,9
	Otro	16	19,0
Escolaridad	1º Grado incompleto	45	53,6
	1º Grado completo	13	15,5
	2º Grado completo	9	10,7
	Superior completo	5	6,0
	Otro	11	13,1
	No responde	1	1,2

**Fuente:** Datos colectados por la autora (2012).

En el estudio con la muestra de 21 pacientes entrevistados, 15 (71,4%) vivían en unión consensual y 14 (66,6%) presentaron baja escolaridad <sup>(14)</sup>.

Las principales quejas referidas que llevaron a la indicación de la prueba de colonoscopia para los pacientes fueron: dolor abdominal 39 (46,4%), distensión abdominal 8 (9,5%), tenesmo 1 (1,2%), adelgazamiento 11 (13,1%), hematemesis dos (2,4%), melena diez (11,9%), diarrea 19 (22,6%) y la hematoquecia fue un síntoma que no apareció en ninguno de los 84 pacientes entrevistados.

En el estudio que analizó pólipos colorrectales en pruebas colonoscópicas, se evidenció el síntoma de hematoquecia, lo que no ocurrió en este estudio <sup>(15)</sup>.

Los pacientes relataron otras causas para la realización de la colonoscopia como: dolor anal 1 (1,2%), sangre en la heces 4 (4,8%), fistula anal 2 (2,4%), absceso abdominal 1 (1,2%), retorno a la consulta 1 (1,2%), sangrado anal 1 (1,2%), hemorroide cuatro (4,8%), tumoración anal 1 (1,2%), enfermedad de Chron 2 (2,4%), posoperatorio de tumor intestinal 1 (1,2%), *screening* (rastreo) 2 (2,4%), constipación intestinal cuatro (4,8%), vómitos dos (2,4%).

No fueron encontrados en otros estudios, la distensión abdominal, hematemesis, absceso abdominal, retorno a la consulta, hemorroide, tumoración anal, enfermedad de Chron, posoperatorio de tumor intestinal y *screening* (rastreo) como causas que llevaron a la realización de la prueba de colonoscopia.

Los pacientes que ya tuvieron algún cáncer previo fueron 14 (16,7%), y el tipo de cáncer que apareció fue el adenocarcinoma con 6 (7,1%).

En cuanto a los tratamientos, el quirúrgico presentó 12 (14,3%) pacientes, el quimioterápico cinco (6%) y radioterápico con tres (3,6%).

Otro estudio relata el tratamiento radioterápico como el tratamiento de elección de 505 (70,04%) de los pacientes entrevistados, lo que divergió de este trabajo en que el tratamiento más citado fue el quirúrgico <sup>(16)</sup>.

El número de pacientes con historia familiar de neoplasia colorectal fue 18 (21,4%) y con parentesco de 1º grado (20,2%).

De los 84 pacientes entrevistados, solo 17 (21,4%) eran fumadores, como muestran las tablas 2 y 3.

**Tabla 2** – Distribución de la frecuencia de las variables de los pacientes sometidos a la prueba de colonoscopia I. Uberaba-MG, 2012.

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Queja principal</b>			
Dolor abdominal	Sí	39	46,4
	No	44	52,4
	No responde	1	1,2
Distensión abdominal	Sí	8	9,5
	No	75	89,3
	No responde	1	1,2
Tenesmo	Sí	1	1,2
	No	82	97,6
	No responde	1	1,2
Demacración	Sí	11	13,1
	No	72	85,7
	No responde	1	1,2
Hematémesis	Sí	2	2,4
	No	81	96,4
	No responde	1	1,2
Melena	Sí	10	11,9
	No	73	86,9
	No responde	1	1,2
Hematoquezia	Sí	0	0
	No	83	98,8
	No responde	1	1,2
Diarrea	Sí	19	22,6
	No	64	76,2
	No responde	1	1,2
Otros síntomas	No responde	1	1,2
	Dolor anal	1	1,2
	Sangre en heces	4	4,8
	Fístula anal	2	2,4
	Absceso abdominal	1	1,2
	Retorno a la consulta	1	1,2
	Sangrado anal	1	1,2
	Hemorroide	4	4,8
	Tumor anal	1	1,2
	Enfermedad de Chron	2	2,4
	P.O,de retirada de		
	Tumor intestinal	1	1,2



Screening	2	2,4
Estreñimiento	4	4,8
Vómito	2	2,4

**Fuente:** Datos colectados por la autora (2012).

**Tabla 3** - Distribución de la frecuencia de las variables de los pacientes sometidos a la prueba de colonoscopia II. Uberaba-MG, 2012.

<b>Variables</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Queja principal</b>			
Tipo de cáncer	Adenocarcinoma	6	7,1
	Otro	5	6,0
	Caso no haya tenido ningún cáncer	70	83,3
Tratamiento quirúrgico	No respondió	3	3,6
	Sí	12	14,3
Tratamiento quimioterápico	No	72	85,7
	Sí	5	6,0
Tratamiento radioterápico	No	79	94,0
	Sí	3	3,6
Hist. Familiar de neoplasia Intestinal	Sí	18	21,4
	No	65	71,4
	No responde	1	1,2
Historia familiar	Parentesco 1º	17	20,2
	Parentesco 2º	3	3,6
	Parentesco 3º	0	0
	Caso no tenga ninguna hist. familiar de CCR	62	73,8
	No responde	1	1,2
Tabaquismo	Sí	17	20,2
	No	45	53,6
	Ex fumador	21	25,0

**Fuente:** Datos colectados por la autora (2012).

La dependencia de nicotina de los fumadores fue analizada por la escala de Fagerstrom. De los 84 pacientes, 17 (20,2%) eran fumadores, 45 (53,6%) no fumadores y 21 (25%) ex-fumadores. Se destaca que 10 (12%) pacientes presentaron grado de dependencias de nicotina muy bajo (0-2 puntos), 7 (8,4%) grado bajo.

**Tabla 4** – Distribución de los pacientes sometidos a Colonoscopia según el grado de dependencia de nicotina y escore de Fagerstrom. Uberaba-MG, 2012.

<b>Marcador</b>	<b>Grado de dependencia de nicotina</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
0 a 2	Muy bajo	10	12
3 a 4	Grado bajo	7	8,4
5	Grado medio	0	0
6 a 7	Grado alto	0	0
8 a 10	Grado muy alto	0	0

**Fuente:** Datos colectados por la autora (2012).

Esta investigación diverge de otro estudio en el cual los resultados encontrados, o sea, 6 (8,6%) pacientes fumadores, siendo que el total de participantes de la investigación eran 70 personas <sup>(17)</sup>. Cabe destacar que en el mismo estudio fueron encontrados 47 (67,10%) no fumadores y 17 (24,30%) ex-fumadores, lo que se asemeja con este estudio.

De los 84 sujetos entrevistados, 58 (69%) no consumían bebida alcohólica, 26 (31%) presentaron puntuación inferior a ocho puntos, que indica bajo riesgo para el consumo de alcohol, lo que está expuesto en la tabla 5.

**Tabla 5** – Clasificación de los pacientes sometidos a la colonoscopia según la clasificación del uso de alcohol y escore del AUDIT. Uberaba-MG, 2012.

<b>Marcador</b>	<b>Clasificación del uso de alcohol</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Zona I – 0 a 7 puntos	Bajo riesgo	26	31
Zona II – 8 a 15 puntos	Uso de riesgo	0	0
Zona III – 16 a 19 puntos	Uso nocivo	0	0
Zona IV – 20 a 40 puntos	Posible dependencia	0	0

**Fuente:** Datos colectados por la autora (2012).

En relación al etilismo, otros resultados fueron encontrados, o sea, 8 (11,40%) de un total de 70 entrevistados y un (5%) de 20 pacientes que participaron en la investigación, respectivamente, consumían bebidas alcohólicas<sup>(17)</sup>.

Ya en otro estudio con una muestra de 351 personas, 32 (9,1%) consumieron entre 18 y 25 años, 239 (68,1%) pacientes afirmaron que ingirieron bebida alcohólica por primera vez antes de 17 años, y 78 (22,2%) relataron que no recordaban la edad en que bebieron por primera vez <sup>(18)</sup>.

En relación a la actividad física, fue encontrado un predominio de 12 (14,3%) pacientes clasificados activos y 71 (84,5%) insuficientemente activos.

En otro trabajo en el cual se analizó una población de 70 pacientes, la práctica de actividad física era realizada por 50 (71,43%) lo que diverge de esta investigación, en la que solo 12 (14,3%) realizaban actividad física <sup>(17)</sup>. Sin embargo, corrobora con el presente estudio, cuando cita la relación existente entre la inactividad física con el tabaquismo, de los 70 entrevistados 4 (66,70%) fumadores no practicaban actividad física.

## **CONCLUSIÓN**

Los resultados de este estudio apuntan la necesidad de una mayor vigilancia a las señales y síntomas del CCR cuando aparecieren, dado que a través de ellos hay indicios para la prueba de colonoscopia y la rapidez del diagnóstico es fundamental para el buen pronóstico de la enfermedad. La colonoscopia es una prueba que investiga enfermedad intestinal, presencia de pólipos que son lesiones precursoras del cáncer del intestino, y es responsable por el rastreo del CCR en pacientes entre 50 y 60 años, independientemente de los síntomas.



La inactividad física y el consumo de bebidas alcohólicas y tabaquismo también aumentan el riesgo de desarrollo de la neoplasia colorectal.

A pesar del índice creciente de la neoplasia colorrectal, en esta investigación se encontró 5 (6%) pacientes con diagnóstico positivo de CCR.

Son necesarios programas de rastreo de CCR de ámbito poblacional, que sean eficaces en el diagnóstico precoz de esta enfermedad. En este caso el equipo de enfermería es de suma importancia para sanar las dudas existentes de los pacientes, dar apoyo cuando ocurre el diagnóstico positivo del CCR y durante los momentos de sufrimiento del paciente y de la familia.

## REFERENCIAS

1. Altenburg FL, Biondo-Simões MLP, Bathen LCV. A pesquisa de sangue oculto nas fezes associada a um questionário de sinais e sintomas na prevenção do câncer de colo retal. *Rev bras colo-proctol.* 2009 Jan-Mar; 29(1): 57-64.
2. Drucker P. A relevância do câncer colorretal. *BEPA.* 2009 Ago; 6(68):1-14.
3. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. Câncer colorretal. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2012.
4. Zandonai AP, Sonobe HM, Sawada NO. Os fatores de riscos alimentares para câncer colorretal relacionado ao consumo de carne. *Rev. esc. enferm. USP.* 2012 Fev; 46(1):234-9.
5. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. O que é câncer? Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2012.
6. The American Cancer Society. Colorectal Cancer Facts e Figures. Atlanta (USA): American Cancer Society; 2011.
7. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. Prevenção e Fatores de Risco. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2012.
8. Zisman AL, Nickolov A, Brand RE, Gorchow A, Roy HK. Associations between the age at diagnosis and location of colorectal cancer and the use of alcohol and tobacco. *Arch Inter Med.* 2006 Mar; 166(6):629-34.
9. Chow CK. Association between fruit and vegetable consumption and colorectal cancer risk: role of cigarette smoking. *Am J Clin Nutr.* 2010 Nov; 91:238-40.
10. Carmo JT, Pueyo AA. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *RBM: rev. bras. med.* 2002 Jan-Fev; 59(1/2):73-80.
11. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care. 2ª ed. Geneva: WHO; 2001.
12. Méndez EB. Uma versão brasileira do audit (Alcohol use Disorders Identification Test) [dissertação]. Pelotas (RS): Universidade Federal de Pelotas; 1999.
13. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA.* 1995 Feb; 73(5):402-7.
14. Machado SM, Sawada NO. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto Contexto Enferm.* 2008 Out-Dez; 7(4):750-7.

15. Santos JM, Felício F, Lyra Junior HF, Martins MRC, Cardoso FB. Análise dos pólipos colorretais em 3.491 videocolonoscopias. Rev bras colo-proctol. 2008 Jul-Set; 28(3):299-305.
16. Petroianu A, Alberti LR, Lima DCA, Hauter HL, Rodrigues KCL, Mendes JCA. Achados colonoscópicos em pessoas sem quadro clínico de doença colorretal. Arq Gastroenterol. 2009 Jul-Set; 46(3):173-8.
17. Fortes RC, Recôva VL, Melo AL, Novaes MRCG. Hábitos dietéticos de pacientes com câncer colorretal em fase pós-operatória. Rev bras cancerol. 2007; 53(3):277-289.
18. Baumgarten LZ, Gomes VLO, Fonseca AD. Consumo alcoólico entre universitários(as) da área da saúde da Universidade Federal do Rio Grande /RS : subsídios para enfermagem. Esc Anna Nery. 2012 Jul-Set; 16(3):530-535.

Recibido: 19 de junio 2013; Aceptado: 19 de agosto 2013

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia