

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA



TESIS:

**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO
ASOCIADOS A CÁNCER COLORRECTAL EN
UN HOSPITAL NACIONAL**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

BACHILER : DURAN PALOMINO HUMBELINA

ASESOR : DR MIGUEL MERCADO REY.

LINEA DE INVESTIGACION

INSTITUCIONAL : SALUD Y GESTIÓN DE SALUD

FECHA DE INICIO : ENERO 2018

FECHA DE CULMINACION : ENERO 2019

HUANCAYO – PERÚ
MAYO 2021

DEDICATORIA

Con todo cariño y amor a mi familia y a todas las personas que Dios puso en mi camino, quienes me motivaron y apoyaron siempre para que yo continuara en mi formación como médico. Noble profesión de servicio y permanente sacrificio personal.

A ustedes mi agradecimiento respeto y cariño.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por siempre bendecir y guiar mi camino, A mis Padres, por su amor y apoyo incondicional. De igual manera agradecer a mi Asesor Tesis de Grado, Dr. Miguel Mercado Rey

A todos ellos, mi mayor reconocimiento y gratitud.

CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	vii
SUMMARY	viii
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1. Descripción de la realidad problemática	9
1.2. Delimitación del Problema	12
1.3. Formulación del problema:.....	12
1.3.1. Problema general	12
1.3.2. Problemas específicos.	12
1.4. Justificación	13
1.4.1. Social.....	13
1.4.2. Teórica	13
1.4.3. Metodológica.....	14
1.5. Objetivos	14
1.5.1. Objetivo General	14
1.5.2. Objetivos Específicos	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	15
2.1. Antecedentes	15
2.1.1. Antecedentes Internacionales	15
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	15
2.3. Marco Conceptual (de las variables y dimensiones).....	17
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS	24

3.1.	Hipótesis General	24
3.2.	Hipótesis específicas	24
3.3	. Variables	24
3.3.1.	Definición Conceptual	24
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA		28
4.1.	Método de Investigación	28
4.2.	Tipo de Investigación:	28
4.3.	Nivel de investigación	28
4.4.	Diseño de Investigación:	28
4.5.	Población y muestra	29
4.5.1.	Población.....	29
CAPÍTULO V: RESULTADOS		32
5.1.	DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS	32
5.2.	PRUEBA DE HIPÓTESIS.....	37
5.2.1.	Prueba de la Hipótesis General.....	37
5.2.2.	Prueba de la Hipótesis Específica 1	38
5.2.3.	Prueba de la Hipótesis Específica 2.....	40
5.2.4.	Prueba de la Hipótesis Específica 3.....	41
5.2.4.	Prueba de la Hipótesis Específica 4.....	43
ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....		45
CONCLUSIONES		52
RECOMENDACIONES		53
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		54
ANEXOS		59

CONTENIDO DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Factores demográficos en pacientes positivos a cáncer colorrectal en el HNRPP 2018 a 2019.	32
Tabla 2: Hábitos nocivos asociados a cáncer colorrectal en el HNRPP 2018 a 2019.	33
Tabla 3: Factores de nutrición asociados a cáncer colorrectal en el HNRPP 2018 a 2019.....	34
Tabla 4: Antecedentes de neoplasia asociados a cáncer colorrectal en el HNRPP 2018 a 2019.....	35
Tabla 5: Prevalencia de cáncer colorrectal.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 6: Factores asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal	37
Tabla 7: Factores demográficos asociadas a la prevalencia de cáncer colorrectal	39
Tabla 8: Hábitos nocivos asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal.....	40
Tabla 9: Factores nutricionales asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal	42
Tabla 10: Antecedentes de neoplasia asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal.....	43

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a Cáncer Colorrectal en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Ramiro Priale Priale enero 2018 a enero 2019.

Material y Métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo, no experimental transversal. La población fue conformada por todo el paciente que desarrollaron Cáncer Colorrectal (CCR), en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo enero 2018-enero 2019 la cantidad registrada fue 43 pacientes de estos solo 21 pacientes tenían datos clínicos completos. El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS, se utilizó la prueba estadística Chi Cuadrado.

Resultados: se encontraron que los factores asociados para la prevalencia de cáncer de colorrectal en la muestra de estudio donde el resultado fue la edad de rango etario de 68-77 con 57.1% , el género masculino fue predominante con 57,1% , dentro de los hábitos nocivos el consumo de alcohol con 71,4% , el consumo de carnes rojas , la ausencia de ingesta de vegetales con 95,2% ,la ausencia de actividad física 81,0% .el resultado patológico adenocarcinoma en el 95,2%, linfoma en el 4,8%.

Conclusión: Se ha determinado que los factores asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un hospital nacional de altura durante el periodo enero 2018 a enero 2019. Se encontraron como resultado el género masculino, el consumo de carnes rojas y el consumo alcohol, el pobre consumo de vegetales y poca de actividad física.

PALABRAS CLAVE: Prevalencia, Cáncer Colorrectal, Factores de Riesgos

SUMMARY

Objective: To determine the prevalence and risk factors associated with Colorectal Cancer in the Gastroenterology Service of the Ramiro Priale Priale Hospital from January 2018 to January 2019.

Material and Methods: Observational, analytical, retrospective, non-experimental cross-sectional study. The population was made up of all the patients who developed colorectal cancer (CCR), at the Ramiro Priale Priale National Hospital during the period January 2018-January 2019. The number registered was 43 patients, of these only 21 patients had complete clinical data. Statistical analysis was performed in the SPSS program, the Chi Square statistical test was used.

Results: It was that the associated factors for the prevalence of colorectal cancer in the study sample where the result was the age range of 68-77 with 57,1% ,the male gender was predominant with 57,1% ,with harmful habits alcohol consumption with 71,4%, red meat consumption ,absence of vegetable intake with 95,2% ,the absence of physical activity 81,0% .the pathological result was adenocarcinoma in 95,2% ,lymphoma in 4,8%.

Conclusion: It has been determined that the factors associated with the prevalence of colorectal cancer in a national high-altitude hospital during the period January 2018 to January 2019. The result was male gender, the consumption of red meat and alcohol consumption, the poor consumption of vegetables and little physical activity.

KEY WORDS: Prevalence, Colorectal Cancer, Risk Factors

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

El cáncer colorrectal en la actualidad constituye un problema en salud pública a nivel mundial. Según OMS (organización mundial de salud) considera la tercera causa de muerte en el mundo y la segunda en países desarrollados ¹.

La OMS con el proyecto GLOBOCAN tiene por objetivo proveer estimaciones actualizadas sobre incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer colorrectal. En el año 2020 se produjeron 19,3 millones de nuevos casos de cáncer y casi 10,0 millones de muertes por cáncer se estima que hay 2,3 millones de casos nuevos. También se estimaron más de 1.9 millones de nuevos de cancer colorrectal y 935,000 muertes en 2020 ,lo que representa en promedio uno de cada 10 casos y muertes ,el cancer colorrectal ocupa el tercer lugar en términos de incidencia y segundo en mortalidad ,dentro de ello describió que la tasa de incidencia es 4 veces más alta en los países en transición y hay una variación de aproximadamente 9 veces en las tasas de incidencia de cancer de colorrectal por regiones del mundo, con tasas más altas en las regiones europeas ,la tasa de incidencia de cancer de recto tiene una distribución regional similar, aunque la tasa más alta se encuentra en Asia oriental. Donde el cáncer colorrectal es la tercera patología con (10,0%) que se diagnostica con mayor frecuencia y con 9,4% la segunda principal causa de muerte por cáncer en los hombres después de cancer de pulmón y próstata.

El CCR puede considerarse como un marcador de desarrollo socioeconómico la tasa de incidencia tiende a aumentar al aumentar el índice de desarrollo humano.

La OMS en el 2019 estimó que el cáncer es la primera o segunda causa principal de muerte antes de los 70 años, reflejando el envejecimiento y el crecimiento de la población. La OMS calcula que, para el 2015, causó 8,8 millones de fallecimientos o muertes y que en los siguientes diez años fallecerán 84 millones adicionales si no se inician trabajos. Informa que el cáncer colorrectal es el cáncer que ocupa el cuarto lugar más frecuente en América. Anualmente se elaboran en la zona más de 240.000 desconocidos casos y 112.000 fallecimientos como consecuencia de este mal. En el caso de que no se realicen operaciones relacionadas a este tema, se prevé que, para el año 2030, el acaecimiento de cáncer colorrectal se acreciente en 60 %.²

De acuerdo con la OPS (organización panamericana de salud), el cáncer colorrectal, en cuanto a que ocupa el cuarto lugar entre los orígenes de fallecimiento por tumores. Anualmente, se causan 240.000 casos recientes, de éstos fallecen 96.000 pacientes. En América se produce un tercio de muertes por cáncer colorrectal (CCR), donde el índice porcentual de fallecimientos se encumbraría de 1.2 millones en el 2008 a 2.1 millones en el año 2030, como consecuencia del proceso de decadencia o cuando se vuelven viejos los pobladores y a la falta de modificación en los estilos de vida. La incidencia de CCR en Sudamérica es menor en comparación con Europa y los Estados Unidos, pero contradictoriamente se ha observado mayor número de decesos, probablemente se deba a un diagnóstico tardío por la falta de acceso a los sistemas de salud.²

En el Perú, el cáncer sigue siendo uno de los principales problemas de salud y que va en aumento. Para el año 2018, según Globocan, se diagnosticaron más de 66,627 mil nuevos casos y se registraron más de 33,098 mil muertes, en estudios reportados se evidencio la manera de cómo incide el cáncer de colon es diferente en naciones avanzados y subdesarrollados presentando el cáncer colorrectal en cuarto lugar con un evidente incremento en incidencia comparación con años anteriores ³. En el Perú el CCR es el cuarto lugar con 12,4% de incidencia y 5,7% de mortalidad en mujeres con respecto a varones está en tercer lugar con 14,2% de incidencia y 7,5% de mortalidad.

De acuerdo a la estadística del instituto de enfermedades neoplásicas del cáncer colorrectal con (7%) ocupa en tercer lugar de incidencia, actualmente no se cuenta con estudios suficientes por lo que es importante mayores estudios para la sapiencia de este prototipo de cáncer en nuestros pobladores en base a la cual se podrán efectuara mejores procesos de prevención ³.

En el tiempo 2008-2014, el Registro de Cáncer de Arequipa anotó 12 769 de recientes casos de cáncer en esta ciudad, presentando en octavo lugar con 5,0% de incidencia en hombres y 4,4% en mujeres el mismo con 4,2% de mortalidad en hombres y 4,3 en mujeres.

En la región de la sierra se observa que el CCR son los más significativas en periodicidad posteriormente del cáncer de cérvix y tubo digestivo (estómago). La propensión del porcentaje ajustado de mortandad por cáncer de colon y de la unión rectosigmoidea en el ciclo 2006-2016 fue anómalo inclusive al 2011 y se volvió invariable hasta el 2015. En comparación con el 2006, para el año 2016

el índice porcentual ajustado muestra igual valor. La tasa o índice ajustado de mortandad mostró una propensión de carácter o de tipo ascendente en once regiones, básicamente en la serranía y de la costa referente al lado norte; mientras que, tres regiones mostraron propensión permanente. Las regiones que para el año 2016 mostraron los índices tasas crecidamente altas de mortandad por cáncer de colon son: Ayacucho, Lambayeque, San Martín, Lima, Huánuco, Callao y La Libertad.

1.2. Delimitación del Problema

La población investigada fueron los pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale con diagnóstico de cancer colorrectal durante en el periodo 2018 a 2019.

1.3. Formulación del problema:

1.3.1. Problema general

¿Cuáles son los factores asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019?

1.3.2. Problemas específicos.

1) ¿Cuáles son los factores demográficos asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019?

2) ¿Cuáles son los hábitos nocivos asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante periodo 2018 a 2019?

3) ¿Cuáles son los factores nutricionales asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019?

4) ¿Cuáles son los antecedentes de neoplasia asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un hospital nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019?

1.4. Justificación

1.4.1. Social

El impacto de este proyecto de investigación es sumamente relevante porque nos aporta mayor información y conocimiento de este tipo de cáncer en relación a los factores de riesgo para esta enfermedad en nuestro medio, el cual nos permitirá efectuar mejores procesos de prevención y promoción con relación al cáncer colorrectal.

1.4.2. Teórica

El CCR es una de la neoplasia más frecuente en los países occidentales; en España la segunda causa de muerte, en hombres por detrás de cáncer de próstata y en mujeres de cáncer de mama, en el Perú constituye la cuarta causa de mortalidad, cifras que va en aumento, produciendo un deterioro en la calidad de vida de los pacientes y familiares; además es preciso resaltar que en el país contamos con escasos estudios sobre el problema ⁴.

Es por esto, el interés por que se realizó el presente trabajo de investigaciones tomando en cuenta los factores de riesgos, dado que el hecho su identificación (cuales son los más prevalentes), nos permitirán actuar sobre ellos

principalmente en los factores modificables. Mejorando la cultura de prevención⁴.

1.4.3. Metodológica

Para lograr los objetivos planteados en el presente estudio se empleó técnicas de investigación, como la recolección de datos que fueron obtenidos de la revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de cancer colorrectal en el Hospital Nacional de altura 2018 a 2019.

Todo ello nos permitirá obtener información para poder elaborar programas preventivos.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Determinar los factores asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019

1.5.2. Objetivos Específicos

- 1) Identificar los factores demográficos asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019.
- 2) Identificar los hábitos nocivos asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019.
- 3) Identificar los factores nutricionales asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019.

4) Identificar los antecedentes de neoplasia asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Víctor Moreno et al: (2017). universidad de Bellvitge (España). concluyen que el elemento más concluyente para desplegar cáncer CCR es el modo de vida⁴.

Carrie Y Peterson: :(2015). medical college (Wisconsin). concluyen que los factores, como la gordura exagerada, el consumo de tabaco y la dieta son los más importantes⁵.

Burbano L. (2016). Hospital de Juárez de México. Concluye que el cáncer colorrectal en menores de cincuenta años de edad en el Hospital Juárez de México es análogo a lo logrado en la literatura, prevalece en los varones, es más habitual en el colon del lado derecho, posee más propensión a la estenosis⁶.

Medina, E. (2015). Hospital Julio Perrando Ecuador. concluye que los varones y el tabaquismo acrecentaban las posibilidades de sufrir CCR y que la morada en la capital de la provincia con referencia a las viviendas en el interior surgió como un elemento o componentes de inseguridad y por ello desde el punto de vista estadístico es importante de contraer el padecimiento⁷.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Vallejos N. (2017) Hospital Nacional Dos de Mayo Perú. Se concluyó que tener historia familiar, enfermedades colorrectales predisponentes, obesidad, el beber

alcohol, el tabaquismo, ingesta de rojas carnes, escaso dispendio de verduras, ser del sexo masculino, provenir de sitios no urbanas estipula un componente de peligro o riesgo para cáncer colorrectal ⁸.

LUNA A. (2017) scielo Perú. concluye que existe una mengua del acaecimiento de los casos de cáncer colorrectal en jóvenes del Perú en los recientes diez años gracias a la modificación de factores hábitos dietéticos, consumo de carne roja, inactividad física, obesidad ⁹.

Machicado Z. (2015) HNAL Perú. Concluye que la situación o ubicación de cáncer de colon más habitual o acostumbrado fue en el colon derecho, el cual se coligó importantemente a la existencia de anemia y astenia en el marco hospitalario, los síntomas mostrados son el dolor del abdomen y la pérdida de peso¹⁰.

2.2. Bases teóricas o científicas

El CCR es una de las neoplasias más frecuentes, y que va en aumento en los últimos años, afectando en mayor proporción al sexo masculino, pese a los adelantos en la atención o cuidado continúa siendo el segundo origen de muerte por cáncer a nivel mundial.¹¹.

En Lima –Perú para el año 2020, se diagnosticaron 4636 casos nuevos de CCR, con una incidencia de 6,6% casos por cien mil personas que habitan. El CCR simbolizó el 5% entre todas las malignas neoplasias, con un 2250 (6,9%) a favor del sexo masculino y 2386 (6,4%) de femeninos y cuarto lugar en relación a los demás canceres ¹².

Se registró 1.886 muertos en el mismo periodo con una tasa o un índice de mortandad de por 5,4 por cada cien mil personas que habitan. El peligro para

desplegar este padecimiento está relacionado a elementos de peligro o inseguridad como el dispendio de grasas y consumo de carnes rojizas, falta de ejercicios, gordura exagerada, así como igualmente una historia a un antecedente de cáncer de carácter o de tipo familiar ¹².

La prevalencia del análisis está asociada con los elementos ya indicados, como también el amplio uso de la colonoscopia, procedimiento de diagnóstico de esta patología ha influenciado en la disminución de la incidencia en países desarrollados. ¹².

La periodicidad del análisis está asociada con los elementos ya indicados, igualmente la propagación de los procesos de análisis o diagnóstico, como es la extensa utilización de la colonoscopia logra perturbar de manera directa los índices porcentuales o las tasas de incidencia, como últimamente se ha visto en otras naciones. ¹².

2.3. Marco Conceptual (de las variables y dimensiones)

Definición

El cáncer colorrectal, es un desarrollo no controlado de las células del recto y/o colon, la mayor parte de ellos inician con un desarrollo del revestimiento del epitelio interno ¹³.

Epidemiología

Según OMS se estimó que se producirían más de 1,9 millones de recientes casos de cáncer de característica colorrectal y 935.000 fallecimientos en 2020, representando de manera aproximada que uno (1) de cada diez (10) casos de cáncer y fallecimientos. En general, el colorrectal vienen ocupando el

tercer lugar en conceptos de incidencia, pero el segundo en términos de mortandad. Hay una variación de aproximadamente 9 veces en las tasas de incidencia de cáncer de colon por regiones del mundo, ocupando el segundo lugar en hombres y mujeres, respectivamente. El cáncer colorrectal puede considerarse un marcador de desarrollo socioeconómico y, en los países que experimentan una transición importante.¹⁴

A nivel mundial el CCR es el cáncer crecidamente usual con una tasa de 39.553 recientes casos ocupando la segunda posición en hombres ¹⁴.

Patogenia

La carcinogénesis está bien caracterizada en el CCR existen tres vías, el fenotipo CIMP (CpG Island Methylator Phenotype) la vía mutadora (o inestabilidad de micro satélites) y la vía supresora (o inestabilidad cromosómica)¹⁵.

La vía supresora caracterizada porque presenta rarezas cromosómicas con mermas y ganancias alélicas. Estas variaciones originan la carcinogénesis con la no activación de genes supresores de tumores (APC, SMAD4, DDC y TP53) y el incremento de la cantidad de copias de oncogenes ¹⁵.

La vía mutadora conjetura una vía de opción a la supresora, donde el componente de carcinogénesis es la acumulación de mutaciones en el genoma por un desperfecto en el denominado sistema de reparación del ADN, conformado por 4 genes (MLH1, MSH2, MSH6 y PMS2)¹⁵.

Estas mutaciones ocurren con bastante asiduidad o periodicidad en sucesiones cortas repetitivas del ADN (micro satélite), lo que conforma el

acúmulo de mutaciones en concluyentes genes claves en el ciclo celular que tienen los micro satélites (ej. TGFBR2, BAX). Esta variación molecular establece el marcador fenotípico del síndrome de Lynch, en el que vive una mutación germinal en uno de los 4 genes reparadores del ADN2, ¹⁵.

Finalmente, la no activación transcripcional mediada por metilación de las citosinas ubicadas en las denominadas islas CpG del generador de concluyentes genes supresores de tumores es un componente significativo en la carcinogénesis humana. Así, en el CCR se ha explicado un subtipo de tumor que muestra ¹⁵.

Cuadro clínico

El periodo de exposición o exhibición usual del CCR ocasional se ubica entre la 6ta y la 8va décadas de la existencia, a discrepancia de los modos hereditarios en las que el análisis tiende ser precedentemente de los cincuenta años. Excepcionalmente en los casos de CCR que se despliegan por la vía mutadora, en la que la carcinogénesis se encuentra acelerada ¹⁵.

El CCR es un tumor o carnosidad que crece lentamente, consiguiendo estar presente muchos años precedentemente de ejecutarse o efectuarse el análisis o diagnóstico. ¹⁵.

Diagnostico

El CCR debe en todo momento tenerse sospecha frente a todos los pacientes que muestran una variación actual del compás deposicional

(esencialmente cuando esto sucede en avanzada edad, sin un origen supuesto), anemia crónica, hematoquecia o rectorragia, o imputada a la existencia de líquido sanguíneo escondida en las defecaciones. Todas estas sintomatologías son frecuentes o habituales en otras organizaciones hospitalarias con las que debe instituirse un diferencial diagnóstico 16.

Éstas circunscriben el padecimiento o el mal inflamatorio de carácter o de tipo intestinal, tuberculosis intestinal, isquémica o infecciosa, colitis actínica, diverticulitis, angiodisplasias y casi todas estas se revelan mediante una colonoscopia, por ello es importante y obligatorio realizar este diagnóstico o exploración que aparte de dar una confirmación de la neo formación, accede la toma de biopsias para su diagnóstico o análisis de carácter histológico ¹⁶.

Tratamiento

El tratamiento elegido es definitivamente la cirugía. La resección con el fin curativo debe circunscribir el segmento cólico afectado por la neoplasia, con acrecentamiento de unos cuatro a cinco cm de sano intestino en cada uno de los extremados, y los linfáticos ganglios regionales ¹⁶.

El prototipo de atención quirúrgica cambia en función de la ubicación del tumor y de la existencia o no de dificultades coligadas (obstáculo, perforación). En los tumores ubicados en el ciego y colon ascendente es obligatorio realizar una hemicolectomía derecha con íleo transversostomía, y en los del colon descendente logra realizarse una hemicolectomía izquierda o una segmentaria resección ¹⁶.

La enfermedad del cáncer asociado al recto, la anastomosis término-terminal y la resección del segmento afecto es perennemente la interposición que se desea. Esto está en dependencia con el trecho que aparta el tumor del borde anal. Por esto, y no obstante el aseguramiento de la anastomosis ha mostrado una mejoría de modo notable con la usanza de la mecánica sutura, en tumores ubicados en el tercio distal del recto logra ser inevitable hacer una amputación anal con definitiva colostomía.¹⁶

Tratamiento complementario del CCR no metastásico

En los resignados o los que padecen una enfermedad donde la resección quirúrgica ha sido definitivamente fundamental o radical y no existe prueba de diseminación a otros órganos, es beneficioso realizar un tratamiento de carácter o de tipo suplementario con la finalidad de disminuir la tasa de recidiva colorregional y, consiguientemente, perfeccionar la conservación. El tratamiento suplementario circunscribe la radioterapia y/o quimioterapia¹⁶.

En correlación con el cáncer específicamente del colon, la aplicación intravenosa de 5-fluoruracilo (5-FU) modulado con ácido folínico y coligado a oxaliplatino optima tanto el momento libre del mal como la sobrevivencia fundamentalmente en sufrido o enfermos con tumores en estadio III de la codificación TNM, y los que se hallan en estadio II descritos o llamados de alto peligro o riesgo (examen anatomopatológico de < 12 ganglios; tumores indigentemente caracterizados; incursión linfática o vascular; exposición en forma de perforación u obstáculo , y estadios T4)¹⁶.

De modo análogo, en los resignados o enfermos que padecen cáncer de recto, la radioterapia, ya sea posoperatoria o preoperatoria, coligada a la quimioterapia ayuda a la vigilancia local del mal y aumenta la supervivencia ¹⁶.

Factores de riesgos asociados

Edad: período que ha existido un individuo a partir del momento o instante en que nacer, la edad se suele expresar en años; y a los cincuenta años de edad se origina más acrecentamiento del cáncer colorrectal ¹⁷.

Historia personal de neoplasia colorrectal: Se define como los individuos con una historia particular de adenocarcinomas colorrectal o adenomas tienen los mismos poseen un riesgo o un peligro aumentado de tres a seis veces para desplegar neoplasias meta crónicas ¹⁷.

Historia familiar del CCR: Se define a las personas que ya han tenido un historial familiar de pólipo adenomatoso o cáncer colorrectal ¹⁷.

Componentes de la dieta: Elementos nutricios presentes en una dieta, unidades funcionales mínimas que la célula utiliza para el metabolismo. Los sebos o mantecas en la alimentación ocasionan la evacuación de primarios ácidos biliares, que se convierten en secundarios ácidos biliares por las de nominadas bacterias saprófitas pertenecientes al colon ¹⁷.

El consumo excesivo de alcohol: Se define como la persona que declaró haber consumido bebidas alcohólicas al menos una vez por semana durante el último año; puede ser un componente o elemento de riesgo o peligro para el Cáncer Colorrectal ¹⁷.

Consumo de tabaco: persona que declara haber fumado de 10 cigarrillos al día durante un año ¹⁷.

Hábitos de vida: Se denomina hábito a toda conducta que se repite en el tiempo de modo sistemático, el sedentarismo se ha asociado con el riesgo CCR¹⁷.

Síndromes hereditarios: Son mutaciones en ciertos genes que se transmiten de padres a hijos, también se llama síndrome de cáncer familiar y síndrome de cáncer heredado¹⁷.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis General

Los factores de riesgo estudiados están asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019.

3.2. Hipótesis específicas

- 1) Existen asociación de los factores demográficos como edad, sexo, ocupación para la prevalencia de cáncer colorrectal en un Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019.
- 2) Existen asociación de los hábitos nocivos para la prevalencia de cáncer colorrectal en un Hospital Nacional Ramiro Priale Priale en el periodo 2018 a 2019.
- 3) Los factores nutricionales están asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en pacientes de un hospital nacional Ramiro Priale Priale en el periodo 2018 a 2019.
- 4) El antecedente familiar de cáncer colorrectal es un factor de riesgo para la prevalencia de cáncer colorrectal en un Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019.

3.3 . Variables

3.3.1. Definición Conceptual

- **Edad:** mayores de 16 años.
- **Sexo:** Masculino / femenino.

- **Zona de procedencia:** según la zona de residencia oficial del paciente (urbana, no urbana).
- **Antecedentes patológicos familiares (APF):** Presencia o no de antecedente de CCR.
- **Antecedentes personales:** de patología colorrectal predisponente (Poliposis Adenomatosa Familiar, Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn).
- **Índice de masa corporal (IMC):** Riesgo: (IMC > 30), no riesgo (IMC < 30).
- **Hábito de fumar:** En este caso se consideró fumador el consumir más de 10 cigarrillos diariamente.
- **Consumo de alcohol:** paciente que ingería bebidas alcohólicas, se consideró de riesgo la ingestión > 20 g diarios en la mujer y > 40 g en los hombres.
- **Consumo de carnes rojas:** Se consideró consumo semanal de 3 o más porciones de carne roja a la semana (1 porción= 4 onz).
- **Consumo de vegetales:** Se consideró consumo diario de 3 o más porciones de vegetales al día (1 porción= 1 taza de verduras de hojas o ½ taza de otras verduras crudas o cocidas).
- **Práctica de ejercicios:** Se consideró la realización de ejercicios físicos 3 veces a la semana.

Los indicadores de las variables se revisan en la Operacionalización de las variables: Anexo 2.

3.3.2. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	dimensión	Tipo de variable	Indicador	Escala de medición	Valores	Técnicas instrumentos
Factores asociados	Características que aumentan la probabilidad de desarrollar CCR	Factores categóricos	Factores demográficos	Cuantitativa	Edad	Razón	28-37 38-47 48-57 58-67 68-77 78-87 88-98	Ficha de recolección de datos
				cualitativo	Sexo	Nominal	Femenino Masculino	
				Cualitativo	Procedencia	Nominal	Urbano Rural	
			Hábitos nocivos	Cualitativo	Consumo de alcohol	Nominal	0=No 1=Si	
				Cualitativo	Consumo de tabaco	Nominal	0=No 1=Si	
			Factores nutricionales	Cualitativo	IMC	Nominal	Riesgo: IMC>30 No riesgo: IMC <30	

				Cualitativo	Consumo de carnes rojas	Nominal	0=No 1=Si	
				Cualitativo	Consumo de vegetales	Nominal	0=No 1=Si	
				Cualitativo	Ausencia de actividad física	Nominal	0=No 1=Si	
			Antecedentes de neoplasia	Cualitativo	Antecedentes familiares	Nominal	0=No 1=Si	
				Cualitativo	Antecedentes personales	Nominal	0=No 1=Si	
Prevalencia de cáncer de colon	El cáncer colorrectal, es un crecimiento incontrolado de las células del colon y/o recto, la mayoría de ellos comienzan con un crecimiento del revestimiento del epitelio interno ¹³ .	Prevalencia	adenocarcinoma linfoma GIST	Cuantitativo	Cáncer de colon	Nominal	0= Presencia 1= Ausencia	Nominal

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA

4.1. Método de Investigación

El método de investigación utilizado fue el método científico, que plantea en primer lugar el problema para luego dar una respuesta mediante la hipótesis, para contrastarla y llegar a la conclusión..(Tamayo, 2000)

4.2. Tipo de Investigación:

El estudio fue de tipo básico, que consiste en ampliar la teoría sin realizar algo práctico, por lo que contribución de la investigación es teórica. (Kerlinger, 2002)

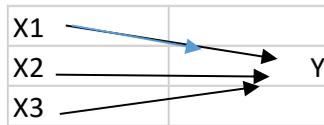
4.3. Nivel de investigación

El nivel o alcance de la investigación fue correlación que consiste en relación las variables en estudio, sin embargo por su naturaleza no se define causa ni efecto. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014)

4.4. Diseño de Investigación:

Retrospectivo, observacional, analítico, cuantitativo. Es retrospectivo, debido a que se tomara datos de meses anteriores. observacional porque no presentará intervención de variables; analítico, ya que demuestra una asociación entre factores clínicos y socioculturales; cuantitativo porque se expresará numéricamente y hará uso de las estadísticas. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014)

Esquemáticamente:



Donde:

X₁= Factores demográficos

X₂= Hábitos nocivos

X₃= Factores nutricionales

X₄= Antecedentes de neoplasia

Y= Prevalencia de cáncer colorrectal

4.5. Población y muestra

4.5.1. Población

La población de estudio lo constituyo el total de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de cancer colorrectal en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale y posterior resultado confirmado por anatomía patológica entre 2018 a 2019, se consideró a aquellas historias clínicas en el archivo de la institución además que cumplieron los criterios de inclusión que fueron 21.

4.5.1. Criterios de inclusión

Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de cancer colorrectal en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo de estudio y paciente con reporte de biopsia y/o anatomía patológica positivo para CCR.

4.5.2. Criterios de exclusión.

Historia clínica que no presentaron las variables principales del estudio. Colonoscopias incompletas por mala preparación del paciente, datos incompletos en la historia clínica.

4.5.2. Muestra

Mediante un muestreo no probabilístico es decir de acuerdo a los criterios utilizados por el investigador la muestra será censal, es decir que quedó conformada por 21 historias clínicas.

De las 43 historias clínicas revisadas ,13 de ellos fueron descartados por no cumplir los criterios de inclusión y exclusión ,7 por tener diagnóstico diferente a la neoplasia de cáncer colorrectal y datos incompletos en la historia clinica,2 de ellos por no contar con resultado de anatomía patológica.

La muestra estuvo conformada por 21 historias clínicas que además cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión

4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

La técnica que se utilizo fue la observación procedente las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de cancer colorrectal del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019.

El instrumento de recolección de datos fue la ficha de recolección o ficha observacional.

4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Se aplicó la ficha de recolección de datos en el servicio de gastroenterología de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de cancer colorrectal en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019.

La evaluación se determinó por el tipo de calificación respectivo establecido por el cuestionario a utilizado para la evaluación; luego de recolectados los datos se organizó, analizo e interpreto de esta manera se cumplió con los objetivos planteados, se explicó los hallazgos planteados y realizar estrategias de prevención.

En el presente trabajo de investigación se realizó uso de la estadística descriptiva mediante frecuencias y porcentajes. También para la prueba de hipótesis de utilizó el estadígrafo inferencial chi cuadrado

4.8. Aspectos éticos de la investigación.

Por la naturaleza del estudio no se requirió consentimiento informado alguno. Se solicitaron las autorizaciones respectivas en la Oficina de Capacitación y Docencia, Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019, para la realización del estudio y acceso a las historias clínicas.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

5.1. DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS

5.1.1. Factores demográficos

Tabla 1: Factores demográficos en pacientes positivos a cáncer colorrectal en el HNRPP 2018 a 2019.

Datos Sociodemográficos	Frecuencia (n=21)	Porcentajes (%)
Rango etario (años)		
48-57	03	14.3%
58-67	04	19.0%
68-77	12	57.1%
78-87	02	9.5%
Total	21	100%
Genero		
Femenino	09	42.9%
Masculino	12	57.1%
Total	21	100%
Ocupación		
Trabaja	04	19.0%
Su casa	17	81.0%
Total	21	100%
Procedencia		
Urbano	18	85.7%
Rural	3	14.3%
Total	21	100%

Fuente: elaboración propia.

En la tabla N° 1. De los 21 pacientes que conforman el 100%, se puede observar que la mayoría (57.1%) se encuentran entre las edades del rango etario 68-77. Del 100% el sexo predominante es el género masculino con un total de (57.1%). de los 21 en lo referente a ocupación la mayoría tiene la condición de trabajador cesado o jubilado (su casa) siendo el 81%. al respecto de la procedencia la mayoría provienen del área urbana (85.7%).

5.1.2. Hábitos Nocivos

Tabla 2: Hábitos nocivos asociados a cáncer colorrectal en el HNRPP 2018 a 2019.

Factores sociales	n	Porcentajes (%)
Consumo de tabaco		
Si	06	28,6%
No	15	71,4%
Total	21	100%
Consumo de alcohol		
Si	15	71,4%
No	06	28,6%
Total	21	100,0

Fuente: elaboración propia.

En la tabla N° 2. De los 21 pacientes que conforman el 100%, la mayoría consume alcohol que representa el 63.3% %, y 53.3% pacientes no consumen tabaco.

5.1.3. Aspectos de Nutrición

Tabla 3: Factores de nutrición asociados a cáncer colorrectal en el HNRPP 2018 a 2019.

Factores clínicos	n	Porcentajes (%)
IMC		
No Riesgo <30	13	85,7%
Riesgo >30	08	14,3%
Total	21	100%
Consumo de Carnes		
Rojas		
Si	18	61,9%
No	13	38,1%
Total	21	100%
No Consumo de Vegetales		
Si	01	4,8%
No	20	95,2%
Total	21	100%
No Actividad física		
SI	04	19,0%
NO	17	81,0%
total	21	100%

En la tabla N°3. De los 21 pacientes que conforman el 100%, el 61,9%, no presentan obesidad, es decir un IMC sin riesgo, el 61,9%, consumen carnes rojas, el 95,2% no consumen vegetales y finalmente el 81% no realiza actividad física.

5.1.4. Antecedentes de neoplasia

Tabla 4: Antecedentes de neoplasia asociados a cáncer colorrectal en el HNRPP 2018 a 2019.

Factores clínicos	n	Porcentajes (%)
Antecedentes Familiares de Neoplasias		
Si	05	23,8%
No	16	76,2%
Total	21	100%
Antecedentes Personales de Neoplasias		
Si	05	29.8, %
No	16	70.2, %
Total	21	100%

Fuente: elaboración propia,

En la tabla N°4. De los 21 pacientes que conforman el 100%, el 76,2% no tiene antecedentes familiares de neoplasias y el 70,2% no tiene antecedentes personales.

5.1.5. frecuencia de presentación del tipo histológico.

Tabla 5: Diagnostico histopatológico de cáncer colorrectal

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO	Masculino		Sexo Femenino		Total	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Adenocarcinoma bien diferenciado	3	25.0	3	33.3	6	28.6
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado	7	58.3	6	66.7	13	61.9
Adenocarcinoma mal diferenciado	1	8.3	0	0.0	1	4.8
Linfomas	1	8.3	0	0.0	1	4.8
TOTAL	12	100.0	9	100.0	21	100.0

La Tabla:5 muestra las características histopatológicas de prevalencia de cáncer de colorrectal, en la muestra de este estudio donde el resultado de patología fue de adenocarcinoma moderadamente diferenciado con 61,9 % seguido de adenocarcinoma bien diferenciado con 28.6%.

5.2. PRUEBA DE HIPÓTESIS

5.2.1. Prueba de la Hipótesis General

Hipótesis Formulada

Los factores riesgo estudiados están asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019.

Hipótesis de Estudio

H_0 = No existen factores asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un HNRPP 2018 a 2019

H_i = Existen factores asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un hospital nacional HNRPP durante el periodo 2018 a 2019

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Tabla 6: Factores asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal

Factores	Chi cuadrado	P valor	Conclusión
Factores sociodemográficos			
Edad	38,379	0.000< 0.05	Es significativo
Sexo	9,901	0.007< 0.05	Es significativo
Hábitos nocivos			
Consumo de alcohol	9,811	0.035<0.05	Es significativo
Factores nutricionales			
No Consumo de vegetales	8,241	0.006<0.05	Es significativo
No Actividad física	4,123	0.012<0.05	Es significativo

Fuente: Base de datos SPSS

La tabla 6 muestra los factores asociados al cáncer de colon que son sociodemográfico: Edad de rango 68-77 ($0.000 < 0.05$) y sexo masculino ($0.007 < 0.05$), de hábitos nocivos el consumo de alcohol ($0.035 < 0.05$) y factores de nutrición: El no consumo de vegetales ($0.006 < 0.05$) y la ausencia de actividad física ($0.012 < 0.05$).

Decisión Estadística

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la de investigación en el sentido que existen factores asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019.

Conclusión

Por lo tanto, los factores asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un hospital nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019 son sociodemográfico: Edad de rango 68-77 ($0.000 < 0.05$) y sexo masculino ($0.007 < 0.05$) y factores clínicos: El escaso consumo de vegetales ($0.006 < 0.05$) y la ausencia de actividad física ($0.012 < 0.05$).

5.2.2. Prueba de la Hipótesis Específica 1

Hipótesis Formulada

Existen asociación de los factores demográficos para la prevalencia de cáncer colorrectal en un Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019.

Hipótesis de Estudio

H₀= No existen factores demográficos asociadas a la prevalencia de cáncer colorrectal en un Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019

H_i= Existen factores demográficos asociadas a la prevalencia de cáncer colorrectal en un Hospital Nacional durante el periodo 2018 a 2019

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Tabla 7: Factores demográficos asociadas a la prevalencia de cáncer colorrectal

Factores	Chi cuadrado	P valor	Conclusión
Edad	38,379	0.000 < 0.05	Es significativo
Sexo	9,901	0.007 < 0.05	Es significativo
Ocupación	,924	0.921 > 0.05	No es significativo
Procedencia	1,081	0.583 > 0.05	No es significativo

Fuente: Base de datos SPSS

La tabla 7 muestra los factores demográficos asociadas al cáncer de colon que son: Edad (0.000 < 0.05) y sexo (0.007 < 0.05)

Decisión Estadística

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la de investigación en el sentido que existen factores demográficos asociadas a la prevalencia de cáncer colorrectal en un Hospital Nacional periodo 2018 a 2019.

Conclusión

Por lo tanto, los factores demográficos asociadas a la prevalencia de cáncer colorrectal en un hospital nacional de altura durante el periodo 2018 a 2019, son: Edad de 68-77 (0.000 < 0.05) y sexo masculino (0.007 < 0.05).

5.2.3. Prueba de la Hipótesis Específica 2

Hipótesis Formulada

Existen asociación de los hábitos nocivos para la prevalencia de cáncer colorrectal en un Hospital Nacional Ramiro Priale Priale en el periodo 2018 a 2019.

Hipótesis de Estudio

H_0 = No existen hábitos nocivos asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un hospital nacional periodo 2018 a 2019.

H_i = Existen hábitos nocivos asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un hospital nacional periodo 2018 a 2019

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Tabla 8: Hábitos nocivos asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal

Característica	Chi cuadrado	P valor	Conclusión
Consumo de alcohol	9,811	$0.035 < 0.05$	Es significativo
Consumo de tabaco	1,750	$0.417 > 0.05$	No es significativo

Fuente: Base de datos SPSS

La tabla 8 muestra hábitos nocivos asociados al cáncer de colon que es el consumo de alcohol ($0.035 > 0.05$)

Decisión Estadística

Se rechaza la hipótesis nula en el sentido que no existen hábitos nocivos asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un hospital nacional ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019.

Conclusión

Por lo tanto, los hábitos nocivos asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019, es el consumo de alcohol ($0.035 < 0.05$)

5.2.4. Prueba de la Hipótesis Específica 3

Hipótesis Formulada

Los factores nutricionales están asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un Hospital Nacional Ramiro Priale Priale en el periodo 2018 a 2019.

Hipótesis de Estudio

H_0 = No existen factores nutricionales asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un hospital nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo enero 2018 a enero 2019

H_i = Existen factores nutricionales asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Tabla 9: Factores nutricionales asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal

Característica	Chi cuadrado	P valor	Conclusión
IMC	5,904	0.052>0.05	No es significativo
Consumo de carnes rojas	2,354	0.30>0.05	No es significativo
No Consumo de vegetales	8,241	0.006<0.05	Es significativo
Actividad física	4,123	0.012<0.05	Es significativo

Fuente: Base de datos SPSS

La tabla 9 muestra factores nutricionales asociados al cáncer de colon que son: El no consumo de vegetales (0.006<0.05) y ausencia de actividad física (0.012< 0.05)

Decisión Estadística

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la de investigación en el sentido que existen factores nutricionales asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un Hospital Nacional periodo 2018 a 2019.

Conclusión

Por lo tanto, los factores nutricionales asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante periodo 2018 a 2019, son: Es el escaso consumo de vegetales (0.006 < 0.05) y la ausencia de actividad física (0.012< 0.05).

5.2.4. Prueba de la Hipótesis Específica 4

Hipótesis Formulada

Los antecedentes de neoplasia de primer grado están asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019.

Hipótesis de Estudio

H_0 = No existen antecedentes de neoplasia a la prevalencia de cáncer colorrectal en un hospital nacional periodo 2018 a 2019

H_i = Existen antecedentes de neoplasia a la prevalencia de cáncer colorrectal en un hospital nacional periodo 2018 a 2019.

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Tabla 10: Antecedentes de neoplasia asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal

Característica	Chi cuadrado	P valor	Conclusión
Antecedentes familiares	1,618	0.445>0.05	No es significativo
Antecedentes personales	1,014	0.602>0.05	No es significativo

Fuente: Base de datos SPSS

La tabla 10 muestra antecedentes de neoplasia asociados al cáncer de colon donde no hay antecedentes asociados significativamente.

Decisión Estadística

Se acepta la hipótesis nula en el sentido que no existen antecedentes de neoplasia asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un hospital nacional periodo 2018 a 2019

Conclusión

Por lo tanto, los antecedentes de neoplasia asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un hospital nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019, no son los antecedentes familiares ($p=0.445>0.05$) ni los antecedentes personales ($p=0.602>0.05$)

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En el presente estudio se encontró que los factores de riesgo más prevalentes dentro de los factores demográficos se encontraban en el grupo de 68-77 años con un 57.1%. El impacto de este mal se incrementa mucho de acuerdo al acrecentamiento de la edad, tremendamente probable debido a que se van almacenando elementos de riesgo o de peligro de explícitos arquetipos de cáncer. El acopio general de componentes o elementos de riesgo o de peligro se mezcla con el extravío de eficiencia de los dispositivos de resarcimiento celular que tiende a suceder en mayores de cincuenta años.

Según el observatorio Globocan mundial (12) en una revisión sistemática encontró una prevalencia en el sexo masculino con 23,4% en comparación con el sexo femenino 16,2%, en el observatorio de Perú hubo una relación casi similar en la presentación tanto en el sexo masculino con 11,6% con 11,1% en femeninos. Donde también Burbano Len⁶ (2016). Hospital Juárez de México es análogo o parecido a lo alcanzado en los textos, predominando en los varones 57.1% la cual concuerda con los resultados a investigación donde predomina el género masculino en 55.6% de los casos. Al mismo tiempo, en una investigación hecha por V. Parra-Pérez en el Policlínico Perú - Japón en que se indaga establecer los elementos correlacionados a neoplasia avanzada colorrectal se estableció que los varones poseen duplicidad de peligro o de riesgo para desplegar neoplasia de característica

avanzada en comparación con las personas de sexo femenino; el cual concuerda con nuestra investigación donde los varones se asocia de manera más riesgosa a sufrir CCR que ser del sexo femenino, esto se debería a mayor exposición de alcohol y a mayor población del sexo masculino en este estudio. Un estudio del Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal). Investigo por qué los varones poseen más peligro o riesgo de tener cáncer, donde examinaron veinte y cinco tumores cotejando tejidos sanos y tumorales y encontraron que el peligro o riesgo era grande, inclusive 8 veces superior de desplegar cáncer si existía extravío del cromosoma Y que la población en general, muestra que el extravío de algunos genes en el cromosoma Y aumenta el peligro, inconveniente o riesgo, al momento de perder la función de 6 genes claves, estos genes se hallan embrollados en la ordenación del período celular.

Con respecto a los hábitos nocivos sobre el consumo de tabaco, **Vallejos N.⁸** (2017) encontró que el consumo de tabaco en 54.3% condiciona un factor primordial para el desarrollo de cáncer colorrectal. **Botteri et al (2020)**. Quien en una revisión y metaanálisis con respecto a CCR a nivel mundial encontró que fumar aumenta en gran medida el riesgo de CCR que se desarrolla a través de la vía de inestabilidad de microsatélites, fenotipo de metilador de isla CpG positivo y mutación BRAF. El riesgo de CCR aumentó linealmente con la intensidad y la duración del tabaquismo El resultado conseguido por la Universidad de Stony Brook (16), el cual halló al consumo de tabaco como elemento de peligro o riesgo para el progreso de Cáncer Colorrectal. Se concluyó que los individuos que fuman cigarrillos deben hacerse el despistaje por colonoscopia precedentemente al cumplimiento de los cincuenta años. Según la Organización Mundial de Salud del

2020 (12) el factor más común es el consumo de tabaco, las cuales difieren con el resultado de nuestro estudio que encontró un 28,6% esto debido a la poca población de estudio y a la falta de registros sobre la cantidad, frecuencia y duración de la exposición, se sugiere mayor estudio y con una población mayor.

Con respecto al consumo de alcohol los resultados en nuestro estudio encuentran una asociación de 71,4% para desarrollar cáncer colorrectal. También Jiménez-López (2018) encontró como antecedente consumo de alcohol de 42% ocupando como segundo factor de riesgo de CCR la cual tiene resultados similares con el resultado de este estudio. Estas informaciones finalmente quedaron totalmente confirmadas en un meta examen el cual que fue conformado por 57 investigaciones de casos y de cohortes, estas investigaciones demostraron que los enfermos que bebieron >de 50g de alcohol cotidianos posee 1,5 veces peligro o riesgo de CCR que los que toman alcohol de manera ocasional.

Con relación al índice de masa corporal, se encontró elevado en nuestra población con 27,01kg/m² no llegando a sobrepasar IMC > 30 que se considera como factor de alto riesgo, en nuestro estudio dio como resultado no riesgo IMC < 30 con 85,7% esto posiblemente que los pacientes llegan en estadios avanzados. **Jaspan V (2021)**. La obesidad se asoció con mayores probabilidades de mortalidad general y mortalidad específica por CCR en comparación con el peso normal (p <0,001). Los pacientes con IMC de bajo peso tenían mayores probabilidades de mortalidad específica por CCR en comparación con el IMC normal, pero no eran significativamente diferentes del IMC obeso. Mientras el estudio de investigación de Carrie Y Peterson⁵ (2015) medical collegue Wisconsin quien encontró que los

factores, como la obesidad, y la dieta son los más importantes el cual considero IMC >25. Kroenke CH (2016). Destaco que la obesidad al momento del diagnóstico se asoció a mayor mortalidad en comparación con pacientes con IMC normal bajo.

Referente a la tasa de consumo de carnes rojas fue de 61,9% similar a la de Alexander (8). Donde observó un riesgo relativo levemente elevado 59,8% para desarrollar CCR. Deoula (7). reporta asociación positiva con OR:1,23; IC del 95%, por el contrario, no se observó asociación significativa entre el consumo de carne roja y riesgo de cáncer de recto, mientras que la carne procesada industrialmente se asoció positivamente entre cáncer de colon y recto.

La revisión sistemática de Supachai K(..) mostraron altos niveles de comportamiento no saludable, incluido un bajo consumo de frutas (93,6%) y verduras (85,8%), y un bajo comportamiento de ejercicio (64,7%) tenían más posibilidad de presentar CCR. Presentando resultados similares a nuestro estudio donde hubo pobre consumo de vegetales 95,2% y limitada actividad física de 81.0%. Si bien estudios relacionados han demostrado que las personas con un nivel socioeconómico alto tenían más probabilidades de consumir frutas y verduras a diario. Msambichaka et al., (2018), este estudio mostró que la educación y la asequibilidad no influyeron en el consumo de frutas y verduras, mientras que un metaanálisis Tantamango et al., (2011), mostró una asociación débil entre el consumo de verduras y el riesgo de CCR. El aumento del consumo de fibra en la dieta de las personas desde la infancia debe establecerse como una política nacional para prevenir el riesgo de CCR.

Varias investigaciones de caso control señalan o comprueban que el consumo de verduras sirve como protección frente a la aparición de CCR, lo cual coincide totalmente con la resulta de nuestra investigación donde los enfermos con alimentación insuficiente de verduras poseen más peligro, inconveniente o riesgo de tener Cáncer Colorrectal, al semejante que Barreto y Santana aluden que la poca ingesta de verduras y cereales acrecienta la probabilidad de desplegar cáncer, esto debido a su efecto anticarcinogénico¹⁶. En este sentido tiene resultados similares el estudio de Luna A.⁹ (2017). concluye que existe una baja de la incidencia de los casos de cáncer colorrectal en adolescentes del Perú en los recientes diez años gracias a la modificación de factores hábitos dietéticos.

Con el concerniente acto físico, en nuestro estudio se estableció que la poca práctica de actividades de carácter físico por los enfermos tienen mayor probabilidad de adquirir cáncer Cáncer Colorrectal, en el trabajo hecho por Hano García se estableció que la acción física cultiva un elemento preservador (OR 76 0,32, IC del 95 %, 0,15-0,71); pero, en nuestra investigación no se consideró el tiempo de durabilidad del ejercicio, ímpetu de la acción ejecutada, los cuales asimismo se hallan relacionados con una superior descenso del peligro o riesgo ¹⁶. Pero observamos en una investigación hecha el año 2006 se estableció que no está claramente establecida la correlación entre acción física y aparición de cáncer colorrectal, lo cual queda verificado o comprobado en varias investigaciones de cohorte, mas no en investigaciones de controles y casos, donde si se verifica que la escasa acción física sí es un condicionantes de riesgo o de peligro.

En cuanto a los antecedentes familiares el reconocimiento del componente genético del CCR se fundamenta en mutaciones, heredadas en células germinales o aparecidas en células somáticas tras un impacto ambiental. En este caso los síndromes hereditarios condicionan la aparición de Cáncer Colorrectal, estos incluyen el Poliposis Adenomatosa Familiar y el síndrome de Lynch, los cuales corresponden al 5% de los casos de Cáncer. Se ha determinado también que un 20% del resto de pacientes tiene al menos un familiar afectado, el 75% restante tienen su aparición de forma esporádica, lo que indica que en esos casos los factores ambientales tienen mayor relevancia ya que pueden ocasionar mutaciones en los genes²⁷. Entonces la presencia de antecedentes familiares condiciona un factor de riesgo para la presencia de Cáncer Colorrectal, como se demuestra en diversos estudios; los cuales difieren con lo encontrado en este estudio donde 76,2% no presentaba antecedentes familiares .

Con lo referente a antecedentes personales como factor de riesgo, según el estudio realizado por la asociación de argentina de oncología clínica donde los pacientes con colitis ulcerosa o enfermedad de chron tiene mayor riesgo de desarrollar cáncer colorrectal que el resto de la población .se ha demostrado que el riesgo aumenta luego de que el paciente ha tenido la enfermedad por más de 8 a 10 años ,lo cual ocasiona inflamación crónica del colon y cambio continuo de las células en el intestino y así aumenta el riesgo de cambios en la citología. Sin embargo, nuestro estudio tiene poca incidencia de antecedentes personales de 29,8%.

Según la revisión bibliográfica el tipo histológico más frecuente en más del 90-95% de los cánceres colorrectales son adenocarcinomas, seguido del mucinoso

o adenocarcinoma coloide (10%). Otros tipos histológicos, los linfomas, los sarcomas, los tumores carcinoides, como el carcinoma epidermoide, son poco habituales. De la comparación con otros estudios se deduce que los pacientes con tipo histológico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado con 61.9 % seguido de adenocarcinoma bien diferenciado con 28.6% fueron la gran mayoría en nuestro estudio. Coincidiendo con lo manifestado por Hano García donde se halló el adenocarcinoma en el 96,7 % ¹⁸. En aquel momento, coexisten elementos ambientales que se logran cambiar y así poder reducir los casos de CCR; fundamentalmente el consumo de una dieta equitativa baja en carnes rojas, grande en ingesta de verduras, movimiento físico, no beber alcohol ni fumar tabaco; y en caso de referencias tanto particulares como de familia, corresponderá realizar controles periódicos.

CONCLUSIONES

1. Se concluyo que el consumo de alcohol tiene una asociación de 71,4% para presentar Cáncer Colorrectal en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019.
2. En cuanto al sexo, se determinó que ser del sexo masculino condiciona una asociación de padecer de cáncer colorrectal 57,1%.
3. Tanto la elevada ingesta de carnes rojas 61,9%, el escaso consumo de vegetales 95,2% y la escasa actividad física 81,0% están asociados para el desarrollo de cáncer colorrectal un Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019.
4. La edad promedio de presentación de cancer colorrectal en la muestra de estudio fue en rango de 68-77 con 19,0%. en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale durante el periodo 2018 a 2019.

RECOMENDACIONES

1. Implementar de campañas de prevención y despistaje del cáncer colorrectal, para que nuestra población tome conciencia y se pueda detectar en estadios tempranos, se sugiere para posteriores estudios prolongar el tiempo de estudio, ampliar el número de pacientes estudiados y se podría plantear la realización de un estudio de cohorte.
2. Enfatizar en una alimentación balanceada, en predominio de verduras, y disminuir la ingesta de carnes rojas enfatizando las porciones.
3. Enfatizar la recolección de los datos que quedan registrados en la historia clínica, teniendo en cuenta el consumo de alcohol, tabaco, la cantidad que se consume, así como el tiempo de consumo.
4. Realizar permanentemente investigaciones sobre esta enfermedad, y transmitirlos a los pacientes que acuden al Hospital donde se debería de hacer seguimiento a aquellos pacientes con diagnóstico de adenomas con cierto grado de displasia, por qué en diversos estudios se ha visto que tienen mas posibilidad de desarrollar cancer colorrectal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Estadísticas mundiales de cáncer 2020: estimaciones de GLOBOCAN de incidencia y mortalidad en todo el mundo para 36 cánceres en 185 países. *CA Cáncer J Clin.* 2021; 71 (3): 209–49.
2. Ramos Muñoz WC, Guerrero Ramírez NN, Medina Osis JL, Guerrero León PC. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2018. En: Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2018. 2020. p. 161-161.
3. Singh B, Hayes SC, Spence RR, Steele ML, Millet GY, Gergele L. El ejercicio y el cáncer colorrectal: una revisión sistemática y un metaanálisis de la seguridad, la viabilidad y la eficacia del ejercicio. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2020; 17 (1): 122.
4. Botteri E, Borroni E, Sloan EK, Bagnardi V, Bosetti C, Peveri G, et al. El tabaquismo y el riesgo de cáncer colorrectal, en general y por subtipos moleculares: un metaanálisis: un metaanálisis. *Soy J Gastroenterol.* 2020; 115 (12): 1940–9.
5. Cáceres A, Jene A, Esko T, Pérez-Jurado LA, González JR. Extreme downregulation of chromosome Y and cancer risk in men. *J Natl Cancer Inst.* 2020;112(9):913–20.
6. Mehta RS, Song M, Nishihara R, Drew DA, Wu K, Qian ZR, et al. Patrones dietéticos y riesgo de cáncer colorrectal: análisis por localización tumoral y subtipos moleculares. *Gastroenterología.* 2017; 152 (8): 1944-1953.e1.

7. Maugeri A, Barchitta M, Magnano San Lio R, Li Destri G, Agodi A, Basile G. Envejecimiento epigenético y cáncer colorrectal: estado del arte y perspectivas para futuras investigaciones. *Int J Mol Sci.* 2020; 22 (1): 200.
8. S Deoula M, El Kinany K, Huybrechts I, Gunter MJ, Hatime Z, Boudouaya HA, et al. Consumo de carne, carne procesada tradicional y moderna y riesgo de cáncer colorrectal entre la población marroquí: un estudio de casos y controles a gran escala. *Int J Cáncer.* 2020; 146 (5): 1333–45.
9. Alexander DD, Weed DL, Miller PE, Mohamed MA. Carnes rojas y cáncer colorrectal: una actualización cuantitativa sobre el estado de la ciencia epidemiológica. *J Am Coll Nutr.* 2015; 34 (6): 521–43.
10. Upachai K, Siripongpreeda B, Soonklang K, O-Pad N, Krohkaew K, Suebwongdit C, et al. Association between low fruit and vegetable consumption and colorrectal polyps in Thailand. *Asian Pac J Cáncer Prev.* 2020;21(9):2733–7.
11. Castells A. Formas hereditarias de cáncer colorrectal. *Gastroenterol Hepatol.* 2016; 39:62–7.
12. aspan V, Lin K, Popov V. El impacto de los parámetros antropométricos en el pronóstico del cáncer colorrectal: una revisión sistemática y un metaanálisis. *Crit Rev. Oncol Hematol.* 2021; 159 (103232): 103232.
13. Jiménez-López M, García-Romero CA, Rojas-Illanes MF, Martínez-Ordaz JL. Prevalencia y factores de riesgo para lesiones premalignas en pacientes menores de 55 años sometidos a colonoscopia en un hospital de tercer nivel. *Cir.* 2018; 86 (3): 215–9.

14. Botteri E, Borroni E, Sloan EK, Bagnardi V, Bosetti C, Peveri G, et al. El tabaquismo y el riesgo de cáncer colorrectal, en general y por subtipos moleculares: un metaanálisis: un metaanálisis. *Soy J Gastroenterol.* 2020; 115 (12): 1940–9.
15. S Deoula M, El Kinany K, Huybrechts I, Gunter MJ, Hatime Z, Boudouaya HA, et al. Consumo de carne, carne procesada tradicional y moderna y riesgo de cáncer colorrectal entre la población marroquí: un estudio de casos y controles a gran escala. *Int J Cáncer.* 2020; 146 (5): 1333–45.
16. González G, Cáncer de colon. *Revista de Gastroenterología de México (México).* 2010; 2(4); 65-68
17. Cubiella J. Cáncer de Colon. *Oncología. Guías Diagnósticas.* 1ra ed. Madrid: Edit. IMC; 2013.
18. Ramos W, *Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú.* 1ra ed. Lima: Edit. Minsa; 2018.
19. Jaume Galceran, estimaciones de la incidencia y la supervivencia del cáncer en España y su situación en Europa (España)2 014; 3(4); 58-68.
20. Vallejos N. Factores de riesgo asociados a cáncer de colorrectal en el servicio de gastroenterología y patología del hospital dos de Mayo (Perú) 2017 Edit. URP,2017.
21. Luna-Abanto. Cáncer colorrectal en adultos jóvenes: características clínico epidemiológicas en la población peruana. *Scielo (Perú)*2017;8(2);20-30.
22. Machicado Z. Localización y clínica asociada al cáncer de colon. *Hospital Nacional Arzobispo Loayza: 2009-2013 Horizonte Medico (Lima)* 2015 3(4) ,38-45.

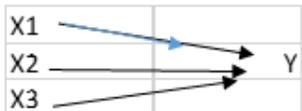
23. Moreno V. modelo de riesgo para padecer cáncer colorrectal en la población española, usando factores genéticos y ambientales. Rev. Gastroenterología Hospital Universitario de Bellvitge (España) 2017; 8(1); 82-92.
24. Carrie P. Risk Factors for Colorectal Cancer. Department of Surgery, Division of Colorectal Surgery. Medical College (Wisconsin).2015; 16(2); 90-98.
25. Burbano L. Epidemiología del cáncer colorrectal en menores de 50 años en el Hospital Juárez de México Rev. Elsevier (México)2016;8(16);160-165.
26. Medina E. Factores de riesgo asociados al cáncer colorrectal en pacientes atendidos en el Servicio de Oncología del Hospital Julio C. Perrando, entre los años 2009 al 2012 Rev. Fac. Med. UNNE XXXIV (Ecuador). 2015 1(6), 6-14.
27. Pérez J. “Carcinogenicidad del consumo de carne roja de la carne procesada”.3ra ed. México: Edit. OMS; 2015.
28. Instituto Nacional de enfermedades neoplásicas, 2011, neoplasias malignas frecuentes, Rev. scielo (Perú) ,2011.9 (2); 14-32.
29. Graeme P. prevention and early detection of colorectal concert Rev. Gastroenterol Hepatol 2012, 5(1) 58-68.
30. World Health organization the World Health organization report 2018 1ªra edit. (EE. UU) OMS; 2018.
31. Machicado E. Localización y clínica asociada al cáncer de colon. 2da Ed. Lima: Edit. San Marcos; 2013.
32. Anderson J. Risk Factors and Screening for Colorectal. Rev. Division of Gastroenterology (Boston).2011; 40(3):50-80.

33. Parra-P. Factores relacionados a neoplasia avanzada colorrectal en el Policlínico Peruano Japonés. Rev. Gastroenterol Mex (México).2015; 80(2):23-47.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema general	Objetivo general	Objetivos específicos	Variables	Hipótesis	Metodología y análisis estadístico	Técnica de recolección de datos
¿Cuáles son los factores asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un hospital nacional periodo enero 2018 a enero 2019?	Determinarlos factores asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un hospital nacional periodo enero 2018 a enero 2019	Identificar los factores demográficos asociadas a la prevalencia de cáncer colorrectal en un hospital nacional periodo enero 2018 a enero 2019 Identificar los factores sociales asociadas a la prevalencia de cáncer colorrectal en un hospital nacional periodo enero 2018 a enero 2019 Identificar los factores clínicos asociadas a la prevalencia de cáncer colorrectal en un hospital nacional periodo enero 2018 a enero 2019	Variable X Factores Asociados a cáncer de colon Dimensiones: Factores demográficos Factores sociales Factores clínicos Variable Y Prevalencia de cáncer de colon	Hipótesis General Los factores asociados a la prevalencia de cáncer colorrectal en un hospital nacional periodo enero 2018 a enero 2019 son demográficos, sociales y clínicos Hipótesis Específicas los factores demográficos asociadas a la prevalencia de cáncer colorrectal en un hospital nacional periodo enero 2018 a enero 2019, son la edad, sexo, ocupación y procedencia. los factores sociales asociadas a la prevalencia de cáncer colorrectal en un hospital	Método de Investigación El método de esta investigación es el científico Tipo de Investigación: De acuerdo a la finalidad realizada es básica Nivel de investigación El nivel de investigación es correlacional Diseño de Investigación: El diseño es transeccional-correlacional causal que son aquellos que describen efectos entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado, donde las causas y los efectos ya ocurrieron en la realidad (estaban dados y manifestados) o suceden durante el desarrollo del estudio, y quien investiga los observa y reporta. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014)	Ficha de recolección de datos

				<p>nacional periodo enero 2018 a enero 2019, son el consumo de alcohol y tabaco.</p> <p>los factores clínicos asociadas a la prevalencia de cáncer colorrectal en un hospital nacional periodo enero 2018 a enero 2019, son el IMC, los antecedentes familiares, personales, el consumo de carnes rojas, el consumo de vegetales y la ausencia de actividad física.</p>	<p>Esquemáticamente:</p>  <p>Donde: X₁= Factores demográficos X₂= Factores sociales X₃=Factores clínicos Y= Prevalencia de cáncer colorrectal</p> <p>Población Fueron en total 43 historia clínicas.</p> <p>Muestra El tamaño de muestra se obtuvo utilizando la siguiente formula.</p> $n = \frac{Z^2 N \times p \times q}{(N - 1) \times E^2 + Z^2 \cdot p \times q}$ <p>La muestra estuvo conformada por 21 historias clínicas que además cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión</p> <p>Técnicas e instrumentos de recolección de datos. La técnica que se utilizo fue la observación El instrumento de recolección de datos fue la ficha de recolección o ficha observacional.</p>	
--	--	--	--	---	--	--

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	dimensión	Tipo de variable	Indicador	Escala de medición	Valores	Técnicas instrumentos
Factores asociados	Características que aumentan la probabilidad de desarrollar CCR	Factores categóricos	Factores demográficos	Cuantitativa	Edad	Razón	18-27 28-37 38-47 48-57 58-67 68-77 78-87 88-98	Ficha de recolección de datos
				cualitativo	Sexo	Nominal	Femenino Masculino	
				Cualitativo	Procedencia	Nominal	Urbano Rural	
			Factores sociales	Cualitativo	Consumo de alcohol	Nominal	0=No 1=Si	
				Cualitativo	Consumo de tabaco	Nominal	0=No 1=Si	
			Factores clínicos	Cualitativo	IMC	Nominal	Riesgo: IMC>30 No riesgo: IMC <30	

				Cualitativo	Antecedentes familiares	Nominal	0=No 1=Si	
				Cualitativo	Consumo de carnes rojas	Nominal	0=No 1=Si	
				Cualitativo	Consumo de vegetales	Nominal	0=No 1=Si	
				Cualitativo	Ausencia de actividad física	Nominal	0=No 1=Si	
				Cualitativo	Antecedentes personales	Nominal	0=No 1=Si	
Prevalencia de tipo histológico de cáncer de colon	El cáncer colorrectal, es un crecimiento incontrolado de las células del colon y/o recto, la mayoría de ellos comienzan con un crecimiento del revestimiento del epitelio interno ¹³ .	Prevalencia	adenocarcinoma linfoma GIST	Cuantitativo	Cáncer de colon	Nominal	0= Presencia 1= Ausencia	Nominal

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE INSTRUMENTO

Variable	Definición conceptual	Dimensión	indicador	Escala de medición	Instrumento
Factores asociados	Determinantes o características de desarrollar CCR.	Factores demográficos	Rango etario	38-47 48-57 58-67 68-77 78-87 88-98	El presente instrumento incluye 11 variables
			Sexo	Femenino Masculino	
			Procedencia	Urbano Rural	
		Factores sociales	Consumo de alcohol	0=No 1=Si	
			Consumo de tabaco	0=No 1=Si	
		Factores clínicos	IMC	Riesgo: IMC>30 No riesgo: IMC <30	

			Antecedentes familiares	0=No 1=Si	
			Consumo de carnes rojas	0=No 1=Si	
			Consumo de vegetales	0=No 1=Si	
			Actividad física	0=No 1=Si	
			Antecedentes personales	0=No 1=Si	
Prevalencia de cáncer de colon	El cáncer colorrectal, es un crecimiento incontrolado de las células del colon y/o recto, la mayoría de ellos comienzan con un crecimiento del revestimiento del epitelio interno ¹³ .	Presencia de patología		0= Presencia 1= Ausencia	Nominal

Ficha de recolección de datos.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

N.º de ficha: -----Nº de hist. clínica: -----

A) DATOS GENERALES:

- Rango etario :(años)
- 28-37 (1)
- 38-47 (2)
- 48-57 (3)
- 58-67 (4)
- 68-77 (5)
- 78-87 (6)
- 88-98 (7)
- sexo: Femenino (0) Masculino (1)
- ocupación:
Trabaja (0) su casa (1)
- procedencia:
urbano (0) rural (1)
- peso: talla: m
- IMC: kg/m²
No riesgo: IMC <30 = (0)
Riesgo: IMC >30 = (1)

B) DATOS ESPECIFICOS:

- antecedentes familiares de cáncer de primer grado.
sí (1): no (0):
- antecedentes personales
sí (1): no (0):
- consumo de alcohol
sí: (1) no (0):
- consumo de tabaco

sí: (1) no (0):

- consumo de carnes rojas

sí: (1) no (0):

- consumo de vegetales

sí: (1) no (0):

- actividad física.

sí: (1) no (0):

- Tipo histológico.

- Adenocarcinoma: (1)

- Linfomas (2)

- GIST: (3)

LA DATA DE PROCESAMIENTO DE DATOS

MUESTRA	Años	Sexo	Ocupación	Procedencia	IMC	Antecedentes Familiares	Antecedentes personales	Consumo Alcohol	Consumo Tabaco	Consumo carnes rojas	Consumos vegetales	actividad Física	Resultado de patología
1	5	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1
2	5	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1
3	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
4	4	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1
5	6	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
6	5	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1
7	7	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1
8	6	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1
9	5	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1
10	6	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1
11	4	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1
12	5	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1
13	5	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1
14	6	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1
15	7	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1
16	5	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1
17	5	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1
18	5	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
19	5	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
20	5	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
21	4	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1

CONFIABILIDAD

Para una prueba piloto de 30 y 12 ítems

Estadísticas de elemento

	Media	Desv. Desviación	N
Años	3,80	1,157	30
Sexo	,50	,509	30
Ocupación	,43	,817	30
Procedencia	,27	,450	30
IMC	,23	,430	30
Antecedentes Familiares	1,23	,430	30
Antecedentes personales	1,23	,430	30
Consumo Alcohol	1,23	,430	30
Consumo Tabaco	1,23	,430	30
Consumo carnes rojas	1,23	,430	30
No Consumos vegetales	1,23	,430	30
Ausencia de actividad física	1,23	,430	30
Prevalencia de cáncer colorrectal	1,87	,681	30

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,777	13

CONSENTIMIENTO INFORMADO

No se realizó en estos pacientes, por qué no se realizó procedimientos invasivos.