

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DEL MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES
ADULTOS JÓVENES DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
2015 -2018**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

APOLINARIO CASTILLO ANA ELENA

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

LIMA – PERÚ

2019

ASESOR
DR. FLORIAN TUTAYA LUIS SANDRO

AGRADECIMIENTO

A cada doctor que hizo parte de mi formación, al Dr. Luis Florián que me guio para la finalización de mi investigación, así como a mi alma mater por todos los conocimientos brindados a través de mis docentes. En especial a mi familia por apoyarme en cada decisión y meta que me propuse.

DEDICATORIA

A mis padres Lucanor y Ana Liliana, por sus consejos, apoyo incondicional y paciencia. A mi hermano Leoncio por su comprensión a diario de mi vida.

A Belizabeth, quien me hizo una persona responsable sobre todo por el amor que me dio, ahora seguramente está cuidándome desde el cielo.

RESUMEN

Introducción: El cáncer colorrectal es una neoplasia que afecta en gran parte a los adultos mayores, sin embargo, en los últimos años a esta apareciendo en un grupo etario más joven, teniendo un mayor impacto a esta edad.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo del cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015 – 2018.

Metodología: El diseño de esta investigación es analítico, 32 casos y 96 controles que cumplieron los criterios de inclusión, longitudinal, retrospectivo y correlacional. Se analizaron las variables mediante la prueba estadística chi cuadrado, con significancia $p < 0.05$ e intervalo de confianza del 95%.

Resultados: Se observó el género $p=0.67$ con $OR=0.84$ (IC 95% 0.375 – 1.892), edad, ingesta de alcohol $p=0.89$ con $OR=1.07$ (IC 95% 0.383 - 3.006), diverticulosis $p=0.003$ con $OR=4.04$ (IC 95% 1.546 – 10.598), estreñimiento crónico $p=0.09$ con $OR=2.05$ (IC 95% 0.883 – 4.770), pólipos adenomatosos $p=0.000$ con $OR=6.61$ (IC 95% 2.472 – 17.697), antecedente familiar de primera línea con cáncer colorrectal $p=0.59$ con $OR=2.06$ (0.33 – 12.960), antecedente familiar de primera línea con otro tipo de cáncer $p=0.12$ con $OR=3.37$ (IC 95% 0.908 – 12.515).

Conclusiones: El sobrepeso, obesidad, los pólipos adenomatosos y la diverticulitis son factores de riesgo, sin embargo, el estreñimiento crónico, antecedentes familiares de primera línea con cáncer colorrectal y con otro tipo de neoplasia, aumentan el riesgo de padecer la enfermedad.

Palabras Claves: Cáncer colorrectal, factores de riesgo, adultos jóvenes.

ABSTRACT

Introduction: Colorectal cancer is a neoplasm that greatly affects older adults, however, in recent years it is appearing in a younger age group, having a greater impact at this age.

Objective: To determine the risk factors of colorectal cancer in young adult patients of the Hospital Hipólito Unanue 2015 - 2018.

Methodology: The design of this research is analytical, 32 cases and 96 controls that met the criteria of inclusion, longitudinal, retrospective and correlational. The variables were analyzed using the chi square statistical test, with significance $p < 0.05$ and 95% confidence interval.

Results: Gender $p = 0.67$ was observed with OR = 0.84 (95% CI 0.375 - 1.892), age, alcohol intake $p = 0.89$ with OR = 1.07 (95% CI 0.383 - 3.006), diverticulosis $p = 0.003$ with OR = 4.04 (95% CI 1.546 - 10.598), chronic constipation $p = 0.09$ with OR = 2.05 (95% CI 0.883 - 4.770), adenomatous polyps $p = 0.000$ with OR = 6.61 (95% CI 2.472 - 17.697), first family history line with colorectal cancer $p = 0.59$ with OR = 2.06 (0.33 - 12.960), family history of first line with another type of cancer $p = 0.12$ with OR = 3.37 (95% CI 0.908 - 12.515).

Conclusions: Overweight, obesity, adenomatous polyps and diverticulitis are risk factors, however, chronic constipation, a family history of first line with colorectal cancer and another type of neoplasm increase the risk of suffering from the disease.

Key words: Colorectal cancer, risk factors, young adults.

INTRODUCCIÓN

La neoplasia es una patología que produce alteraciones fisiológicas, psicológicas y socioeconómicas. Dentro de las patologías del aparato digestivo el cáncer colorrectal es una de aquellas que conlleva muchas alteraciones que tiene que ver con el buen funcionamiento y la motilidad del aparato digestivo sobre todo en la parte final. Esta enfermedad que anteriormente era predominante en los adultos mayores, está apareciendo con mayor frecuencia en adultos mucho más jóvenes, y esto quizás pudiera deberse a algunos factores de riesgo que estarían presentes en este grupo etario, que quizás serían modificables.

La presente investigación busca reconocer que factores de riesgo hay en los adultos jóvenes para una detección precoz de estos, con la finalidad de contar con bases propias para elaborar estrategias de intervención efectivas en nuestra población.

Esta tesis cuenta con cinco capítulos:

En el capítulo I: se plantea el problema de investigación sobre aquellos factores de riesgo que pudieran estar presente en los adultos jóvenes, además de mencionar los objetivos.

En el capítulo II: se revisó la literatura sobre el tema y algunos estudios relacionados a esta investigación, se plantea hipótesis y describe las variables a estudiar.

En capítulo III: Se define la metodología a seguir, población y muestra, además de las técnicas de recolección de datos y su procesamiento.

En el capítulo IV: se presenta los resultados obtenidos de la investigación y discutimos comparando con algunos trabajos a fin

En el capítulo V: Muestra las conclusiones y nos atrevemos a realizar recomendaciones sobre el tema a tratar.

Finalmente se espera que la presente investigación contribuya a otros estudios, con la única finalidad que se tomen las medidas y por lo tanto estrategias efectivas. Se agradece de antemano la atención tomada.

ÍNDICE

CARÁTULA	i
ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
ÍNDICE	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE ANEXOS	xi
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1 GENERAL.....	2
1.2.2 ESPECÍFICOS.....	2
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	2
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	3
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.6 OBJETIVOS.....	4
1.6.1 GENERAL.....	4
1.6.2 ESPECÍFICOS.....	4
1.7 PROPÓSITO.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	6
2.2 BASES TEÓRICAS.....	13
2.3 MARCO CONCEPTUAL.....	28
2.4 HIPÓTESIS.....	29
2.4.1 GENERAL.....	29
2.4.2 ESPECÍFICAS.....	29
2.5 VARIABLES.....	29

2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	30
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	32
3.1 DISEÑO METODOLOGICO.....	32
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	32
3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	32
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	32
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	33
3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	33
3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	34
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	34
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	36
4.1 RESULTADOS.....	36
4.2 DISCUSIÓN.....	42
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	46
5.1 CONCLUSIONES.....	46
5.2 RECOMENDACIONES.....	46
BIBLIOGRAFÍA.....	48
ANEXOS.....	53

LISTA DE TABLAS

TABLA N°01: FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES ADULTOS JÓVENES DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2015-2018.....36

TABLA N°02: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DEL CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES ADULTOS JÓVENES DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2015 – 2018.....37

TABLA N°03: FACTORES AMBIENTALES DEL CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES ADULTOS JÓVENES DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2015 – 2018.....38

TABLA N°04: ESTADO NUTRICIONAL DEL CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES ADULTOS JÓVENES DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2015 – 2018.....39

TABLA N°05: ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DEL CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES ADULTOS JÓVENES DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2015 – 2018.....40

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N° 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	54
ANEXO N° 02: INSTRUMENTO (FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS).57	
ANEXO N° 03: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS – CONSULTA DE EXPERTOS.....	58
ANEXO N° 04: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	61
ANEXO N° 05: PERMISO DE LA INSTITUCIÓN PARA EJECUCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO.....	65
ANEXO N° 06: APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA.....	66

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El 31 de marzo se celebra el Día Mundial contra el Cáncer Colorrectal. La fecha se estableció con el fin de informar y concientizar a la población sobre la importancia de adoptar hábitos de vida saludable, que pueda ayudar a prevenir este tipo de cáncer que no debe ser olvidado ⁽¹⁾.

El cáncer colorrectal (CCR) tiene como dato estadístico que aproximadamente es de 17.2 por cada 100,00 personas ⁽²⁾. Según la OPS el CCR es la tercera causa de incidencia y mortalidad por cáncer en las Américas, donde cada año se producen más de 245.000 nuevos casos y 112.000 muertes por este tipo de cáncer. Según el Ministerio de Salud el cáncer de colon representó de 5,0% todas las neoplasias malignas y de los casos el 53,5% se presentaron en mujeres. Asimismo, tanto en hombres como en mujeres fue el quinto cáncer más frecuente. En el Perú se diagnostican aproximadamente 3000 casos nuevos de CCR al año y el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) registra anualmente un promedio de 490 casos nuevos de CCR, donde el 12% de pacientes tienen entre 30 a 44 años. Actualmente en Lima es el quinto cáncer más frecuente y también el quinto que más mata, pese a que es una neoplasia que se puede prevenir a través de un cribado, por desgracia, el cribado colorrectal no está muy utilizado: al menos el 40% de los adultos en edad elegible no se adhieren a las directrices de cribado ⁽³⁾.

Es una patología frecuente en pacientes adultos mayores, se percibe en la práctica diaria un incremento en el número de pacientes adultos jóvenes con esta patología, por ello quiero conocer los factores de riesgo que se dan en este grupo etario.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 GENERAL

- ¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015-2018?

1.2.2 ESPECÍFICOS

- Cuáles son los factores sociodemográficos del cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015 – 2018.
- Cuáles son los factores ambientales del cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015 – 2018.
- Cuales es el estado nutricional del cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015 – 2018.
- Que antecedentes personales y familiares están relacionados al cáncer colorrectal en pacientes adultos Jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015 – 2018.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Teórica: La información generada en este trabajo de tesis podrá identificar a todos aquellos factores de riesgo que pueden o no estar relacionas a esta neoplasia y de esta manera podrá ser utilizada para fomentar o incentivar investigaciones en otros departamentos de nuestro país, por lo que al tener mayor base científica se puede generar programas de salud para que mejoren las manera en que tratan a los pacientes que están padeciendo esta enfermedad, basado en la detección precoz e identificando a la población que tenga factores de riesgo para desarrollar esta neoplasia.

Justificación Práctica: Es conveniente realizar el estudio de los factores riesgo del cáncer colorrectal en este tipo de pacientes para proporcionar una base

de datos importante que permitirá detectar, evaluar y controlar el impacto de este tipo del cáncer en la comunidad.

Justificación Socioeconómico: El costo social y económico del cáncer colorrectal es muy alto, por tanto desde varios puntos de vista, la prevención a través de la consulta al médico en personas que tienen antecedentes de cáncer familiar, o que tienen gran número de factores de riesgo entre los que se cuentan consumidores de tabaco, comidas inapropiadas o muy procesadas, problemas intestinales crónicos como algunos antecedentes personales patológicos, debería considerarse una detección desde los 40 años de edad, puesto que las consecuencias de detectarlo de manera tardía son casi fatales en este tipo de cáncer el cual hace metástasis muy rápidamente.

1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Delimitación Espacial: Se realizará en el Servicio de Gastroenterología del departamento de medicina de especialidades del Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU), que está ubicado en el distrito el Agustino en la Av. César Vallejo N°.1390 Departamento de Lima.

Delimitación Temporal: El levantamiento de los datos como la información del 2015 -2018 se ejecutará durante el año 2019.

Delimitación Social: La población de esta investigación estará integrada por todos aquellos pacientes adultos jóvenes que acuden al servicio de gastroenterología a los que se le realizó el procedimiento de Colonoscopia diagnóstica para la detección de cáncer colorrectal.

Delimitación Conceptual: En este estudio se tomarán en cuenta los factores de riesgos para el desarrollo del cáncer colorrectal que es una neoplasia que compromete a la parte final del tubo digestivo produciéndose cuadros de hemorragia digestiva baja y obstrucción intestinal por lo que el paciente acude al HNHU periodo 2015 – 2018.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Económica: El investigador no cuenta con financiamiento exterior y el mismo solventara los gastos de la investigación.

Recursos humanos: El investigador conto con ayuda del encargado de archivos e historia clínica, estadísticas y digitador.

Materiales: No habrá limitación en los recursos materiales, ya que los gastos para recolección de datos son factibles.

Disponibilidad de tiempo: El tiempo para la recolección de datos es muy corto por lo que se tendrá que trabajar tiempo completo.

Administrativas: Demora en el tramite documentario y la poca colaboración de los trabajadores de archivos de las historias clínicas.

Acceso institucional: No habrá limitación ya que conozco al personal del Hospital Nacional Hipólito Unanue por haber realizado el internado medico en dicho nosocomio.

Licencias: Dicha investigación cuenta con los programas que se necesitan para su realización y los permisos necesarios.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 GENERAL

Determinar los factores de riesgo del cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del hospital Nacional Hipólito Unanue 2015-2018

1.6.2 ESPECÍFICOS

- Establecer los factores sociodemográficos del cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015 – 2018.

- Identificar los factores ambientales del cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015 – 2018.
- Especificar el estado nutricional del cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015 – 2018.
- Reconocer los antecedentes personales y familiares del cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015 – 2018.

1.7 PROPÓSITO

Esta investigación está orientado a proporcionar información válida y confiable a las autoridades y al equipo del Hospital Nacional Hipólito Unanue, sobre los factores de riesgo que se identifican en este tipo de pacientes atendidos, la cual puede ser usada para planificar y/o reforzar las estrategias de intervención para realizar una detección temprana en la atención de estos pacientes. El presente estudio ayudara también a promover al personal asistencial que labora en el servicio de tener una formación integral en su desarrollo como parte del equipo multidisciplinario en salud.

Además de brindar un nuevo aporte a la comunidad científica mediante mi trabajo de investigación que permita incrementar la información brindada por la Universidad Privada San Juan Bautista para beneficio de mis compañeros universitarios y docentes de mi alma mater.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

ANTECEDENTES NACIONALES

Luna J, Rafael E, Gil, F. El Cáncer colorrectal en adultos jóvenes: Sus características clínicas y también epidemiológicas en la población peruana, Perú. Rev. Gastroenterología. 2017;37(2):137-141.

En su estudio con el fin de mencionar las características ya antes descritas en estos pacientes, por lo que solicitaron al servicio de epidemiología permiso para ejecutarlos durante el año 2006 al 2014. Surgiendo un trabajo descriptivo con variables edad, periodo en el que lo diagnosticaron y de donde proceden, cuya probación fue de hombres ($p=0.009$) y mujeres ($p=0.014$). La incidencia tuvo 0.09% ($p=0.004$). Trabajo con 1261 pacientes con las edades 20 hasta los 49 años, cuyos datos dieron que el 16.9% de ellos fueron jóvenes, siendo el rango de 40 hasta los 49 años lo de mayor porcentaje con un 60.3 %, además menciona que el departamento de lima fue el que presento más casos con un 42.6% y que el segundo lugar fue La libertad arrojando una cifra de 10.2%. También se dieron cuenta que la parte más baja como es el recto y sigmoides tuvo 36.3% y en la región anatómica del colon fue 63.7%, se encontró que el 27.2% fueron masas de colon no específicos.

Goicochea L. Historia familiar y litiasis vesicular y como factores de riesgo para cáncer de colon: estudio multicéntrico, Trujillo, Perú. Univ. Privada Antenor Orrego. 2017

Esta investigación fue aplicada en el hospital docente de Trujillo y en el instituto neoplásicas de dicho lugar. Utilizaron el método observacional, analítico, fue retrospectivo empleando casos y control estudiándolos durante los años 2008 al 2015. Hallaron un total de 164 personas, donde aplicaron el chi cuadrado y el OR. En los hallazgos estadísticos dieron que el grupo que

no desarrollaron el cáncer dio un 6%, mientras aquellos que si se les diagnosticó cáncer de color 17% con significancia $p < 0.05$ y un OR=de 3.17. Con respecto al antecedente familiar el 12% que tuvieron algún pariente desarrollaron la enfermedad mientras el 4% no desarrollaron. Por lo tanto, concluyeron que la historia familia si constituye un factor para la patología mencionada y que la litiasis en vesícula biliar también tiene mucho que ver en la enfermedad ⁽⁴⁾.

Ruiz R, Taxa L, Ruiz E, Mantilla R, Casanova L et al. Cáncer colorrectal en jóvenes las características clínico-patológicas en el instituto del cáncer de Perú. Rev Gastroenterológica. 2016;36(1):35-42.

En este estudio cogieron a pacientes con una edad menor a los 40 años de edad, de los cuales obtuvieron datos en retrospectivamente en el periodo del año 2005 al 2010. Al realizar el trabajo se encontraron 2,517 de los cuales solo los menores de 40 años de edad fue 196 personas de los cuales la clínica fue el sangrado con un 67.3% y el dolor 67.9%, además en lo estadístico se demostró que la región más afectada fue el colon (63.1%) y el recto (34.4%) en las últimas fases como la III y IV, cuando se especificó el lado más frecuente fue el izquierdo (28.6%), (45.9%) el recto y por último el lado derecho con (25.5%). Se hayo según la histología el adenocarcinoma mucinoso (14.8%), el de anillo de sello (8.6%) y el que se encontró más fue el adenocarcinoma tubular con (73.5%). La sobrevida de los pacientes es un aproximado de 5 años según las estadísticas mundiales es 44.3%. La clasificación TNM en este tipo de cáncer el 53% con T4 y 21.4% con T3 para aquellos que afectaron ganglios. Concluyeron que los subtipos de histología como adenocarcinoma mucinoso y anillo de sello son los más frecuentes y los factores como la profundidad, el margen y nivel del CEA no fue significativo, la etapa fue un pronóstico independiente como factor (OR= 4.59, IC 95 1.11-18.96). El estadio clínico es el único factor pronóstico para ver cuánto tiempo puede sobrevivir una persona con esta patología ⁽⁵⁾.

Parra V, Watanabe J, Nago A, Astete A, Rodríguez C, Valladares G et al. Factores relacionados a la neoplasia colorrectal, en el Policlínico Peruano Japonés, Perú. Rev Gastroenterología. 2015;80(4):237-290.

En esta investigación se tuvo como objetivo fue identificar a las personas que tienen alto riesgo con esta patología para que en adelante se pueda prevenir el padecimiento en aquellas personas que todavía pueden tener algún tipo de solución. Siendo un estudio que se realizó prospectivo, transversal, tipo analítico, fue observacional, al paciente que se había realizado alguna colonoscopia en dicho lugar del año 2012 desde enero hasta julio. Específicamente definieron que cumplan algunos criterios para ser seleccionados como son las lesiones más de 10 milímetros, que sea de algún tipo de grado en displasia o carcinoma. Con los datos se incluyeron a 846 personas, de estas la edad promedio de 37 años el 14% son obesos el 13% tuvieron algún antecedente familiar de cáncer colon y de estas 108 fueron en etapa avanzada un aproximado de 12.8%, de las cuales el cáncer avanzado proximal fue 6.7% ósea un total de 55 personas la cual el 76.4% fueron en colon distal, pero sin neoplasia. Por lo que se demostró que la edad mayor de 70 años ($p=0.002$), el rango de 60 años a 69 fue de ($p=0.016$) y los de 50 años a 59 ($p=0.019$) y el género masculino con $p=0.003$. Por último, se concluye que los antecedentes familiares, consumo de cigarrillos y el IMC si tuvieron alguna relación con la neoplasia avanzada ⁽⁶⁾.

Ñaupari S. Factores asociados al cáncer colorrectal de tipo no mucinoso y mucinoso en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins, durante el 2002 hasta el año 2008. Univ. Privada Ricardo Palma. 2010.

Su investigación fue retrospectivo, correlacional, siendo casos y controles, observacional y comparativo, el cual está conformado por tres grupos: el primero con cáncer de tipo mucinoso siendo este los casos, la segunda él no mucinoso considerándolo como los controles grupo 1 y la ultima los que tienes

enfermedades de colon, pero benignas con bajo riesgo para ser maligno serían los controles grupo 2 todo esto lo recogió desde el 2002 hasta el 2008. Además, estudio el consumo de tabaco, donde está el tumor, respuesta al tratamiento, tipo histológico, tipo de alimentos ingeridos, raza y si tuvo algún tipo de radiación en la pelvis. En los resultados estadísticos la edad fue 67 años como promedio, el género para las dos poblaciones fueron $p=0.107$ por lo que no hubo relación entre el sexo y la patología ($OR=0.671$) con un intervalo de confianza al 95% (0.413-1.090), de igual manera con la patología benigna un ($OR= 1.730$)($p=0.367$) este con 0.519 a 5.760, siendo que a más edad el riesgo es mayor al de no mucinoso ($OR=1.027$), la obesidad también tiene relación al de tipo mucinoso ($OR=12.578$), al estudiar el estadio no encontraron alguna diferencia que signifique algo en ambos subtipos ($p=0.355$). Concluyo que el tabaco, irradiación, la dieta, otros canceres, género y raza no estuvieron asociados en este estudio, pero si hubo diferencia en cuanto a la localización del cáncer y ambos tipos ⁽⁷⁾.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Rodríguez N, García C, Otero M, López M, Campo Y. Percepción sobre factores riesgo de cáncer de colon, Cuba. Rev. Ciencias médicas. 2018;22(4):678-688.

Mencionando que el trabajo lo realizaron el policlínico hermanos cruz del municipio de pinar del rio periodo del 2015 al 2016. Realizaron un estudio observacional, descriptivo que fue constituido por 652 pacientes de 50 años y más de los consultorios seis, 10 y 20. Con una muestra intencionada de 118 pacientes. Se utilizaron métodos teóricos, empíricos y estadísticos, los datos fueron recogidos a través de una encuesta. Los Resultados dieron que el 55 % pertenece al grupo de edad entre 50 a 54 años, el 51 % al sexo femenino y un 73 % con nivel escolar de primaria terminado; el 50 % considera poco probable ser diagnosticados con cáncer de colon; un 71,2 % declaró no estar en edad de riesgo, como principal causa de no ser diagnosticados con la

enfermedad; la mayoría perciben los antecedentes patológicos familiares y personales de cáncer como factores de riesgo en la aparición de la enfermedad; el 80,5 % percibe el tabaquismo como un hábito asociado al cáncer de colon. Concluyeron que la población estudiada no tiene percepción riesgo para padecer cáncer de colon. Hay que crear una estrategia educativa encaminada a trabajar sobre los factores riesgo desde edades tempranas, y así modificar estilos de vida inadecuados y poder garantizar una salud integral en la población ⁽⁸⁾.

Demarchi M. El sedentarismo, el tabaco y alimentación como red causal del cáncer colorrectal, Argentina. 2016. Univ. Nacional de Córdoba.

Su objetivo consistió en estudiar estos factores en pacientes adultos jóvenes y su posible asociación Estudio de tipo analítico de casos y control (casos 147 y 304 controles). Los factores fueron imc, hábitos socioculturales, ejercicios y dieta. El modelo fue de regresión logística binaria. En sus resultados la vitamina C tuvo una asociación (OR=0,46; p=0,03), en contraste con la ingesta de hierro, calcio, y la dieta rica en fibra y el CCR, a diferencia del consumo de fibra, calcio, selenio y hierro. La Ingesta de pollo al horno (OR=1,74; p=0,05) positiva a la enfermedad. El sedentarismo y el consumo del tabaco no tuvieron asociación. El fumador y la adherencia del PCS (patrón cono sur) tuvo una fuerte asociación (p <0.001) y PP (patrón prudente) (p=0.003). Concluyeron que el consumo de tabaco tuvo una fuerte asociación y en cambio la vitamina de C es protector, además el consumo de pollo al horno seco ⁽⁹⁾.

Jurado D, Bravo L, Cerón C, Guerrero N, Yépez M. El cáncer colorrectal y los hábitos de vida: en pacientes con ingresos económicos medios y bajos. Rev. Universitaria de salud. 2015;17(1):7-17.

Siendo este un trabajo analítico, observacional, de caso y control, en a regio de Pasto, en los datos para obtener la información estudiaron el sexo, antecedentes familiares, grado de instrucción, ocupación, el consumo de

tabaco y alcohol, además de la actividad diaria física, por lo que obtuvieron 55 pacientes que fueron casos y otros 55 los que no desarrollaron la enfermedad (controles), con el modelo de regresión logística binaria y el chi cuadrado, dando como resultados los de consumo alto de alcohol OR=5.8 IC=95% 1.3-26.7 y de cigarro severo OR=9.1% IC=95% 1.7 – 70, también menciona la actividad física OR=1.2 (IC=95% 0.4 – 3.2). Los autores concluyeron que al haber tanta relación con los factores de riesgo se debe incentivar en realizar actividades o campañas para concientizar a la población de todos los medios para poder prevenirlas y mencionar que si no se evita estos productos puedes desarrollar esta grave enfermedad ⁽¹⁰⁾.

García R. Cáncer colorrectal en el género femenino. Rev Arbor Cien. Procesamiento y cultura. 2015;50(2):1-8.

El cual menciona datos estadísticos con respecto a la frecuencia tanto en hombre como en mujeres, pero específicamente menciona los riesgos que tiene este género, la información cuenta que los varones son más afectados con el paso de los años. Fue un estudio de artículos de revisión el cual reunió los números globales, de Estados Unidos, Europa siendo más en España, menciona algunas investigaciones que fueron experimentales como observacionales, en el cual la baja incidencia se debe a que la mujer sufre por cambios hormonales e interviniendo los estrógenos formando parte importante como protector. Además, analiza que debe hacer un diagnóstico precoz del CCR y otros temas como los diversos tratamientos antineoplásicos, la intervención quirúrgica, quimioterapia o radioterapia, la actividad sexual con la calidad de vida en este género ⁽¹¹⁾.

Hano O, Wood L, Galban E, Abreu M. Factores de riesgo asociado al cáncer colorrectal en Jóvenes adultos. Rev Cubana Med;50(1):7-11.

Ellos realizaron la investigación siendo caso y control, observacional, cogieron una cantidad considerable de personas mayores de edad 18 años a más, de

manera consecutiva desde el año 2007 hasta el 2009, en el servicio de Gastroenterología, estos fueron conformados por 92 que si tiene la enfermedad y 184 no lo tienen, utilizando la prueba chi cuadrado con OR, con respecto a los resultados dieron que el aumento de la actividad al menos 3 horas a la semanas fue protector OR= 0.32 IC 95% 0.15 A 0.71, por otro lado se demostró que la presencia de pólipos como antecedente estuvo asociado OR= 17.3 IC 95% 2.79 A 46.86, también menciona que la historia de padecer otro tipo de tumor ya sea el de útero, mama y otro fue significativo OR= 8.40 IC 95% 1.56 AL 45.10, analizaron otras variables como el consumos de cigarrillo con OR=3.17, consumo de vegetales OR=0.23, el índice cintura cadera OR=4.3, por lo tanto con todos estos datos importantes concluyeron que si existen relación con esta patología tan importante que se puede prevenir ⁽¹²⁾.

Iriñiz A, Bentolilla G, Ferreira P. El cáncer colorrectal en paciente menores de 40 años: La edad como variable pronostico. Rev mexicana de coloproctología. 2009;15(4):32-34.

Realizaron una investigación con 92 personas que fueron tratados con la enfermedad durante 8 años entre el periodo de 1998 al 2006, tuvieron en cuenta la edad incluyendo desde los 16 años hasta los 40 además relacionaron con el estadio tratamiento clínica, sobrevida, y clasificación histológica. El 18.7% tuvieron cáncer, la edad media fue de 30 años, el género masculino fueron 9 pacientes siendo el 53% y el femenino dio 8 personas con 47%. En la región anatómica la ubicación en el lado izquierdo 29%, el lado derecho 23% y por último que tuvo más porcentaje el recto 43%. La clínica el 40.5% dolor, además del ritmo en las deposiciones 35.29% y los demás con algún otro examen auxiliar como la ecografía, tomografía axial computarizado o radiografías. Con respecto a la histología 5 pacientes fueron de tipo indiferenciado 29.41.58% y los restantes 12 bien diferenciado 70.58%, los estadios duckes C-D 52.94%, A-B con 47.05%. por lo que también fue

importante que la sobrevivida al año fue 64.70%. Concluyendo que al pasar el tiempo lo jóvenes están presentando esta enfermedad y que actualmente le dan muy poca importancia a los síntomas que esto presentan, se debe incorporar medidas preventivas para solucionar esta problemática social ⁽¹³⁾.

Morgan G, Silva A, Muñoz D. Factores de riesgo en el cáncer colorrectal. Rev Jalisciense de Cancerología. 2008;14(7):12-15.

En su artículo científico publicado en la revista jalisciense de cancerología, Vol. 14, N°7, pp.12-15. Siendo este cáncer el más común en el sistema digestivo, su origen es compleja ya que autores mencionan los problemas genéticos y ambientales. En los ambientales la dieta rica en grasa no importando el tipo sin embargo lo relaciona con la edad y el peso. Otro tipo de grasa como los lípidos poliinsaturados estos cumplen un factor protector, las proteínas no hay registros en la asociación, las carnes rojas aumentan su aparición, la fibra tienen bajo porcentaje con este cáncer, los vegetales verdes no cocidos y más si se consumen en un tiempo de 8 años sirven para la protección, alcohol aumenta el riesgo doblemente, el café tiende a disminuir, el uso de antiinflamatorios es otro de los temas que concluyeron como un protector, así como la restitución hormonal en mujeres postmenopáusicas, todos los hallazgos aplicaron la prueba de spearman con significancia $p=0.05$, la coexistencia de pólipos en los estadios II y IV con $p=0.020$, estudio se dio en el 2002 el cual ubica esta enfermedad con un 3.5% la mayoría de casos de colon 2,178 y recto 424. Concluyendo que hubo un gran porcentaje en el cual los factores ambientales tiene una relación significativa ⁽¹⁴⁾.

2.2 BASE TEÓRICA

Anatomía de Colon y recto

El intestino grueso, mide 1.50 metros, este tiene forma de arco en comparación al intestino delgado, tiene como característica que contiene haustras como bandeletas ⁽¹⁵⁾.

Histológicamente se van a observar:

- Mucosa: contiene pliegues transversales y longitudinales, están formadas por células caliciformes
- Musculosa: Contiene capa externa formada por tres tenías y capa interna por los pliegues semilunares
- Serosa: conjunto de tejido conjuntivo y peritoneo ⁽¹⁷⁾.

Se divide anatómicamente por descripción en:

- Ciego
- Apéndice Cecal
- Colon Ascendente
- Colon transversal,
- Colon descendente
- Colon sigmoideo
- Recto ^(15,16).

La anatomía quirúrgica lo divide:

- Colon lado derecho: comprende desde el ángulo ileocecal hasta el colon transversal, está conformado por el duodeno su segunda porción, cecoapendice, ascendente y el ángulo hepático ⁽¹⁷⁾.
- Colon lado izquierdo: desde el borde izquierdo hasta la cresta iliaca, conformado por ángulo esplénico, y descendente ⁽¹⁷⁾.
- Colon pelviano: a partir de la cresta iliaca hasta la vértebra sacra fija, comprende el sigmoideo, lado izquierdo psoasíaco ⁽¹⁷⁾.
- Recto: desde la sacra número tres al anillo anorrectal, siguiendo el conducto anal hasta la zona cutáneo mucoso del ano ⁽¹⁷⁾.
- Ciego: mide 5 a 7.5 centímetros de ancho, y va desde la válvula ileocecal hasta su parte ms inferior ⁽¹⁷⁾.

Irrigación

Con respecto a la vascularización del colon se tiene que empezar a buscar la división de la anatomía quirúrgica esta comprende dos lados:

Colon derecho: Que alberga al ciego colon ascendente y a la mitad derecha del colon transverso estará irrigado por la arteria mesentérica superior, esta a su vez contiene tres arterias importantes la primera es la arteria cólica derecha, la segunda la arteria cólica media, la arteria ileocolica y por ultimo las arterias cecales (arteria apendicular) ⁽¹⁸⁾.

Colon Izquierdo: conformado por la mitad izquierda del colon transverso, colon descendente y colon sigmoides, irrigado por la arteria mesentérica inferior, que contiene otras ramas como la arteria cólica izquierda, arterias sigmoideas y la arteria marginal de Drummond ⁽¹⁸⁾.

Además, se ubica una zona avascular que sería la de Riolo: concierne entre la arteria cólica media a la ascendente de la cólica izquierda, por el mesocolon transverso ⁽¹⁸⁾.

Sistema Venoso

El drenaje venoso tiene casi el mismo nombre a las arterias que irrigan el colon.

También menciona:

- La vena mesentérica superior: esta va por la derecha de su respectiva arteria para unirse hacia atrás del páncreas y construir el origen de la vena porta estas junto con la gastroepiploica derecha, tronco esplenomesaraico, coronaria estomacal y por último la pilórica; las tres últimas ya mencionadas en un 60% se unen el tronco común o también llamado el tronco de Helen esta desemboca en la vena mesentérica superior que está muy cerca a la vena porta ⁽¹⁷⁾.
- La vena mesentérica inferior: contiene a las venas sigmoideas y cólicas izquierdas, estas se ubican a cinco u ocho centímetros desembocando por la parte posterior del páncreas en la vena esplénica, formando el tronco esplenomesaraico ⁽¹⁷⁾.

- A nivel del ano, la circulación de venas empieza por el plexo hemorroidario superior, esta va por la vena dorsal que va a desembocar en la mesentérica inferior, parte del sistema porta, utiliza el trayecto de las venas iliacas y pudendas internas ⁽¹⁷⁾.

Drenaje Linfático

De igual manera a lo anterior se divide en:

- Colon derecho: Por el ganglio mesentérico superior
- Colon izquierdo: Ganglio mesentérico Inferior

Se intercomunican por dos vías:

- a. Plexo intramural: red subserosa y mucosa
- b. Plexo extramural: ganglio y vasos que van juntos a los cólicos ⁽¹⁹⁾.

Según la distribución

- Epicólicos: colon específicamente la pared de esta
- Paracólicos: marginal y el colon
- Intermedios, colaterales de los vasos mesentéricos
- Principales, desde el origen de las mesentéricas hasta el cavo aórtico y la cisterna de pequet ⁽¹⁹⁾.

Inervación del colon

El tercio proximal del colon transversal esta inervado por el sistema parasimpático que proviene del nervio vago, además menciona que en la parte distal recibe las ramas del plexo sacro que se ubican del S2 hasta el S4. Con respecto a los dos tercios proviene de los troncos vágales ^(18,19).

En cambio, la inervación del sistema simpático en estos procede los nervios sacros y lumbares desde el último tercio del colon transversal ^(18,19).

Adultos jóvenes: Cáncer

Las literaturas el rango de edad joven menciona desde los 15 hasta los 39 años de edad, estos son aproximadamente más de 70,000 personas, se calcula que los diagnosticados son el 5% en el país de norte América; adema existen estudios que esta cifra supera seis veces más que a lo de cero a catorce años ⁽²⁰⁾.

Algunos canceres según los intervalos ya mencionados son el linfoma, leucemia y cáncer de toroides, a más edad ya parecen cáncer de mama o los melanomas ⁽²¹⁾.

Entre los más comunes y ordenados son:

1. Cerebral y del sistema nervioso
2. Colorrectal
3. Cuello uterino
4. Leucemia
5. Linfoma
6. Melanoma
7. Sarcoma
8. Cáncer óseo
9. Sarcoma del tejido blando
10. Mama
11. Testículo
12. Tiroides
13. Tumores de células germinativas

Hasta el año 2011 existen un promedio de 69 212 con este diagnóstico ⁽²¹⁾.

Incidencia, supervivencia y mortalidad en jóvenes adultos con cáncer

La tasa de incidencia del cáncer colorrectal aumenta cada vez más en los últimos años un aproximado de 2% anualmente ⁽²¹⁾.

Según los datos numerales, las neoplasias es la primera causa de muerte en el 2011, solo siendo superada por los suicidios, accidentes de cualquier tipo (21).

Los autores describen que la supervivencia para esto varía de acuerdo al rango de edad y sobre todo a la raza, dos aspectos que no deberían influir, pero los menciona, concluyendo que los de raza blanca adolescente y jóvenes asciende más de 5 años sin embargo los de raza oscura tienen las estadísticas más bajas (20,21).

En el caso de mujeres jóvenes que padecen de algún tipo de cáncer la enfermedad y su tratamiento a esa edad llegan a afectar procesos relacionados con la conformación de la identidad, mediada por su percepción de la imagen corporal, su autoestima y el desarrollo de relaciones sociales (21).

El diagnóstico también hace que deban dirigir su atención a temas relacionados con la sexualidad y fertilidad. Un personal de salud especializado en el área comenta que necesitan mucho apoyo emocional ya que: “En general es un tema que no conversan mucho, surgiendo las dudas después de haber iniciado el tratamiento, como si pueden tener o no relaciones sexuales, de qué manera, si pueden usar preservativos o métodos anticonceptivos, o si estos últimos son afectados por ciertos tratamientos. También si podrán tener hijos, porque algunas terapias pueden afectar la fertilidad. Son pacientes que quizás no están pensando en tener hijos ahora, pero sí en el futuro, y otros que están en vía de ese proceso. Es importante abordar estas dudas y no pasar por alto estos otros aspectos, que son significativos” (20,21).

Cáncer colorrectal

Se define como los tumores que están localizados en el intestino grueso y recto, estos se van desarrollando con el paso de los días (29).

Como factor precursor empieza con el crecimiento de una masa que podría ser un pólipo benigno que no es canceroso, pero este podrá malignizarse con los años en la mucosa, produciendo la patología ⁽²²⁾.

Epidemiología

Este tipo de cáncer es bajo en Asia y África, y muy alto en países desarrollados como Europa, norte América y Japón ⁽²³⁾.

En el mundo es el tercer para el género tanto masculino como femenino, sin embargo, se considera que ha disminuido su incidencia en estos países, y eso se debe a que se haya en los exámenes que algunas personas tienen pólipos y estos lo extraen al realizar los chequeos médicos ⁽²³⁾.

El 90% de según la localización y el 10% para la distancia que abarco la enfermedad estos son factores que influyen para calcular los años de sobrevivida a unos cinco en adelante ^(24,25).

El género y la raza no influye ni hace diferencias con respecto a este tema, sin embargo, hasta el año 2013 estos han incrementado, quiere decir que las personas mayores de edad, los de 18 hacia adelante tanto mujeres como varones esta patología ha aumentado en los últimos años ⁽²⁵⁾.

A pesar de que la tasa general de mortalidad ha comenzado a descender, las muertes por cáncer colorrectal entre las personas de menos de 55 años han aumentado 1% por año desde 2007 y 2016.

En el continente de América el cribado para la detección de pólipos por cada mil personas se hayan cuarenta hasta 50 pólipos en los exámenes, y de estos cada nueve personas ya tiene el diagnóstico ⁽²⁵⁾.

En un estudio se hayo que la edad promedio para la enfermedad es 74 años, y que estos se encuentran en etapa avanzada un aproximado de 79%, verificados con los tipos histológicos ⁽²⁶⁾.

Patología

Se considera dos tipos de vías para el desarrollo:

- La supresora: o también llamada la de inestabilidad en los cromosomas, se le conocer como la clásica en algunas literaturas, esta explica el desarrollo consecutivo del adenoma que concluye en u carcinomas esta teoría se basa desde el año 1990, concluyendo que tiene mucho que ver en los canceres esporádicos de este tipo. Sus genes normalmente lo eliminan y regulan el crecimiento de células, para que se puedan inactivas estas deben cambiar su forma o perderse ^(27,30).
- La matadora: se refiere a la reparación de los genes ADN, estos son el 80% los hereditarios y el 20% los esporádicos, en la mayoría de los casos estos se originan de los epiteliales en la mucosa ^(27,30).

Así que los adenocarcinomas normalmente provienen de los pólipos con displasia o que han proliferado, estos no presentan clínica resaltada, en algunos casos son muy raros diagnosticarles en edad temprana ⁽²⁸⁾.

Factores de riesgo

Género

Con respeto a esta categoría, específicamente no hay claridad, pero en algunas investigaciones llegan a la conclusión que hay una protección para las mujeres ya que estas tienes una gran cantidad de estrógenos con los subtipos ya conocidos los endógenos y los exógenos, sin embargo, la literatura actual menciona que en mujeres hay una mayor incidencia, por lo que se estarían contradiciendo en los estudios ⁽¹¹⁾.

La mortalidad en algunos continentes como Europa mueren al año 16.2 varones, en cambio las mujeres arrojo un 9.9 de 100.000 personas. Lamentablemente estas cifras han ido incrementando ⁽³²⁾.

El promedio para el desarrollo de la enfermedad tanto en hombres como mujeres alcanza los 4 a 8 años ^(31,32).

Hábitos en la alimentación

La ingesta de comida con grasas saturadas de origen animal, mencionan que no importa el tipo que se haya consumido, si no que el total de lo ingerido para calcular el peso y relacionarlo a la edad esto tiene que ver con las calorías ⁽³³⁾.

Los de lípidos polinsaturados contiene omega 3, este inhibe a la beta dos de proteína cinasa C y restituye al receptor dos del factor de crecimiento que transforma ⁽³³⁾.

En total se asocia que los de tipo maligno si están relacionados a los factores de alimentación, por lo que debería prevenirse todo consumo teniendo en cuenta la cantidad, la calidad, y sobre todo el tipo comida que se consume, además de los acompañantes como son las gaseosas, que actualmente están en apogeo ^(33,34).

Otro aspecto importante y que menciona mucho los artículos es el consumo de carnes rojas, no solo la frecuencia en que se comen, si no en la temperatura en las que preparan, por lo que a más temperatura de preparación se produce más aminas heterocíclicas que en los estudios había una relación del 80% de los casos, además de ocasionas adenomas ⁽³⁴⁾.

Sobrepeso y Obesidad

Este aspecto ha sido muy estudiado, y en general se relaciona no solo con este tipo de cáncer si no con todos, y algunos han mencionado que para este

tipo hay un doble a triple riesgo para carcinoma en comparación los de peso bajo o normopeso. El 30 a 60% están relacionados a esta patología ⁽³⁵⁾.

En la actualidad hay millones de personas con sobrepeso, pero en la clínica solo el 5% son obesos. Al año mueren más de tres millones con obesidad y se estima que para el año 2020 será un aproximado de cinco millones ⁽³⁵⁾.

Existen varios involucrados para entender la asociación uno de ellos es la Insulina, como segundo tenemos al factor de crecimiento de insulina, antes se ha mencionado a las hormonas sexuales y, por último, pero no menos importante las adipoquinas estas antes mencionadas son las más cercanas, sin embargo, existen otras no muy estudiados como es el estrés oxidativo, el desbalance con respecto a la inmunidad del sistema ⁽³⁵⁾.

La medición de la cintura es un parámetro que se utiliza más que el IMC, estas indican la obesidad en el abdomen por lo que está muy asociados tanto en hombres como mujeres ⁽¹²⁾.

Según la distribución los hombres tienden a acumularlos en el abdomen, y las mujeres más en glúteos, muslos y caerás, los estudios no estudian mucho el índice, si no se basan más en el estado nutricional relacionando el IMC para esta patología ⁽¹⁴⁾.

Sedentarismo

Según el OMS, con respecto a las enfermedades no transmisibles en el 2010, menciona que el 20 al 30 % de personas que no realizan tanta actividad física, por lo que concluye que si existen asociación ⁽⁹⁾.

Se dice que, sin actividad física, aumenta el tiempo para la digestión de los alimentos por lo tanto el contacto con los factores carcinógenos que son altamente peligrosos ⁽¹⁴⁾.

Además, puede incrementar los niveles de insulina, que es una promotora de celular cancerígenas del colon ⁽¹²⁾.

Ingesta de tabaco y alcohol

En lo que concierne al consumo de cigarrillos, mencionan que más de veinte cajetillas al año aumenta el riesgo, pero para padecer de adenomas colónicos, no para desarrollarla, sin embargo, las personas que se fuman más de treinta y cinco al año, si está asociado. Por lo tanto en la parte numeral dice que el treinta al cuarenta por ciento de los fumadores tienen un riesgo aumentado de fallecer por este hábito, siendo uno de los aspectos que intervienen en otras enfermedades como son la cardiovascular, no solo tiene que ver la cantidad de consumo sino el tiempo de exposición y la edad en que el individuo empezó a fumar, se han descrito literaturas evidenciando que una exposición más de 40 años, nos indica que esa persona si desarrollara la patología ⁽³⁶⁾.

El alcohol en exceso interviene en la causa de modificación ara el ácido fólico, sin embargo, no hay evidencia de una causa y efecto específicamente para esta enfermedad ⁽¹⁰⁾.

Consumo de café

En investigaciones describieron que el café disminuye casi un cincuenta por ciento de probabilidad, esto se asume debido a que contiene algunas sustancias anti mutagénicas y otros fenólicos, contribuirían en disminuir el tiempo para la digestión por lo tanto una disminución del contacto con la mucosa además disminuiría los esteroides y ácidos de la bilis ⁽¹²⁾.

En el Keck Medicine, concluye que, si una persona consume 2 raciones y medias de café, no importa si la composición es descafeinada o el método en la preparación, estos reducirían alrededor del 54%. En otro estudio dice que solo la toma de 2 tazas diarias disminuiría un 26% ^(7,10).

Síndromes Polipósicos

Mencionan que el 25% de todas las personas con pólipos, si llegan a padecer la enfermedad, por lo que existen:

- Los pólipos no neoplásicos (no adenomatosos): la mayoría se dan en jóvenes, a veces son pseudopolipos por lo que no llevan de muchos estudios, requiere manejo de la hemorragia, los juveniles múltiples si tiene un riesgo para el cáncer ⁽³⁷⁾.
- Los pólipos neoplásicos (adenomatosos): En cambio este tipo si son de estudiar ya que su clasificación tiene mucho que ver con la histología del cáncer de colon y recto, están lo tubulares su 2% es de 1.5cm, túbulo veloso y los velosos el 35% es de aproximadamente 3cm ^(37,38).
- Los más agresivos los adenomas serrados, que nacen de los hiperplásicos ⁽³⁸⁾.

Estreñimiento Crónico

En un estudio realizado en la universidad América de Gastroenterología en el año 2012 los cuales requirieron ser 18 años o más viejos y fueron alistados continuo a los Pacientes con por lo menos dos diagnosis del estreñimiento en su plan de la salud por lo menos un año que seguía la fecha del índice del estudio, que era la diagnosis elegible del paciente primero del estreñimiento concluyeron que el riesgo de desarrollar el CRC era 1,78 veces más arriba para los pacientes crónicos (CC) del estreñimiento y el riesgo de desarrollar neoplasmas benignos era 2,70 veces más arriba. Después de ajustar según los factores de la confusión del potencial, que potencialmente también se asocian a las condiciones del centímetro cúbico, el riesgo ampliado de desarrollar el CRC y neoplasmas benignos seguía siendo “constantemente alto” ⁽¹⁴⁾.

Enfermedad Diverticular

Esta afección es muy frecuente en personas de edad avanzada, sin embargo, existe un 5% que se da en los menores de 40 años, además que los varones también tienen un alto número de incidencia, respecto a la obesidad casi todos tienen divertículos (96%) ⁽⁴¹⁾.

En un estudio nacional de cohortes, encontraron una asociación significativa entre la diverticulitis y el cáncer de colon, además mencionan que el 57% del cáncer colorrectal fue diagnosticado justo en el año del diagnóstico de diverticulitis ⁽⁵²⁾.

Antecedentes Familiares

Los antecedentes de los familiares de pacientes con CCR cuentan con un alto riesgo de presentar esta patología, esto depende del tipo de parentesco y de cuál fue la edad en que se presentó la patología. Se publicó un estudio prospectivo en el que los hermanos de pacientes que presentaban CCR tuvieron 7,5% de neoplasias que ya estaban avanzadas, esto frente al 2,9% de controles. El ser familiar implica una distinta estrategia para la detección precoz de las lesiones ⁽³⁹⁾.

Las formas hereditarias que se presentan de CCR (los principales son los poliposis colorrectal y síndrome de Lynch) esto es el 3% de todos los casos de CCR. Se calcula que en España llega a un 30% de los casos de CCR tienen a un familiar con esta patología. Lo genético aún no está establecido ^(39,40).

Clasificación de Cáncer De Colorrectal

Clasificación TNM

Consta de grado de como el tumor se ha extendido (se identifica por la T), si hay o no afectación en los ganglios (se identifica por N) si hay presencia o no de metástasis (M) ⁽⁴²⁾.

Estadio 0: carcinoma "in situ". Es la primera fase, es el inicio de la enfermedad, aun las células malignas no han traspasado la mucosa.

Estadio I: El tumor ya creció y traspaso varias capas, pero sin atravesar la capa muscular. No presenta afectación en ganglios.

Estadio II: El tumor traspaso todas las capas de la pared del colorrectal o recto y en y puede que ya haya afectado otros órganos. Aun no hay daño ganglionar.

Estadio III: Ya hay afectación de ganglios, independientemente de donde se encuentren las células neoplásicas.

Estadio IV: Afectación de otros órganos⁽⁴²⁾.

Clasificación Según Astler Y Coller

A: La lesión solo está ubicada en la mucosa no ganglionar.

B1: afecta la pared del colorrectal o recto, no atraviesa no ganglios.

B2: daño en toda pared aun no invade ganglios.

C: puede a ver daño de una parte o toda la pared, ya hay afectación ganglionar.

D: afecta a órganos alejados⁽⁴³⁾.

Manifestaciones Clínicas

Donde menos se presenta en cáncer colorrectal es en el colorrectal derecho 21.90%, y donde más se ubica es el colorrectal distal y el recto 40.7 y 37.5%. Los hallazgos en el ciego y del colorrectal ascendente pueden llegar a ser de mucha proporción, se produce una estenosis de la luz intestinal. Pueden aparecer úlceras en el colorrectal, causando está perdida de sangre en las heces. El porcentaje de presentan hemorragias masivas en esta patología es

un 1%. El cáncer perforado se presenta entre un 1,2 a 10%. Un gran porcentaje de 65% presento una perforación por la ubicación del tumor, a comparación de un 35% que presentaron perforaciones a nivel proximal al tumor obstruido. Puede presentar dolor abdominal en tumores localizados en colon transverso y descendente. En ocasiones puede presentarse la perforación en un órgano vecino que son por lo general vejiga o vagina donde se manifiesta hematuria, fecaluria o drenaje vaginal feculento ⁽⁴⁴⁾.

Esta patología se asocia con mucha frecuencia a hematoquecia, tenesmo y disminución del diámetro de las heces, también pudiendo aparecer anemia. Lamentablemente, los primeros signos del cáncer se presentar cuando ya ha ocurrido una metástasis, como por ejemplo las metástasis hepáticas masivas que causan prurito e ictericia, se presenta ascitis, ovarios crecidos y por radiografía se observa depósitos diseminado en los pulmones ⁽⁴³⁾.

Tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal

La forma de inicio de tratamiento del cáncer colorrectal es la detección rápida, que es la única manera que nos dé una esperanza de poder encontrar una cura para esta patología. lo ideal es encontrar la neoplasia aun situada en un lugar del intestino sin haber perjudicado otros elementos, para que este no llegue hacer ya un problema sistémico. Y es verdad que al monto de abordar estos pacientes se tiene que hacer con mucha cautela en el que participarán especialistas en oncología de distintas ramas de la medicina, como por ejemplo médicos cirujanos, médicos internistas y especialistas en radioterapia, siendo lo más utilizado la cirugía ⁽⁴⁵⁾.

El primer paso importante para realizar es la cirugía curativa que consta de la resección de lo que viene a ser el tumor de inicio y lo que comprende su drenaje vasculolinfático, se procede a la extirpación completa. Lamentablemente, en el momento que se diagnostica, ya un 50-70% no son candidatos a cirugías; ya pesar de los estudios realizados muchos tienden a la

recidiva y a volver a presentar cáncer lo cual en la mayoría de los casos son causantes de sus decesos ⁽⁴⁵⁾.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Cáncer colorrectal: Es el que se origina en el colon o el recto. A estos cánceres también se les puede llamar cáncer de colon o cáncer de recto dependiendo del lugar donde se originen ⁽¹⁰⁾.

Tabaquismo: Adicción a fumar el tabaco en cualquiera de sus formas, en cigarrillo o pipas ⁽⁴⁹⁾.

Ingesta de alcohol: Trastorno conductual crónico manifestado por repetido consumo de alcohol ⁽⁵⁰⁾.

Sedentarismo: Falta de actividad física regular, conducta sedentaria es propia de la manera de vivir, consumir y trabajar en las sociedades avanzadas ⁽⁴⁷⁾.

Estreñimiento crónico: Aquel síntoma que se manifiesta por la realización de menos 3 deposiciones a la semana ⁽⁴⁸⁾.

Diverticulosis: es una condición que se produce cuando se forman pequeñas bolsas o sacos que empujan hacia afuera a través de los puntos débiles de la pared del colon u otro segmento ⁽⁴⁶⁾.

Pólipos: crecimientos anormales de tejido que surgen del capa interior o mucosa del intestino grueso (colon) y sobresalen al canal intestinal ⁽³⁸⁾.

Obesidad: se considera al aumento de grasa corporal con respecto a la talla y edad, por lo general es en el centro ⁽⁵¹⁾.

Sobrepeso: Es un estado premórbido de la obesidad y al igual que ésta se caracteriza por un aumento del peso corporal ⁽⁵¹⁾.

Antecedentes: Recopilación de información sobre la salud de una persona, permitiendo manejar y seguir un dato propio ⁽³⁹⁾.

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 GENERAL

H1 Existen factores de riesgo del cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015 – 2018.

H0: No existen factores riesgo del cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015 – 2018.

2.4.2 ESPECÍFICAS

- HE1 Lo factores sociodemográficos están relacionados al cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015 – 2018.
- HE2 Los factores ambientales están relacionados al cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015 – 2018.
- HE3 El estado nutricional está relacionado al cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015 – 2018.
- HE4 Los antecedentes personales y familiares están relacionados al cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015 – 2018.

2.5 VARIABLES

Variable Dependiente: Cáncer Colorrectal

Variable Independiente:

Factores Sociodemográficos:

- Género
- Edad

Factores Ambientales:

- Uso de Tabaco
- Consumo de alcohol
- Sedentarismo

Estado Nutricional:

- Sobrepeso
- Obesidad

Antecedentes Personales Patológicos:

- Diverticulosis
- Pólipos Adenomatosos
- Estreñimiento Crónico

Antecedentes Familiares de Primera Línea:

- Antecedentes familiares de cáncer colorrectal
- Antecedente familiar de otro tipo de cáncer

2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Cáncer colorrectal: Se confirma el diagnóstico con biopsia a la lesión extraída por un examen complementario que es la colonoscopia. **Obesidad:** Una persona con un IMC igual o superior a 30kg/m²

Tabaquismo: Haber consumido mayor o igual de 100 cigarrillos en toda su vida o en la toma de la información.

Ingesta de alcohol: Aquel paciente que ha ingerido alcohol en los últimos 3 meses cada fin de semana.

Sedentarismo: Considera más de 2 horas dedicados a ver televisión, estar en la computadora o conectarse al internet.

Estreñimiento Crónico: realiza menos de tres deposiciones a la semana, que dura más de 6 meses.

Diverticulosis: Presencia de divertículos en colon, sin signos de inflamación. Que están mencionadas en la historia clínica como diagnóstico.

Sobrepeso: Cuando el imc es de 25 a 29.9 kg/m².

Antecedente: Incluye información sobre enfermedades, cirugías, así como enfermedades de nuestra rama familiar de primera línea.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según el número de variables de interés: Analítico, Casos y controles.

Según el número de mediciones a la variable de estudio: Transversal

Según la intervención del investigador en el control de la variable:
Observacional

Según el periodo en que se capta la información: Retrospectivo

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Es correlacional ya que se miden dos variables y se establece una relación estadística entre ambas, sin necesidad de incluir otras variables.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Son todos los pacientes adultos jóvenes a los que se realizó una Colonoscopia Diagnóstica en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional "Hipólito Unanue" del 2015 al 2018. Dieron un total de 428 pacientes adultos jóvenes.

Muestra: Se utilizó el programa Epi Info para el cálculo de tamaño muestral en el diseño casos y controles con un poder de 80% y un nivel de confianza 95%. Por lo que según referencia bibliográfica un OR=17.3 para el factor de antecedentes personales de pólipos ⁽¹²⁾.

Se obtuvo según Fleiss un tamaño muestral mínimo de 13 pacientes para los casos y 13 para los controles.

Por decisión del investigador se estudió los casos encontrados en los cuatro años. (32 casos y 96 controles).

Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes adultos jóvenes a los que se le realizó una colonoscopia exitosa atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015- 2018.

Criterios de exclusión:

- ✓ Pacientes que no se ha confirmado el diagnóstico de cáncer colorrectal en el hospital nacional Hipólito Unanue 2015 – 2018.
- ✓ Pacientes con colonoscopia frustra atendidos en el hospital Nacional Hipólito Unanue 2015 – 2018.
- ✓ Historia clínica con datos incompletos que dificulten el estudio.
- ✓ Historia clínica ilegible.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los medios que se emplearon para seleccionar los datos que se requirió en este trabajo de investigación fue un instrumento, para el cual se confeccionó una ficha de recolección de datos, donde se consideró las variables a estudiar, teniendo en cuenta los criterios de selección (inclusión y exclusión). Posteriormente se revisó las historias clínicas de los pacientes adultos jóvenes a los cuales se le realizó una colonoscopia diagnóstica en el HNHU, los cuales fueron de vital importancia para el llenado del instrumento personalizado.

3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La planificación de la ficha de recolección de datos, se realizó con el apoyo del médico que pertenece al equipo de salud del departamento de Gastroenterología del HNHU.

Para lograr que el instrumento sea válido se solicitó el apoyo de los profesionales especialistas que tengan conocimientos clínicos, de investigación y en estadística. Tras las sugerencias y hacer las modificaciones recomendadas se procedió a la aplicación de instrumento. Después de la obtención de los datos se realizó el análisis de estos.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 25.0 para el procesamiento de los datos que se obtuvieron de las fichas de recolección de datos a través de las historias clínicas de los pacientes adultos jóvenes. Luego se empleó la prueba estadística Chi cuadrado, considerando un intervalo de confianza del 95%, con un p valor <0.05 , esto para ver si existió relación entre las variables estudiadas, posterior a ello se buscó Odds Ratio (OR) para el análisis de la literatura, para la presentación de los resultados se empleó tablas y gráficos con los porcentajes respectivos.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación se ceñirá a las normas internacionales y nacionales sobre investigación en humano, así como las disposiciones vigentes de bioseguridad. Se redactó y envió la documentación necesaria a las instituciones involucradas en el recojo de datos. Se siguió el procedimiento metodológico que mejor se adaptó a las circunstancias del estudio, así como el uso del instrumento de recolección de datos con validación y confiabilidad suficiente para lograr los objetivos del estudio

Se garantizó a la institución de salud que los datos obtenidos de las historias clínicas son utilizados única y exclusivamente para fines de esta investigación y para guardar estrictamente la confidencialidad no se registraron nombres empleándose solo códigos que identifican a las historias clínicas, por lo que se aseguró el anonimato de los pacientes.

La investigación se basó en los principios de la ética y deontología médica, con veracidad evitando el sesgo intencionado y justicia. La autonomía de los pacientes no fue afectada y no se utilizó consentimiento informado ya que se trabajó con fuente secundaria (revisión de historias clínicas).

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

TABLA N°01: FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES ADULTOS JÓVENES DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2015-2018

		CÁNCER COLORRECTAL		p <0.05	OR	IC 95%	
		SI	NO			Inferior	Superior
OBESIDAD Y SOBREPESO	OBESOS Y SOBREPESO	21 (65.6%)	34 (35.4%)	0.003	3.48	1.502	8.071
	NO OBESOS SOBREPESO	11 (34.4%)	62 (64.6%)				
DIVERTICULOSIS	CON DIVERTÍCULO	11 (34.4%)	11 (11.5%)	0.003	4.048	1.546	10.598
	SIN DIVERTÍCULO	21 (65.6%)	85 (88.5%)				
PÓLIPOS ADENOMATOSOS	CON PÓLIPOS	13 (40.6%)	9 (9.4%)	0.000	6.61	2.472	17.697
	SIN PÓLIPOS	19 (59.4%)	87 (90.6%)				

Fuente: Ficha de recolección de datos elaborados por el autor

Interpretación:

En la tabla N°01 los factores de riesgo que se encontraron estadísticamente significativos fueron la obesidad-sobrepeso con un $p=0.003$, la diverticulosis $p=0.003$ y finalmente con mayor riesgo los pólipos adenomatosos siendo este su $p=0.000$.

TABLA N°02: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DEL CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES ADULTOS JÓVENES DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2015 – 2018

		CÁNCER COLORRECTAL		P <0.05	OR	IC 95%	
		SI	NO			Inferior	Superior
GENERO	FEMENINO	18 (56.2%)	58 (60.4%)	0.67	0.84	0.375	1.892
	MASCULINO	14 (43.8%)	38 (39.6%)				
EDAD	18 - 25 AÑOS	8 (25%)	26 (27.1%)	0.81	0.89	0.358	2.248
	26 - 35 AÑOS	24 (75%)	70 (72.9%)				

Fuente: Ficha de recolección de datos elaborados por el autor

Interpretación:

En la tabla N° 02, en los factores sociodemográficos, no se encontró una asociación significativa en el género (femenino y masculino) con un valor de $p=0.67$ ($p<0.05$), además se observa un $OR=0.84$ (IC 95% 0.375 – 1.892), al interpretar la edad no se encontró asociación significativa con un valor de $p=0.817$, se observó un $OR=0.897$ (IC 95% 0.358 – 2.248), esto significa que ningún grupo tiene riesgo de padecer la enfermedad.

TABLA N°03: FACTORES AMBIENTALES DEL CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES ADULTOS JÓVENES DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2015 – 2018.

		CÁNCER COLORRECTAL		p <0.05		IC 95%	
		SI	NO			inferior	superior
ALCOHOL	SI INGIERE	6 (18.8%)	17 (17.7%)	0.89	1.07	0.383	3.00
	NO INGIERE	26 (81.2%)	79 (82.3%)				
TABACO	SI CONSUME	3 (9.4%)	17 (17.7%)	0.26	0.48	0.131	1.76
	NO CONSUME	29 (90.6%)	79 (82.3%)				
SEDENTARISMO	SEDENTARIO	7 (21.9%)	30 (31.2%)	0.31	0.61	0.24	1.58
	NO SEDENTARIO	25 (78.1%)	66 (68.8%)				

Fuente: Ficha de recolección de datos elaborados por el autor

Interpretación:

En la tabla N°03, con respecto a los factores ambientales, no se encontró asociación significativa en la ingesta de alcohol con un valor de $p=0.89$ ($p<0.05$), además se observa un $OR=1.07$ (IC 95% 0.383 – 3.006), esto significa que tanto los que ingieren o no alcohol pueden desarrollar la patología estudiada, de igual manera no se encontró asociación significativa en el consumo de tabaco con un valor de $p=0.26$, observándose un $OR= 0.48$ (IC 95% 0.131 – 1.762), por último no se encontró asociación significativa en el sedentarismo con un valor de $p=0.31$, además se observó un $OR=0.616$ (IC 95% 0.240 – 1581), esto significa que tanto los sedentarios o no tiene la misma posibilidad de padecer esta neoplasia maligna.

TABLA N°04: ESTADO NUTRICIONAL DEL CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES ADULTOS JÓVENES DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2015 – 2018.

		CÁNCER COLORRECTAL		p <0.05	OR	IC 95%	
		SI	NO			Inferior	Superior
OBESIDAD Y SOBREPESO	OBESOS Y SOBREPESO	21 (65.6%)	34 (35.4%)	0.003	3.48		
	NO OBESOS SOBREPESO	11 (34.4%)	62 (64.6%)			1.502	8.071
TOTAL		32 (100%)	96 (100%)				

Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidos por el autor

Interpretación:

En la tabla N°04, se encontró una asociación significativa en la obesidad y sobrepeso con un valor de $p=0.003$ ($p<0.05$), se observa un $OR=3.48$ (IC 95% 1.502 – 8.071), esto significa que ser obeso y tener sobrepeso tiene un riesgo tres veces mayor al que no lo tiene para desarrollar la patología.

TABLA N°05: ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DEL CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES ADULTOS JÓVENES DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2015 – 2018.

		CÁNCER COLORRECTAL				IC 95%	
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS		SI	NO	p <0.05	OR	Inferior	Superior
DIVERTICULOSIS	CON DIVERTÍCULOS	11 (34.4%)	11 (11.5%)	0.003	4.04	1.546	10.598
	SIN DIVERTÍCULOS	21 (65.6%)	85 (88.5%)				
ESTREÑIMIENTO CRÓNICO	CON ESTREÑIMIENTO	13 (40.6%)	24 (25.0%)	0.09	2.05	0.883	4.77
	SIN ESTREÑIMIENTO	19 (59.4%)	72 (75.0%)				
PÓLIPOS ADENOMATOSOS	CON PÓLIPOS	13 (40.6%)	9 (9.4%)	0.00	6.61	2.472	17.697
	SIN PÓLIPOS	19 (59.4%)	87 (90.6%)				
		CÁNCER COLORRECTAL				IC 95%	
ANTECEDENTES FAMILIARES DE PRIMERA LÍNEA		SI	NO	p <0.05	OR	Inferior	Superior
ANTECEDENTE FAMILIAR PRIMERA LÍNEA CON CCR	CON ANTECEDENTE CCR	2 (6.3%)	3 (3.1%)	0.59	2.06	0.33	12.96
	SIN ANTECEDENTE DE CCR	30 (93.8%)	93 (96.9%)				
ANTECEDENTE FAMILIAR PRIMERA LÍNEA OTRO CÁNCER	CON ANTECEDENTE OTRO CÁNCER	5 (15.6%)	5 (5.2%)	0.12	3.37	0.90	12.51
	SIN ANTECEDENTE DE OTRO CÁNCER	27 (84.4%)	91 (94.8%)				

Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidos por el autor

Interpretación:

En la tabla N°05, en los antecedentes personales patológicos se encontró una asociación significativa en la diverticulosis con un valor de $p=0.003$ ($p<0.05$), se observa un $OR=4.04$ (IC 95% 1.456 – 10.598), esto significa que tener diverticulosis aumenta cuatro veces más desarrollar cáncer colorrectal; Además no se encontró asociación significativa en estreñimiento crónico con un de valor $p=0.09$, sin embargo, se observó un $OR=2.05$ (IC 95% 0.883 – 4.770), esto significa que las personas que sufren de estreñimiento crónico tienen el doble de riesgo de padecer cáncer colorrectal, por último se encontró una asociación significativa con los polipos adenomatosos obteniéndose un valor de $p=0.000$ ($p<0.05$), se observó un $OR= 6.61$ (IC 95% 2.472 – 17.697), esto significa que tener este tipo de antecedente aumenta seis veces el riesgo de padecer la patología que se estudió; Con respecto a los antecedentes familiares no se encontró una asociación significativa con un valor de $p=0.59$ ($p<0.05$), sin embargo, se observó un $OR=2.06$ (IC 95% 0.330 – 12.960), esto significa que este tipo de antecedente tiene el doble de riesgo para desarrollar esta neoplasia en comparación al que no tiene el antecedente familiar; Finalmente no se encontró una asociación una asociación significativa con un valor de $p=0.12$ ($p<0.05$), sin embargo, se observó un $OR=3.37$ (IC 95% 0.908 – 12.515), esto significa que hay tres veces más riesgo de padecer esta neoplasia, si se tiene este antecedente.

4.2 DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó en el Hospital Nacional Hipólito Unanue desde el 2015 al 2018, con el objetivo de determinar los factores de riesgo del cáncer colorrectal en paciente adultos jóvenes.

El factor sociodemográfico, en el género se encontró un $p=0.6$ y un $OR= 0.8$ (IC 95% 0.375 – 1.892) lo que nos indica que no es significativamente estadístico y no están relacionados al desarrollo del cáncer colorrectal, este resultado coincide con un estudio realizado por *Ñaupari, S* ⁽⁷⁾ encontrando que no existe diferencia significativa en el sexo con un valor de $p=0.107$, ni asociación ya que obtuvo un $OR= 0.671$ (IC=95% 0.413 – 1.090), sin embargo su población estudiada fue distinta a de esta investigación. Cabe mencionar que un estudio realizado por *Hano, O et al.* ⁽¹²⁾ si encontró predominio del género femenino con un 59%, quien contrasta con *Luna, J et al.* ⁽³⁾ en su estudio si hubo una mayor significancia y tendencia para el género masculino con un valor de ($p=0.009$); Ante esta controversia se concluye que la relación género y el desarrollo del cáncer colorrectal no están bien definidas. Con respecto al grupo etario tampoco fue estadísticamente significativo, ya que se obtuvo un valor de $p=0.94$, sin embargo, hubo un mayor número de pacientes de 31 a 35 años en ambos grupos (caso y control) 43.8% y 40.6% respectivamente, los resultados coinciden con la literatura de *Ñaupari, S* ⁽⁷⁾ el cual menciona que la edad no es un factor asociado al cáncer colorrectal $OR=1.38$ (IC 95% 0.815 – 2.362), sin embargo menciona que la edad cada vez mayor puede ser un riesgo considerable para desarrollarlo.

Otro factor que se estudio fue el ambiental en el cual la ingesta de alcohol, no fue estadísticamente significativa ya que se obtuvo un valor de $p= 0.8$, siendo menor al valor de significancia $p<0.05$, además un $OR= 1.0$, este resultado no coincide con una investigación realizada por *Jurado, D* ⁽¹⁰⁾ en su estudio de casos y controles, sobre hábitos de vida el cual menciona claramente el consumo de alcohol, por lo que encontró un $OR= 5.8$ (IC 95% 1.30 – 26.7),

estos tienen mayor probabilidad de desarrollar cáncer colorrectal, que aquellas personas que no beben. En relación al consumo de tabaco el cual no fue estadísticamente significativa ya que se encontró un valor de $p=0.2$, de igual manera un $OR= 0.4$ con IC 95% (0.383 – 3.006), estos resultados no coinciden con los de Jurado, D ⁽¹⁰⁾ menciona que si existe asociación positiva entre el consumo de tabaco y el desarrollo del cáncer colorrectal teniendo un OR ajustado = 9.1 (IC 95% 1.7 – 7), el que consume tabaco tiene 9 veces más de riesgo de aquel que no lo consume. También se estudió el sedentarismo el cual no demostró gran diferencia con los anteriores, teniendo un $p=0.3$, no siendo estadísticamente significativo ya que es menor al valor referencia de significancia $p>0.05$, además se encontró una $OR= 0.61$ con (IC 95% 0.240 – 1.581), estos resultados coinciden con el estudio realizado por *Hano, O et al* ⁽¹²⁾ menciona en su investigación que en ambos grupos de casos y controles hubo un predominio de aquellos que no realizaban alguna actividad física 97.8% y 90.8% respectivamente, además su p valor fue menor a la referencia significativa de $p<0.05$, así mismo halló el $OR=0.32$ con (IC 95% 0.15-0.71).

En relación al estado nutricional, en este caso el sobrepeso y la obesidad si fueron significativos, el cual se encontró un valor de $p=0.003$, siendo este menor al valor referencial $p<0.05$, además se obtuvo un $OR=3.4$ (IC 95%1.502 – 8.071) lo que indica que esta condición tiene 3 veces más riesgo para padecer la enfermedad, es así que revisando las literaturas con respecto a este tema, se vio en el estudio de *Hano, O et al* ⁽¹²⁾ que el IMC fue predominante para ambos grupos casos y controles siendo un 83.7% vs 63.6% respetivamente, indicando que hay significancia, más un $OR= 6.12$, quiere decir que los pacientes con sobrepeso obesidad tienen seis veces más riesgo de padecer la patología, que aquellos que tiene un peso adecuado.

Los antecedentes personales patológicos como la diverticulitis tuvieron un valor significativo con respecto al desarrollo del cáncer colorrectal, el cual tuvo un $p=0.003$, siendo este menor a la referencia de significancia $p<0.05$,

además se encontró un OR=4.04 con IC 95% (1.546 - 10.59), esto indica que tener este antecedente patológico aumenta cuatro veces más la posibilidad de desarrollar este tipo de cáncer, a diferencia de aquel que no tiene el antecedente, este resultado coincide con la investigación de *Mortensen, L et al*⁽⁵²⁾ en el año 2017 el cual encontró clara relación con un $p < 0.001$, siendo su OR= 2.20 IC 95% (2.02 – 2.32), lo que indica que existe un riesgo de 2 veces para el desarrollo del cáncer colorrectal. El estreñimiento crónico no fue significativo tuvo un valor de $p = 0.09$, se encontró un OR= 2.05 con (IC 95% 0.883 – 4.770), lo que indica que hay dos veces riesgo de padecer este tipo de cáncer para aquel que padece de estreñimiento crónico, este resultado coincide con la investigación de *Benites, Y*⁽⁴⁸⁾ en el 2017, que si hay relación significativa con un $p < 0.05$ y un OR mayor a 1. Con respecto a los pólipos adenomatosos si se encontró significancia teniendo un valor $p = 0.000$, además se encontró un OR= 6.6 con IC 95% (2.47 – 17.69) el cual indico que existe mayor riesgo, seis veces más de aquel, que no tiene pólipos adenomatosos, estos resultados coinciden con los de *Hano, O et al*⁽¹²⁾ menciona que existe relación significativa, además hallaron un OR=17.32 (IC 95% 6.43-46.61), siendo diecisiete veces mayor el riesgo para padecer cáncer colorrectal, en comparación al que no tiene pólipos. Los antecedentes familiares de primera línea con cáncer colorrectal no fue significativa con un valor de $p = 0.59$ y un OR=2.06 con IC 95% (0.330 – 12.960), sin embargo se observa que hay un riesgo de 2 veces para aquellos que tienen el antecedente familiar del mismo tipo de cáncer, en comparación a los que no tienen, estos resultados no coinciden con la investigación de *Goicochea, S*⁽⁴⁾ en el año 2017 el cual menciona que si existe relación significativa con $p < 0.05$, con un OR= 3.65 (IC 95% 1.580 – 6.480), con esto demuestra que los antecedentes familiares del mismo tipo de cáncer tiene un riesgo de tres veces más de padecer la enfermedad, en comparación a los que no tienen el antecedente familiar. En relación a los antecedentes familiares de primera línea con otro tipo de cáncer tampoco fue significativa con valor de $p = 0.128$, se encontró el OR=3.37 el cual indica que hay tres veces más riesgo para aquel con antecedente familiar de

primera línea con otro tipo de cáncer ya sea de mama, útero, próstata y otros, estos resultados no coinciden con el de *Hano, O et al* ⁽¹²⁾ en el 2011, encontraron un OR =0.50 IC 95% (0.27 – 0.91) siendo esta un valor confiable, menciona que los antecedentes familiares con otro tipo de cáncer no tienen un riesgo mayor de padecer la enfermedad estudiada.

Por lo mencionado antes, la identificación de los factores de riesgo en pacientes adultos jóvenes para el desarrollo del cáncer colorrectal es de gran importancia para el control de la misma, además del gran impacto que esta enfermedad produce, siendo mayor en este grupo etario.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Los factores de riesgo del cáncer colorrectal fueron el sobrepeso-obesidad, la diverticulosis y los pólipos adenomatosos.
- Los factores sociodemográficos (género y edad) no son factores de riesgo para desarrollar cáncer colorrectal en adultos jóvenes.
- Los factores ambientales (ingesta de alcohol, consumo de tabaco y sedentarismo) no son factores de riesgo para padecer la patología estudiada.
- El estado nutricional (sobrepeso y obesidad) son factores de riesgo para desarrollar esta neoplasia.
- Los antecedentes personales patológicos (diverticulosis y pólipos adenomatosos) son factores de riesgo, sin embargo, los antecedentes familiares de primera línea del mismo cáncer y de otro tipo no son factores de riesgo para desarrollar la enfermedad, pero si aumenta la posibilidad de padecerla.

5.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar esquemas de nutrición saludable para esta población, además de concientizar a la población de acudir al personal de salud para su diagnóstico precoz.
- Si bien es cierto el género no es significativo en este grupo etario, sin embargo, en adultos mayores si hay mayor tendencia, se recomienda realizar un estudio de metaanálisis para un mejor dato estadístico.

- El consumo de alcohol y tabaco no tuvo relación, sin embargo, es recomendable limitar en los colegios sobre todo en los adolescentes el consumo de estas sustancias tóxicas.
- Siendo la obesidad y el sobrepeso un factor de riesgo, se recomienda realizar programas sobre hábitos nutricionales en esta población.
- En todos aquellos pacientes con antecedentes de diverticulosis y pólipos adenomatosos, se recomienda poner mayor énfasis en estrategias para detectarlos a tiempo, además de tratamiento correctivo. En aquellos pacientes con antecedente familiar de primera línea con cáncer se recomienda realizar charlas informativas sobre prevención precoz de esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marzo M, Cubiella J, Mascort J, Pastor A. Atención primaria y detección del cáncer colorrectal. *Rev. Atención primaria*. 2017; 49(10):565.
2. Burbano D, Manrique M, Chávez M, Pérez T, Hernández N. et al. Epidemiología del cáncer colorrectal en menores de 50 años en el Hospital Juárez de México. *Rev. Mexicana De Endoscopia Gastrointestinal*. 2016;28(4):160.
3. Luna J, Rafael E, Gil F. Cáncer colorrectal en adultos jóvenes: características clínico-epidemiológicas en la población peruana. *Rev Gastroenterológica Perú*. 2017;37(2)137.
4. Goicochea L. Historia familiar y litiasis vesicular como factores de riesgo para cáncer de colon: estudio multicéntrico. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Trujillo, Perú. Universidad Privada Antenor Orrego. 2017.
5. Ruiz R, Taxa L, Ruiz E, Mantilla R, Casanova L et al. Cáncer colorrectal en los jóvenes: factores pronósticos y características clínico-patológicas en un instituto del cáncer de Perú. *Rev. gastroenterología. Perú*. 2016;36(1): 35-42.
6. Parra V, Watanabe J, Nago A, Astete M, Rodríguez C. et al. Factores relacionados a neoplasia colorrectal en el Policlínico Peruano Japonés. *Revista de Gastroenterología de México*. 2015;80(4):239-247.
7. Ñaupari S. Factores Asociados a Cáncer Colorrectal Mucinoso y no Mucinoso. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, años 2002 - 2008. Título para optar el título de Médico Cirujano. Perú. Universidad Ricardo Palma. 2010.
8. Rodríguez N, García C, Sierra M, López M, Campo, Y. Percepción sobre factores de riesgo del cáncer de colon. *Rev. Ciencias Médicas de Cuba*. 2018 22(4): 678-688.
9. Demarchi M, Figueroa M, Lescano Y. Alimentación, hábito de fumar y sedentarismo: aportes al conocimiento de la red causal del cáncer

- colorrectal en Córdoba. Trabajo de investigación para la obtención de Licenciatura en Nutrición. Argentina Universidad Nacional de Córdoba. 2016.
10. Jurado D, Bravo L, Cerón C, Guerrero N, Yépez M. Hábitos de vida y cáncer colorrectal: Un estudio de casos y controles en una población de ingresos medios y bajos. *Rev Univ. salud.* 2015;17(1): 7-17.
 11. García R. El cáncer colorrectal en la mujer. *Revista Arbor Ciencia Pensamiento y Cultura.* 2015.(2): 1-8.
 12. Hano O, Wood L, Galbán E, Abreu M. Factores de riesgo para el cáncer colorrectal en jóvenes adultos. *Rev. cubana medicina.* 2011; 50(2): 118-132.
 13. Iriñiz A, Bentolilla G, Ferreira P. Cáncer colorrectal en pacientes menores de 40 años: La edad como variable del pronóstico. *Revista Mexicana de Coloproctología.* 2009;15(4):32-34.
 14. Morgan G, Silva A, Muñoz D. Factores de riesgo para cáncer colorrectal. *Rev. Jalisciense de Cancerología.* 2008;4(7)12-15.
 15. Szereszewski J. Anatomía quirúrgica del colon. *Rev. Cirugía Digestiva,* 2009;30(3)1-2.
 16. Moore K, Dalley A. Anatomía con orientación clínica. Quinta edición. México. Editorial Medica Panamericana. Abril 2008;2(1)275 – 280.
 17. Gallot D. Anatomía quirúrgica del colon. *Rev. Elsevier Técnicas Quirúrgicas Aparato Digestivo.* 2006.2(5):1-9.
 18. Péliissiera E, Armstrong O, Nago P. Anatomía quirúrgica y vías de acceso del abdomen. *Rev. Elsevier.*2011.27(2):1-11.
 19. Escudero F. El Colon Ilio - Pélvico en los peruanos. El colon terminal sigmoideo y los conocimientos fisiológicos patológicos y de la anatomía comparada. *Anales de la Facultad de Medicina.* 2000.49(4):558-613.
 20. Clínica Iram: Expertos en Cáncer. Aumento de cáncer en adultos jóvenes. *Revista chilena* 2011;6(1):1-3.
 21. Instituto Nacional del Cáncer. Adolescentes y Adultos Jóvenes con cáncer. *Rev. de Salud y Servicio Humanos de EE. UU.* 2015.(2)1-2.

22. Galiano M. Cáncer colorrectal (CCR). *Revista Colombiana de Gastroenterología*. 2005;20(8):1-2
23. Haggard F, Boushey R. Colorrectal cancer epidemiology: incidence, mortality, survival, and risk factors. *Clin Colon Rectal Surg*. 2009;22(4):194-196.
24. Neira J, Endara N, Cusme, C. Cáncer de Colon A propósito de un caso. *Revista Médica de Nuestros Hospitales*, 2014;20(2):73 – 76.
25. Tirado L, Mohar A. Epidemiología del cáncer de colon y recto. *Instituto Nacional de Cancerología México* 2008;7(1):4-7.
26. Payet E, Poquioma E, Ubillús M, Young F, Sarria G et al. Registro de Cáncer de Lima Metropolitana: Estudio de incidencia y mortalidad. *Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas*. 2014;24(4):93-108.
27. Diaz A. Biomarcadores epigenéticos en cáncer: un pilar de la oncología de precisión. *Rev. Genética Médica y Genómica*. 2018;2(2): 31 – 35.
28. Zúñiga S. Adenocarcinoma del Colon y Recto. *Revista Médica de Honduras*. 1997;41(5):64-66.
29. Pila R, Guerra C, Bello S. Cáncer colorrectal. Reporte de 110 casos. *Hospital Docente Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Doménech. Camagüey, Cuba*. 2000;14(1):8 – 9.
30. Juárez C, Rosales M. Cáncer colorrectal (CCR): alteraciones genéticas y moleculares. *Rev. Gaceta Médica de México*. 2014;3(2):154-155.
31. Escalante E. Factores de riesgo en pacientes con cáncer de colon mayor a 50 años de edad. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Ecuador. Universidad de Guayaquil. 2014.
32. Álvarez J, Baldonado R, García I, Truán N, Pire G, Álvarez P. Factores de riesgo en pacientes mayores de 70 años con carcinoma colorrectal complicado. *Rev. Cirugía española* 2006;79(1):36-41.
33. Sanabria H, Tarqui C, Castro W, Vargas Jet al. Relación entre la dieta vegetariana y el cáncer colorrectal en Lima, Perú. *Revista Chilena de Salud Pública*. 2017;21(1):37-44.

34. De Vries E, Quintero D, Henríquez G, Herrán O. Population attributable fractions for colorectal cancer and red and processed meats in Colombia - a macrosimulation. *Rev study. Colomb Med (Cali)*. 2017; 48(2): 64-69.
35. Rodríguez U, Trejo R. Obesidad y enfermedades del colon. *Rev Hosp Jua Mex* 2010; 77(3): 176-178.
36. Valencia J, González, M, Galán, I. Aspectos Metodológicos En La Medición del Consumo de Alcohol: la Importancia de los Patrones de Consumo. *Rev. Española Salud Pública* 2014; 88:433-44
37. Zauber A, Winawer, S, O'Brien, M, Lansdorp, M. Colonoscopic Polypectomy and Long-Term Prevention of Colorectal Cancer Deaths. *The New England Journal of Medicine*. 2012.
38. López, A. Colon y recto: Pólipos colónicos. *Revista de Gastroenterología de México* 2010;1(75):127-129.
39. Álvarez R, Díez L, Vaqueroa C, Pisabar M. et al. Análisis descriptivo de los hallazgos endoscópicos en pacientes con antecedentes familiares de cáncer colorrectal. *Revista de Gastroenterología de México*. 2015;80(3):192-197.
40. Church J, O'malley M, Laguardia L, Crowe D, Hasson H et al. Registro De Cáncer Colorrectal Hereditario: Una Experiencia De "Cleveland Clinic Fundación". *Rev. Medica Clínica Condes* - 2017; 28(4) 561-568.
41. Tapia O, Roa J, Manterola C, Bellolio E. Cáncer de Colon y Recto: Descripción Morfológica y Clínica de 322 Casos. *Rev. Internacional Morphol*. 2010. 28(2):393-398.
42. Fernández P, Zapata J, Muñoz J. Estudio descriptivo sobre Cáncer Colorrectal en Cova da Beira, Portugal y el valor pronóstico de BCL2 en asociación con la localización del tumor, Estadificación TNM, y tipo histológico. *Archivos de Medicina*. 2018;9(5): 289-291.
43. Machicado E, Giraldo R, Fernandez K, Gen A, Garcia D. et al. Localización y clínica asociada al cáncer de colon. *Hospital Nacional*

- Arzobispo Loayza: 2009 – 2013. Rev. Horizonte Médico, Lima .2015;2(1).3-5.
44. Casas M, Janiszewski P, Bodega I, Sierra M, Fernández F. Manifestaciones: Dolor abdominal y hematoquecia. Sanidad mil. 2017; 73 (3): 187-188.
45. Arteaga A. Manejo quirúrgico del cáncer de colon en el hospital Nacional dos de mayo. Tesis Para optar el título de Especialista en Cirugía general. Perú. Universidad Nacional Mayor De San Marcos, 2013.
46. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines. Enfermedad Diverticular. Rev de Salud Mex. 2012;3(1):4-5.
47. Crespo J, Delgado J, Blanco O, Aldecoa S. Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad física en atención primaria. Rev. Aten Primaria. 2015;47(3):175-183.
48. Benites, Y, Verdecia, M. Constipación y cáncer de colon. Revista científica medica de Holguín. 2017;(4) pág. 1-3.
49. Espinosa A. Tabaquismo. Revista Científica medica de Cienfuegos. 2010;10(3):1-2.
50. Valencia J, González J, Galán I. Aspectos metodológicos en la medición del consumo de alcohol: la importancia de los patrones de uso. Rev. Española de salud pública. 2014;2 (4).1-5.
51. Castillo J, Zenteno R. Estado nutricional. Rev. Medica de la Universidad Veracruzana. 2004;4(5):1-2.
52. Mortensen L, Buecharth J, Andresen K, Pommergaard H et al. Enfermedad diverticular y cáncer de colon. Revita Intramed. 2017;26(5) 954-959.

ANEXOS



ANEXO N° 01: OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE MEDICINA HUMANA

ALUMNO: APOLINARIO CASTILLO, Ana Elena

ASESOR: Dr. FLORIÁN TUTAYA, Luis

LOCAL: Sede San Borja

TEMA: Factores de riesgo del Cáncer Colorrectal en Pacientes Adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015-2018.

VARIABLE DEPENDIENTE:			
INDICADORES	ÍTEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Cáncer colorrectal	Si	Cualitativo - Nominal	Ficha de Recolección de Datos
	No		

VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores de riesgo			
INDICADORES	ÍTEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Género	Femenino	Cualitativo - Nominal	Ficha de Recolección de Datos
	Masculino		

VARIABLE INDEPENDIENTE:			
INDICADORES	ÍTEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Edad	18 a 25 años	Cualitativa - Nominal	Ficha de recolección de datos
	26 a 35 años		

VARIABLE INDEPENDIENTE:			
INDICADORES	ÍTEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Consumo De Tabaco	Si	Cualitativa – Nominal	Ficha de recolección de datos
	No		

VARIABLE INDEPENDIENTE:			
INDICADORES	ÍTEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Ingesta De Alcohol	Si	Cualitativa – Nominal	Ficha de recolección de datos
	No		

VARIABLE INDEPENDIENTE:			
INDICADORES	ÍTEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Sedentarismo	Si	Cualitativa – Nominal	Ficha de recolección de datos
	No		

VARIABLE INDEPENDIENTE:			
INDICADORES	ÍTEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Sobrepeso y Obesidad	Si	Cualitativa – Nominal	Ficha de recolección de datos
	No		

VARIABLE INDEPENDIENTE:			
INDICADORES	ÍTEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Diverticulosis	Si	Cualitativa – Nominal	Ficha de recolección de datos
	No		

VARIABLE INDEPENDIENTE:			
INDICADORES	ÍTEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Pólipos adenomatosos	Si	Cualitativa – Nominal	Ficha de recolección de datos
	No		
VARIABLE INDEPENDIENTE:			
INDICADORES	ÍTEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Estreñimiento Crónico	Si	Cualitativa – Nominal	Ficha de recolección de datos
	No		

VARIABLE INDEPENDIENTE:			
INDICADORES	ÍTEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Antecedente familiar de primera línea con cáncer CCR	Si	Cualitativa – Nominal	Ficha de recolección de datos
	No		

VARIABLE INDEPENDIENTE:			
INDICADORES	ÍTEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Antecedente familiar de primera línea con otro tipo de cáncer	Si	Cualitativa - Nominal	Ficha de recolección de datos
	No		

ANEXO N° 02: INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS REFERENTE A FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES ADULTOS JÓVENES DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2015-2018

N° FICHA: _____ N° de historia clínica: _____

Cáncer Colorrectal: Si () No ()

PARTE I: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1) Genero: masculino () femenino ()

2) Edad:

PARTE II: FACTORES AMBIENTALES

4) Consumo de tabaco: Si () No ()

5) Ingesta de alcohol: Si () No ()

6) Sedentarismo: Si () No ()

PARTE III: ESTADO NUTRICIONAL

7) Obesidad y Sobrepeso: Si () No ()

PARTE IV: ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

13) Diverticulosis: Si () No ()

14) Pólipos adenomatosos: Si () No ()

15) Estreñimiento crónico: Si () No ()

PARTE V: ANTECEDENTES FAMILIARES DE PRIMERA LÍNEA

16) Antecedente familiar de cáncer de colon: Si () No ()

17) Antecedente familiar de otro tipo de Cáncer: Si () No ()

ANEXO N° 03: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS – CONSULTA DE EXPERTOS

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto:
 1.2 Cargo e Institución donde labora:
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del Instrumento: *FICHA DE RECOLECCION DE DATOS*
 1.5 Autor de instrumento: APOLINARIO CASTILLO, Ana Elena

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					95%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					95%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre factores de riesgo para cáncer colorrectal(variables).					95%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					95%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					95%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer(relación a las variables).					95%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					95%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					95%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación(tipo de investigación)					95%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN:

Lugar y Fecha: Lima, 17 Enero de 2019

95%



DR. LUIS FLORIÁN TUTAYA
 PEDIATRA - NEONATOLOGO
 CMP: 32712 RNE: 14773

Firma del Experto

D.N.I N° 89607488

Teléfono 994636747

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto:
 1.2 Cargo e Institución donde labora:
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del Instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
 1.5 Autor de instrumento: APOLINARIO CASTILLO, Ana Elena

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					95%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					95%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre factores de riesgo para cáncer colorrectal(variables).					95%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					95%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					95%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer(relación a las variables).					95%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					95%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					95%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación(tipo de investigación)					95%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN:

Lugar y Fecha: Lima, 18 Enero de 2019

95%


 Dr. Oscar Willy Cordova Aliaga
 CMP: 27529 - RNE: 26860
 GASTROENTERÓLOGO
 HOSPITAL NACIONAL A. SABOGAL


Firma del Experto

D.N.I Nº 092963181

Teléfono 995091979

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: **AQUINO DOLORIER SARA**
 1.2 Cargo e Institución donde labora: **DOCENTE - UPSJB**
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del Instrumento: **FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**
 1.5 Autor de instrumento: APOLINARIO CASTILLO, Ana Elena

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre factores de riesgo para cáncer colorrectal(variables).					90%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer(relación a las variables).					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación(tipo de investigación)					90%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: **ES APLICABLE.**

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN:

90%

Lugar y Fecha: Lima, 22 Enero de 2019


 LIC. SARA GISELA AQUINO DOLORIER
 CPESPE 23
 COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ
 Firma del Experto
 D.N.I N° 02498001
 Teléfono 993083992



ANEXO N° 04: MATRIZ DE CONSISTENCIA
UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA

ALUMNO: APOLINARIO CASTILLO, Ana Elena

ASESOR: Dr. FLORIÁN TUTAYA, Luis

LOCAL: Sede San Borja

TEMA: Factores de riesgo del Cáncer Colorrectal en Pacientes Adultos jóvenes Del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015-2018.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General:</p> <p>PG: Cuáles son los factores de riesgo del cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015-2018.</p> <p>Específicos:</p> <p>PE 1: Cuáles son los factores sociodemográficos del cáncer colorrectal en pacientes adultos</p>	<p>General:</p> <p>OG: Determinar los factores de riesgo del cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015-2018.</p> <p>Específicos:</p> <p>OE1: Establecer los factores sociodemográficos del cáncer colorrectal en pacientes adultos</p>	<p>General:</p> <p>H1 Existen factores de riesgo del cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015 - 2018</p> <p>Específicas:</p> <p>HE1: Los factores sociodemográficos están relacionados al cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del</p>	<p>Variable Dependiente:</p> <p>Cáncer Colorrectal</p> <p>Variable Independiente:</p> <p>Factores de riesgo</p> <p>Indicadores:</p> <p>Factores Sociodemográficos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Género - Edad

<p>jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015-2018.</p> <p>PE 2: Cuáles son los factores ambientales del cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015-2018.</p> <p>PE3: Cual es el estado nutricional del cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015-2018.</p> <p>PE4: Que antecedentes personales y familiares se relacionan al cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015-2018.</p>	<p>jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015-2018.</p> <p>OE2: Identificar los factores ambientales del cáncer colorrectal en pacientes adultos del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015-2018.</p> <p>OE3: Especificar el estado nutricional del cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015-2018.</p> <p>OE4: Reconocer los antecedentes personales y familiares del cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015-2018.</p>	<p>Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015-2018.</p> <p>HE2: Los factores ambientales están relacionados al cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015-2018.</p> <p>HE3: El estado nutricional está relacionado al cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015-2018.</p> <p>HE4 Los antecedentes personales y familiares están relacionados al cáncer colorrectal en pacientes adultos jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015-2018.</p>	<p>Factores ambientales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consumo de tabaco - Ingesta de Alcohol - Sedentarismo <p>Estado Nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sobrepeso - Obesidad <p>Antecedentes Personales Patológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diverticulosis - Pólipos adenomatosos - Estreñimiento Crónico <p>Antecedentes Familiares de primera Línea</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antecedente Familiar de cáncer de colónico. - Antecedente Familiar de otro tipo de cáncer.
---	--	---	--

DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>- Nivel: Sera Correlacional</p> <p>- Tipo de Investigación: Según el número de variables de interés: Analítico, Casos y controles.</p> <p>Según el número de mediciones a la variable de estudio: Transversal.</p> <p>Según la intervención del investigador en el control de la variable: Observacional.</p> <p>Según el periodo en que se capta la información: Retrospectivo.</p>	<p>Población: Son todos los pacientes adultos jóvenes a los que se realizó una Colonoscopia Diagnostica en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional “Hipólito Unanue” del 2015 al 2018.</p> <p>Nº: 428 pacientes</p> <p>Criterios de Inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes adultos jóvenes a los que se le realizó una colonoscopia exitosa atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015- 2018 <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no se ha confirmado el diagnóstico de cáncer colorrectal en el hospital nacional Hipólito Unanue 2015 – 2018. - Pacientes con colonoscopia frustra atendidos en el hospital Nacional Hipólito Unanue 2015 – 2018. - Historia clínica con datos incompletos que dificulten el estudio. 	<p>Técnica: Análisis Documental</p> <p>Instrumentos: Se utilizo la técnica de recopilación de datos como instrumento. En esta ficha de recolección de datos se apreció en primer término las variables de estudio cáncer colorrectal.</p> <p>En segundo término, los factores demográficos, ambientales, estado nutricional, antecedentes personales patológicos y antecedentes familiares de primera línea, se revisó las historias clínicas registradas en la hoja de atención durante el 2015 al 2018.</p>

	<ul style="list-style-type: none">- Historia clínica ilegibles. <p>Tamaño de muestra: Utilizando el programa Epi Info para el cálculo de tamaño muestral en el diseño casos y controles con un poder de 80% y un nivel de confianza 95%. Utilizando según referencia bibliográfica un OR=17.3 para el factor de antecedentes personales de pólipos. ⁽¹²⁾</p> <p>Se obtuvo según Fleiss un tamaño muestral mínimo a utilizar de 13 pacientes para los casos y 13 para los controles.</p> <p>Por decisión del investigador se estudió los casos encontrados en los cuatro años. (32 casos y 96 controles).</p> <p>Muestreo: No probabilístico</p>	
--	--	--

ANEXO N° 05: PERMISO DE LA INSTITUCIÓN PARA EJECUCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO



AUTORIZACIÓN DE EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Quien suscribe, **JEFE DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA**, del HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE, autorizo:

A la Srta. **ANA ELENA APOLINARIO CASTILLO**, Interna de Medicina, de la Universidad Privada San Juan Bautista, realizará la ejecución de su Proyecto de Investigación Analítico, titulado: **"FACTORES DE RIESGO DEL CANCER COLORRECTAL EN PACIENTES ADULTOS JOVENES DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2015 – 2018"**, en el Servicio de Gastroenterología

El Agustino, 11 de enero del 2019

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Dra. María Esther Alba Rodríguez
Jefa del Servicio de Gastroenterología

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CONSTANCIA N° CEPB-FCS 097-2019

Vista la Solicitud N°01-00272137 de la Escuela Profesional de MEDICINA HUMANA, para la revisión por el Comité de Ética Profesional y Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada San Juan Bautista S.A.C., del Proyecto de Investigación:

FACTORES DE RIESGO DEL CANCER COLORRECTAL EN PACIENTES
ADULTOS JOVENES DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE 2015-
2018

Código de Registro del Proyecto: **CEPB-FCS097**

Investigador(a) Principal: APOLINARIO CASTILLO ANA ELENA

El Comité de Ética Profesional y Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud considera el presente proyecto de investigación debido a que SI CUMPLE, los estándares de protección de los derechos, la vida, la salud, la intimidad, la dignidad y el bienestar de la (s) persona (s) que participan o van a participar del proyecto de investigación, cifiéndose a los principios éticos acogidos por la normativa nacional e internacional, y los acuerdos suscritos por nuestro país en la materia.

El investigador principal se compromete a respetar las normas éticas y a reportar en un plazo no mayor a 12 meses posterior a la fecha de expedición de esta constancia, la finalización del estudio.

Lima, 05 de febrero de 2019

Dra. Gloria Antonieta Manrique Borjas
Presidente del Comité de Ética Profesional y Bioética

upsjb.edu.pe

CHORRILLOS
Av. José Antonio Lavalle s/n
(Ex Hacienda Villa)
T: (01) 214-2500

SAN BORJA
Av. San Luis 1923 - 1925
T: (07) 212-6112 / 212-6116

ICA
Carretera Panamericana Sur Ex Km 300
La Angostura, Subtanjalla
T: (056) 256-666 / 257-282

CHINCHA
Calle Albilla s/n Urbanización Las Viñas
(Ex-toche)
T: (056) 260-329 / 260-402