



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



**GASTRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES CON
CÁNCER GÁSTRICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BASE III
JULIACA ESSALUD 2020 - 2023**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PRESENTADO POR

HILDA LIZINKA TRUYENQUE VASQUEZ

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:

CIRUGIA GENERAL

PUNO – PERU

2024



Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

**GASTRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN P
ACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO ATE
NDIDOS EN EL HOSPÍTAL BASE III JULI
ACA ESSAUD 2020-2023**

AUTOR

HILDA LIZINKA TRUYENQUE VASQUEZ

RECuento de palabras

5074 Words

RECuento de caracteres

33721 Characters

RECuento de páginas

38 Pages

Tamaño del archivo

1.9MB

Fecha de entrega

May 16, 2024 12:13 PM GMT-5

Fecha del informe

May 16, 2024 12:14 PM GMT-5

● 10% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 9% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 6% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)





UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

ACTA DE EVALUACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

.....
TÍTULO DEL PROYECTO: GASTRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES CON
CÁNCER GÁSTRICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BASE III JULIACA ESSALUD 2020 - 2023

RESIDENTE: HILDA LIZINKA TRUYENQUE VASQUEZ
ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL

Los siguientes contenidos del proyecto se encuentran adecuadamente planteados

CONTENIDOS	ADECUADAMENTE PLANTEADOS	
	SI	NO
Caratula	✓	
Índice	✓	
1. Título de la investigación	✓	
2. Resumen	✓	
3. Introducción	✓	
3.1. Planteamiento del problema	✓	
3.2. Formulación del problema	✓	
3.3. Justificación del estudio	✓	
3.4. Objetivos de investigación (general y específicos)	✓	
3.5. Marco teórico	✓	
3.6. Hipótesis	✓	
3.7. Variables y Operacionalización de variables	✓	
4. Marco Metodológico	✓	
4.1. Tipo de estudio	✓	
4.2. Diseño de Contrastación de Hipótesis	✓	
4.3. Criterios de selección	✓	
4.4. Población y Muestra	✓	
4.5. Instrumentos y Procedimientos de Recolección de Datos.	✓	
5. Análisis Estadístico de los Datos	✓	
6. Referencias bibliográficas	✓	
7. Cronograma	✓	
8. Presupuesto	✓	
9. Anexos	✓	



Observaciones:

NINGUNA

En merito a la evaluación del proyecto investigación, se declara al proyecto:

a) APROBADO (X)

Por tanto, debe pasar al expediente del residente para sus trámites de titulación.

Puno, al 1 día del mes Abril de 2024

c.c. Archivo



Dr. ALFREDO TUMI FIGUEROA
DIRECTOR
P.S.E. RESIDENTADO MÉDICO



Dr. Carlos A. Loayza Coila
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
P.S.E. RESIDENTADO MÉDICO



INDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPÍTULO I:	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
A. Introducción	9
B. Formulación del problema	9
C. Delimitación de la Investigación.....	3
D. Justificación de la investigación	11
CAPÍTULO II.....	12
REVISIÓN DE LITERATURA.....	12
A. Antecedentes	12
B. Marco teórico	12
CAPÍTULO III.....	13
HIPÓTESIS, OBJETIVOS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	17
A. Hipótesis.....	17
B. Objetivos	18
C. Operacionalización de variables	19
CAPÍTULO IV.....	22
MARCO METODOLÓGICO.....	22
A. Tipo de investigación	22
B. Diseño de investigación	22
C. Población y Muestra.....	22
D. Criterios de selección.....	23
E. Material y Métodos	23
F. Instrumentos y procedimientos de recolección de datos	23
G. Análisis estadístico de datos.....	25
CAPÍTULO V.....	27
CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO	27
A. Cronograma:	27
B. Presupuesto:	27
CAPÍTULO VI.....	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
CAPÍTULO VII.....	33
ANEXOS.....	33
D. Ficha de recolección de datos	33
2. Validación por juicio de expertos	34



TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

GASTRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BASE III JULIACA ESSALUD 2020 - 2023



RESUMEN

El objetivo del estudio es describir las características de la gastrectomía laparoscópica en pacientes con cáncer gástrico atendidos en el Hospital Base III Juliaca EsSalud entre los años 2020 y 2023. El estudio corresponde a un estudio no experimental, descriptivo, transversal. Se trabajará con una muestra de pacientes con cáncer gástrico sometido a gastrectomía laparoscópica y gastrectomía incisional atendidos en el Hospital Base III Juliaca EsSalud 2020 - 2023. La ficha de datos se elaboró teniendo en consideración los objetivos del estudio, para obtener información sobre las variables de estudio. Para el análisis de datos se utilizará el programa SPSS versión 25. Se espera encontrar que la gastrectomía laparoscópica en el tratamiento del cáncer gástrico es técnicamente factible, y se perfila como una alternativa a la cirugía abierta en cuanto a morbilidad postoperatoria y eficacia oncológica cuando la realizan grupos con experiencia laparoscópica y con una adecuada selección de los casos.

Palabra clave: Gastrectomía, laparoscópica, cáncer gástrico



ABSTRACT

The objective of the study is to describe the characteristics of laparoscopic gastrectomy in patients with gastric cancer treated at the Regional Hospital of Puno between 2020 and 2023. The study corresponds to a non-experimental, descriptive, cross-sectional study. We will work with a sample of patients with gastric cancer undergoing laparoscopic gastrectomy and incisional gastrectomy treated at the Regional Hospital of Puno. The data sheet was prepared taking into consideration the objectives of the study, to obtain information on the study variables. The SPSS version 25 program will be used for data analysis. It is expected to find that laparoscopic gastrectomy in the treatment of gastric cancer is technically feasible and is emerging as an alternative to open surgery in terms of postoperative morbidity and mortality and oncological efficacy when They carry out groups with laparoscopic experience and with adequate case selection.

Keyword: laparoscopic, gastrectomy, gastric cancer



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. Introducción

El papel de la laparoscopia en el tratamiento del cáncer gástrico (CG) está evolucionando a nivel mundial. A medida que los cirujanos desarrollan habilidades laparoscópicas más avanzadas, debemos establecer las circunstancias en las que la laparoscopia es más eficaz para el tratamiento del CG. Estudios anteriores han demostrado que la gastrectomía laparoscópica (GL) tiene beneficios operativos y posoperatorios para los pacientes¹⁻³. Además, los datos preliminares sugieren que la GL puede tener tasas de morbilidad y mortalidad similares, así como resultados oncológicos comparables con el enfoque abierto tradicional del tratamiento de GC.^{4,5}. Aunque las ventajas de la laparoscopia son evidentes, los cirujanos necesitan establecer indicaciones adecuadas, una técnica efectiva y resultados aceptables para la laparoscopia en la cirugía de GC.

Los cirujanos de Japón han sido pioneros en el uso de la laparoscopia en el tratamiento de la CG debido a su mayor incidencia y resecabilidad en Oriente en comparación con los países occidentales⁶⁻⁸. En comparación, los cirujanos latinoamericanos tienen menos experiencia en el tratamiento laparoscópico de la CG. Esta inexperiencia y las complejidades de LG pueden contribuir a la falta de datos de las instituciones estadounidenses sobre esta modalidad en el tratamiento del CG.

Las limitaciones previstas de la laparoscopia en la cirugía GC están relacionadas con los aspectos técnicos de las operaciones, así como con la posibilidad de un



tratamiento inadecuado en un entorno oncológico⁹. Se han realizado comparaciones con las terapias quirúrgicas avanzadas en otros tipos de cáncer.

B. Formulación del problema

Problema general

¿Cuáles son las características de la gastrectomía laparoscópica con la incisional en pacientes con cáncer gástrico atendidos en el Hospital Base III Juliaca EsSalud 2020 - 2023 entre los años 2020 y 2023?

Problemas específicos

1. ¿Cuál es el número de ganglios disecados en pacientes con gastrectomía laparoscópica comparado con los pacientes con gastrectomía incisional?
2. ¿Cuál es la cantidad de sangrado intra-operatorio en pacientes con gastrectomía laparoscópica comparado con los pacientes con gastrectomía incisional?
3. ¿Cuál es el tiempo de hospitalización en pacientes con gastrectomía laparoscópica comparado con los pacientes con gastrectomía incisional?
4. ¿Cómo es el inicio de la vía oral en pacientes con gastrectomía laparoscópica comparado con los pacientes con gastrectomía incisional?
5. ¿Cuál es grado de dolor post-operatorio en pacientes con gastrectomía laparoscópica comparado con los pacientes con gastrectomía incisional?
6. ¿Cuál es la morbimortalidad en pacientes con gastrectomía laparoscópica comparado con los pacientes con gastrectomía incisional?
7. ¿Cuál es la presencia de infección de sitio operatorio en pacientes con gastrectomía laparoscópica comparado con los pacientes con gastrectomía incisional?



C. Delimitación de la investigación

La investigación se desarrollará en el Hospital Regional de la ciudad de Puno en el año 2024, teniendo en cuenta las historias clínicas de pacientes con gastrectomía laparoscópica y gastrectomía incisional en los años 2020 al 2023.

D. Justificación de la investigación

La justificación de la presente investigación radica en que no se han encontrado evidencias de estudios comparativos de la gastrectomía laparoscópica con la incisional en nuestro medio.

Así mismo, admitirá la actualización y enriquecimiento del conocimiento pre-existente y la subsecuente materialización, de la experiencia empírica en la práctica profesional diaria del especialista en cirugía general.

Finalmente, la publicación de la pesquisa, servirá como referente científico, para la institución de nuevas investigaciones estructuradas bajo el mismo enfoque temático.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

A. Antecedentes

Mochiki et al¹⁴ describen una técnica de *laparoscopia asistida (LA)* en la que la mayor parte de la disección se realizó por vía laparoscópica y la anastomosis esofagogástrica se realizó a través de una incisión de laparotomía en la línea media. El tiempo operatorio, el número de ganglios linfáticos, la tasa de complicaciones y las tasas de supervivencia acumulada y libre de enfermedad a 5 años en este estudio fueron similares a aquellos con un abordaje abierto.

Un ensayo clínico realizado por Lee et al¹⁵ describió un abordaje LA para gastrectomía distal y una disección de ganglios linfáticos D2 que no produjo muertes y tuvo una tasa de complicaciones del 3% en una serie de 64 pacientes. Aunque la gastrectomía LA es un abordaje útil, un abordaje laparoscópico para la GC puede proporcionar un beneficio adicional.

*Bracale et al*¹⁶ refiere que la gastrectomía laparoscópica (*GTL*) utiliza incisiones más pequeñas y puede maximizar los beneficios posoperatorios de la laparoscopia. En comparación con la cirugía abierta para GC, la *GTL* produjo tasas de morbilidad y mortalidad similares, así como una recuperación más rápida de la función



gastrointestinal, una reducción de la pérdida de sangre y estancias hospitalarias más cortas.

*Kim et al*¹⁷ en un estudio informó una mejora significativa en las puntuaciones de dolor postoperatorio y una disminución de la necesidad de analgésicos entre aquellos pacientes que se sometieron a una GTL para GC.

*Huscher et al*¹⁸ refiere que además de los resultados quirúrgicos, se deben evaluar cuidadosamente los resultados oncológicos resultantes del tratamiento laparoscópico del CG. Una revisión retrospectiva de un abordaje laparoscópico para la gastrectomía R0 subtotal y total para todas las etapas de la CG reportó tasas de supervivencia general y libre de enfermedad a 5 años del 59% y el 57%, respectivamente.

*Moisan et al*³ en un estudio de cohorte emparejado que comparó la TLG con la gastrectomía abierta para GC reportaron una supervivencia comparable a 3 años, global y etapa por etapa.³ Estos datos sugerirían resultados oncológicos aceptables para TLG en comparación con el abordaje abierto.

B. Marco teórico

Cirugía laparoscópica

La última década la cirugía se ha visto revolucionada por un continuo esfuerzo hacia la investigación técnica y tecnológica. Todos estos intentos científicos están, sin duda, adaptados al paciente. Es más, los enfoques y técnicas mínimamente invasivos representan una solución interesante porque contribuyen a mejorar la calidad de vida del paciente¹². Sin embargo, se necesitan pruebas de alta calidad para la incorporación de nuevas tecnologías y técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas en el sistema sanitario.



En este período de crisis económica, es más obligatorio que nunca evaluar la seguridad, la eficiencia oncológica y el análisis de coste-efectividad¹³⁻¹⁵.

Nuestra generación está viendo cómo la cirugía laparoscópica en el tratamiento multimodal de tumores sólidos se expande en la práctica clínica¹⁴⁻¹⁵. Hoy en día, sólo han surgido pruebas sólidas a favor de las resecciones laparoscópicas del cáncer gastrointestinal para el cáncer de colon. Las evidencias actuales de ensayos controlados aleatorios (ECA) bien realizados respaldan una seguridad y eficiencia similares con respecto a los resultados oncológicos y la mejor calidad de vida de la colectomía laparoscópica, en comparación con la colectomía abierta, para pacientes con cáncer de colon en estadios I a III¹⁵⁻¹⁶.

Cirugía laparoscópica del cáncer gástrico

Es ampliamente conocido que la primera serie temprana de cáncer gástrico distal tratado mediante gastrectomía asistida por laparoscopia (LAG) fue descrita por Kitano et al., en 1991¹⁷. Después de este informe, el procedimiento ha ganado rápidamente popularidad en los países del Este.

Está fuera de toda duda que la gastrectomía laparoscópica representa un procedimiento quirúrgico exigente. Los expertos creen que es muy difícil realizar una gastrectomía subtotal y mucho más una gastrectomía total de forma laparoscópica, especialmente en pacientes con índice de masa corporal (IMC) alto y comorbilidades cardiovasculares o respiratorias¹⁸⁻¹⁹. Además, es muy difícil realizar una linfadenectomía laparoscópica y para ello se necesitan manos realmente experimentadas. En cuanto a la reconstrucción alimentaria tras una gastrectomía laparoscópica, el grado de dificultad aumenta desde el abordaje Billroth I hasta el abordaje Billroth II y hasta la gastroyeyunostomía según el



abordaje en Y de Roux¹⁸⁻²⁰. A pesar de estas dificultades, para reducir aún más la invasividad, los cirujanos laparoscópicos avanzados se esfuerzan por reducir aún más la longitud de las incisiones quirúrgicas²¹.

Aunque existen muchas dificultades, la mayoría de los investigadores coinciden en que los beneficios del abordaje laparoscópico están fuera de toda duda. De hecho, la disminución del dolor, la reducción de la desfiguración estética, la estancia hospitalaria más corta, el menor dolor posoperatorio y los resultados a corto plazo con una mejor calidad de vida son algunos de los beneficios esperados para los pacientes tratados mediante gastrectomía laparoscópica. A pesar de estos beneficios, los efectos terapéuticos en el adenocarcinoma gástrico en términos de seguridad quirúrgica, eficacia oncológica y resultados a largo plazo aún no están claros¹².

De hecho, el abordaje laparoscópico para pacientes con cáncer gástrico es ampliamente utilizado por cirujanos japoneses experimentados. De manera diferente, la gastrectomía laparoscópica se realiza sólo en algunos centros de alto volumen en los países occidentales²². Sin embargo, aún existen muchas controversias y dudas debido a la falta de grandes estudios clínicos prospectivos para evaluar y describir las tasas de supervivencia general y las tasas de supervivencia libre de enfermedad de pacientes con cáncer gástrico tratados con gastrectomía laparoscópica, especialmente en los países occidentales. Por otro lado, existe cada vez más controversia para los pacientes tratados mediante gastrectomía total laparoscópica por cáncer, que constituye un procedimiento quirúrgico muy exigente y duradero²³.

En cuanto a las guías actuales para el tratamiento laparoscópico y el cáncer gástrico, hay que destacar que no existe un consenso unánime. La principal recomendación es que el abordaje laparoscópico debe ser utilizado sólo para el cáncer gástrico temprano y sólo por cirujanos experimentados y altamente capacitados en cirugía gástrica²⁴⁻²⁵.



Evidencia actual sobre gastrectomía laparoscópica para el cáncer

Hoy en día no sólo están mejorando las técnicas y procedimientos quirúrgicos en la gastrectomía laparoscópica sino que también se está implementando el intento de una adecuada disección ganglionar. Además, en los últimos dos años los cirujanos del Este se han ocupado de procedimientos avanzados y exigentes que incluyen gastrectomía total y disección ampliada de ganglios linfáticos. Recientemente, se han realizado algunos ensayos prospectivos bien realizados en Japón y Corea para evaluar la seguridad y viabilidad oncológica de la gastrectomía laparoscópica para el cáncer gástrico temprano o avanzado²⁶⁻²⁸.

Perspectivas futuras

Debemos destacar el hecho de que a medida que se ha ido acumulando experiencia en laparoscopia entre cirujanos de los países orientales, las indicaciones para los abordajes laparoscópicos han incluido también casos más “difíciles” y exigentes con pacientes con cáncer gástrico avanzado. Por otro lado, en los países occidentales la gastrectomía laparoscópica se encuentra en una etapa inicial y cuando se realiza se realiza para cánceres gástricos tempranos. Pero los cánceres gástricos tempranos en los países occidentales son un evento muy raro. Como se sabe, más del 90% de los cánceres gástricos en Occidente se diagnostican en una fase avanzada.

El conocimiento "establecido" hasta la fecha es que el abordaje laparoscópico para el cáncer gástrico proporciona validez oncológica y seguridad para pacientes con cáncer gástrico temprano en manos experimentadas y en centros de gran volumen, mientras que para el cáncer gástrico avanzado se necesitan más ensayos prospectivos. El aspecto más importante a tener en cuenta es que la gastrectomía laparoscópica constituye una operación exigente y para lograr resultados valiosos a largo plazo una curva de aprendizaje real requiere un duro entrenamiento. Dada la baja calidad de algunos estudios



considerados en los metaanálisis, el futuro cercano con ensayos multicéntricos prospectivos bien realizados también en países occidentales nos dirá si estos procedimientos laparoscópicos tan exigentes y avanzados se traducirán en un beneficio real de supervivencia para los pacientes con cáncer gástrico. Parece que se avecinan nuevos horizontes para la cirugía laparoscópica, ya que la evidencia clínica actual reveló que la gastrectomía laparoscópica realizada por "manos experimentadas" no es inferior a la gastrectomía abierta para el cáncer gástrico temprano y para el cáncer gástrico avanzado en las poblaciones orientales.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS, OBJETIVOS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

A. Hipótesis

1. General

“Hay diferencias en las características de la gastrectomía laparoscópica con la incisional en pacientes con cáncer gástrico atendidos en el Hospital Base III Juliaca EsSalud 2020 - 2023 entre los años 2020 y 2023”

2. Específicas

“Es mayor el número de ganglios disecados en pacientes con gastrectomía laparoscópica comparado con los pacientes con gastrectomía incisional”

“Es menor el sangrado intra-operatorio en pacientes con gastrectomía laparoscópica comparado con los pacientes con gastrectomía incisional”



“Es menor el tiempo de hospitalización en pacientes con gastrectomía laparoscópica comparado con los pacientes con gastrectomía incisional”

“Es más rápido el inicio de la vía oral en pacientes con gastrectomía laparoscópica comparado con los pacientes con gastrectomía incisional”

“Es menor el dolor post-operatorio en pacientes con gastrectomía laparoscópica comparado con los pacientes con gastrectomía incisional”

“Es menor la morbimortalidad en pacientes con gastrectomía laparoscópica comparado con los pacientes con gastrectomía incisional”

“Es menor la presencia de infección de sitio operatorio en pacientes con gastrectomía laparoscópica comparado con los pacientes con gastrectomía incisional”

3. Estadísticas o de trabajo

H1: “Hay diferencias en las características de la gastrectomía laparoscópica con la incisional en pacientes con cáncer gástrico atendidos en el Hospital Base III Juliaca EsSalud 2020 - 2023 entre los años 2020 y 2023”

Ho: “No hay diferencias en las características de la gastrectomía laparoscópica con la incisional en pacientes con cáncer gástrico atendidos en el Hospital Base III Juliaca EsSalud 2020 - 2023 entre los años 2020 y 2023”

B. Objetivos

Objetivo general

Comparar las características de la gastrectomía laparoscópica con la incisional en pacientes con cáncer gástrico atendidos en el Hospital Base III Juliaca EsSalud 2020 - 2023 entre los años 2020 y 2023.



Objetivos específicos

1. Determinar el número de ganglios disecados en pacientes con gastrectomía laparoscópica comparado con los pacientes con gastrectomía incisional.
2. Analizar la cantidad de sangrado intra-operatorio en pacientes con gastrectomía laparoscópica comparado con los pacientes con gastrectomía incisional.
3. Determinar el tiempo de hospitalización en pacientes con gastrectomía laparoscópica comparado con los pacientes con gastrectomía incisional.
4. Analizar el inicio de la vía oral en pacientes con gastrectomía laparoscópica comparado con los pacientes con gastrectomía incisional.
5. Determinar el grado de dolor post-operatorio en pacientes con gastrectomía laparoscópica comparado con los pacientes con gastrectomía incisional.
6. Comparar la morbimortalidad en pacientes con gastrectomía laparoscópica comparado con los pacientes con gastrectomía incisional.
7. Analizar la presencia de infección de sitio operatorio en pacientes con gastrectomía laparoscópica comparado con los pacientes con gastrectomía incisional.

C. Operacionalización de variables

VARIABLE DEPENDIENTE:

Variable	Indicador	Unidad/Categoría	Escala	Tipo de Variable
Cáncer gástrico	Ganglios disecados	Número/Si,No	Razón/Nominal	Cuantitativa/Cualitativa



	<p>Sangrado intra-operatorio</p> <p>Tiempo de hospitalización</p> <p>Inicio de la vía oral</p> <p>Grado de dolor post-operatorio</p> <p>Morbimortalidad</p> <p>Presencia de infección de sitio operatorio</p>			
--	---	--	--	--

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Variable	Indicador	Unidad/Categoría	Escala	Tipo de Variable
Gastrectomía	Uso de técnicas operatorias	Laparoscópica Incisional	Nominal	Cualitativa

VARIABLES INTERVINIENTES:

Variable	Indicador	Unidad/Categoría	Escala	Tipo de Variable
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del paciente hasta la intervención por	Años	Razón	Cuantitativa



	apendicitis aguda complicada.			
Sexo	Condición biológica que diferencia a los pacientes varones de las mujeres.	Masculino Femenino	Nominal	Cualitativa
Comorbilidades	Presencia de enfermedades previas al diagnóstico de cancer gástrico	Diabetes mellitus Hipertensión arterial Cardiopatías Otros	Nominal	Cualitativa
Estadio del cáncer	Estadio final	I,II,III	Nominal	Cualitativa
Estancia hospitalaria	Tiempo transcurrido desde el ingreso al hospital hasta el momento del alta.	3 a 5 días >5 días	Ordinal	Cualitativa
Comorbilidades	Presencia de enfermedades previas al diagnóstico de cancer gástrico	Diabetes mellitus Hipertensión arterial Cardiopatías Otros	Nominal	Cualitativa



CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

A. Tipo de investigación

Investigación observacional, analítica, transversal, retrospectiva.

B. Diseño de investigación

No experimental

C. Población y Muestra

1. Población:

Está conformado por pacientes intervenidos por gastrectomía laparoscópica o incisional en el Hospital Base III Juliaca EsSalud 2020 - 2023, durante el periodo de enero a diciembre del 2020 al 2023.

2. Tamaño de muestra:

Censal. Se trabajará con toda la población estará conformada por todos los pacientes pacientes intervenidos por gastrectomía laparoscópica o incisional en el Hospital



Base III Juliaca EsSalud 2020 - 2023, durante el periodo de enero a diciembre del 2020 al 2023.

3. Selección de la muestra:

El tipo de muestreo será probabilístico y la técnica a usar será el aleatorio simple.

D. Criterios de selección.

1. Criterios de inclusión

- Pacientes adultos (≥ 18 años)
- Pacientes de ambos sexos con diagnóstico de cáncer gástrico
- Pacientes con información completa en sus historias clínicas

2. Criterios de exclusión

- Pacientes con más de una patología intraabdominal
- Pacientes con información incompleta en sus historias clínicas

E. Material y Métodos

- En primer lugar, se solicitará la autorización al director del Hospital Base III Juliaca EsSalud 2020 - 2023 y a la Universidad Nacional del Altiplano para la aprobación de este proyecto.
- Luego se coordinará con el personal de archivo para obtener la autorización y acceder a las historias clínicas de los pacientes con cáncer gástrico operados por gastrectomía.



- Antes de registrar la información en la ficha de recolección, se realizará la evaluación de los criterios de selección.
- Las fichas de recolección serán enumeradas y revisadas para evaluar el control de calidad del llenado.
- Finalmente, estos serán vaciados a una base de datos del programa SPSS versión 29 en español, para su posterior análisis.

F. Instrumentos y procedimientos de recolección de datos

1. Instrumentos:

Ficha de recolección, la cual estará constituida de la siguiente manera:

a. Características generales: Esta sección estará dividida en:

Epidemiológicos: (Edad, sexo, comorbilidades)

Clínicas: (Estadio de apendicitis, estancia hospitalaria)

b. Gastrectomía: Laparoscópica o incisional.

a. Características: tales como Ganglios disecados, sangrado intra-operatorio, tiempo de hospitalización, inicio de la vía oral, grado de dolor post-operatorio, morbimortalidad, presencia de infección de sitio operatorio.

2. Procedimiento de recolección de datos:

Por tratarse de una ficha de recolección se recurrirá a un juicio de expertos conocedores del tema, para validar el contenido del instrumento en función a los objetivos del estudio. Luego se procederá al llenado de las fichas de acuerdo a la



información de las historias clínicas. No es necesario el consentimiento informado dado que es un estudio retrospectivo.

Las fichas de recolección de datos estarán custodiadas en archivadores con llave y solo podrán ser accedidas bajo supervisión del equipo de investigación.

El investigador declara no presentar ningún conflicto de intereses.

Se plantea difundir los resultados obtenidos mediante la publicación en una revista científica

G. Análisis estadístico de datos.

Se elaborará una base de datos en el programa SPSS 29, la cual pasará por un proceso de control de calidad para el posterior análisis estadístico correspondiente.

Análisis descriptivo

Para el análisis de las variables cualitativas se utilizó las frecuencias absolutas y relativas (%); para las variables cuantitativas se calculó las medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar).

Análisis inferencial

Para determinar la relación entre variables, se usará la prueba Chi cuadrado, considerando un nivel de significancia del 5%, es decir un $p < 0.05$ será considerado significativo, y para comparar promedios de grupos independientes se usará la prueba t de Student.

Presentación de resultados



Los resultados serán presentados en tablas simples y dobles, además de gráficos estadísticos como el de barras y/o circulares de acuerdo a la operacionalización de variables. Se usará el programa Microsoft Excel 2017.



CAPÍTULO V

CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO

A. Cronograma:

ACTIVIDAD	(Año) 2024				
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
1. Planteamiento del Problema y revisión de Bibliografía	X				
2. Elaboración del proyecto	X				
3. Presentación del Proyecto	X				
4. Recolección de datos		X			
5. Procesamiento de datos			X		
6. Elaboración de informe Final				X	
7. Presentación del Informe final					X

B. Presupuesto:



GASTO	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO	COSTO
	DE		UNITARIO (S/)	TOTAL (S/)
	MEDIDA			
Papel bond 80 grs.	millar	1	10.00	10.00
Fotocopiado	ciento	1	12.00	12.00
Lapiceros	unidad	3	3.00	9.00
Lápiz	unidad	2	2.00	4.00
Fólderes	unidad	4	1.50	6.00
Movilidad local	unidad	30	5.00	150.00
Empastado	unidad	4	35.00	140.00
Total				331.00



CAPÍTULO VI

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wei HB, Wei B, Qi CL, et al. Laparoscopic versus open gastrectomy with D2 lymph node dissection for gastric cancer: a meta-analysis. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2011;21(6):383–390 [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
2. Hwang SI, Kim HO, Yoo CH, et al. Laparoscopic-assisted distal gastrectomy versus open distal gastrectomy for advanced gastric cancer. *Surg Endosc.* 2009;23:1252–1258 [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
3. Moisan F, Norero E, Milenko S, et al. Completely laparoscopic versus open gastrectomy for early and advanced gastric cancer: a matched cohort study. *Surg Endosc.* 2012;26:661–672 [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
4. Huscher CG, Mingoli A, Sgarzini G, et al. Laparoscopic versus open subtotal gastrectomy for distal gastric cancer: five year results of a randomized prospective trial. *Ann Surg.* 2005;241:232–237 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
5. Kim HH, Hyung WJ, Cho GS, et al. Morbidity and mortality of laparoscopic gastrectomy versus open gastrectomy for gastric cancer: an interim report—a phase III multicenter, prospective, randomized trial (KLASS trial). *Ann Surg.* 2010;251(3):417–420 [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
6. Kitano S, Shiraishi N, Uyama I, et al. A multicenter study on oncologic outcome of laparoscopic gastrectomy for early cancer in Japan. *Ann Surg.* 2007;245:68–72 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
7. Strong VE, Devaud N, Karpeh M. The role of laparoscopy for gastric surgery in the west. *Gastric Cancer.* 2009;12:127–131 [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]



8. Kodera Y, Fujiwara M, Ohashi N, et al. Laparoscopic surgery for gastric cancer: a collective review with meta-analysis of randomized trials. *J Am Coll Surg.* 2010;211(5):677–686 [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
9. Topal B, Leys E, Ectors N, Aerts R, Penninckx F. Determinants of complications and adequacy of surgical resection in laparoscopic versus open total gastrectomy for adenocarcinoma. *Surg Endosc.* 2008;22:980–984 [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
10. Bagshaw PF, Allandyce RA, Frampton CM, et al. Long-term outcomes of the Australasian randomized clinical trial comparing laparoscopic and conventional open surgical treatments for colon cancer. *Ann Surg.* 2012;256(6):915–919 [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
11. Kwon S, Billingham R, Farrokhi E, et al. Adoption of laparoscopy for elective colorectal resection: a report from the surgical care and outcomes assessment program. *J Am Coll Surg.* 2012;214(6):909–918 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
12. Song J, Lee HJ, Cho GS, et al. Recurrence following laparoscopy-assisted gastrectomy for gastric cancer: a multicenter retrospective analysis of 1,417 patients. *Ann Surg Oncol.* 2010;17:1777–1786 [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
13. Strong VE, Devaud N, Allen PJ, Gonen M, Brennan MF, Coit D. Laparoscopic versus open subtotal gastrectomy for adenocarcinoma: a case-control study. *Ann Surg Oncol.* 2009;16:1507–1513 [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
14. Mochiki E, Toyomasu Y, Ogata K, et al. Laparoscopically assisted total gastrectomy with lymph node dissection for upper and middle gastric cancer. *Surg Endosc.* 2008;22:1997–2002 [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
15. Lee SI, Choi YS, Park DJ, et al. Comparative study of laparoscopic-assisted distal gastrectomy and open distal gastrectomy. *J Am Coll Surg.* 2006;202(6):874–880 [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]



16. Bracale U, Rovani M, Bracale M, et al. Totally laparoscopic gastrectomy for gastric cancer: meta-analysis of short-term outcomes. *Minim Invasive Ther Allied Technol.* 2012;21:150–160 [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
17. Kim HS, Kim BS, Lee IS. Comparison of totally laparoscopic total gastrectomy and open gastrectomy for gastric cancer. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2013;23:323–331 [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
18. Huscher CG, Mingoli A, Sgarzini G, et al. Totally laparoscopic total and subtotal gastrectomy with extended lymph node dissection for early and advanced gastric cancer: early and long-term results of a 100-patient series. *Am J Surg.* 2007;194:839–844 [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
19. K. Obama, H. Okabe, H. Hosogi, et al., Feasibility of laparoscopic gastrectomy with radical lymph node dissection from gastric cancer: from a view point of pancreas-related complications, *Surgery* 149 (2011) 15e21.
20. J.M. Pfluke, M. Parker, J.A. Stauffer, et al., Laparoscopic surgery performed through a single incision: a systematic review of the current literature, *J. Am. Coll. Surg.* 212 (2011) 113e118.
21. S.H. Ahn, S.Y. Son, C.M. Lee, et al., Intracorporeal uncut Roux-en-Y gastrojejunostomy reconstruction in pure single-incision laparoscopic distal gastrectomy for early gastric cancer: unaided stapling closure, *J. Am. Coll. Surg.* 218 (2014) 17e20.
22. C. Katsios, G. Baltogiannis, D. Roukos, Laparoscopic surgery for gastric cancer: comparative-effectiveness research and future trends, *Expert Rev. Anticancer Ther.* 10 (4) (2010) 473e476.
23. H.S. Ahn, H.J. Lee, M.W. Yoo, et al., Changes in clinicopathological features and survival after gastrectomy for gastric cancer over a 20-year period, *Br. J. Surg.* 98 (2011) 255e260.



24. J. Park do, S.U. Han, W.J. Hyung, et al., Long-term outcomes after laparoscopyassisted gastrectomy for advanced gastric cancer: a large-scale multicenter retrospective study, *Surg. Endosc.* 26 (2012) 1548e1553.
25. T.E. Pavlidis, E.T. Pavlidis, A.K. Sakantamis, The role of laparoscopic surgery in gastric cancer, *J. Min. Access Surg.* 8 (2012) 35e38.
26. M. Cui, J.D. Xing, W. Yang, et al., D2 dissection in laparoscopic and open gastrectomy for gastric cancer, *World J. Gastroenterol.* 18 (2012) 833e839.
27. H. Sato, M. Shimada, N. Kurita, et al., Comparison of long-term prognosis of laparoscopy-assisted gastrectomy and conventional open gastrectomy with special reference to D2 lymph node dissection, *Surg. Endosc.* 26 (2012) 2240e2246.
28. N. Tanaka, H. Katai, M. Saka, et al., Laparoscopy-assisted pylorus-preserving gastrectomy: a matched case-control study, *Surg. Endosc.* 25 (2011) 114e118.
29. C. Kunisaki, H. Makino, R. Takagawa, et al., Efficacy of laparoscopy-assisted distal gastrectomy for gastric cancer in the elderly, *Surg. Endosc.* 23 (2009) 337e383.



CAPÍTULO VII

ANEXOS

1. Instrumento de recolección de datos

D. Ficha de recolección de datos

Datos Generales:

- Edad:
- Sexo:
 - Femenino ()
 - Masculino ()
- Procedencia:
- Peso:
- Talla:
- **Gastrectomía:**

Laparoscópica	Sí ()	No ()
Incisional	Sí ()	No ()
- **Características:**

Número de ganglios disecados:

Cantidad de sangrado intra-operatorio:

Tiempo de hospitalización:

Inicio de la vía oral	Sí ()	No ()
-----------------------	--------	--------

Grado de dolor post-operatorio:

Morbimortalidad	Sí ()	No ()
-----------------	--------	--------



Presencia de infección de sitio operatorio Sí ()

No ()

2. Validación por juicio de expertos

Estimado juez experto (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjuntan:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Id	Criterios	Si	No	Observación
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2	El instrumento responde a los objetivos del estudio.			
3	La estructura del instrumento es adecuado.			
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.			
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6	Los ítems son claros y comprensibles.			



7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.			
---	--	--	--	--

Sugerencias:.....

Firma y sello

3. Validación por juicio de expertos

Estimado juez experto (a): _____

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjuntan:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Id	Criterios	Si	No	Observación
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			



2	El instrumento responde a los objetivos del estudio.			
3	La estructura del instrumento es adecuado.			
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.			
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6	Los ítems son claros y comprensibles.			
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

Sugerencias:.....
.....
.....
.....
.....

Firma y sello



AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo Hilda Lizinka Trujengue Vasquez identificado con DNI 47231312 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

CIRUGIA GENERAL

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

" GASTRECTOMIA LAPAROSCOPICA EN PACIENTES CON CANCER GASTRICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BASE III JULIACA ESCALUD 2020 - 2023 "

para la obtención de Grado, Título Profesional o Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los "Contenidos") que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 10 de Abril del 20 24


FIRMA (obligatoria)



Huella



DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo Hilda Lizinka Troyengue Vasquez
identificado con DNI 47231812 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado
CIRUGÍA GENERAL

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:
" GASTRECTOMIA LAPAROSCOPICA EN PACIENTES CON
CANCER GASTRICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
BASE III JULACA ESCALUD 2020 - 2023 "

Es un tema original.


Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 10 de Abril del 2024


FIRMA (obligatoria)



Huella