



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES ASOCIADOS A LA MORBIMORTALIDAD EN
PACIENTES ANCIANOS MAYORES DE 80 AÑOS SOMETIDOS A
MANEJO QUIRURGICO POR ADENOCARCINOMA GASTRICO
INEN 2010-2020**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGIA ONCOLOGICA**

**PRESENTADO POR
GUSTAVO FERRER ACEVEDO JAUREGUI**

**ASESOR
JULIO RIVARA DAVILA**

**LIMA - PERÚ
2023**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES ASOCIADOS A LA MORBIMORTALIDAD EN
PACIENTES ANCIANOS MAYORES DE 80 AÑOS
SOMETIDOS A MANEJO QUIRURGICO POR
ADENOCARCINOMA GASTRICO INEN 2010-2020**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
CIRUGIA ONCOLOGICA**

**PRESENTADO POR
GUSTAVO FERRER ACEVEDO JAUREGUI**

**ASESOR
DR. JULIO RIVARA DAVILA**

LIMA, PERÚ

2023

ÍNDICE

	Págs.
Portada	1
Índice	2

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema	5
1.2 Formulación del problema	6
1.2.1 Problema general	6
1.3 Objetivos	6
1.3.1 Objetivo general	6
1.3.2 Objetivos específicos	7
1.4 Justificación	7
1.5 Viabilidad y Factibilidad	7
1.6 Limitaciones del estudio	8

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes	9
2.2 Bases teóricas	10
2.3 Definición de términos básicos	11
2.3.1 Morbimortalidad	11
2.3.2 Pacientes ancianos	11
2.3.3 Manejo quirúrgico	12
2.3.4 Cáncer Gástrico	12
2.3.5 Inen	12

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis	13
3.1.1 Hipótesis general	13
3.1.2 Hipótesis específica	13
3.2 Variables y sus operacionalización	14

CAPITULO IV: METODOLOGIA

4.1 Tipos y diseño	16
4.2 Diseño muestral	16
4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos	16
4.4 Procesamiento y análisis de datos	17
4.5 Aspectos éticos	17

CRONOGRAMA	18
-------------------	-----------

PRESUPUESTO	19
--------------------	-----------

FUENTES DE INFORMACIÓN	20
-------------------------------	-----------

ANEXOS

1. Matriz de consistencia	22
2. Instrumentos de recolección de datos	24

NOMBRE DEL TRABAJO

FACTORES ASOCIADOS A LA MORBIMORTALIDAD

AUTOR

GUSTAVO FERRER ACEVEDO

RECUENTO DE PALABRAS

4134 Words

RECUENTO DE CARACTERES

23433 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

24 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

125.7KB

FECHA DE ENTREGA

May 31, 2023 3:30 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 31, 2023 3:30 PM GMT-5**● 20% de similitud general**

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

- 20% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado
- Fuentes excluidas manualmente

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

En los últimos años la población anciana (mayor de 80 años) a tenido que ser sometida a procedimientos quirúrgicos por cáncer gástrico. Se describe que la edad es un importante factor de riesgo de morbilidad y mortalidad durante la cirugía, mientras que otros argumentan que la comorbilidad más que la edad aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad. Según KATO Y, “estimaciones globales el cáncer gástrico es el cuarto cáncer más común, y la segunda causa más común de muerte por cáncer en el mundo. El adenocarcinoma gástrico, comúnmente denominado carcinoma gástrico o cáncer gástrico, es el tumor gástrico maligno más común, constituye el 95 % de las neoplasias malignas del estómago”. Según Llorens “la supervivencia de los pacientes con cáncer gástrico es muy baja, tanto en los países industrializados como en los que están en vías de desarrollo, debido a que la mayoría de los casos se diagnostican en etapas avanzadas, cuando la probabilidad de curación es muy reducida. En Japón, las tasas generales de supervivencia son considerablemente mayores gracias a los programas masivos de detección temprana iniciados en 1960, con un porcentaje creciente de casos detectados y tratados en sus estadios incipientes lo que permite aplicar el tratamiento oportuno lo que garantiza una sobrevivida a los cinco años del 90 %”. Según información de la “Organización Mundial de la Salud a nivel mundial, la mortalidad por cáncer aumentará un 45% entre 2007 y 2030 pasará de 7,9 millones a 11,5 millones de defunciones, debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población”.

En nuestro país según “REGISTRO DE CANCER EN LIMA METROPOLITANA en el periodo 2010-2012 ocurrieron 4.821 casos nuevos de cáncer de estómago entre los residentes de lima metropolitana, con una tasa de incidencia de 17.1 casos por 100,000 habitantes, el cáncer gástrico represento 7.9% de todas las neoplasias malignas y 55.4% de los casos se presentaron en hombres. El riesgo acumulado de

desarrollar esta enfermedad a los 80 años fue del 5.25% en hombres (1 de cada 19 hombres) y 3.31% en mujeres (1 de cada 30 mujeres)". (2)

Este registro de cáncer tuvo un nuevo periodo comprendido entre el 2013-2015 donde ocurrieron 5.221 casos nuevos de cáncer de estómago, con una tasa de incidencia de 17,8 casos por 100.000 habitantes, el cáncer gástrico representó 7,4% de todas las neoplasias malignas y 51,9% de los casos se presentaron en hombres siendo en varones el segundo el segundo cáncer más frecuente y en mujeres el tercer cáncer más frecuente. El riesgo acumulado de desarrollar esta enfermedad a los 80 años fue del 2,09% en hombres (1 de cada 48 hombres) y 1,50% en mujeres (1 de cada 67 mujeres). (11)

Desde hace años se ha relacionado al sistema inmunitario con la aparición de determinadas enfermedades dentro de ellas las enfermedades neoplásicas; es por ello que estudios demuestran que el factor de inmunosenescencia está presente en un 7% en todos los canceres sobre todo en edad avanzada, pero no considerado como riesgo de morbimortalidad al tratamiento quirúrgico en cáncer gástrico. (13) Algunos autores consideran a la edad como un factor de riesgo importante de morbimortalidad en cirugía. Otros consideran que son las patologías concomitantes y otros a las complicaciones post operatorias y no la edad las que aumentan el riesgo.

En estudios previos se analizaron de forma retrospectiva datos referentes a que ciertos factores como sexo, clínica al momento del diagnóstico, presencia y tipo de comorbilidades (enfermedades cardiovasculares, pulmonares, renales, degenerativas entre otras), también evaluaron la localización tumoral, estadio clínico (15), administración de QT perioperatoria, técnica quirúrgica realizada, necesidad de transfusión sanguínea durante el perioperatorio, aparición de

complicaciones postoperatorias tanto médicas como quirúrgicas, así como su grado según la clasificación Clavien-Dindo. (12,17)

Por otro lado, hasta la actualidad se ha considerado que la morbimortalidad postoperatoria después de cirugía mayor es más elevada en pacientes ancianos. Un concepto a tener en cuenta es el de *frailty*, es decir hace referencia a la reserva fisiológica del paciente, independientemente de su edad, por lo tanto, es importante a la hora de tomar una decisión terapéutica. (14,16)

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general:

¿Cuáles son los factores asociados a la morbimortalidad en pacientes ancianos mayores de 80 años sometidos a manejo quirúrgico por adenocarcinoma gástrico en el INEN 2010 al 2020?

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo general:

Determinar los factores asociados a la morbimortalidad en pacientes ancianos mayores de 80 años sometidos a manejo quirúrgico por adenocarcinoma gástrico en el INEN 2010 al 2020.

1.3.2. Objetivos específicos:

- Determinar las características del tipo de cirugía (GT, GST).
- Determinar características de complicaciones médicas (respiratorias, renales, cardiovasculares, sepsis).
- Determinar las características de complicaciones quirúrgicas (fistulas de anastomosis E-Y y Gastro-Entéricas, infección de herida).

- Determinar mortalidad post operatoria (REOPERACIONES, CUALQUIER DECESO PRODUCIDO DENTRO DE LOS TREINTA DÍAS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA).

1.4. Justificación:

El trabajo aquí expuesto es fruto de un cúmulo de circunstancias a lo largo del tiempo que, poco a poco, me han dirigido hacia el tema del cáncer en pacientes ancianos sometidos a manejo quirúrgico por cáncer gástrico como importante problema de salud al que nos hemos de enfrentar los médicos diariamente.

Es por eso según la bibliografía, en los últimos años se ha producido un aumento de la población anciana que debe ser sometida a tratamiento quirúrgico por adenocarcinoma gástrico.

El estudio específico y análisis de los datos recogidos nos permitirá conocer de primera mano los factores asociados a la morbimortalidad en pacientes ancianos mayores de 80 años sometidos a manejo quirúrgico por adenocarcinoma gástrico en el INEN 2010 al 2018.

1.5. 1.5. Viabilidad y limitaciones del estudio

El presente estudio es viable puesto que se tiene el permiso del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, la capacidad técnica del investigador con respecto al diseño del estudio y también con la tecnología adecuada para su desarrollo.

El estudio es posible ya que se cuenta con el recurso humano y materiales necesarios en el INEN. Contamos con acceso a las historias clínicas y base de datos, así como el tiempo necesario y el presupuesto de la investigación es accesible a los recursos personales del investigador.

Limitaciones del estudio

El estudio es realizable ya que se cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios, en el INEN. Ya que tenemos acceso a las historias clínicas y base de datos. El presupuesto de la investigación es accesible a los recursos personales del investigador.

Este estudio tiene la limitación de no extrapolar en su totalidad la población en general, ya que no toma en cuenta a aquellos pacientes mayores de 80 años diagnosticados con cáncer gástrico que por diferentes razones no pueden acudir al INEN para el tratamiento respectivo.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

El cáncer es actualmente uno de los mayores problemas de salud pública a nivel nacional y mundial ya que, junto con las enfermedades cardiovasculares y los traumas, es la causa más común de muerte en la población. Los factores asociados incluyen: mayor esperanza de vida, control de enfermedades transmisibles, cambios culturales y ambientales, hábitos dietéticos y factores hereditarios. La enfermedad representa actualmente el 12% de todas las muertes en todo el mundo, con un riesgo de muerte que oscila entre 92 y 138 por cada 100.000 habitantes para hombres y mujeres respectivamente. Según la OMS (2005), más de 11 millones de personas son diagnosticadas con cáncer cada año, y para el 2020 se estima que habrá 16 millones de casos nuevos cada año; y la segunda causa de muerte en todo el mundo (1).

El cáncer es un problema apremiante en los países económicamente desarrollados. En ellos se ha alcanzado controlar otras causas de muerte, y una gran proporción de la población tiene una edad superior a 65 años, grupo etario en el que se presenta el máximo riesgo de adquirir cáncer (5).

La población mundial está envejeciendo rápidamente. En la mayoría de los países desarrollados la población total no aumentará en los próximos años, pero la población mayor de 65 años aumentará significativamente. Estos cambios demográficos también se presentan en nuestro país, con un aumento de la esperanza de vida al nacer, disminución en las tasas de natalidad y aumento del índice de envejecimiento; asociado al envejecimiento de la población se ha observado un aumento de pacientes ancianos sometidos a intervenciones quirúrgicas. (3)

Algunos autores consideran que la edad es un factor de riesgo independiente de complicaciones en cirugía mayor y sostienen que los pacientes de edad avanzada no deben someterse a operaciones complejas debido a la baja tasa de recuperación y la alta morbilidad postoperatoria. Por otro lado, otros autores mencionaron que la edad no fue un factor de riesgo de complicaciones y que fue la enfermedad asociada la que realmente influyó en el resultado quirúrgico de estos pacientes. El manejo adecuado de estas condiciones puede marcar una diferencia significativa en el resultado quirúrgico. (3)

El cáncer gástrico es la principal causa de muerte por neoplasia en hombres en nuestro país y en los últimos años se ha observado un crecimiento en la edad de los pacientes con esta patología que deben ser sometidos a gastrectomía.

El porcentaje de pacientes sometidos a cirugía en edades avanzadas es hoy elevado y ha sido proporcional a la disminución del riesgo en la cirugía. Hoy en día son operables y resecables cánceres en pacientes de edad avanzada que hace algún tiempo habrían sido considerados no tratables quirúrgicamente. (2)

2.2 Bases teóricas:

La gastrectomía por cáncer es una operación compleja que históricamente ha tenido una alta morbi-mortalidad. Los primeros pacientes en someterse a esta cirugía entre los años 1879 y 1880 por Jules Pean y Rydygier, fallecieron en el post-operatorio inmediato.

Un 29 de Enero de 1881 Theodor Billroth realizó la primera gastrectomía con sobrevida postoperatoria en Therese Heller, quien tenía un tumor en la región antro pilórico, para restaurar el tránsito intestinal, se anastomoso el estómago restante con duodeno, reconstrucción que ahora se conoce como "Billroth I". La paciente falleció 4 meses después por metástasis hepática.

En 1885 después de realizar una resección más extensa Billroth cerró el muñón duodenal y anastomosó el yeyuno al muñón gástrico, (Billroth II).

Para 1897 este brillante cirujano y sus pupilos habían realizado 46 resecciones gástricas con una mortalidad post operatoria de 35% (6)

La primera gastrectomía total con sobrevivencia postoperatoria fue efectuada por Karl Schlatter en 1897(6), posteriormente la gastrectomía por cáncer gástrico fue

aceptada por la comunidad médica y su uso se difundió a los demás países europeos y al continente americano.

En el Perú, según la tesis Doctoral del Dr. Sánchez Huaco (7) la primera gastrectomía sub-total distal con sobrevida postoperatoria fue realizada en 1904 por el Dr. Juvenal Denegri; posteriormente en 1950 el Dr. L. Gurmendi (7) realiza la primera gastrectomía total con sobrevida post operatoria.

En el INEN la primera gastrectomía sub-total fue realizada el 10 de mayo de 1950 por los doctores Luis Esteves y R. Mazzetti, posteriormente el 15 de octubre de 1952 los Dres. Carlos Payet G. y Alberto Sabogal ejecutaron la primera gastrectomía total, ambos pacientes sobrevivieron al post operatorio pero fallecieron por progresión de la enfermedad.

Teniendo en cuenta un estudio publicado en el 2004 donde analizan la morbilidad post operatoria y mortalidad intrahospitalaria de la gastrectomía por adenocarcinoma gástrico (análisis de 50 años), concluyen que se observa una disminución progresiva de la mortalidad postoperatoria de un promedio de 15.3% para los estudios publicados antes de 1970 a un 5.2% para las series publicadas antes del 2003.(4)

Actualmente no contamos con una actualización de estos datos y menos en ancianos.

2.3 Definición de términos básicos

2.3.1 Morbimortalidad: Es una definición médica compleja que combina dos subconceptos como son la morbilidad y la mortalidad. La morbilidad es la presencia de un tipo particular de enfermedad en un determinado grupo de personas. La mortalidad es una recolección de datos estadísticos de las muertes dentro en una población. La combinación estos dos subconceptos, por lo tanto, nos permite comprender definiciones más específicas de morbilidad y mortalidad, es decir, enfermedades que causan la muerte en una población, espacio y tiempo en particular.

2.3.2 Pacientes ancianos: La gerontología es parte de geriatría, que se ocupa del diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas, así como de la rehabilitación funcional y reinserción en la sociedad. En casi todos los países, a medida que aumenta la esperanza de vida y disminuyen las tasas de

fecundidad, la proporción de la población de 60 años o más crece más rápido que cualquier otro grupo de edad. El envejecimiento de la población puede verse como un resultado de las políticas desarrollo socioeconómico y de salud pública, pero también abordar los desafíos de la adaptación social maximizar la salud y funcionamiento de las personas mayores, así como la participación social de las personas mayores y también plantea problemas de seguridad. seguridad.

2.3.3 Manejo quirúrgico: El adjetivo quirúrgico procede del latín chirurgicus, aunque su origen etimológico más lejano se halla en el griego. El término se emplea con referencia a aquello vinculado a una cirugía. Consiste en la curación de un trastorno o una enfermedad a través de una intervención de tipo quirúrgico, por lo tanto, supone una acción mecánica sobre una estructura anatómica del cuerpo.

2.3.4 Cáncer gástrico: El desarrollo del cáncer gástrico es un proceso complejo que involucra múltiples alteraciones genéticas y epigenéticas de los oncogenes, genes supresores de tumores, genes reparadores del DNA, reguladores del ciclo celular y moléculas de señalización

2.3.5 INEN: El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, reconocido a nivel nacional e internacional como INEN, es un complejo hospitalario público peruano administrado por el Ministerio de Salud del Perú. La Ley N°8892, crea el Instituto Nacional del Cáncer, para brindar servicios médicos a la población que padecen diversos tipos de cáncer. En 1939 la primera sede localizada en la Avenida Alfonso Ugarte, frente al Hospital Arzobispo Loayza en el centro de Lima abrieron sus puertas para la atención de la población en general. La construcción de la sede actual se inició en 1987 durante el primer mandato de Alan García Pérez; fue inaugurado el 23 de enero de 1988. El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas es complejo hospitalario especializado en la detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades oncológicas.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

3.1.1 Hipótesis General

Determinar factores que se asocian significativamente a la morbimortalidad en pacientes ancianos (mayores de 80 años) sometidos a manejo quirúrgico por adenocarcinoma gástrico, en el INEN 2010 a 2020 fue alto.

3.1.2. Hipótesis Específica

La sobrevivida de los pacientes ancianos (mayores de 80 años) con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico manejados con gastrectomía sub total, significativamente van mejor que aquellos manejados con gastrectomía total.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Definición operacional
Edad	Cuantitativa	Continua	Años cumplidos al momento del diagnóstico de adenocarcinoma gástrico, confirmado por una biopsia endoscópica
Sexo	Cualitativa	Nominal	0:Femenino 1:Masculino
Patología previa	Cualitativa	Nominal	0: Sin patología previa 1: Con patología previa
Localización primaria del tumor	Cualitativa	Nominal	0: Sub cardial 1: Fondo 2: Cuerpo 3: Antro 4: Píloro
Estadaje	Cualitativa	Nominal	0: I 1: II 2: III 3: IV
Procedimiento realizado	Cualitativa	Nominal	0: Gastrectomía sub total 1: Gastrectomía total 3: Gastronteroanastomosis
Tipo de reconstrucción	Cualitativa	Nominal	0: Billroth II 1: Y Roux
Complicaciones quirúrgica	Cualitativa	Nominal	0: Infección de Herida Operatoria 1: Dehiscencia de Anastomosis

			<ul style="list-style-type: none"> 2: Fistula Esófago-yeyunal 3:Fistula Gastro -yeyunal 4: Fistula Yeyuno-yeyunal 5: Fistula Duodenal 6: Fístula Pancreática 7: Hemorragia Postoperatoria 8: Absceso Residual 9: Íleo Prolongado 10: Estenosis de la anastomosis
Complicaciones médicas	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> 0: Neumonía 1: Infección urinaria 2: Pancreatitis 3: Insuficiencia Renal Aguda 4: Complicaciones Cardíacas 5: Complicaciones Neurológicas 6: Shock Séptico
Dindo - Clavian	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> 0: I 1: II 2: IIIa 3: IIIb 4: IVa 5: IVb 6: V

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipo de investigación

El presente estudio de investigación según finalidad o propósito es básico de tipo descriptivo de corte transversal y retrospectivo, ya que se utilizará la recolección de datos permitiendo presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado

Los métodos científicos a utilizarse en la presente investigación serán inductivos, descriptivos, analíticos y estadísticos.

El diseño de la investigación es no experimental, transversal, descriptivo correlacional y retrospectivo.

Transversal: Porque se estudiarán las variables simultáneamente en un determinado momento.

Descriptivo: Porque la investigación recogerá toda la información pertinente de los factores asociados a la morbilidad en los pacientes ancianos mayores de 80 años sometidos a manejo quirúrgico por adenocarcinoma gástrico en el INEN de 2010 a 2018.

Correlacional: Porque una vez descrito y analizado las variables se determinarán como se relaciona ambas variables (factores asociados a morbilidad en pacientes ancianos mayores de 80 años sometidos a manejo quirúrgico por adenocarcinoma gástrico).

4.2 Diseño muestral

La población estará conformada por pacientes ancianos mayores de 80 años con AP confirmatorio del INEN y que hayan sido sometidos a manejo quirúrgico del 2010 al 2020.

4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos

La técnica y el instrumento a aplicarse será una ficha de recolección de datos y las historias clínicas de pacientes ancianos mayores de 80 años con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico que fueron intervenidos quirúrgicamente en el INEN en los años 2010 al 2020.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Los datos se recogerán manualmente de las historias clínicas y se vaciarán en una ficha de recolección de datos. Posteriormente serán analizados a través de la prueba chi cuadrado, asumiendo un nivel de significancia y estadísticamente significativo.

Base de datos de cáncer gástrico se obtendrá del departamento de abdomen del Instituto Nacional Enfermedades Neoplásicas (INEN) del 2010 al 2020.

4.5 Aspectos éticos

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

TRIMESTRE	ACTIVIDAD	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J
I Preparación y Aprobación del Proyecto	Elaboración del proyecto	X										
	Implementación del proyecto	x										
	Implementación del marco teórico	x										
II Primer Informe de Avance	Elaboración del instrumento		x									
	Validación de los instrumentos		x	x								
	Trámite de recolección de datos				x	x						
III	Aplicación de los instrumentos						x	X				

Segundo Informe de Avance	Análisis e Interpretación de Datos								x	X		
IV Informe Final	Redacción del informe final										x	
	Presentación, sustentación y publicación											X

PRESUPUESTO

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	250.00
Soporte especializado	500.00
Empastado de la tesis	300.00
Transcripción	500.00
Impresiones	500.00
Logística	400.00
Refrigerio y movilidad	500.00
Total	2950.00

Fuente de financiamiento: El presente trabajo de investigación será autofinanciado por el investigador.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/cancer/en> (15-06-2017).
2. Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, Incidencia y mortalidad 2010-2012, Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Volumen 5. Lima 2016.
3. Gastrectomía total en pacientes mayores de 65 años. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 56 - Nº 5, Octubre 2004; págs. 443-448.
4. Ruiz y col. MORBILIDAD POST OPERATORIA Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DE LA GASTRECTOMÍA POR ADENOCARCINOMA GÁSTRICO: ANÁLISIS DE 50 AÑOS. rev. Gastroenterología. Peru 2004; 24:197-210
5. Flores y col. FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD POSTOPERATORIA LUEGO DE CIRUGÍA POR ADENOCARCINOMA GÁSTRICO EN EL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS. rev. Gastroenterología. Perú 2004; 24: 212-222
6. WEIL P, BUCHBERGER R. FROM BILLROTH TO PVC: A CENTURY OF GASTRIC SURGERY. WORLD J SURG. 2016 Jul; 23(7):736-42.
7. SANCHEZ HUACO M. LA HISTORIA DE LA GASTRECTOMÍA EN EL PERÚ: NEOPLASIA MALIGNA DEL ESTÓMAGO, EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL. TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS 1970: 17-18.
8. IARC, International Agency for research on cancer. <http://www.iarc.fr/> (06-11-2004)
9. Piñol Jiménez F, Paniagua Estévez M. CÁNCER GÁSTRICO: FACTORES DE RIESGO. Rev Cubana Oncol. 2017; 14(3):171-9.

10. «Sociedad peruana de Cancerología, Reseña Histórica». cancerologiaperu.org. Archivado desde el original el 19 de noviembre de 2015. Consultado el 13 de agosto de 2014.
11. Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, Incidencia y mortalidad 2013-2015, Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Volumen 6. Lima 2021.
12. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications, A new proposal with evaluation in a cohort of 6,336 patients and results of a survey. *Ann Surg* 2014; 244:931-7.
13. Fülöp T, et al. The role of immunosenescence in the development of age-related diseases. *Rev Inves Clin* 2016;68:84-91.
14. Eguchi T, Fujii M, Takayama T. Mortality for gastric cancer in elderly patients. *J Surg Oncol* 2015;84:132-6.
15. AJCC. AJCC Cancer Staging Manual. 8th ed. New York, NY: Springer; 2017. p. 203-220
16. Saito H, Osaki T, Murakami D, Sakamoto T, Kanaji S, Tatebe S, et al. Effect of age on prognosis in patients with gastric cancer. *ANZ J Surg* 2016;76:458-61.
17. Takeda J, Tanaka T, Koufuji K, Kodama I, Tsuji Y, Kakegawa T. Gastric cancer surgery in patients aged at least 80 years old. *Hepatogastroenterology* 1994;41:516-20.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título: Factores Asociados a la Morbimortalidad en Pacientes Ancianos Mayores de 80 años Sometidos a Manejo Quirúrgico por Adenocarcinoma Gástrico INEN 2010-2020

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	DISEÑO	POBLACION MUESTRA
¿Cuáles son los factores asociados a la morbilidad en pacientes ancianos mayores de 80 años sometidos a manejo quirúrgico por adenocarcinoma gástrico en el INEN 2010 al 2018?	<p>Objetivo general: Determinar los factores asociados a la morbilidad en pacientes ancianos mayores de 80 años sometidos a manejo quirúrgico por adenocarcinoma gástrico en el INEN 2010 al 2018</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Describir las características del tipo de cirugía (GT, GST). - Identificar las características de complicaciones médicas (respiratorias, 	<p>Hipótesis General Los factores se asocian significativamente a la morbilidad en pacientes ancianos mayores de 80 años sometidos a manejo quirúrgico por adenocarcinoma gástrico, en el INEN 2010 a 2018 fue alto.</p> <p>Hipótesis Específica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las características del tipo de cirugía (GT, GST) son significativas • Existen características de complicaciones médicas (respiratorias, renales, cardiovasculares, sepsis). 	<p>Variable independiente Factores Asociados a la Morbilidad en Pacientes Ancianos</p> <p>Variable dependiente Sometidos a manejo quirúrgico por Adenocarcinoma</p>	Es básico de tipo descriptivo de corte transversal y retrospectivo	El diseño de la investigación es no experimental, transversal, descriptivo correlacional y retrospectivo.	La población estará conformado por pacientes ancianos mayores de 80 años con AP confirmatorio del INEN y que hayan sido sometidos a manejo quirúrgico del 2010 al 2018

	<p>renales, cardiovasculares, sepsis).</p> <p>-Caracterizar las complicaciones quirúrgicas (fistulas de anastomosis e-y, infección de herida).</p> <p>-Describir la prevalencia de mortalidad post operatoria (re operaciones, cualquier deceso producido dentro de los treinta días después de la cirugía).</p>	<p>•Existen complicaciones quirúrgicas (fistulas de anastomosis e-y, infección de herida).</p> <p>•Existe una alta prevalencia de morbimortalidad post operatoria (re operaciones, cualquier deceso producido dentro de los treinta días después de la cirugía).</p>				
--	--	--	--	--	--	--

2. Instrumentos de recolección de datos

FORMULARIO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

I.- FILIACION: (S/D = sin datos)

Nombre: (sólo iniciales).....

N° Historia Clínica:.....

Edad (años).....

Sexo: (0) F (1) M

Fecha de diagnóstico: _____ Por endoscopia _____ Por biopsia _____

Patología previa: (0) Si (1) No ¿Tipo Histológico?.....

Ubicación de lesión por VEDA: (0) Sub cardial (1) Fondo (2) Cuerpo (3) Antro (4) Píloro

Resultado de biopsia: _____

Quimioterapia perioperatoria: (0) Si (1) No

T:___ N:___ M:___ Estadiaje: (0) I (1) II (2) III (3) IV

II.- TRATAMIENTO:

Tipo de cirugía: (0) Gastrectomía Total

(1) Gastrectomía sub total

(2) Gastroyeyunoanastomosis

Tipo de reconstrucción: (0) Billroth II

(1) Y de Roux

Complicación quirúrgica: (0): Infección de Herida Operatoria

(1): Dehiscencia de Anastomosis

(2): Fistula Esofago-yeyunal

(3): Fistula Gastro -yeyunal

(4): Fistula Yeyuno-yeyunal

- (5): Fístula Duodenal
- (6): Fístula Pancreática
- (7): Hemorragia Postoperatoria
- (8): Absceso Residual
- (9): Íleo Prolongado
- (10): Estenosis de la anastomosis

- Complicación médica:
- (0): Neumonía
 - (1): Infección urinaria
 - (2): Pancreatitis
 - (3): Insuficiencia Renal Aguda
 - (4): Complicaciones Cardíacas
 - (5): Complicaciones Neurológicas
 - (6): Shock Séptico

Transfusión perioperatoria: (0) Si (1) No

Dindo - Clavian: (0) I (1) II (2) IIIa (3) IIIb (4) IVa (5) IVb (6) V

Condición actual del paciente: (0) Vivo (1) Fallecido