



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES DE LA COLECISTITIS
AGUDA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO 2021**

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autor:

Ramos Taipe José Raúl

Asesor:

Alta Osorio, Víctor Godofredo
(ORCID: 0000-0002-7810-6476)

Jurado:

La Rosa Botonero, José Luis
Jauregui Francia, Filomeno Teodoro
Huarag Reyes, Raul Abel

Lima - Perú

2022

Referencia:

Ramos, J. (2022). *Factores de riesgo asociados a complicaciones de la colecistitis aguda en el servicio de cirugía del área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5607>



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 generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

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



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES DE LA COLECISTITIS

AGUDA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL

HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO 2021

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar por el título profesional de Médico Cirujano

Autor

Ramos Taípe José Raúl

Asesor

Alta Osorio, Víctor Godofredo

(Orcid: 0000-0002-7810-6476)

Jurado

La Rosa Botonero, José Luis

Jauregui Francia, Filomeno Teodoro

Huarag Reyes, Raul Abel

Lima - Perú

2022

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico con todo mi amor y cariño a mis padres, que me dieron todo lo necesario para realizar este sueño que también es vuestro Madre, Padre, lo hicimos.

A mi hijo Bruno que es el motor que impulsa superarme cada día, y aunque yo te cuido a ti, no hay lugar más seguro en este mundo que en un abrazo tuyo.

A las personas que amo Noemi Vargas, María Molina, Jesus Ramos, Lucia Molina, Narcisa Huaman y Francisca Vallejos

Y por último a mí mismo, que, a pesar de las vicisitudes de la vida, siempre me levanté, hasta llegar a mi meta, nunca me rendí, trabajé desde los 13 años y desde entonces nunca he dejado de hacerlo.

AGRADECIMIENTO

A mi padre y amigo Ramos Molina, José Raúl que nunca deja de apoyar, y creer en mi hasta cuando yo deje de hacerlo.

A mi madre Taipe Huaman, Violeta que, con su inmensurable e infinito amor, supo guiarme por el camino correcto.

A la Universidad Nacional Federico Villareal, que no solo me brindó conocimiento, un techo, alimentos, maestros, amigos y hermanos me dio una gran historia que contar, gracias.

INDICE

RESUMEN.....	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCION	5
1.1 Descripción y formulación del problema	5
1.2 Antecedentes	6
1.3 Objetivos:.....	12
1.4 Justificación	12
1.5 Hipótesis.....	13
II MARCO TEÓRICO	15
2.1 Bases teóricas sobre colecistitis	15
2.1.1 Definición de colecistitis	15
2.1.2 Anatomía.....	15
2.1.3 Incidencia y epidemiología.	16
2.1.4 Etiopatogenia.....	17
2.1.5 Fisiopatología.	17
2.1.6 Cuadro clínico.	18
2.1.7 Examen físico.	18
2.1.8 Exámenes de laboratorio.	18
2.1.9 Diagnóstico.	19
2.1.10 Tratamiento.	22
2.1.11 Complicaciones.....	22
III MÉTODO	28
3.1 Tipo de investigación.....	28
3.2 Ámbito temporal y espacial.....	28
3.3 Variables.	28
3.4 Población y muestra.....	28
3.4.1 Población de estudio.	28
3.4.2 Tamaño de la muestra.	29
3.5 Instrumentos.....	30
3.6 Procedimientos	30
3.7 Análisis de datos	31
3.8 Consideraciones éticas	31
IV RESULTADOS	32
V DISCUSIÓN DE RESULTADOS	56
VI CONCLUSIONES	59

VII RECOMENDACIONES.....	60
VIII REFERENCIAS.....	61
IX ANEXOS.....	68
ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	68
ANEXO B: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:.....	70
ANEXO C: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	73
ANEXO D: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	76
ANEXO E: CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DE TESIS EN EL HOSPITAL, POR EL COMITÉ DE ÉTICA Y POR DOCENCIA.....	84

Índice de tablas

<i>Tabla N° 1: Análisis de incidencia de colecistitis aguda en el servicio de cirugía del área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021</i>	<i>33</i>
<i>Tabla 2: Estimación del factor de riesgo: Edad asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021</i>	<i>34</i>
<i>Tabla 3: El factor de riesgo: Sexo asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021.....</i>	<i>35</i>
<i>Tabla 4: El factor de riesgo: Procedencia asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021</i>	<i>37</i>
<i>Tabla 5: El factor de riesgo: Grado de instrucción asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021</i>	<i>39</i>
<i>Tabla 6: El factor de riesgo: Automedicación asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021</i>	<i>41</i>
<i>Tabla 7: El factor de riesgo: Signo de Murphy asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021</i>	<i>42</i>
<i>Tabla 8: El factor de riesgo: Tiempo que transcurre entre inicio de los síntomas al ingreso a hospital asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021.....</i>	<i>44</i>
<i>Tabla 9: El factor de riesgo: Tiempo transcurrido entre el ingreso al hospital hasta a la cirugía asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021.....</i>	<i>46</i>
<i>Tabla 10: El factor de riesgo: Transaminasas elevadas antes de la cirugía asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021</i>	<i>47</i>

<i>Tabla 11: El factor de Riesgo: Perfil Hepático alterado antes de la cirugía asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021</i>	<i>49</i>
<i>Tabla 12: El factor de Riesgo: Fosfatasa Alcalina elevada antes de la cirugía asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021</i>	<i>50</i>
<i>Tabla 13: El factor de riesgo: Gamma Glutamil Transpeptidasa Elevado Antes De La Cirugía asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021.....</i>	<i>52</i>
<i>Tabla 14: El factor de riesgo: Tiempo operatorio asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021</i>	<i>53</i>
<i>Tabla 15: Complicaciones con más prevalencia de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021.....</i>	<i>55</i>

Índice de Figuras

<i>Figura N° 1: Análisis de incidencia de colecistitis aguda en el servicio de cirugía del área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021</i>	<i>33</i>
<i>Figura 2: Estimación del factor de riesgo: Edad asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021</i>	<i>34</i>
<i>Figura 3: El factor de riesgo: Sexo asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021</i>	<i>36</i>
<i>Figura 4: El factor de riesgo: Procedencia asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021</i>	<i>38</i>
<i>Figura 5: El factor de riesgo: Grado de instrucción asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021</i>	<i>40</i>
<i>Figura 6: El factor de riesgo: Automedicación asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021</i>	<i>41</i>
<i>Figura 7: El factor de riesgo: Signo de Murphy asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021</i>	<i>43</i>
<i>Figura 8: El factor de riesgo: Tiempo que transcurre entre inicio de los síntomas al ingreso a hospital asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021</i>	<i>45</i>

<i>Figura 9: El factor de riesgo: Tiempo transcurrido entre el ingreso al hospital hasta a la cirugía asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021.....</i>	<i>46</i>
<i>Figura 10: El factor de riesgo: Transaminasas elevadas antes de la cirugía asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021.....</i>	<i>48</i>
<i>Figura 11: El factor de Riesgo: Perfil Hepático alterado antes de la cirugía asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021.....</i>	<i>49</i>
<i>Figura 12: El factor de Riesgo: Fosfatasa Alcalina elevada antes de la cirugía asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021.....</i>	<i>51</i>
<i>Figura 13: El factor de riesgo: Gamma Glutamil Transpeptidasa Elevado Antes De La Cirugía asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021.....</i>	<i>52</i>
<i>Figura 14: El factor de riesgo: Tiempo operatorio asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021.....</i>	<i>54</i>
<i>Figura 15: Complicaciones con más prevalencia de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021.....</i>	<i>56</i>

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a complicaciones de la colecistitis aguda en el servicio de cirugía del área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021.

Método: Fue un trabajo observacional, descriptivo y transversal, tuvo una población total de 79; donde se utilizó ficha de recolección de datos elaborada por el autor que estuvo conformado por 22 preguntas, la fuente de información fueron las historias clínicas de emergencia y los reportes quirúrgicos.

Resultados: Las complicaciones de la colecistitis aguda estuvieron presente en un 54.4%, las complicaciones más frecuentes fueron el Empiema Vesicular (30.4%) y el Plastrón vesicular (27.8%), donde los factores más importantes fueron Gamma Glutamil Transpeptidasa Elevado Antes De La Cirugía 35.4% ($p = 0.000$), Transaminasas elevadas antes de la cirugía 25.3% ($p = 0.012$), la automedicación 15.2% ($p = 0.003$), el Tiempo transcurrido entre el ingreso al hospital hasta a la cirugía con más de 3 horas (41.7%) ($p = 0.008$), tiempo operatorio mayor de 1 hora 35.4% ($p = 0.02$) y se concluyó que el hospital tiene buena capacidad resolutive. **Conclusión:** Las complicaciones más frecuentes para la colecistitis aguda fueron Empiema Vesicular y el Plastrón vesicular, los factores de riesgo asociados son tener Gamma Glutamil Transpeptidasa Elevado Antes De La Cirugía, Transaminasas elevadas antes de la cirugía, la automedicación, el Tiempo transcurrido entre el ingreso al hospital hasta a la cirugía mayor de 3horas y el tiempo operatorio mayor a 1 hora.

Palabras clave: colecistitis aguda, factores de riesgo, complicaciones.

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors associated with complications of acute cholecystitis in the surgery service of the emergency area of the Hospital San Juan de Lurigancho 2021.

Methodology: It was an observational, descriptive and cross-sectional study, it had a total population of 79 patients; where a data collection form was used that consisted of 22 questions where the source of information was the emergency medical records and the surgical reports.

Results: Complications of acute cholecystitis were present in 54.4%, where the most frequent complications were Gallbladder Empyema (30.4%) and Gallbladder Plastron (27.8%), and where the most important factors were Elevated Gamma Glutamyl Transpeptidase Before Surgery 35.4% ($p = 0.000$), elevated transaminases before surgery 25.3% ($p = 0.012$), self-medication 15.2% ($p = 0.003$), and the time elapsed between the hospital admission to surgery with more complications was in more than 3 hours 41.7% ($p = 0.008$), operative time greater than 1 hour 35.4% ($p = 0.02$) and it was concluded that the hospital has good resolution capacity.

Conclusions: The most frequent complications for acute cholecystitis were Gallbladder Empyema and Gallbladder Plastron, with associated risk factors such as Elevated Gamma Glutamyl Transpeptidase Before Surgery, Elevated Transaminases before surgery, self-medication, Time elapsed from hospital admission to surgery was greater than 3 hours and operative time greater than 1 hour.

Keywords: acute cholecystitis, risk factors, complications

I. INTRODUCCIÓN

La Colecistitis Aguda abarca hasta el 11% de todos los cuadros de abdomen agudo en adultos y a en los últimos 30 años aumentó un 20%, aproximadamente se realizaron 700.000 colecistectomías por año en Estados Unidos de América, que representan unos 6.5 mil millones de dólares, haciéndola un problema sanitario a nivel mundial, de carácter social, de alta morbilidad, con alto impacto y en la calidad de vida. Lo que nos produce el incremento de la morbi-mortalidad significativamente a nivel mundial. (Ramos, 2018, p. 20)

1.1 Descripción y formulación del problema

La colecistitis aguda es una de las causas más frecuentes de urgencias abdominales, en especial en mujeres adultas y de edad avanzada. En la actualidad sigue siendo una enfermedad de alta prevalencia en nuestro medio que puede llegar a ser grave y mortal sin tratamiento oportuno. (Ordoñez et al., 2019, p. 24)

La Colecistitis es una afección mundial y en el hemisferio occidental se diagnostica hasta un 30% de sus habitantes y aumenta un millón de casos nuevos por año. Hay una mayor incidencia en mujeres del doble a los hombres con 20% y 10 % respectivamente. (Tomás, 2016, p. 13)

En un estudio realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso en Cuenca de Ecuador se encontraron múltiples complicaciones la presencia de colecistitis enfisematosa con 29,5%, seguido de piocolecisto en 28,2%, absceso vesicular con 14,1%, fistulización 10.1%, necrosis 7.4%, plastrón 7.4% y perforación vesicular 3.4%. (Ordoñez et al., 2019, p. 25)

En el estudio realizado en Perú por Tomás el 2016 sobre Edad, sexo, obesidad y paridad en colelitíasicos del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral, menciona que las complicaciones de la colecistitis con mayor prevalencia fueron: empiema vesicular, colecistitis enfisematosa,

perforación vesicular, rotura de la vesícula que ocasiona peritonitis y sepsis. (Tomás, 2016, p. 9)

En el Hospital San Juan de Lurigancho ha ido aumentando los ingresos por colecistitis aguda, lo que significa un grave problema de la salud pública, y tener bien descrito el diagnóstico y los factores de riesgo asociados a las complicaciones de las mismas.

Formulación del problema:

Problema general

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a complicaciones de la colecistitis aguda en el servicio de cirugía del área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021?

Problemas específicos

¿Es el tiempo prolongado desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso al hospital un factor de riesgo para las complicaciones de la colecistitis aguda en el servicio de cirugía del área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021?

¿Cuáles son las complicaciones con mayor incidencia de la colecistitis aguda en el área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021?

¿Cómo es la capacidad resolutive para la colecistitis aguda en el área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021?

1.2 Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Internacionales

Ordoñez (2019) en el estudio realizado en Venezuela, titulado: *Colecistitis aguda y sus complicaciones locales en pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso*. Tuvo como Objetivo: encontrar la prevalencia de las complicaciones de la colecistitis aguda y asociación

bacteriológica en pacientes colecistectomizados. Tipo de estudio: fue un estudio tipo descriptivo, no experimental y transversal. Población: tuvo una población de todos los pacientes con colecistitis aguda junio 2010 a mayo 2011 y la muestra de 149 pacientes Instrumento: Historias clínicas Resultados: las complicaciones con más prevalencia fueron: colecistitis enfisematosa con 29.5%, piocolecisto con 28.2%, absceso vesicular con 14.1%, fistulización 10.1%, necrosis 7.4%, plastrón 7.4 % y perforación vesicular 3.4% y donde se encontró que el 75,8% (n=113) fueron del sexo femenino, el grupo etario más frecuente fue el 31-40 años con 30,2% (n=45), la mayoría procedían de la zona urbana (76,5%; n=114), presentaban litiasis vesicular (94,6%; n=141) y los que tenían más de 72 horas de evolución del cuadro clínico sin ser atendido (63,1%; n=94).

Los doctores Klappenbach, Costa, Mendoza, Arroyave, Rosado, Muñoz y Benvenuti (2018) en su estudio realizado en Argentina, titulado: *Complicaciones biliares en pacientes con diagnóstico previo de litiasis vesicular sintomática. Comparación entre un hospital público y otro privado del Gran Buenos Aires* Objetivo: tuvo como objetivo comparar la proporción de pacientes con enfermedad biliar complicada que presentaban diagnóstico previo de Litiasis Vesicular Sintomática, y evaluar la historia previa de la Litiasis vesicular Complicada según la presencia de síntomas y la relación con el sistema de salud, desde mayo de 2014 hasta agosto de 2015. Tipo de estudio: Este estudio es de corte transversal comparativo, POBLACIÓN: 241 pacientes en total comparados, 105 pacientes atendidos en hospital público y 136 pacientes atendidos hospital privado. Instrumento: se utilizó las historias clínicas y encuesta a los pacientes. Resultados: en ambos casos hospital público y privado las complicaciones de la colecistitis calculosa fue: Pancreatitis aguda (hospital público 21% y hospital privado 14.7%) y donde se encontró que el nivel educativo secundaria completa en el Hospital público 20.9% y el Hospital privado 46,2% $p < 0,001$, la edad (Hospital público 37,1

años y Hospital privado 45,1 años; $p < 0,001$), y tiempo en ser atendido por la distancia domicilio-hospital Hospital público 4 y Hospital privado 7 km ($p < 0,005$).

En Alemania el 2018 en un artículo de la revista World Journal of Emergency Surgery titulado “*La inflamación avanzada de la vesícula biliar es un factor de riesgo de perforación de la vesícula biliar en pacientes con colecistitis aguda*” realizado por los doctores Jansen Stefan et. Al. Objetivo: demostrar que una inflamación avanzada de la vesícula biliar es un factor de riesgo para una de las complicaciones de la colecistitis que es la perforación de la vesícula biliar Tipo de estudio: retrospectivo transversal. Población: pacientes operados en Witten / Herdecke, Hospital Universidad de Alemania. Con diagnóstico de colecistitis, Resultados: se confirmó histopatológicamente que 50 pacientes (25%) tuvieron colecistitis avanzada atribuyéndose como factor de riesgo para la perforación vesicular

En el 2015 la revista Singapore Medical Journal los doctores Chawla Ashish et. al. En su trabajo titulado: *Imaging of acute cholecystitis and cholecystitis-associated complications in the emergency setting*. Objetivo: tuvo como objetivo asociar signos imagenológicos de colecistitis aguda y complicaciones asociadas a colecistitis en el contexto de emergencia. Tipo de estudio: fue un estudio tipo descriptivo, no experimental, Población: todos los pacientes con diagnóstico colecistitis aguda que tuvieron examen de imágenes en el hospital central de Singapur. Resultados: describieron las complicaciones de colecistitis aguda: colecistitis gangrenosa, colecistitis enfisematosa, colecistitis perforada, íleo biliar, fistula, y los factores de riesgo que se asociaron fueron: colecistitis de origen calculosa (95%), y pacientes mayores de 55 años (60%).

Atar E. et al. (2014). En su artículo titulado “*Colecistostomía percutánea en pacientes críticos con colecistitis aguda: complicaciones y evolución tardía.*” Objetivo: Evaluar el resultado de la colecistostomía percutánea en pacientes críticamente enfermos con colecistitis

aguda. Fecha de estudio: marzo del 2014. Tipo de estudio: fue un estudio descriptivo, no experimental, transversal, POBLACIÓN: a todos los pacientes que se sometieron a colecistostomía percutánea por colecistitis aguda en un centro médico terciario en Oxford; United Kingdom, muestra de 81 pacientes. Instrumento: historias clínicas. Resultados: había 48 mujeres (59,3%) y 33 hombres (40,7%), edad media de 82 años (rango 47-99 años). 71 tenían colecistitis de origen calculosa (88%). Y la complicación más frecuente fue shock séptico ya que Quince pacientes (18,5%) murieron en el hospital dentro de los 30 días, principalmente (93%) debido a shock séptico.

1.2.2 Antecedentes nacionales.

En el 2019 Melgarejo en su tesis de grado titulado: *“Prevalencia de colecistectomía subtotal en pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima - Perú, durante el año 2019”*. Objetivo: tuvo como objetivo identificar la incidencia de las colecistectomías subtotal en pacientes colecistectomizados de manera laparoscópica dentro del área de cirugía general del Hospital Nacional Hipólito Unanue, realizado el año 2019. El método fue un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo. Población: fueron los 949 pacientes que fueron operados de manera laparoscópica, la muestra fue 78 pacientes que se realizaron la colecistectomía subtotal. Instrumento: utilizó una ficha de recolección de datos, obtenidos del libro de Reportes Quirúrgicos del año 2019. Resultados: aún que no participaron pacientes con dx de complicaciones de colecistitis, se obtuvieron hallazgos operatorios de algunas complicaciones como Píocolecisto 60 (76.9%) y Plastrón Vesicular 40 (51.3%), de los 78 pacientes 49 (62.8%) fueron de sexo Femenino, el promedio de edades de 50 años, y en las edades de 26 a 83 años, 65 (83.3%) se asociaron con litiasis múltiple.

Delgado (2019). En su trabajo titulado “*Factores de riesgo asociados a conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía convencional en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo Enero-noviembre 2018*”. Objetivo: uno de sus objetivos fue reconocer algún factor como edad, sexo y asociarlos a la conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía convencional. Método: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. Población y Muestra: La población estuvo conformado por pacientes que fueron atendidos en el servicio cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo en enero-noviembre 2018 y la muestra obtenida por fórmula de poblaciones finitas y por conveniencia estuvo constituida por 233 pacientes atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo enero-noviembre 2018. Instrumento: se utilizó las historias clínicas Resultados: Los factores de riesgo que más se asociaron: hipertensión arterial $p=0.023$ (OR=1.58), obesidad $p=0.005$ (OR=1.371) y la cirugía previa $p=0.014$ (OR=1.150). Las complicaciones que se encontraron como hallazgos fueron Vesícula necrosada en un 3.0% (7 casos), y Plastrón Vesicular en un 2.6% (6 casos).

En la tesis de Nizama (2018) titulada “*Características perioperatorias del manejo quirúrgico precoz vs tardío de colecistitis aguda en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales entre el año 2015 y 2017*”. Objetivo: tuvo como objetivo diferenciar las características perioperatorias que se dieron con la colecistectomía laparoscópica precoz (CP) (<72 horas) y colecistectomía laparoscópica tardía (CT) (>72 horas). Método: fue un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. POBLACIÓN: fue de 234 pacientes comprendidos en 2 grupos: las personas que fueron operadas por laparoscopia precoz y laparoscopia tardía con diagnóstico de colecistitis aguda Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Resultados: Las variables tomadas en cuenta como factor de riesgo positivos asociados fueron: sexo femenino 79,5%, El 42,3% de pacientes tuvieron sobrepeso, la colecistectomía precoz reduce los días de

estancia hospitalaria. Se encontró complicaciones de las colecistitis como: 17(29,8%) casos de Plastrón vesicular, 8 (14%) con fistula biliar y 5(8.8%) con Necrosis vesicular

Santisteban (2017) en el estudio elaborado en Perú, título: Factores de riesgo asociados a colecistitis Objetivo: determinar los factores de riesgo asociados a la colecistitis; prevalencia de las principales complicaciones de colecistitis; en pacientes adultos comprendidos operados en el Hospital Regional Virgen de Fátima-Chachapoyas, durante el periodo julio-diciembre 2017. Este estudio es de Método observacional y la técnica de la documentación, el cual corresponde a los estudios retrospectivos. Población: Estuvo constituida por 350 historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional Virgen de Fátima-Chachapoyas, durante el período julio-diciembre 2017. El instrumento que se utilizó fue “Ficha de recolección de datos para las variables factores de riesgo biológicos y colecistitis”, elaborado en base a las Guías de Tokyo y adaptado por el autor. Resultados: Tuvo como resultado mayor riesgo de colecistitis y colecistitis complicada fue: ser de sexo femenino, Prevalencia de edades de 25 a 64 año y Índice de masa corporal elevado y descarta a la diabetes como factor de riesgo.

Tomás (2015) en su estudio realizado en Perú, titulado: Edad, sexo, obesidad y paridad en colelitiásicos del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. SJL, lima 2015. Objetivo: demostrar que la edad, sexo, obesidad y paridad tienen asociación con la colelitiasis en los pacientes del servicio de hospitalización de cirugía del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. en el periodo de enero hasta diciembre del 2015. Población: de 1000 pacientes y una Muestra de 375 historias clínicas. Instrumento fueron las historias clínicas. Resultados: si demostraron la asociación en mujeres 117 (82.98%), con normal de IMC; 60 (42.55%) y 102 (87.18%), múltiparas. Las complicaciones que se encontraron fue empiema, colecistitis enfisematosa, perforación vesicular, rotura de la vesícula, peritonitis y sepsis.

1.3 Objetivos:

Objetivo general

Determinar los factores de riesgo asociados a complicaciones de la colecistitis aguda en el servicio de cirugía del área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021.

Objetivos específicos

- Distinguir si el Tiempo transcurrido entre el ingreso al hospital a cirugía se asocia a las complicaciones de la colecistitis aguda en el servicio de cirugía del área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021
- Reconocer las complicaciones con mayor incidencia de la colecistitis aguda en el servicio de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021
- Deducir la capacidad resolutoria para la colecistitis aguda en el área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021.

1.4 Justificación

La Colecistitis Aguda representa hasta el 10 % de los cuadros de abdomen agudo en adultos (Ramos et al., 2018, p. 20).

La Colecistitis Aguda se incrementó en más de 20% en las últimas 3 décadas y se calcula aproximadamente que se realizan 700.000 colecistectomías cada año en U.S.A. con un costo de 6.5 billones de dólares, convirtiéndola en un problema sanitario a nivel mundial, tanto en términos de morbilidad, impacto social, impacto económico e impacto en la calidad de vida (Ramos et al.,2018, p. 20).

Por tal motivo tiene gran impacto social, la importancia en poder reconocer las complicaciones de la colecistitis aguda, así expandir las bases teóricas educativas.

En base a los antecedentes expuestos en nuestra realidad las complicaciones con mayor frecuencia son Empiema Vesicular, Colecistitis Enfisematosa, Perforación Vesicular, Fistula Biliar, Plastrón Vesicular, Peritonitis y sepsis.

En la colecistitis aguda las complicaciones son frecuentes y muy graves, los pacientes con sospecha de una complicación de colecistitis aguda requieren tratamiento definitivo. (Chocán, 2019, p. 13).

Según Molina (2016) las complicaciones propias de la colecistitis aguda incrementan su incidencia mientras más demore el paciente en asistir a un centro de salud desde que comienzan los signos y síntomas. (p. 5)

Consecuentemente, en el presente trabajo al reconocer los factores de riesgo asociados a complicaciones de la colecistitis aguda, se busca reconocerlos tempranamente así prevenirlos y tomar las medidas pertinentes, acatando los lineamientos de investigación de ética y bioética.

También tiene importancia de aporte a la institución como un llamado de atención para mejorar su logística o en caso contrario mejorar y acelerar sus procesos. También el reconocer la capacidad resolutoria del hospital san juan de Lurigancho respecto a los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda.

1.5 Hipótesis

H_1 : Existen factores de riesgo asociados a complicaciones de la colecistitis aguda en el servicio de cirugía del área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021.

H_0 : No existen factores de riesgo asociados a complicaciones de la colecistitis aguda en el servicio de cirugía del área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021.

Hipótesis específicas

H_1 : El factor de riesgo, Tiempo transcurrido entre el ingreso al hospital a cirugía se asocia a las complicaciones de la colecistitis aguda en el servicio de cirugía del área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021

H_0 : El factor de riesgo, Tiempo transcurrido entre el ingreso al hospital a cirugía no se asocia a las complicaciones de la colecistitis aguda en el servicio de cirugía del área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021

H_1 : Hay factores de riesgo con mayor incidencia que otros para la colecistitis aguda en el servicio de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021

H_0 : No hay factores de riesgo con mayor incidencia que otros para la colecistitis aguda en el servicio de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021

H_1 : Hay una rápida capacidad resolutive para la colecistitis aguda en el área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021.

H_0 : No hay una rápida capacidad resolutive para la colecistitis aguda en el área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021.

II MARCO TEÓRICO

2.1 Bases teóricas sobre colecistitis

2.1.1 Definición de colecistitis

La palabra "colecistitis" está formada por las 2 raíces griegas khole (bilis) y kystis (bolsa, vejiga urinaria, vesícula), más el sufijo -itis (inflamación) "inflamación de la vesícula biliar".

La colecistitis corresponde a una inflamación de la vesícula biliar y puede ser aguda o crónica. (Koti, 2015)

Colecistitis aguda

Es una inflamación de la pared vesicular y es una de las causas más frecuentes abdomen agudo, Su presentación es más frecuente por encima de los 50 años de edad y es mayor la proporción del sexo femenino. La causa más frecuente de colecistitis aguda es la litiasis biliar (90%). (Berrospi, 2020)

2.1.2 Anatomía

La vía biliar se forma como una evaginación ventral por la unión del intestino anterior y el intestino medio, la evaginación forma 2 yemas, la yema craneal origina el hígado, la vía biliar intra-hepática, y la yema caudal originando la vesícula biliar y el conducto cístico. Esto se produce en la cuarta o quinta semana del desarrollo embrionario. (Berrospi, 2020)

La vesícula biliar funciona como un contenedor de la bilis, y se encuentra en la cara inferior del hígado en la línea de CANTLIE, en medio de los segmentos IVb y V, en la fosa vesicular. El 60% está ubicado a la altura del 9º cartilago. La vesícula biliar actúa como un reservorio de bilis y está ubicada en la cara inferior del hígado en la

confluencia de los dos lóbulos hepáticos o línea de CANTLIE entre los segmentos IV b y V, en una depresión llamada fosa vesicular. En 60% de los casos se ubica a nivel del noveno cartílago costal. Con una forma de Pera, con un tamaño de 10 centímetros de largo en el adulto, con 4 centímetros de ancho y un grosor de 2 mm de la pared. Puede almacenar 40 a 80 ml, con un máximo de 100 ml. (Berrospi, 2020)

La vesícula biliar se encuentra rodeada del peritoneo visceral y está en contacto con el píloro, duodeno, cabeza de páncreas y flexura hepática del colon, se divide en fondo, cuerpo, infundíbulo y cuello con o sin bolsa de Hartmann. (Berrospi, 2020)

Histológicamente la vesícula posee tres capas: 1 Mucosa recubierta por epitelio cilíndrico, 2 capa fibromuscular en la que se encuentran los elementos nerviosos. 3 serosa que fija la vesícula a la fosilla cística, extendiéndose desde el cuello hasta el fondo. (Berrospi, 2020)

La irrigación está comprendida por la arteria cística, que proviene de la arteria hepática derecha, y siendo la rama terminal, cualquier proceso inflamatorio que interrumpa su flujo puede producir isquemia y necrosis. Con inervación simpática por el vago (Berrospi, 2020).

2.1.3 Incidencia y epidemiología.

En el Perú, en la ciudad de Lima, un estudio realizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins estima que la incidencia es alrededor del 10% de los pacientes con abdomen agudo (Lira, 2020)

Aproximadamente 95% de la colecistitis aguda son de origen litiásica. Se estima que la colecistitis aguda litiásica es 3 veces más frecuente en mujeres que en hombres antes de los 50 años; después de los 50 años, es solamente 1.5 veces más frecuente, aumentado así el riesgo

doblemente en los pacientes con antecedentes de litiasis biliares en los familiares de primer grado (Rivera, 2021)

2.1.4 Etiopatogenia.

La obstrucción producirá una irritación de la mucosa de la vesícula activando mediadores inflamatorios, el epitelio queda expuesto a las sales biliares, aumentando el volumen de la misma mucosa y de la pared. La obstrucción aumenta y distiende la vesícula biliar, con una reducción del flujo sanguíneo (Chirino, 2020, pp. 14-15).

2.1.5 Fisiopatología.

Inicia al producirse la obstrucción en el cuello o en el conducto cístico de origen litiásica o alitiásica, esto aumenta la presión dentro de la vesícula biliar. Si la obstrucción es completa y de larga duración es una colecistitis aguda. Abecés puede producirse después de una infección bacteriana secundaria a la colecistitis, en ese caso se presenta una colecistitis gangrenosa lo que origina un absceso o empiema vesicular. Además, si se suman a la infección bacteriana secundaria microorganismos que forman gas, se convierte en una vesícula biliar enfisematosa (Nizama, 2018, pp. 8-9)

La inflamación al inicio es estéril en la mayoría de los casos, sin embargo, la infección bacteriana ocurre como un evento secundario. Aproximadamente el 50% de los pacientes tiene cultivos de bilis positivos por *E. coli* y de la familia de las enterobacterias y anaerobios. En los casos más severos (hasta un 18%) el proceso inflamatorio puede causar isquemia, necrosis y la perforación de la vesícula biliar. (Molina, 2016, p. 98)

Estadios evolutivos.

Colecistitis Edematosa: Es la 1re fase que dura hasta 4 días, durante la obstrucción hay dilatación de capilares. La pared y la subserosa se edematizan, más el tejido vesicular se mantiene intacto histológicamente (Masamichi, 2018).

Colecistitis Necrotizante: Siendo esta la 2da fase dura hasta 5 días, con edema de pared sumado a la elevada presión interna provoca la baja del flujo sanguíneo provocando áreas de hemorragia y necrosis (Masamichi, 2018).

Colecistitis supurativa: La 3ra etapa dura hasta 10 días, produciendo un incremento de glóbulos blancos en la pared vesicular con zonas de necrosis y supuración, la pared engrosa por la proliferación fibrosa. Se observa abscesos peri vesiculares (Masamichi, 2018).

2.1.6 Cuadro clínico.

Anamnesis

Los síntomas que aparecen primero y más comunes son el dolor abdominal tipo cólico en el hipocondrio derecho, se describe que dolor sigue una irradiación hacia la parte posterior y hasta el hombro derecho, se asocian náuseas y vómitos, la fiebre no siempre se presenta. (Chirinos, 2020, p. 15)

2.1.7 Examen físico.

Los pacientes con colecistitis aguda están con temperatura elevada, frecuencia cardiaca acelerada en posición antiálgica al fuerte dolor peritoneal. Y hay respuesta inmediata a la palpación. (Chocán, 2019)

El signo de Murphy positivo, este signo tiene una sensibilidad de hasta 97%, especificidad del 48%, valor diagnóstico positivo del 70% y valor diagnóstico negativo del 93%. (Masamichi, 2018)

2.1.8 Exámenes de laboratorio.

Hay una elevación de PCR junto con una leucocitosis (12.000-15.000 células/mm³) con desviación izquierda. Normalmente, las pruebas hepáticas no se alteran, pero puede

observarse una hiperbilirrubinemia directa leve y/o aumentos discretos de fosfatasa alcalina, transaminasas y amilasa. (Zarate et al., 2016)

Los niveles de lipasa y amilasa, electrolitos, alanina aminotransferasa, aspartato aminotransferasa, bilirrubina, calcio y albúmina también son necesarios, y si es mujer en edad fértil debemos descartar la gestación. (Chocán, 2019)

Diagnósticos diferenciales

Éste incluye pancreatitis aguda, apendicitis, pielonefritis, úlcera péptica, hepatitis y absceso hepático. (Harrison, 2013)

2.1.9 Diagnóstico.

Durante más de 12 años, en Tokio-Japón, se trabajó en la guía de criterios, ya sea para el diagnóstico, clasificación, los grados de severidad, y tratamiento. (Chirinos, 2020, p. 15).

Tabla de criterios TG18

Criterios diagnósticos de colecistitis aguda según TG18

Sospecha diagnóstica: Un ítem A + un ítem B	Ítems: A. Signos locales de inflamación (1) Signo Murphy, (2) Masa, dolor, sensibilidad en cuadrante superior derecho
Diagnóstico definitivo: Un ítem A + un ítem B + C.	B. Signos sistémicos de inflamación (1) Fiebre, (2) PCR elevado, (3) Leucocitos elevados C. Hallazgos de imágenes Hallazgos de imágenes característicos de colecistitis aguda

(Nota: tabla obtenida de Masamichi, 2018)

Tabla De Criterios Imagenologicos

Criterios de diagnóstico según imagen diagnóstica:

	Técnica
Ultrasonografía	<ul style="list-style-type: none"> • Signo de Murphy ultrasonográfico. • Engrosamiento de pared vesicular (>4 mm; si el paciente no tiene enfermedad hepática crónica, ascitis o falla cardiaca derecha). • Vesícula biliar aumentada de tamaño (eje longitudinal mayor de 8 cm, eje corto con diámetro mayor de 4 cm). • Cálculo encarcelado, barro biliar, colección de líquido pericolecístico. • Capa ecolúcida en la pared vesicular, ecolucencias estriadas intramurales y signos Doppler.
Resonancia Magnética	<ul style="list-style-type: none"> • Señal alta pericolecística • Vesícula biliar aumentada de tamaño • Pared vesicular engrosada
Tomografía Computarizada	<ul style="list-style-type: none"> • Pared vesicular engrosada • Colección de líquido pericolecístico • Vesícula biliar aumentada de tamaño • Áreas lineales de alta densidad en el tejido adiposo pericolecístico
Tomografía Computarizada – HIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Vesícula biliar no visualizada con captación normal y excreción de radioactividad • Signo del halo (aumento de radioactividad alrededor de la fosa vesicular)

(Nota: tabla obtenida de Angarita et al., 2010, p308).

Evaluación de severidad Tokyo 2018 para colecistitis aguda.

GRADO I (LEVE) COLECISTITIS AGUDA

Es aquel que no reúne los criterios de “Grado II” y “Grado III” para Colecistitis Aguda. Grado I puede también ser definido como Colecistitis Aguda en un paciente sano sin disfunción orgánica y con cambios inflamatorios leves en la vesícula, haciendo una colecistectomía segura y de bajo riesgo. (Lira, 2020, p12)

GRADO II (MODERADO) COLECISTITIS AGUDA

Está asociado con al menos 1 de las siguientes condiciones:

- Leucocitosis ($>18000/\text{mm}^3$).
- Masa sensible y palpable en el cuadrante superior derecho.
- Duración de la sintomatología > 72 horas.
- Marcada inflamación local (colecistitis gangrenosa, absceso pericolecístico, absceso hepático, peritonitis biliar, colecistitis enfisematosa): La cirugía laparoscópica debe ser ejecutada dentro de las 96 horas de inicio de la colecistitis aguda. (Lira, 2020, p12).

GRADO III (SEVERO) COLECISTITIS AGUDA

Está asociado con disfunción de al menos 1 de los siguientes órganos/sistemas:

- Disfunción cardiovascular: hipotensión que requiere tratamiento con dopamina $\geq 5\mu\text{g}/\text{kg}$ por min, o alguna dosis de norepinefrina.
- Disfunción neurológica: disminución del estado de conciencia.
- Disfunción respiratoria: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ratio < 300 .
- Disfunción renal: oliguria, creatinina $\geq 2\text{mg}/\text{dl}$.

- Disfunción hepática: TP- INR > 1.5.
- Disfunción hematológica: Plaquetas < 100000/mm³. (Lira, 2020, P 12).

Después de distinguir el grado de severidad de la colecistitis aguda, necesitamos saber el índice de comorbilidad, para un tratamiento adecuado. (Ausania et al., 2015).

2.1.10 Tratamiento.

El tratamiento de los pacientes con Colecistitis Aguda debe de ser establecido de acuerdo a los criterios de severidad como nos lo indica las Guías de Tokio 18. Además, el régimen antibiótico y el tipo de antibiótico que se utilizará dependerá en gran medida de su clasificación de severidad. (Lira, 2020, p15).

El tratamiento final es la cirugía sin embargo se debe iniciar el tratamiento antibiótico desde la colecistitis aguda I, la antibioticoterapia tendrá que ser la misma de la guía del propio hospital, mayormente cefalosporinas de 3re como: ceftriaxona endovenoso hasta 2 gr cada 24 horas por 3 días y en el Grado III: Piperacilina + Tazobactam 4gr/0.5 mg cada 6 horas en infusión lenta (Flores et al., 2015)

2.1.11 Complicaciones.

A nivel internacional nos referiremos a las más frecuentes: Empiema Vesicular, Gangrena Vesicular, Perforación Vesicular, Plastrón Vesicular, Absceso Subfrénico, Pancreatitis Aguda, Ileo Biliar, Fístula biliar externa, Fístula biliar Interna y la Colangitis Obstructiva Aguda Supurada.

Pero en nuestra realidad a nivel Nacional gracias a los antecedentes tenemos que las complicaciones con mayor prevalencia son:

A. Empiema Vesicular.

- B. Colecistitis enfisematosa.
- C. Perforación vesicular.
- D. Fistula biliar.
- E. Plastrón Vesicular.
- F Peritonitis.
- G Sepsis.

A. EMPIEMA VESICULAR:

La colecistitis aguda en la presencia de bacterias que contienen bilis puede progresar a una infección supurativa en el que la vesícula se llena de material purulento. (La causa subyacente de la colecistitis implica la obstrucción del conducto cístico, lo que provoca la acumulación de líquido infectado). (Ritmo, 2018, pp. 1-2)

Dentro del cuadro clínico la clínica del paciente con empiema de la vesícula biliar es muy similar a la de un paciente con colecistitis aguda de ahí su importancia en tenerlo siempre en cuenta. (Ritmo, 2018, pp. 1-2)

Frecuencia Internacional: La verdadera incidencia de empiema de la vesícula biliar asociada con colecistitis aguda es difícil de evaluar, aunque los resultados de la serie limitada indican un rango de hasta un 15%. (Ritmo, 2018, pp. 1-2)

Estudio de laboratorio

Las pruebas de laboratorio para el empiema de la vesícula biliar incluyen citometría hemática con diferencial, pruebas de funcionamiento hepático, el tiempo de protrombina (TP) y tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPa). (Ritmo, 2018, p2-3)

Leucocitosis aumentan a niveles superiores a 15,000/dl (con una desviación a la izquierda en el diferencial) a pesar del tratamiento antibiótico adecuado es característica de empiema de la vesícula biliar. Sin embargo, este escenario puede ocurrir en asociación con colecistitis gangrenosa y con varios diagnósticos diferenciales. (Ritmo, 2018, pp. 2-3)

Cuando surgen de la colecistitis aguda complicada, los resultados de la química del hígado asociadas a empiema de la vesícula biliar son por lo general dentro de los rangos de referencia, que ayuda a diferenciar esta enfermedad de empiema de la vesícula biliar y/o colangitis secundaria a obstrucción distal del tracto biliar. (Ritmo, 2018, pp. 2-3)

Estudios de imagen

El ultrasonido de la vesícula biliar se indica en empiema presume de la vesícula biliar. El hallazgo de una vesícula agrandada, distendida y asociadas puntos pericolecístico líquido a un proceso agudo inflamatorio que afecta a la vesícula biliar. Aunque sugestiva, esto no basta para diferenciar la colecistitis aguda no complicada de la complicación con empiema y/o gangrena. Lo más importante es que contraindica la más conservadora y señala la necesidad de una intervención rápida. (Ritmo, 2018, p2-3)

Si bien la ecografía es el examen preferido para casos probables de empiema, la afección se descubre frecuentemente en el TAC realizado con los diagnósticos diferenciales en mente. (Ritmo, 2018, pp. 2-3)

B. COLECISTITIS ENFISEMATOSA:

La colecistitis enfisematosa es caracterizada por la presencia de gas en la pared, en la luz o ambas, Se asocia con una alta tasa de morbilidad y mortalidad. Se diagnostica con

la demostración imaginológica de aire en la pared o en la luz de la vesícula biliar. (Escobar, 2015)

La formación de imágenes de una tomografía computarizada que presenta gas que rodea la pared o la luz de la vesícula biliar es el método más importante y preciso para el diagnóstico diferencial. La combinación de colecistectomía laparoscópica y antibióticos se considera un enfoque eficaz y seguro para el tratamiento de la Colecistitis enfisematosa (Chen et al., 2016, p. 5).

C. PERFORACIÓN VESICULAR:

Es una complicación seria de la colecistitis aguda y está presente hasta en el 11 % de los casos, Tiene una alta incidencia en el sexo masculino y está asociada a la colecistitis de origen calculosa. La patogénesis es multifactorial: obstrucción del cístico, estasis, infección y compromiso vascular. (Pérez, 2020)

Niemeier clasificó la perforación en 3 tipos:

Tipo 1: Perforación aguda asociado a peritonitis generalizada.

Tipo 2: Perforación subaguda con formación de abscesos

Tipo 3: Perforación crónica con formación de fístula. (Pérez, 2020)

D. FISTULA BILIAR

La fistulas biliares internas es una complicación poco frecuente de la enfermedad biliar. Se relaciona principalmente con la litiasis vesicular complicada. Puede afectar hasta un 2 % del total de los pacientes con enfermedad biliar y se asocia a una mayor incidencia de carcinoma de este sistema. La localización más habitual es entre la vesícula y el duodeno (colecistoduodenal) en un 72 - 80 % de los casos. (Ramírez, 2017)

El mecanismo de formación de la fístula bilio-entérica se debe al impacto del lito en la bolsa de Hartmann, el proceso inflamatorio subsecuente y la formación de adherencias peri vesiculares. La erosión del lito sobre la pared vesicular y en órganos contiguos ocasiona necrosis y formación del trayecto fistuloso. El trayecto fistuloso colecistoentérico ocasiona la pérdida del mecanismo protector del esfínter de Oddi y la inserción oblicua del conducto biliar en el duodeno, lo que ocasiona el paso del contenido entérico al sistema biliar. (Aguilar, 2017)

E. PLASTRÓN VESICULAR

El plastrón vesicular tiene una historia clínica sugerente de colecistitis con más de 72 horas de evolución y una masa tumoral dolorosa, ubicada en el hipocondrio derecho. (Sanchez, 2019)

Exámenes de diagnóstico:

- Ultrasonido abdominal, TAC, RMN.
- Laparoscopia diagnóstica en los casos dudosos.

El plastrón vesicular, se presenta ocasionalmente en casos de colecistitis, el cual en la mayoría de los casos son tumores conformados por células malignas que perjudican la salud de la paciente y que son causas de la realización de biopsias. (Sanchez, 2019)

F. PERITONITIS:

Según la sociedad española de enfermedades infecciosas y microbiología analítica la define como “una inflamación de la cavidad peritoneal ya sea por una infección, por un traumatismo o irritantes químicos como la bilis, el jugo pancreático o los jugos intestinales” (Garau, 2018)

En el caso de la peritonitis de origen primario por colecistitis aguda hay un origen bacteriano probable de *E. coli*, *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.*, *Pseudomonas aeruginosa* y otros Gramnegativos (Garau, 2018)

G. SEPSIS:

El consenso Sepsis-3 define a la sepsis como una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped a la infección. De esta manera, introduce un cambio muy sensible para el reconocimiento operativo de pacientes con sepsis, puesto que plantea como criterio para su diagnóstico la presencia de disfunciones orgánicas establecidas, es decir, va desde la detección de la disfunción orgánica hacia la sospecha de infección, para la sospecha de esta se llega con 2 de los 3 criterios de Qsofa, que son la frecuencia respiratoria mayor igual a 22 respiraciones por minuto, que exista una alteración del sensorio y una presión arterial sistólica menos igual a 100 mmHg (Martínez, 2020).

III MÉTODO

3.1 Tipo de investigación.

Este estudio tiene un método observacional, descriptivo y transversal

3.2 Ámbito temporal y espacial

Ámbito temporal :01 de enero – 30 de septiembre
Ámbito espacial: área de emergencia del servicio de cirugía del hospital San Juan de Lurigancho

3.3 Variables.

Se consideraron las siguientes variables:

✚ variable independiente: factores de riesgo: edad, sexo, procedencia, grado de instrucción, automedicación, cuadro clínico, tiempo que transcurre entre inicio de los síntomas al ingreso a hospital, tiempo transcurrido entre el ingreso al hospital a cirugía, transaminasas elevadas antes de la cirugía, perfil hepático elevado antes de la cirugía, fosfatasa alcalina elevada antes de la cirugía, gamma glutamil transpeptidasa elevada antes de la cirugía y tiempo operatorio

✚ Variable dependiente: Complicaciones de la colecistitis: Empiema Vesicular, Colecistitis Enfisematosa, Perforación Vesicular, Fistula Biliar, Plastrón Vesicular, Peritonitis y Sepsis.

✚ Operacionalización de variables en Anexo 02

3.4 Población y muestra.

3.4.1 Población de estudio.

Estuvo formado por 79 pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda, que ingresaron por emergencia al servicio de cirugía del Hospital San Juan de Lurigancho en el periodo de enero a septiembre del 2021.

3.4.2 Tamaño de la muestra.

La muestra fue conformada por toda la población ya que si obtenemos la estimada por la fórmula para una población finita y conocida obtendríamos 65.6, siendo esta población pequeña y con fines de un mejor análisis se tomó finalmente a los 79 pacientes de la población.

$$N = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{(79) \cdot (1.96)^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5)}{(0.05)^2 \cdot (79-1) + (1.96)^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5)} = 65.6$$

$$n=66$$

Donde:

N: población total (79)

Z_α: 95% seguridad (1.96)

p: Probabilidad de éxito del 50 % (0.5)

q: Probabilidad de fracaso (1-p) = (0.5)

d: Error muestral del 5 % (0.05)

Muestreo.

Para este estudio se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple

Se consideró los criterios de inclusión y exclusión, en los pacientes que fueron seleccionados, se consideró a toda la población como muestra, para agrandar nuestro universo de estudio.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- ✚ Paciente mayor de 16 años.
- ✚ Paciente que tuvo diagnóstico de colecistitis en el servicio de cirugía del área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho en el periodo de tiempo de enero a agosto del 2021
- ✚ Pacientes que contaron con historia clínica completa.

Criterios de exclusión:

- ✚ Paciente menor de 16 años.
- ✚ Paciente que tuvo diagnóstico de colecistitis en otros servicios del Hospital San Juan de Lurigancho en el periodo de tiempo de enero a agosto del 2021.
- ✚ Pacientes que contaron con historia clínica incompleta.

3.5 Instrumentos

Técnica se realizó mediante la documentación y revisión de las historias clínicas de emergencia y los reportes post operatorios de las personas con colecistitis aguda

Instrumento: se tuvo que elaborar y validar una ficha de recolección de datos, la validación se muestra en el anexo 04

3.6 Procedimientos

Primero se buscó estudiar principales problemas relevantes elaborándose un proyecto de estudio, estudiando múltiples fuentes bibliográficas y bases teóricas actuales. Luego se

solicitó la asignación de revisores, luego de las correcciones correspondientes, se otorgó permiso para proceder con el trabajo de investigación. Posteriormente se hizo una solicitud formal al Hospital San Juan de Lurigancho, pidiendo aprobación y permiso para acceder a los datos necesarios como historias clínicas de emergencia y los reportes quirúrgicos, luego que la comisión de ética del hospital San Juan de Lurigancho aprobara la solicitud.

3.7 Análisis de datos

Con los datos obtenidos de las historias se procedió al llenado de la ficha de datos, las variables fueron sometidas mediante el programa SPSS versión 25 y expresadas de forma cualitativas en frecuencias absolutas y relativas.

A estas variables se les aplicó la prueba de Chi cuadrado para evaluar asociación entre las mismas, considerándose resultados estadísticamente significativos cuando $p < 0,05$

3.8 Consideraciones éticas

La presente tesis fue evaluada y aprobada por el comité de ética en investigación del Hospital San Juan de Lurigancho, y para este trabajo no fue necesario el consentimiento informado de los participantes dado que no expone explícitamente dato personales ni generales.

IV RESULTADOS

A continuación, se presentan los siguientes resultados:

Tabla 1

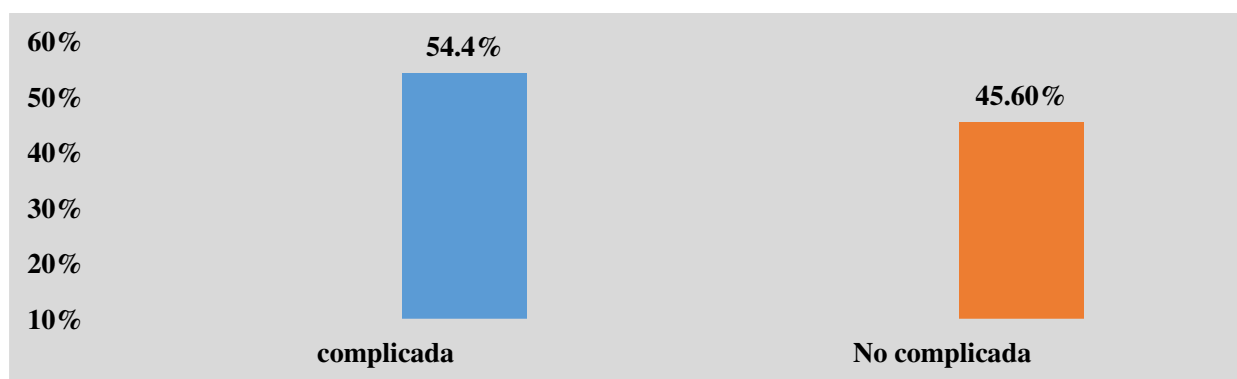
Prevalencia de colecistitis aguda en el servicio de cirugía del área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021

Colecistitis aguda	N	%
No complicada	36	45.6%
Complicada	43	54.4%
Total	79	100%

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas y reporte quirúrgicos mediante la ficha de datos de elaboración propia.

Figura 1

Incidencia de colecistitis aguda en el servicio de cirugía del área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021



Fuente propia

La Tabla y Figura 1, representa como en el Hospital San Juan de Lurigancho hay una prevalencia de la Colecistitis Aguda complicada de un 54.4%, dejando así a las No complicadas con un 45.6%

Tabla 2

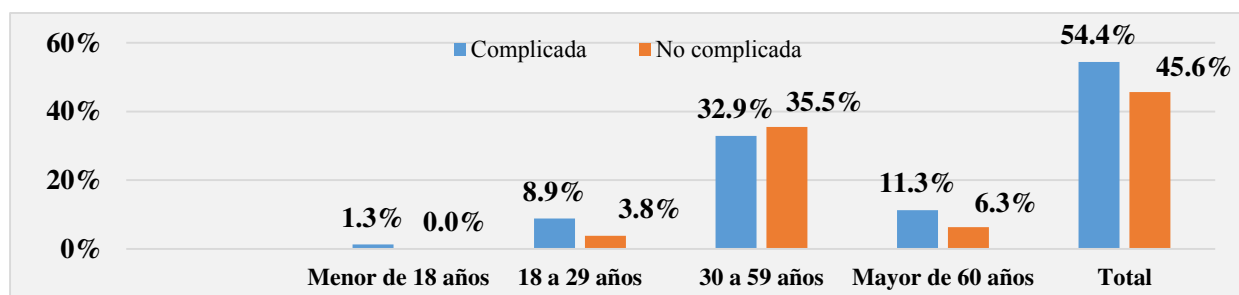
El factor de riesgo: Edad asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021

Edad	N	%	Complicada		No complicada		Sig.	Chi ²
			N	%	N	%		
Menor de 18 años	1	1.3%	1	1.3%	0	0.0%	0,359	3,222
18 a 29 años	10	12.7%	7	8.9%	3	3.8%		
30 a 59 años	54	68.4%	26	32.9%	28	35.5%		
Mayor de 60 años	14	17.7%	9	11.3%	5	6.3%		
Total	79	100%	43	54.4%	36	45.6%		

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas y reporte quirúrgicos mediante la ficha de datos de elaboración propia.

Figura 2

El factor de riesgo: Edad asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021



Fuente propia

La tabla y figura 2, representa como el rango de edad para las complicaciones de la colecistitis aguda fueron de 30 a 59 años (32.9%), seguidamente los mayores de 60 años (11.3 %), además, las edades comprendidas entre los 18 a 29 años representan un (8.9 %), dejando a los menores de 18 años con un (1.3%); Mientras tanto en los pacientes con colecistitis aguda no complicada se observó que el rango de edad de a tuvo mayor prevalencia con un número de casos fueron los de 30 a 59 años (35.5 %).

Así mismo, el resultado presenta el nivel de significancia de 0,359 que es mayor que es mayor $\alpha = 0,05$, por lo que, se acepta la hipótesis nula, entonces: no existe asociación entre la edad y la complicación de la colecistitis aguda.

Tabla 3

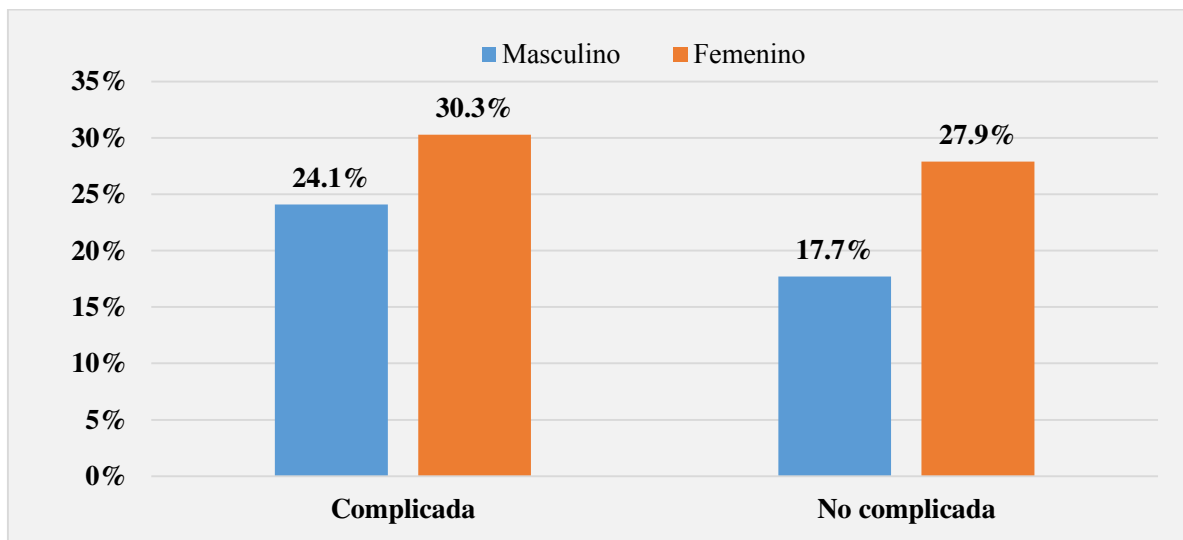
El factor de riesgo: Sexo asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021

Sexo	N	%	Complicada		No complicada		Chi ²	p
			N	%	N	%		
Masculino	33	59.26%	19	24.1%	14	17.7%	0,226	0.634
Femenino	46	40.74%	24	30.3%	22	27.9%		
Total	79	100%	43	54.4%	36	45.6%		

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas y reporte quirúrgicos mediante la ficha de datos de elaboración propia

Figura 3

El factor de riesgo: Sexo asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021



Fuente propia

La tabla y figura N°3, representa la prevalencia del sexo femenino representa el 30.3 % y el 27.9% para colecistitis aguda complicada y No complicada respectivamente, mientras que el sexo masculino representa el 24.1% de todas las complicadas.

El valor de significancia es 0.634 siendo mayor que $\alpha=0.05$ por lo que acepta la hipótesis nula, negando así que el factor de riesgo del sexo tenga asociación con la complicación de la colecistitis aguda.

Tabla 4

El factor de riesgo: Procedencia asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021

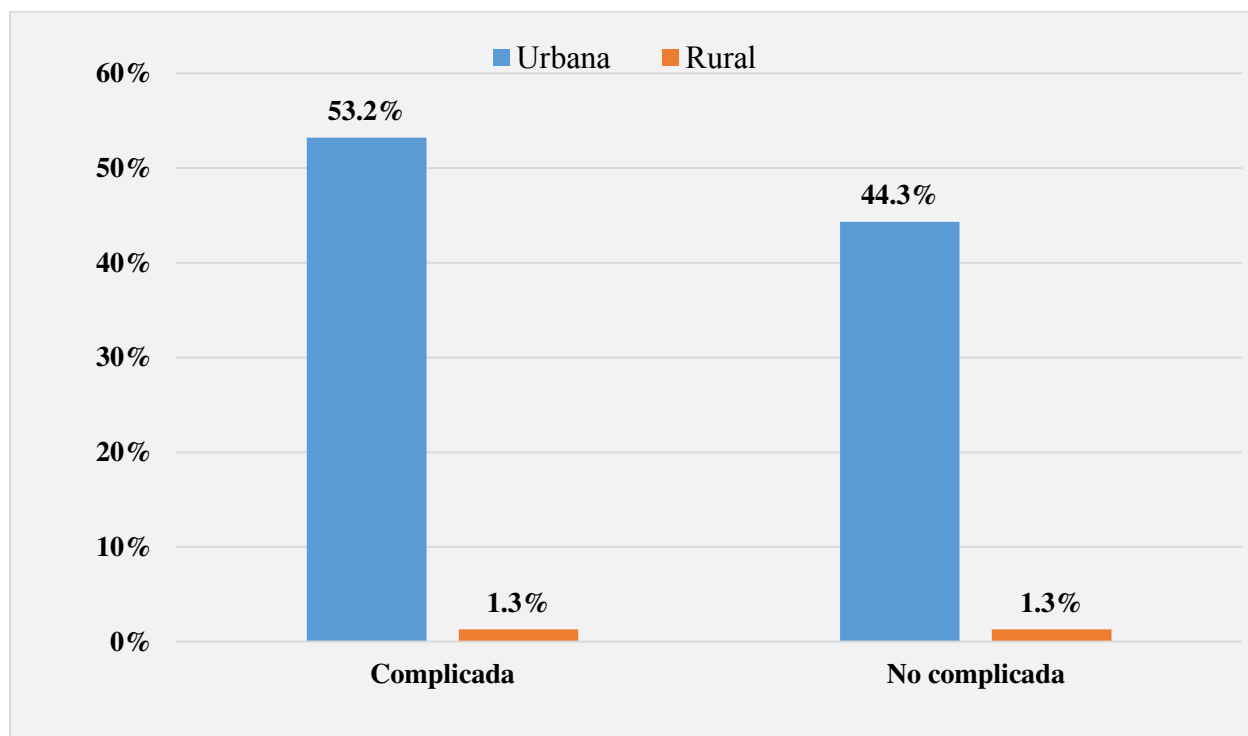
Procedencia	N	%	Complicada		No complicada		Chi ²	p
			N	%	N	%		
Urbana	77	97.5%	42	53.2%	35	44.3%	0,016	0,899
Rural	2	2.5%	1	1.3%	1	1.3%		
Total	79	100%	43	54.4%	36	45.6%		

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas y reporte quirúrgicos mediante la ficha de datos de elaboración propia

Siendo el valor de significancia 0,899 es mayor de 0.05 por lo que se acepta la hipótesis nula, negando así que la procedencia tenga asociación con la complicación de la colecistitis aguda.

Figura 4

El factor de riesgo: Procedencia asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021



Fuente propia

La tabla y figura N°4 representa, como las complicaciones de la colecistitis aguda fueron de Procedencia Urbana con un 53.2%, y un 1.3% de procedencia rural, mientras que la mayor prevalencia de pacientes con colecistitis aguda no complicada fue de procedencia urbana con un 44.3%.

Tabla 5

El factor de riesgo: Grado de instrucción asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021

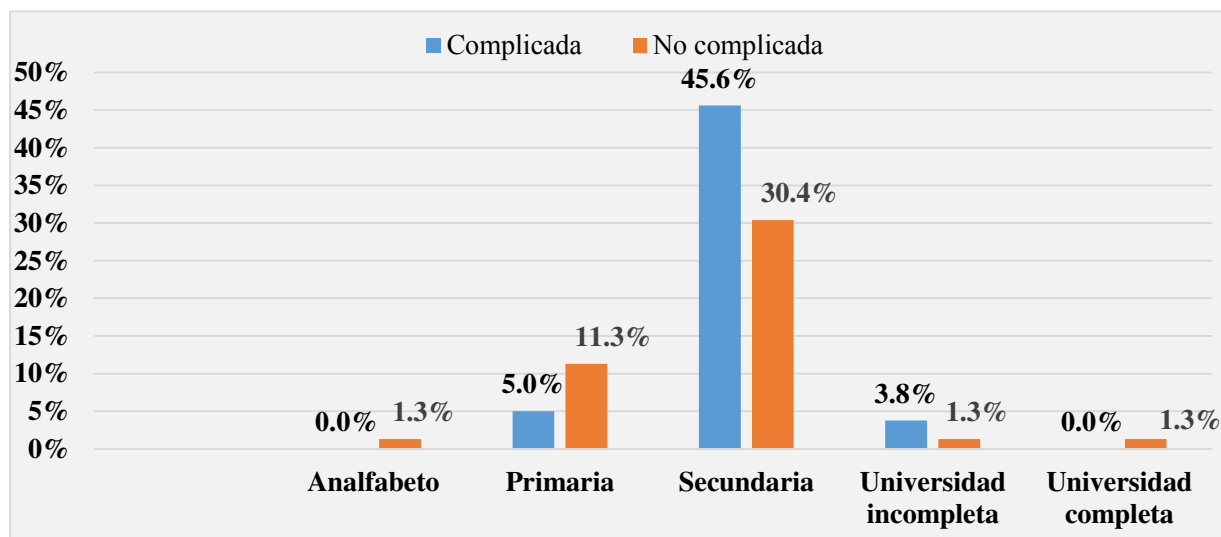
Grado de instrucción	N	%	Complicada		No complicada		Chi ²	p
			N	%	N	%		
Analfabeto	1	1.3%	0	0.0%	1	1.3%		
Primaria	13	16.5%	4	5.0%	9	11.3%		
Secundaria	60	0.0%	36	45.6%	24	30.4%	6,756	0,149
Universidad incompleta	4	75.9%	3	3.8%	1	1.3%		
Universidad completa	1	5.1%	0	0.0%	1	1.3%		
Total	79	100%	43	54.4%	36	45.6%		

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas y reporte quirúrgicos mediante la ficha de datos de elaboración propia

El valor de significancia del grado de instrucción es de 0.149 por lo que es mayor de 0.05 así que se acepta la hipótesis nula, negando así que el grado de instrucción tenga asociación con la complicación de la colecistitis aguda.

Figura 5

El factor de riesgo: Grado de instrucción asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021



La tabla y figura N° 5, indica que la mayor incidencia de complicados fue el grado de instrucción secundaria (45.6%), seguido por primaria (5%) y por ultimo universitario incompleto (3.8%). Mientras que la colecistitis aguda No complicada también tuvo mayor incidencia el grado de instrucción secundaria (30.4%), seguido por primaria (11.3)

Tabla 6

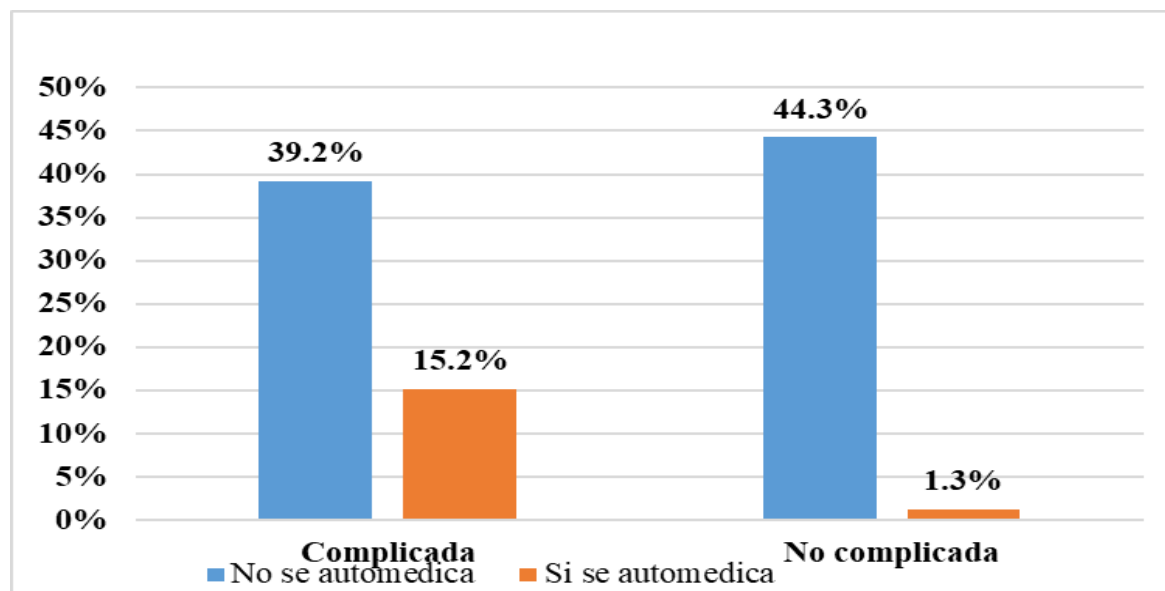
El factor de riesgo: Automedicación asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021

Automedicación	N	%	Complicada		No complicada		Chi ²	p
			N	%	N	%		
No	66	83.5%	31	39.2%	35	44.3%	9,001	0,003
Si	13	16.5%	12	15.2%	1	1.3%		
Total	79	100%	43	54.4%	36	45.6%		

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas y reporte quirúrgicos mediante la ficha de datos de elaboración propia

Figura 6

El factor de riesgo: Automedicación asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021



Fuente propia

La tabla y figura N°6 evidencia como en la colecistitis aguda complicada el 15.2% se automedicó con aines mientras que el 39.2% no se auto medicó, mientras que de los no complicados se auto medicaron el 1.3%.

Siendo el valor de significancia de 0.003 es menor que 0.05 por lo que niega la hipótesis nula, demostrando así que la automedicación está asociada a las complicaciones de la colecistitis aguda.

Tabla 7

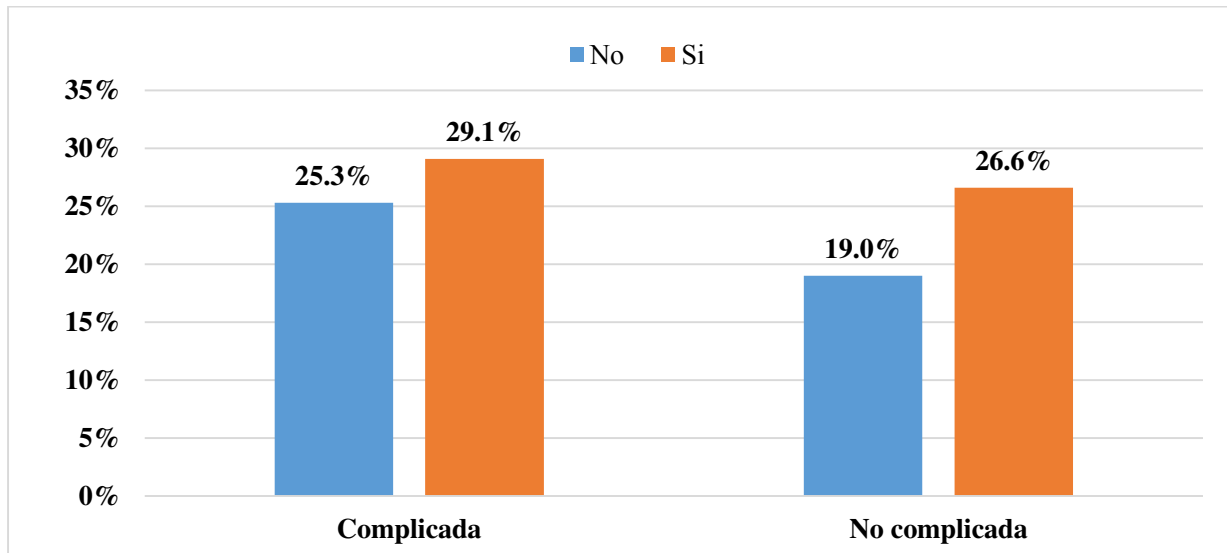
El factor de riesgo: Signo de Murphy asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021

Cuadro clínico			No				Chi²	p
- Signo de	N	%	Complicada		complicada			
			N	%	N	%		
Murphy								
No	35	44.3%	20	25.3%	15	19.0%	0,186	0,666
Si	44	55.7%	23	29.1%	21	26.6%		
Total	79	100%	43	54.4%	36	45.6%		

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas y reporte quirúrgicos mediante la ficha de datos de elaboración propia

Figura 7

El factor de riesgo: Signo de Murphy asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021



Fuente propia

La tabla y figura N°7 demostró que el signo de Murphy positivo representó la colecistitis aguda complicada en un 29.1% sin embargo, también estuvo presente en la colecistitis aguda No complicada con un 26.6%.

Tabla 8

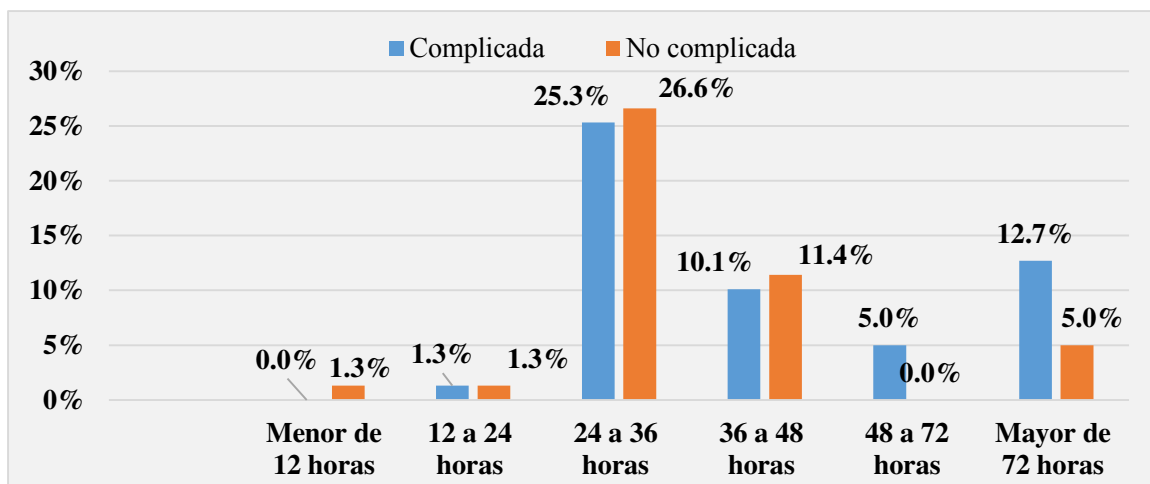
El factor de riesgo: Tiempo que transcurre entre inicio de los síntomas al ingreso a hospital asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021

Tiempo entre el inicio			Complicada		No complicada		Chi ²	p
de síntomas al ingreso	N	%	N	%	N	%		
al hospital								
Menor de 12 horas	1	1.3%	0	0.0%	1	1.3%		
12 a 24 horas	2	2.5%	1	1.3%	1	1.3%		
24 a 36 horas	41	51.9%	20	25.3%	21	26.6%	2,360	0,307
36 a 48 horas	17	21.5%	8	10.1%	9	11.4%		
48 a 72 horas	4	8.1%	4	5.0%	0	0.0%		
Mayor de 72 horas	14	17.7%	10	12.7%	4	5.0%		
Total	79	100%	43	54.4%	36	45.6%		

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas y reporte quirúrgicos mediante la ficha de datos de elaboración propia

Figura 8

El factor de riesgo: Tiempo que transcurre entre inicio de los síntomas al ingreso a hospital asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021



Fuente propia

Tabla y figura N°8 representa como el Tiempo que transcurre entre inicio de los síntomas al ingreso a hospital asociado a las complicaciones fueron de 24 a 36 horas (25.3%) seguido por los mayores de 72 horas (12.7%) los de 36 a 48 horas (10.1%), mientras que de 12 a 24 horas (1.3%) finalmente los que ingresaron al hospital con menos de 12 horas de síntomas no presentaron complicaciones (0%). Por otro lado, la colecistitis aguda no complicada se presentó al hospital entre las 24 a 36 horas (26.6%).

El valor de significancia es mayor de 0.05 por lo que acepta la hipótesis nula, negando así que el tiempo que transcurre entre inicio de los síntomas al ingreso al hospital tenga asociación con la complicación de la colecistitis aguda.

Tabla 9

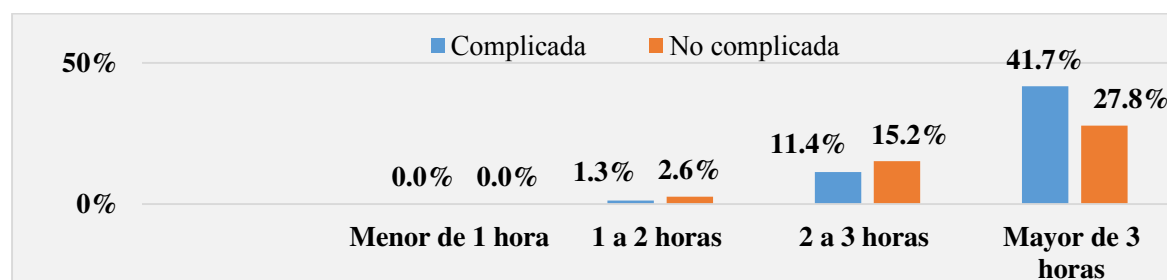
El factor de riesgo: Tiempo transcurrido entre el ingreso al hospital hasta a la cirugía asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021

Tiempo entre el ingreso al hospital a la cirugía			Complicada		No complicada		Chi ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Menor de 1 hora	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
1 a 2 horas	3	3.8%	1	1.3%	2	2.6%	11,825	0,008
2 a 3 horas	21	26.6%	9	11.4%	12	15.2%		
Mayor de 3 horas	55	69.6%	33	41.7%	22	27.8%		
Total	79	100%	43	54.4%	36	45.6%		

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas y reporte quirúrgicos mediante la ficha de datos de elaboración propia

Figura 9

El factor de Riesgo: Tiempo transcurrido entre el ingreso al hospital hasta la cirugía asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021



Fuente propia

De la tabla y figura N°9 demostró como el tiempo transcurrido entre el ingreso al hospital hasta la cirugía represento complicaciones en: mayores de 3 horas 41.7%, de 2 a 3 horas un 11.4%, de 1 a 2 horas 1.3% mientras los de menor a 1 hora: 0%. También indicó que de los pacientes con colecistitis aguda no complicada la mayor frecuencia también estuvo en los mayores de 3 horas 27.8%.

El valor de significancia de 0.008 siendo menor que 0.05 se niega la hipótesis nula, demostrando así que el Tiempo transcurrido entre el ingreso al hospital hasta a la cirugía si está asociado a las complicaciones de la colecistitis agua.

Tabla 10

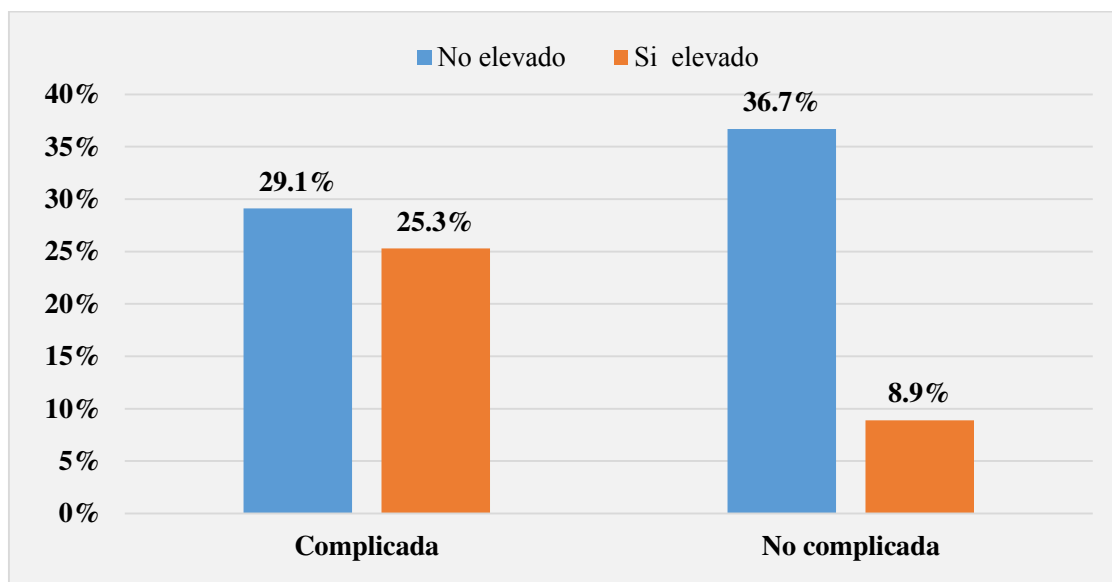
El factor de riesgo: Transaminasas elevadas antes de la cirugía asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021

transaminasas tgp y tg	N	%	Complicada		No complicada		Chi ²	p
			N	%	N	%		
No	52	65.8%	23	29.1%	29	36.7%	6,381	0,012
Si	27	34.2%	20	25.3%	7	8.9%		
Total	79	100%	43	54.4%	36	45.6%		

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas y reporte quirúrgicos mediante la ficha de datos de elaboración propia

Figura 10

El factor de riesgo: Transaminasas elevadas antes de la cirugía asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021



Fuente propia

De la tabla y figura N°10 indica como las transaminasas elevadas antes de la cirugía representaron el 25.3% y 8.9% en colecistitis aguda complicada y no complicada respectivamente. Dejando así a las que no tuvieron transaminasas elevadas antes de la cirugía con un 29.1% en complicadas y 36.7% en las No complicadas.

El valor de significancia es de 0.012 y es menor que 0.05 por lo que niega la hipótesis nula, demostrando que la Transaminasas elevadas antes de la cirugía está asociado a las complicaciones de la colecistitis agua.

Tabla 11

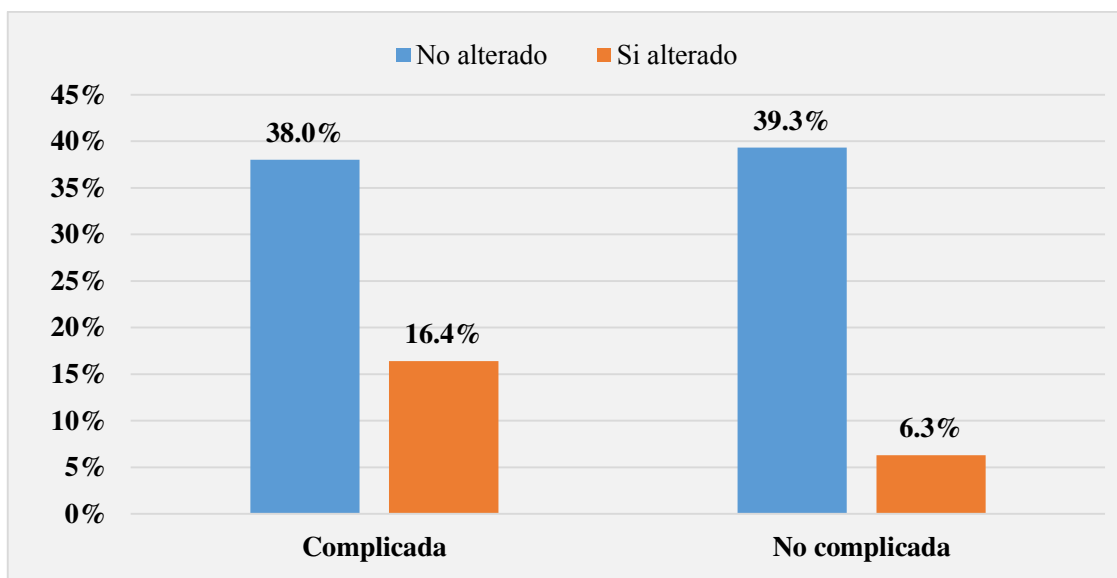
El factor de Riesgo: Perfil Hepático alterado antes de la cirugía asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021

Perfil hepático	N	%	Complicada		No complicada		Chi ²	p
			N	%	N	%		
No	61	77.2%	30	38.0%	31	39.3%	2,975	0,085
Si	18	22.8%	13	16.4%	5	6.3%		
Total	79	100%	43	54.4%	36	45.6%		

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas y reporte quirúrgicos mediante la ficha de datos de elaboración propia

Figura 11

El factor de riesgo: Perfil Hepático elevado antes de la cirugía asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021



Fuente propia

La tabla y figura 11 demuestra como los que tuvieron perfil hepático elevado antes de la cirugía representaron 16.4% y 6.3% en colecistitis aguda complicada y no complicada respectivamente. Dejando así a las que no tuvieron perfil hepático elevado antes de la cirugía con un 38.0% en complicadas y 39.3% en las no complicadas.

El valor de significancia (0.085) es mayor de 0.05 por lo que acepta la hipótesis nula, negando así que Perfil Hepático alterado antes de la cirugía tenga asociación con la complicación de la colecistitis aguda.

Tabla 12

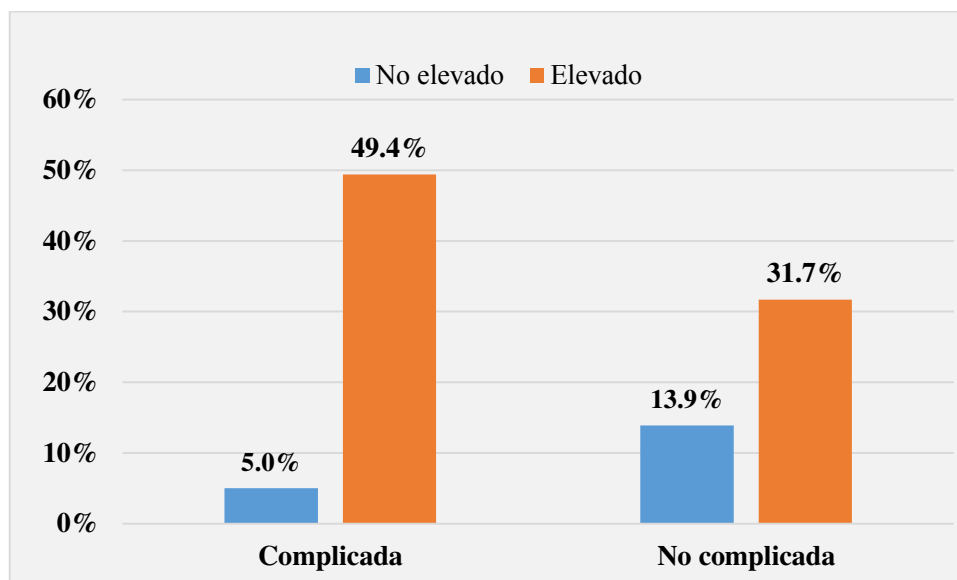
El factor de Riesgo: Fosfatasa Alcalina elevada antes de la cirugía asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021

Fosfatasa alcalina	N	%	Complicada		No complicada		Chi ²	p
			N	%	N	%		
No	15	19.0%	4	5.0%	11	13.9%	5,754	0,16
Si	64	81.0%	39	49.4%	25	31.7%		
Total	79	100%	43	54.4%	36	45.6%		

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas y reporte quirúrgicos mediante la ficha de datos de elaboración propia

Figura 12

El factor de riesgo: Fosfatasa Alcalina elevada antes de la cirugía asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021



Fuente propia

La tabla y figura N°12 indica que los que presentaron Fosfatasa Alcalina elevada antes de la cirugía representaron 49.4% y 31.7% en colecistitis aguda complicada y no complicada respectivamente. Dejando así a las que NO TUVIERON Fosfatasa Alcalina elevada **antes de la cirugía** con un 5.0% en complicadas y 13.9% en las No complicadas.

El valor de significancia (0.16) es mayor de 0.05 por lo que acepta la hipótesis nula, negando así que Fosfatasa Alcalina elevada tenga asociación con la complicación de la colecistitis aguda.

Tabla 13

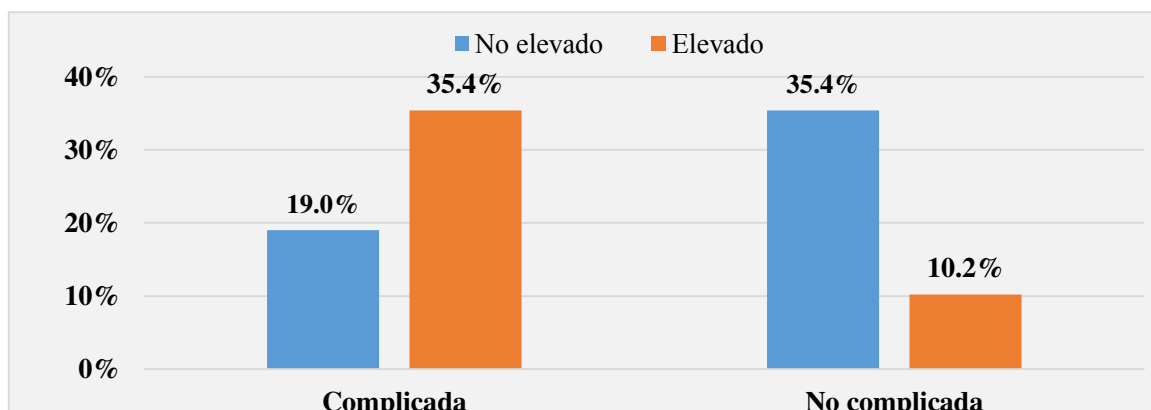
El factor de riesgo: Gamma Glutamil Transpeptidasa Elevado Antes De La Cirugía asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021

Gamma Glutamil Transpeptidasa	N	%	Complicada		No complicada		Chi ²	p
			N	%	N	%		
No	43	54.4%	15	19.0%	28	35.4%	14,535	0,000
Si	36	45.6%	28	35.4%	8	10.2%		
Total	79	100%	43	54.4%	36	45.6%		

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas y reporte quirúrgicos mediante la ficha de datos de elaboración propia

Figura 13

El factor de riesgo: Gamma Glutamil Transpeptidasa Elevado Antes De La Cirugía asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021



Fuente propia

La tabla y figura N°13 indica que los que presentaron gamma glutamil transpeptidasa elevado antes de la cirugía representaron 35.4% y 10.2% en colecistitis aguda complicada y no complicada respectivamente. Dejando así a las que no tuvieron Fosfatasa Alcalina elevada antes de la cirugía con un 19.0% en complicadas y 35.4% en las No complicadas.

El valor de significancia (0.000) es menor de 0.05 por lo que niega la hipótesis nula, demostrando que Gamma Glutamil Transpeptidasa Elevado Antes De La Cirugía está asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda.

Tabla 14

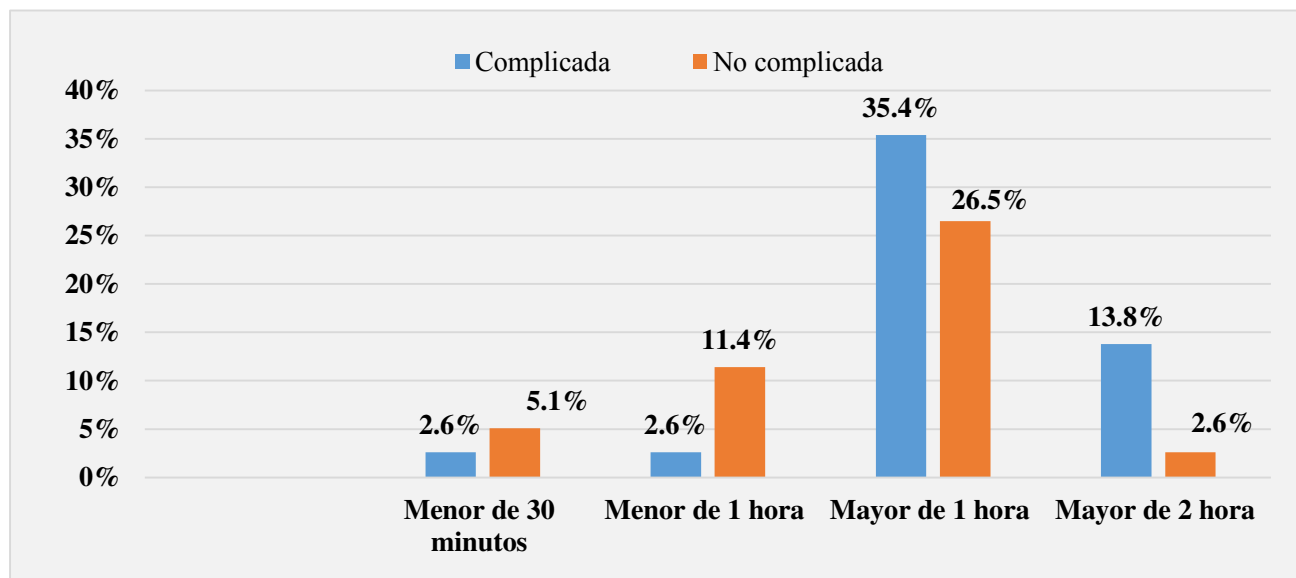
El factor de riesgo: Tiempo operatorio asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021

Tiempo operatorio	N	%	Complicada		No complicada		Chi ²	p
			N	%	N	%		
			Menor de 30 minutos	6	7.6%	2		
Menor de 1 hora	11	13.9%	2	2.6%	9	11.4%		
Mayor de 1 hora	49	62.0%	28	35.4%	21	26.5%		
Mayor de 2 hora	13	16.5%	11	13.8%	2	2.6%		
Total	79	100%	43	54.4%	36	45.6%		

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas y reporte quirúrgicos mediante la ficha de datos de elaboración propia

Figura 14

El factor de Riesgo: Tiempo operatorio asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021



Fuente propia

La tabla y figura 14 la incidencia de las complicaciones de la colecistitis aguda según el tiempo operatorio fue Mayor a 1 hora (35.4%), mayor a 2 horas (13.8%), menor de 1 hora (2.6%) finalmente menor de 30 minutos (2.6%). En el caso de las colecistitis agudas No complicadas la mayor incidencia fue mayor de 1 hora (26.5%) seguido de menor de 1 hora (11.4%).

El resultado presenta un nivel de significancia de 0,02 siendo menor $\alpha = 0,05$, por lo que, se niega la hipótesis nula, entonces: Si existe asociación entre el tiempo operatorio mayor de 1 hora y la complicación de la colecistitis aguda.

Tabla 15

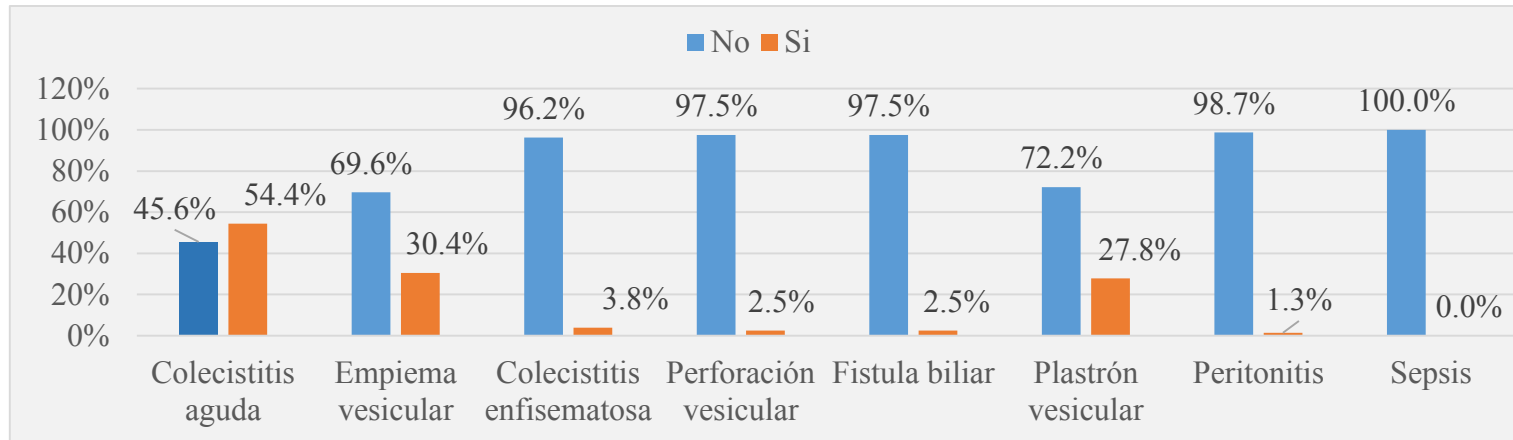
Complicaciones con más prevalencia de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021

	Complicaciones de colecistitis aguda		Colecistitis				Perforación vesicular		Fistula biliar		Plastrón vesicular		Peritonitis		Sepsis		otros	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
No	36	45.6	55	69.6	76	96.2	77	97.5	77	97.5	57	72.2	78	98.7	79	100	79	100
Si	43	54.4	24	30.4	3	3.8	2	2.5	2	2.5	22	27.8	1	1.3	0	0.0	0	0.0
Total	79	100	79	100	79	100	79	100	79	100	79	100	79	100	120	100	120	100

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas y reporte quirúrgicos mediante la ficha de datos de elaboración propia

Figura 15

Complicaciones con más prevalencia de la colecistitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021



Fuente propia

La tabla y figura N° 15 indicó que las complicaciones con más prevalencia fueron Colecistitis aguda (54.4%), Empiema Vesicular (30.4%) y el Plastrón vesicular (27.8%)

V DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Siendo la colecistitis aguda un problema sanitario a nivel mundial, de carácter social, de morbilidad, con un impacto económico e impacto en la calidad de vida. Sus complicaciones requieren tratamiento rápido y definitivo por la gran morbimortalidad que estas conllevan.

Por eso este trabajo tuvo como primer objetivo determinar los factores de riesgo asociados a complicaciones de la colecistitis aguda en el servicio de cirugía del área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021.

Donde se encontró que el rango de edad para las complicaciones de la colecistitis aguda fue de 30 a 59 años (32.9%), seguidamente los mayores de 60 años (11.3 %) similar a los estudios realizado por Melgarejo (2019) donde encontraron que el promedio de edades con mayor frecuencia fue de 50 años. O el del Dr Ordoñez (2019) donde el grupo etario más frecuente fue el 31-40 años con 30,2%. Así mismo, el resultado presenta el nivel de significancia de 0,359 que es mayor que es mayor $\alpha = 0,05$, por lo que, se acepta la hipótesis nula, entonces: no existe asociación entre la edad y la complicación de la colecistitis aguda.

Este estudio también encontró que el sexo femenino representa el 30.3 % y el 27.9% para colecistitis aguda complicada y No complicada respectivamente, mientras que el sexo masculino representa el 24.1% de todas las complicadas. Similar al trabajo realizado por Atar (2014) donde se encontró mujeres con un 59,3% y hombres con un 40,7%. Igual el Dr Ordoñez (2019) encontró predominó las complicaciones del sexo femenino con un 30,2%. El valor de significancia es 0.634 siendo mayor que $\alpha = 0.05$ por lo que acepta la hipótesis nula, negando así que el factor de riesgo del sexo tenga asociación con la complicación de la colecistitis aguda.

Así mismo, en este estudio la procedencia urbana representó un 53.2% y un 44.3% de las colecistitis agudas Complicadas y No complicadas respectivamente Similar al estudio realizado por Ordoñez (2019) donde el 76.5% procedían de la zona urbana. Siendo el valor de significancia 0,899 es mayor de 0.05 por lo que se acepta la hipótesis nula, negando así que la procedencia tenga asociación con la complicación de la colecistitis aguda.

También este estudio indica que la mayor incidencia de complicados fueron los que tuvieron el grado de instrucción secundaria (45.6%), similar al estudio realizado por los doctores Klappenbach et al. (2018) donde encontraron la mayor incidencia también fue el grado de instrucción secundaria completa. El valor de significancia del grado de instrucción es de 0.149 por lo que es mayor de 0.05 así que se acepta la hipótesis nula, negando así que el grado de instrucción tenga asociación con la complicación de la colecistitis aguda.

En este estudio se evidencia como en la colecistitis aguda complicada el 15.2% se automedicó mientras que el 39.2% no se automedicó, siendo el valor de significancia de 0.003 es menor que 0.05 por lo que niega la hipótesis nula, demostrando así que la automedicación está asociada a las complicaciones de la colecistitis aguda.

En este estudio también se demostró como el tiempo transcurrido entre el ingreso al hospital hasta la cirugía represento complicaciones en: mayores de 3 horas 41.7% y mayores de 2 a 3 horas un 11.4%, similar al trabajo de Nizama L. (2019) donde los pacientes con colecistectomía laparoscópica tardía obtuvieron más estancia en recuperación y sus complicaciones El valor de significancia de 0.008 siendo menor que 0.05 se niega la hipótesis nula, demostrando así que el Tiempo transcurrido entre el ingreso al hospital hasta a la cirugía mayor de 3 horas si está asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda.

En este estudio también se encontró que los que presentaron gamma glutamil transpeptidasa elevado antes de la cirugía representaron 35.4% en colecistitis aguda

complicada. El valor de significancia (0.000) es menor de 0.05 por lo que niega la hipótesis nula, demostrando que Gamma Glutamil Transpeptidasa Elevado Antes De La Cirugía está asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda.

También se halló que las transaminasas elevadas antes de la cirugía representaron el 25.3% en colecistitis aguda complicada. El valor de significancia es de 0.012 y es menor que 0.05 por lo que niega la hipótesis nula, demostrando que la Transaminasas elevadas antes de la cirugía está asociado a las complicaciones de la colecistitis aguda.

El segundo objetivo fue distinguir si el tiempo de inicio de los síntomas hasta el ingreso del hospital está asociado a la colecistitis aguda complicada y se encontró que el tiempo que transcurre entre inicio de los síntomas al ingreso a hospital asociado a las complicaciones fueron de 24 a 36 horas (25.3%) seguido por los mayores de 72 horas (12.7%) finalmente los que ingresaron al hospital con menos de 12 horas de síntomas no presentaron complicaciones (0%). El valor de significancia es mayor de 0.05 por lo que acepta la hipótesis nula, negando así que el tiempo que transcurre entre inicio de los síntomas al ingreso al hospital tenga asociación con la complicación de la colecistitis aguda.

El tercer objetivo del presente estudio fue reconocer las complicaciones de la colecistitis aguda con más incidencia, de las cuales fueron Empiema Vesicular (30.4%) y el Plastrón vesicular (27.8%) similar a los trabajo de Melgarejo(2019) donde las complicaciones más prevalentes fueron Píocolecisto (76.9%) y Plastrón Vesicular (51.3%), y del trabajo de Nizama L. (2018) encontrando (29,8%) casos de Plastrón vesicular y (14%) con fistula biliar en contraste al estudio realizado por Ordoñez (2019) donde el encontró a la colecistitis enfisematosa con 29.5% y al píocolecisto con 28.2%

El último objetivo fue Deducir la capacidad resolutive para la colecistitis aguda, demostrando que tiene buena capacidad resolutive para este cuadro clínico.

VI CONCLUSIONES

- ✚ Los factores de riesgo que más se asociaron a las complicaciones fueron tener Gamma Glutamil Transpeptidasa Elevado Antes De La Cirugía 35.4%(p=0.000), Transaminasas elevadas antes de la cirugía 25.3% (p=0.012), la automedicación 15% (p = 0.003), el Tiempo transcurrido entre el ingreso al hospital hasta a la cirugía mayor de 3 horas 41.7% (p= 0.008), y el Tiempo operatorio mayor de 1 hora 35.4% (p=0.02).
- ✚ El tiempo prolongado desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso del hospital no representó un factor de riesgo (p=0.307)
- ✚ Las complicaciones de la colecistitis aguda con más incidencia, fueron Empiema Vesicular (30.4%) y el Plastrón vesicular (27.8%)
- ✚ Acortar el tiempo que pasa desde el ingreso al hospital hasta ser operados

VII RECOMENDACIONES

- Es recomendable Disminuir el tiempo de espera para acudir al centro de salud ante los síntomas de una posible colecistitis debido aumenta la probabilidad de tener complicaciones.
- Tener en cuenta siempre las complicaciones de la colecistitis aguda y sus factores de riesgo, si encontramos factores de riesgo sociodemográficos, buscar los factores de riesgo clínicos así estar preparados para sus posibles complicaciones.
- Explicar los factores de riesgo sociodemográficos y promover la educación en la población así evitar la automedicación, disminuyendo así las probabilidades de las posibles complicaciones de la colecistitis aguda.
- Por ultimo al Hospital San Juan de Lurigancho es recomendable disminuir el tiempo que transcurre desde que el paciente ingresa hasta que es operado.

VIII REFERENCIAS

- A.J.Zarate, A. Torrealba, M. Álvarez, M. Raue. (2016) *Colelitiasis*. medfinis.cl.
<https://medfinis.cl/img/manuales/Colecistitis%20aguda.pdf>
- Angarita, F. A., Acuña, S. A., Jimenez, C., Garay, J., Gómez, D., & Domínguez, L. C. (2010). Colecistitis calculosa aguda. *Universitas Medica*, 51(3), 301–319.
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed51-3.ccag>
- Atar, E.; Bachar, GN; Berlín, S.; Neiman, C.; Bleich-Belenky, E.; Litvin, S.; Knihznik, M.; Belenky, A.; Ram, E. (2014, junio). Colecistostomía percutánea en pacientes críticos con colecistitis aguda: complicaciones y evolución tardía. *Radiología Clínica vol. 69* (iss. 6), 247-252.
[https://www.clinicalradiologyonline.net/article/S0009-9260\(14\)00038-5/fulltext](https://www.clinicalradiologyonline.net/article/S0009-9260(14)00038-5/fulltext)
- Berrospi P., J. (2020). *principales causas y tasa de conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía convencional en pacientes del servicio de cirugía general del hospital José Agurto Tello de Chosica durante el periodo 2016-2019*. [tesis para la obtención del título de médico cirujano, Universidad Nacional Federico Villareal]. Repositorio institucional UNFV.
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4441>
- Chawla A., Bosco JI., Lim TC., Srinivasan S., Teh HS., Shenoy JN. (2015 Agosto). Imaging of acute cholecystitis and cholecystitis-associated complications in the emergency setting. *Singapore Medical Journal vol. 56* (iss. 08), 438- 444.
<http://www.smj.org.sg/article/imaging-acute-cholecystitis-and-cholecystitis-associated-complications-emergency-setting>

- Chen, Ming-Yu; Lu, Chen; Wang, Yi-fan; Cai, Xiu-Jun (2016) * Emphysematous cholecystitis in a young male without predisposing factors. *Medicine®*, Volumen 95 (emission 44), Pag 5367. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005367>
- Chirinos Castro, A. Z. (2020). Aplicación de la guía de Tokio 2018 para el diagnóstico de colecistitis aguda en el servicio de emergencia de cirugía durante el periodo 2019 en el hospital Rezola de cañete (tesis para la obtención de título médico cirujano, Universidad Ricardo Palma). Repositorio de tesis de la universidad Ricardo Palma. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/3314>
- Chocán Guerrero, L. P (2019) *Características clínico - epidemiológicas de pacientes con colecistitis aguda atendidos en hospital de la amistad perúcorea ii - santa rosa, enero - diciembre 2018* [tesis para el título profesional de médico cirujano, Universidad Nacional de Piura]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Piura. <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1631>
- Delgado, J. (2019). “*Factores de riesgo asociados a conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía convencional en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo Enero-noviembre 2018*” [Tesis para la obtención del título de médico, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional - URP - Universidad Ricardo Palma. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1746>
- Escobar, f.; Valentín N.; Valbuena, E. (2015). Colecistitis enfisematosa, revisión bibliográfica y presentación de tres casos. *Revista Colombiana de Cirugía*, 30, 106-111. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v30n2/v30n2a4.pdf>
- Aguilar-Espinosa, R. Maza-Sánchez, F. Vargas-Solís, G.A. Guerrero-Martínez, J.L. Medina-Reyes, P.I. Flores-Quiroz (2017, diciembre). Fístula colecistoduodenal,

complicación infrecuente de litiasis vesicular: nuestra experiencia en su manejo quirúrgico. *Revista de Gastroenterología de México*, volumen 82 (N4), 287-295.

<http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-fistula-colecistoduodenal-complicacion-infrecuente-litiasis-articulo-S0375090617300423>

Flores Cortés M, Ramírez Duque N, coordinadoras. (2015). *Vía clínica de colecistitis aguda. Sevilla: consejería de salud, servicio andaluz de salud, hospitales universitarios virgen macarena y virgen del rocío; 2015*. Edita HU Virgen Macarena y HU Virgen del Rocío. servicio Andaluz de salud. consejería de salud. junta de Andalucía. <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/via-clinica-colecistitis-aguda-2016.pdf>

Garau X., Gurgui M., Moreno A., Sitges-serra A. y Blanes M. (s.f.). *Peritonitis y otras infecciones intraabdominales*. Aguado J., Almirante B. y Fotún J. <https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosclinicos/seimc-procedimientoclinicoix.pdf>

Jansen, Stefan; Stodolski, Maciej; Zirngibl, Hubert; Gódde, Daniel; Ambe, Peter C. (2018, febrero). la inflamación avanzada de la vesícula biliar es un factor de riesgo de perforación de la vesícula biliar en pacientes con colecistitis aguda. *Revista mundial de cirugía de emergencia vol. 13 (iss. 1), 9*. <https://wjcs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13017-018-0169-2>

Klappenbach, R. F., Costa, C., Mendoza Beleño, Álvaro, Arce, J., Arroyave, R., Rosado, H., Muñoz, F., & Benvenuti, R. (2021). Complicaciones biliares en pacientes con diagnóstico previo de litiasis vesicular sintomática. Comparación entre un hospital público y otro privado del Gran Buenos Aires. *Revista Argentina de Cirugía*, 111(1),

15–19. Recuperado a partir de

<https://revista.aac.org.ar/index.php/RevArgentCirug/article/view/128>

Koti, R.S., Davidson, C.J. & Davidson, B.R. Surgical management of acute cholecystitis. *Langenbecks Arch Surg*, **400**, 403–419 (2015).

<https://doi.org/10.1007/s00423-015-1306-y>

Lira Portugal, I. A. (2020). Comparación actual del diagnóstico y manejo de la Colecistitis Aguda con las Guías de Tokio 2018 en pacientes del servicio de Cirugía General del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, (tesis para la obtención de título de médico cirujano, Universidad Nacional De San Agustín De Arequipa. Repositorio de tesis de la universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.

<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10923>

Martínez G., Yarmuch J., Romero C., Carreño B. (2020). Sepsis en Cirugía. *Revista de cirugía de la sociedad de cirujanos de Chile*, 72(1), 82 – 90.

<https://www.revistacirugia.cl/index.php/revistacirugia/article/view/647/335>

Melgarejo A. (2020). *Prevalencia de colecistectomía subtotal en pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima - Perú, durante el año 2019* [Tesis para optar el título médico, Universidad Federico Villareal]. Repositorio institucional UNFV.

<https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4275/MELGAREJO%20H>

[UERTA%20ALEMBERT%20ALIPIO%20%20-](https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4275/MELGAREJO%20H)

[%20TITULO%20PROFESIONAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4275/MELGAREJO%20H)

- Molina CF. (2016, diciembre) Colecistitis calculosa aguda: diagnóstico y manejo. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 73 (618): 97-99.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc161s.pdf>
- Nizama Luis. (2018). *Características perioperatorias del manejo quirúrgico precoz vs tardío de colecistitis aguda en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales entre el año 2015 y 2017* [Tesis para obtención del título médico, Universidad Federico Villareal]. Repositorio institucional UNFV.
<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1736>
- Ordoñez Cumbe, J., Calle Crespo, A., Vázquez Verdugo, M., Vicuña Yumbla, A., Sarmiento Franco, V., Jaramillo Acosta, A., Asitimbay Regalado, M., Sinchi Chuqui, C., Palomeque Molina, J., Vintimilla Gonzales, D., & García Erazo, E. (2019, Julio). Colecistitis aguda y sus complicaciones locales en pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso. AVFT – Archivos Venezolanos De Farmacología Y Terapéutica, 38(1). Consultado de http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/16413
- Pacheco (2020). Factores de riesgo asociados a complicaciones de apendicitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho del 2019 [tesis para optar por el título medico]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4276>
- Ramírez John, Montejó Narciso (2017, febrero). Fístula coledocoduodenal. *Revista Cubana de Cirugía*, volumen 56 (N3).
<http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/434/273>
- Ramos Loza, C. M., Mendoza Lopezvidela, J. N. & Ponce Morales, J. A. (2018). Aplicación de la guía de Tokio en colecistitis aguda litiásica. *Revista Médica La Paz*, 24(1), 19-26. Recuperado en 13 de septiembre de 2021,

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582018000100004&lng=es&tlng=es

Rivera, G. (2021). *Correlación de los hallazgos ecográficos y quirúrgicos en pacientes operados por colecistitis aguda en el hospital militar central durante el año 2018* [tesis para la obtención del título de médico cirujano, Universidad Ricardo Palma].

Repositorio Institucional - URP - Universidad Ricardo Palma.
<http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/4063>

Sanchez, V. (2019). *Colecistectomía: Plastrón vesicular* [tesis previa a la obtención del grado académico de licenciada en Enfermería, universidad técnica de babahoyo facultad de ciencias de la salud escuela de enfermería]. Dspace-utb- universidad técnica de babahoyo. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/6698>

Santisteban Yalta, J. A. (2019). *Factores de riesgo asociados a colecistitis en el hospital regional Virgen de Fátima-Chachapoyas, julio-diciembre 2017.* [trabajo de investigación para Jornada de Investigación en Medicina con Enfoque en Responsabilidad Social Universitaria, universidad Nacional toribio rodriguez de mendoza]. Repositorio Institucional Digital.
<http://repositorio.untrm.edu.pe/handle/UNTRM/1908>

Tomás Coronado, B. L. (2016). *Edad, sexo, obesidad y paridad en colelitiásicos del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral.* SJL, lima 2015 [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio de tesis virtuales de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos CYBERTESIS.
<https://hdl.handle.net/20.500.12672/4657>

Torales, Tatiana Elizabeth, Peralta Giménez, Ruth, González Aquino, Luis Antonio, Backer, William, Dias Camillo, Iago, Ilatas Zapata, Hugo Rodrigo, Bento Fretes, Mateus

Alan, Rivas, Priscila, Fouad El Safadi, Dalila, Dahlem Silvestre, Luana, González, Nora, Gaete, Vivian, Baruja, David, Villasanti Alvarenga, Jesús, Garrigoza, Mario, Ramírez, Alice, Ferreira, Ricardo, y Fetzner, Maiko. (2019). Índice de comorbilidad de Charlson aplicado a pacientes de Medicina Interna: estudio multicéntrico. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 6(2), 47-56. Epub September 01, 2019. <https://dx.doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2019.06.02.47-056>

Masamichi Yokoe, Jiro Hata, Tadahiro Takada, Steven M Strasberg, Horacio J. Asbún, Irakabashi, Kazuto Kozaka, Itaru Endo, Daniel J. Deziel, Fumihiko Miura, Kohji Okamoto, Tsann-Long Hwang, Wayne Shih-Wei Huang, Chen Guo Ker, Miin Fu Chen, Ho Seong Han, Yoo Seok Yoon, In-Seok Choi, Dong Sup Yoon, Yoshinori Noguchi (...) y Masakazu Yamamoto. (Enero, 2018). Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*. 25(1). Pag 41–54. <https://doi.org/10.1002/jhbp.515>

IX ANEXOS

ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización de Variables			
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Variable independiente: Factores de riesgo			
¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a complicaciones de la colecistitis aguda en el servicio de cirugía del área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021?	Determinar los factores de riesgo asociados a complicaciones de la colecistitis aguda en el servicio de cirugía del área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021..	<p>H1: Existen factores de riesgo asociados a complicaciones de la colecistitis aguda en el servicio de cirugía del área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021.</p> <p>H0: No existen factores de riesgo asociados a complicaciones de la colecistitis aguda en el servicio de cirugía del área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021.</p>	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
			D1: Factores socio-demográficos	Edad Sexo Procedencia Grado de instrucción Automedicación	Ítems 1-5	Cuantitativa de razón y Cualitativa nominal
			D2: Factores Clínicos	Cuadro clínico. Tiempo que transcurre entre inicio de los síntomas al ingreso a hospital. Tiempo transcurrido entre el ingreso al hospital a cirugía. Transaminasas elevadas antes de la cirugía. Perfil Hepático alterado antes de la cirugía. Fosfatasa Alcalina elevada antes de la cirugía. Gamma glutamil transpeptidasa elevada antes de la cirugía. Tiempo Operatorio	Ítems 6-13	Cuantitativa de razón y Cualitativa nominal
Problemas específicos	Objetivos específicos		Variable dependiente: Complicaciones de la colecistitis aguda			
¿Es el Tiempo transcurrido			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición

entre el ingreso al hospital a cirugía un factor de riesgo para las complicaciones de la colecistitis aguda en el servicio de cirugía del área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021?	Distinguir si el Tiempo transcurrido entre el ingreso al hospital a cirugía se asocia a las complicaciones de la colecistitis aguda en el servicio de cirugía del área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021		D1: Tipos de complicaciones	No Empiema Vesicular, Colecistitis Enfisematosa, Perforación Vesicular, Fístula Biliar, Plastrón Vesicular, Peritonitis Sepsis y Otros	Ítem 14-22	Cualitativa nominal
Metodología						
				Tipo y diseño de la investigación:	Población	Técnica e Instrumento
¿Cuáles son las complicaciones con mayor incidencia de la colecistitis aguda en el área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021?	Reconocer las complicaciones de la colecistitis aguda con mayor incidencia en el servicio de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021		No experimental, descriptiva, retrospectiva, y transversal. Técnica de muestreo: Muestreo probabilístico aleatorio simple.	Estuvo conformada por 79 pacientes, después de usar el muestreo probabilístico aleatorio simple nos dio 65.6, siendo esta muy pequeña se optó por usar a toda la población como muestra = 79		
¿Cómo es la capacidad resolutoria para la colecistitis aguda en el área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021?	Deducir la capacidad resolutoria para la colecistitis aguda en el área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021.					

ANEXO B: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Variable independiente: Factores de riesgo asociados a colecistitis

Variable dependiente: Complicaciones de la colecistitis.

Variables	Dimensión	Indicador	Escala de Medición	Codificación	Técnica e Instrumento
Variable 1 O Variable Independiente: Factores de riesgo asociados a colecistitis	Factores sociodemográficos	Edad	Cuantitativa de razón	Menor de 18 años = 0 18 a 29 años = 1 30 a 59 años = 2 Mayor de 60 años = 3	Técnica: Revisión de historias clínicas Instrumento: Ficha de recolección de datos.
		Sexo	Cualitativa nominal	Masculino = 0 Femenino = 1	
		Procedencia	Cualitativa nominal	Urbano = 0 Rural = 1	
		Grado de instrucción	Cualitativa nominal	Analfabeto = 0 Primaria = 1 Secundaria = 2 Universitario incompleto = 3 universitario = 4	
		Automedicación	Cualitativa nominal	No = 0 Si = 1	
	Cuadro clínico + signo de Murphy	Cualitativa nominal	No = 0 Si = 1		
		Tiempo que transcurre desde que se	Cuantitativa de razón	Menor de 12 horas = 0 12 a 24 horas = 1 24 a 36 horas = 2	

Factores clínicos	inician los síntomas hasta el ingreso al hospital		36 a 48 horas = 3 48 a 72 horas = 4 Mayor de 72 horas =5
	Tiempo que transcurre desde el ingreso al hospital hasta el inicio de la cirugía	Cuantitativa de razón	Menor de 1 hora = 0 1 a 2 horas = 1 2 a 3 horas = 2 Mayor de 3 horas = 3
	Tiempo operatorio	Cuantitativa de razón	Menos de 30 minutos= 0 Menor a 1 hora, pero mayor de 30 min = 1 Mayor a 1 hora = 2 Mayor a 2 horas = 3
	transaminasas elevadas antes de la cirugía:	Cualitativa nominal	No = 0 Si = 1
	Perfil Hepático alterado antes de la cirugía:	Cualitativa nominal	No = 0 Si = 1
	Fosfatasa Alcalina elevada antes de la cirugía	Cualitativa nominal	No = 0 Si = 1

		gamma glutamil transpeptidasa elevada antes de la cirugía	Cualitativa nominal	No = 0 Si = 1	
Variables	Dimensión	Indicador	Escala de Medición	Codificación	Técnica e Instrumento
Variable 2 O Variable Dependiente : Complicaciones de colecistitis aguda	Tipos de complicaciones de colecistitis aguda	Tipos de complicaciones de colecistitis aguda	Cualitativa nominal	COMPLICACION: NO=0 Y SI = 1 TIPO DE COMPLICACION: Empiema Vesicular, Colecistitis Enfisematosa, Perforación Vesicular, Fistula Biliar, Plastrón Vesicular, Peritonitis y Sepsis = no= 0 ,y si= 1	Ficha de Recolección de datos

ANEXO C: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha de recolección de datos para identificar los “Factores de riesgo asociados a complicaciones de la colecistitis en el servicio de cirugía del área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021”

N° Ficha

La presente ficha de recolección de datos tiene como finalidad, determinar los Factores de riesgo asociados a complicaciones de la colecistitis Aguda en el servicio de cirugía del área de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho 2021.

Factores socio-demográficos:

1 Edad: _____

Marcar el rango al que corresponde:

- a) Menor de 18 años (0) b) 18 a 29 años (1) c) 30 a 59 años (2)
d) Mayor de 60 años (3)

2 Sexo:

- a) Masculino (0) b) Femenino (1)

3 Procedencia:

- a) Urbana (0) b) Rural (1)

4 Grado de instrucción:

- a) Analfabeto (0) b) Primaria (1) c) Secundaria (2)
d) Superior no universitario (3) e) Superior universitario (4)

5 Automedicación:

- a) No (0) b) Si (1)

Cuál: _____

- 13 Tiempo operatorio
- a) No Menor de 30 minutos (0) b) Menor de 1 hora (1)
c) Mayor de 1 hora (2) d) mayor a 2 horas (3)
- 14 complicaciones de colecistitis aguda:
- a) no {0} b) si {1}
- 15 Empiema Vesicular:
- a) no {0} b) si {1}
- 16 Colecistitis enfisematosa:
- a) no {0} b) si {1}
- 17 Perforación vesicular:
- a) no {0} b) si {1}
- 18 Fistula biliar
- a) no {0} b) si {1}
- 19 Plastrón Vesicular:
- a) no {0} b) si {1}
- 20 Peritonitis:
- a) no {0} b) si {1}
- 21 Sepsis:
- a) no {0} b) si {1}
- 22) Otros:
- Cuál: _____

ANEXO D: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Análisis de fiabilidad factores de riesgos

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,834	8

Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica	N
VAR00028	,6000	,50262	20
VAR00029	,7000	,47016	20
VAR00030	,7000	,47016	20
VAR00031	,7000	,47016	20
VAR00032	,3000	,47016	20
VAR00034	,4000	,50262	20
VAR00036	,5000	,51299	20
VAR00038	,4500	,51042	20

Análisis de complicación de la colecistitis aguda

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,959	9

Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica	N
VAR00010	,4000	,50262	20
VAR00012	,2500	,44426	20
VAR00014	,3000	,47016	20
VAR00016	,3000	,47016	20
VAR00018	,3500	,48936	20
VAR00020	,3000	,47016	20
VAR00022	,1500	,36635	20
VAR00024	,3000	,47016	20
VAR00026	,3500	,48936	20

TABLAS DE LA MUESTRA PILOTO DE CONFIABILIDAD

COMPLICACIONES DE COLITIS AGUDA									
1	1	0	1	0	1	0	1	1	1
2	1	0	1	1	1	1	1	1	1
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	1	1	0	1	1	1	0	1	1
14	1	1	1	1	1	1	0	0	1
15	1	0	0	1	0	0	0	0	0
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	1	1	1	0	1	1	0	1	1
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	1	1	1	1	1	1	0	1	1

FACTORES DE RIESGOS								
1	1	1	1	1	1	0	1	1.
2	1	1	1	1	1	1	1	1.
3	1	1	1	1	1	1	1	0.
4	1	1	1	1	0	1	1	0.
5	1	1	1	1	0	0	0	0.
6	0	0	1	0	0	0	0	0.
7	0	1	0	0	0	0	0	0.
8	0	0	1	0	0	0	0	0.
9	1	1	1	1	0	1	1	1.
10	1	1	1	1	0	0	1	1.
11	1	1	1	1	0	1	1	1.
12	0	0	0	1	0	0	1	0.
13	0	1	0	0	1	0	0	0.
14	1	1	1	1	1	0	1	1.
15	1	1	1	1	0	0	0	0.
16	0	0	0	0	0	0	0	0.
17	1	1	1	1	1	0	0	1.
18	0.	0.	0.	1.	0.	1.	1.	1.
19	1.	1.	1.	1.	0.	1.	0.	1.
20	0.	0.	0.	0.	0.	1.	0.	0.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO - JUICIO DE EXPERTOS

Autor: RAMOS TAIPE JOSE RAUL

Nombre del Experto: Karin Galvez Carrillo
Profesión: Medico - Cirujano General
Grado Académico: Magister

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, le pedimos su opinión sobre el instrumento que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su apreciación. Marque SI, cuando el ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio.

CRITERIOS	Opinión		
	SI	No	Observación
1. El instrumento propuesto responde al problema de investigación.	X		
2. Las instrucciones son claras y orientadas para el desarrollo y aplicación del instrumento.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado en función a la operacionalización de las variables	X		
4. Los ítems permiten alcanzar los objetivos del estudio.	X		
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	X		
6. El número de ítems (preguntas) es adecuado.	X		
7. Los ítems (preguntas) están redactados de forma clara y entendible. Hay relación de las variables, con problema, objetivos e hipótesis.	X		
8. Los ítems están redactados de forma entendible a la población de estudio.	X		
9. La redacción de los ítems evita las redundancias o repeticiones innecesarias entre ítems.	X		
10. Existe posibilidad de cambiar los ítems abiertos por ítems cerrados.	X		


 FIRMA DE EXPERTO
 M.C. KARIN N. GALVEZ CARRILLO
 CIRUJANO GENERAL

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable ()
 Aplicable después de corregir ()
 No aplicable ()

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO - JUICIO DE EXPERTOS

Autor: Ramos Taipe José Raúl

Nombre del Experto: Maestro Reyes Hernandez

Profesión: Cirujano General y Laparoscopia - Cirujano Oncólogo

Grado Académico: Maestro

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, le pedimos su opinión sobre el instrumento que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su apreciación. Marque SI, cuando el ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio.

CRITERIOS	Opinión		
	SI	No	Observación
1. El instrumento propuesto responde al problema de investigación.	✓		
2. Las instrucciones son claras y orientadas para el desarrollo y aplicación del instrumento.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado en función a la operacionalización de las variables	✓		
4. Los ítems permiten alcanzar los objetivos del estudio.	✓		
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	✓		
6. El número de ítems (preguntas) es adecuado.	✓		
7. Los ítems (preguntas) están redactados de forma clara y entendible. Hay relación de las variables, con problema, objetivos e hipótesis.	✓		
8. Los ítems están redactados de forma entendible a la población de estudio.	✓		
9. La redacción de los ítems evita las redundancias o repeticiones innecesarias entre ítems.	✓		
10. Existe posibilidad de cambiar los ítems abiertos por ítems cerrados.		✓	

Firma de Experto

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable (✓)

Aplicable después de corregir ()

No aplicable ()

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO - JUICIO DE EXPERTOS

Autor: RAMOS TAIBE JOSE RAUL

Nombre del Experto: Jacinto Florian Alfonso

Profesión: Cirujano General - 20 años

Grado Académico: Magister

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, le pedimos su opinión sobre el instrumento que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su apreciación. Marque SI, cuando el ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio.

CRITERIOS	Opinión		
	SI	No	Observación
1. El instrumento propuesto responde al problema de investigación.	✓		
2. Las instrucciones son claras y orientadas para el desarrollo y aplicación del instrumento.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado en función a la operacionalización de las variables	✓		
4. Los ítems permiten alcanzar los objetivos del estudio.	✓		
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	✓		
6. El número de ítems (preguntas) es adecuado.	✓		
7. Los ítems (preguntas) están redactados de forma clara y entendible. Hay relación de las variables, con problema, objetivos e hipótesis.	✓		
8. Los ítems están redactados de forma entendible a la población de estudio.	✓		
9. La redacción de los ítems evita las redundancias o repeticiones innecesarias entre ítems.	✓		
10. Existe posibilidad de cambiar los ítems abiertos por ítems cerrados.	✓		

Firma de Experto


 MC. JACINTO FLORIAN ALFONSO
 CIRUJANO GENERAL
 C.M.P. 56438 RNE: 29340

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable (✓)

Aplicable después de corregir ()

No aplicable ()

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO - JUICIO DE EXPERTOS

Autor: RAMOS TAIBE JOSE RAUL

Nombre del Experto: Henry Malpartida Semedra

Profesión: Cirujano General y Laparoscopista - Niños

Grado Académico: Magister - Especialista

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, le pedimos su opinión sobre el instrumento que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su apreciación. Marque SI, cuando el ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio.

CRITERIOS	Opinión		
	SI	No	Observación
1. El instrumento propuesto responde al problema de investigación.	X		
2. Las instrucciones son claras y orientadas para el desarrollo y aplicación del instrumento.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado en función a la operacionalización de las variables	X		
4. Los ítems permiten alcanzar los objetivos del estudio.	X		CONSIDERAR SU UTILIDAD POR OPERACIONALIZACIÓN (P.e. Hepatitis y RST)
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	X		
6. El número de ítems (preguntas) es adecuado.	X		
7. Los ítems (preguntas) están redactados de forma clara y entendible. Hay relación de las variables, con problema, objetivos e hipótesis.	X		
8. Los ítems están redactados de forma entendible a la población de estudio.	X		
9. La redacción de los ítems evita las redundancias o repeticiones innecesarias entre ítems.	X		
10. Existe posibilidad de cambiar los ítems abiertos por ítems cerrados.		X	


Dr. Henry Malpartida Semedra
 CIRUGIA GENERAL Y LAPAROSCOPICA
 C.M.P. 61499 R.M. 1033

Firma de Experto

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable (X)

Aplicable después de corregir ()

No aplicable ()

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO - JUICIO DE EXPERTOS

Autor: RAMOS TAIBE JOSE RAUL

Nombre del Experto: Augusto Zamora Herrera

Profesión: CIRUGIA GENERAL Y LAPAROSCOPIA

Grado Académico: Magister

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, le pedimos su opinión sobre el instrumento que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su apreciación. Marque SI, cuando el ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio.

CRITERIOS	Opinión		
	SI	No	Observación
1. El instrumento propuesto responde al problema de investigación.	✓		
2. Las instrucciones son claras y orientadas para el desarrollo y aplicación del instrumento.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado en función a la operacionalización de las variables	✓		
4. Los ítems permiten alcanzar los objetivos del estudio.	✓		
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	✓		
6. El número de ítems (preguntas) es adecuado.	✓		
7. Los ítems (preguntas) están redactados de forma clara y entendible. Hay relación de las variables, con problema, objetivos e hipótesis.	✓		
8. Los ítems están redactados de forma entendible a la población de estudio.	✓		
9. La redacción de los ítems evita las redundancias o repeticiones innecesarias entre ítems.	✓		
10. Existe posibilidad de cambiar los ítems abiertos por ítems cerrados.		X	



 Augusto Leonel Zamora Herrera
 CIRUGIA GENERAL Y
 LAPAROSCOPIA
 CENTRO DE ESPECIALIZACION

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable (✓)

Aplicable después de corregir ()

No aplicable ()

ANEXO E: CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DE TESIS EN EL HOSPITAL, POR EL COMITÉ DE ÉTICA Y POR DOCENCIA.

	PERU	Ministerio de Salud	Comité de Ética e Investigación	Hospital San Juan de Lurigancho	Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres "Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"
--	------	---------------------	---------------------------------	---------------------------------	--

CONSTANCIA

La Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital San Juan de Lurigancho y el Comité de Ética e Investigación Aprobó la Revisión del Proyecto de Investigación titulado:

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES DE LA COLECISTITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL ÁREA DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO 2021”

Investigador Principal: RAMOS TAIPE, JOSÉ RAÚL

Dicho trabajo de investigación será desarrollado para optar el Título Profesional de Médico Cirujano de la Universidad Nacional Federico Villarreal Facultad de Medicina Hipólito Unanue Escuela Profesional de Medicina. Se expide la presente para los fines que convenga al interesado.

San Juan de Lurigancho, 24 de Diciembre del 2021




M.C. SANTO E. BENEDETTI TRUJILLO
Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación
Hospital San Juan de Lurigancho



BICENTENARIO
PERÚ 2021