

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



**COMPLICACIONES EN PACIENTES ADULTOS  
SOMETIDOS A COLECISTECTOMÍA DE EMERGENCIA  
EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA  
EN EL AÑO 2016**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER  
JORGE ERNESTO DE LA MATA FLORES**

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

**LIMA-PERÚ**

**2018**

**ASESOR(A)**  
DRA. LENY BRAVO LUNA

### **AGRADECIMIENTO**

Gracias a los Drs. de Cirugía en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza que no solo son docentes, sino amigos. Gracias a los asesores de investigación y la licenciada del departamento de docencia.

## **DEDICATORIA**

Dedicado a papá, mamá y hermano que son la familia que no escogí, pero más afortunado de llegar a ellos no podría sentirme. También a la Medicina Humana por cambiarme la vida.

## RESUMEN

**Introducción:** La colecistectomía es una intervención que poco se hace de emergencia y que no suele presentar complicaciones, a menos que se realice en pacientes quirúrgicos de riesgo. Por eso, los candidatos para esta intervención de emergencia portan complicaciones y/o potencial de ocurrencia de las mismas. **Objetivo:** Determinar las complicaciones en pacientes adultos sometidos a colecistectomía de emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2016. **Materiales y métodos:** Trabajo descriptivo simple retrospectivo transversal. Revisión de pacientes colecistectomizados de emergencia en el HNAL, año 2016. 238 pacientes en el registro del departamento de Estadística, 103 pacientes cumplen con criterios de inclusión, cuyos datos fueron plasmados en una Ficha de Recolección de Datos validada por expertos y el análisis se realizó con ayuda de los programas SPSS v. 24 y Excel 2016. **Conclusión:** Los pacientes colecistectomizados de emergencia presentan diversas complicaciones del mismo cuadro, afectación sistémica y posoperatoria. La presentación complicada de colecistitis es la complicación más frecuente.

**Palabras clave:** colecistectomía, emergencia, complicaciones, colecistitis.

## ABSTRACT

**Intro:** Cholecystectomy is a surgical procedure unfrequently performed in emergency and its complications are uncommon, unless it's performed on high risk patients. Therefore, those who are candidates for this emergency intervention usually are complicated or have the potential to become so.

**Objective:** To determine complications in adult patients who undergo by cholecystectomy in emergency in Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2016.

**Materials and Methods:** Non-experimental, retrospective transverse study. Review of patients who underwent by cholecystectomy of emergency in HNAL, 2016. 238 patients found registered in the department of Statistics, 103 patients meet the inclusion criteria, whose data was gathered in a Data Collection Form validated by experts and analysis was performed using SPSS v. 24 y Excel 2016. **Conclusion:** Patients who underwent by emergency cholecystectomy have different complications of the pathology itself, systemic affectation and postoperative. Complicated stage of cholecystitis is the most frequent.

**Keywords:** cholecystectomy, emergency, complications, cholecystitis.

## **PRESENTACIÓN**

El siguiente estudio nos brinda información sobre una de las terapéuticas quirúrgicas más comúnmente practicadas en nuestra sociedad.

En el primer capítulo se presenta datos sobre qué tan frecuente es la admisión de pacientes con esta patología y la seguridad de la medida terapéutica, asimismo por qué el autor cree que justifica ser tema de estudio y mediante el cumplimiento de qué objetivos desea plasmar la información.

En el segundo capítulo se brinda información básica de la literatura sobre la terapéutica quirúrgica y las patologías que son tratadas por esta medida como gold standard –definiciones, epidemiología, semiología, etc.–, la evolución de las mismas y las consideraciones que el médico e investigador requieren tener en cuenta.

El capítulo tercero contiene la información esquemática de la naturaleza de esta investigación y la técnica con la que se recolectan los datos pertinentes para su análisis.

El cuarto capítulo contiene la expresión de los resultados de la investigación arrojados por el análisis e interpretación de los datos recolectados con el uso de tablas y gráficos como apoyo visual.

En el quinto capítulo se resume lo hallado e inferido en relación al cumplimiento de los objetivos, así como las recomendaciones que se desprenden de estos hallazgos.

## ÍNDICE

CARÁTULA	
ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
PRESENTACIÓN	vii
ÍNDICE	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xi
LISTA DE ANEXOS	xii
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.3. JUSTIFICACIÓN	2
1.4. OBJETIVOS	2
1.4.1. GENERAL	2
1.4.2. ESPECÍFICOS	2
1.5. PROPÓSITO	3
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>4</b>
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	4
2.2. BASE TEÓRICA	6
2.3. HIPÓTESIS	11
2.4. VARIABLES	12
2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	12



<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	14
3.1. TIPO DE ESTUDIO	14
3.2. ÁREA DE ESTUDIO	14
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	14
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	15
3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	16
3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	17
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	18
4.1. RESULTADOS	19
4.2. DISCUSIÓN	32
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	34
5.1. CONCLUSIONES	34
5.2. RECOMENDACIONES	35
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	36
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	40
<b>ANEXOS</b>	41

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla N°1.</b> Complicaciones en pacientes adultos sometidos a colecistectomía de emergencia.	19
<b>Tabla N°2.</b> Frecuencia de pacientes por género y edad.	21
<b>Tabla N°3.</b> Diagnóstico preoperatorio.	22
<b>Tabla N°4.</b> Diagnóstico posoperatorio.	24
<b>Tabla N°5.</b> Días de hospitalización posoperatoria.	26
<b>Tabla N°6.</b> Complicaciones vs Días de hospitalización posoperatoria.	27
<b>Tabla N°7.</b> Tipo de intervención quirúrgica.	29
<b>Tabla N°8.</b> Tipo de intervención vs Días de hospitalización posoperatoria.	30

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico N°1.</b> Complicaciones en pacientes adultos sometidos a colecistectomía de emergencia.	19
<b>Gráfico N°2.</b> Frecuencia de pacientes por género y edad.	21
<b>Gráfico N°3.</b> Diagnóstico preoperatorio.	22
<b>Gráfico N°4.</b> Diagnóstico posoperatorio.	24
<b>Gráfico N°5.</b> Días de hospitalización posoperatoria.	26
<b>Gráfico N°6.</b> Complicaciones vs Días de hospitalización posoperatoria.	27
<b>Gráfico N°7.</b> Tipo de intervención quirúrgica.	29
<b>Gráfico N°8.</b> Tipo de intervención vs Días de hospitalización posoperatoria.	30

## LISTA DE ANEXOS

<b>Anexo N°1.</b> Operacionalización de variables.	42
<b>Anexo N°2.</b> Instrumento.	44
<b>Anexo N°3.</b> Validez de instrumento – Consulta de expertos.	45
<b>Anexo N°4.</b> Matriz de consistencia.	49
<b>Anexo N°5.</b> Carta de aprobación de factibilidad del Hospital Nacional Arzobispo Loayza	51
<b>Anexo N°6.</b> Carta de presentación y autorización de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada San Juan Bautista	52

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Según Guías de Prácticas Clínicas de Emergencia Medicina aprobadas por Minsa, los pacientes que llegan a emergencia con cólicos biliares y con clínica que no evidencia alto riesgo reciben preferiblemente en un inicio tratamiento médico para ser sometidos a colecistectomía electiva<sup>1,2</sup>. La cirugía de emergencia generalmente aborda pacientes con clínica séptica y no siempre es laparoscópica, sino a cielo abierto. Sin embargo, población de riesgo presenta una sintomatología no necesariamente acorde a la gravedad del cuadro y puede tener una evolución de mayor gravedad.

La colecistectomía es una de las intervenciones más frecuentes y una técnica que todo cirujano general debe dominar como Gold standard para las enfermedades no malignas del tracto biliar como la colelitiasis sintomática. Perfeccionarla ha reducido la morbimortalidad posquirúrgica, especialmente en las últimas décadas con la aparición de la laparoscopia; esta técnica es calificada como efectiva y segura<sup>3,4,5</sup>. No tiene un índice importante de complicaciones posquirúrgicas. Entre las complicaciones más frecuentes está el daño de las vías biliares, especialmente por laparoscopia<sup>6,7</sup>. Otras complicaciones pueden reflejarse en el mayor tiempo de estancia hospitalaria. Actualmente la colecistectomía laparoscópica es el abordaje de elección, pero en emergencia algunos estudios indican que tienen una mayor tasa de conversión que las electivas, a su vez que las colecistectomías abiertas suelen dejarse para casos de emergencia y no en cirugías electivas. El tipo de abordaje de la colecistectomía de emergencia y el hecho de darles tratamiento médico a las colecistitis para efectuar la cirugía de forma electiva aún son temas en constante y polémico estudio<sup>8,9,10,11</sup>.

Entre los factores de riesgo conocidos para las complicaciones post-colecistectomía están las complicaciones del mismo cuadro, presentaciones complicadas de la colecistitis como la colecistitis supurada, la necrotizante y la gangrenosa<sup>12</sup>; esta última tiene como factor de riesgo a la diabetes

mellitus<sup>13</sup>. El conocimiento de esto motiva que el equipo multidisciplinario preste mayor atención al paciente con comorbilidades en el servicio pre, intra y postoperatorio por el mayor potencial de complicar tanto el cuadro patológico como la intervención y la evolución.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las complicaciones en pacientes adultos sometidos a colecistectomía de emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2016?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN**

Este trabajo se justifica por **criterio epidemiológico** y **relevancia social**, debido a que las enfermedades involucradas en esta respuesta terapéutica tienen una prevalencia e incidencia importantes en la población peruana y tiene relevancia en la salud pública; por **valor teórico**, ya que refuerza los conocimientos de un cuadro de abdomen agudo, la intervención quirúrgica y sus eventualidades; **valor metodológico**, ya que los resultados podrían favorecer a una evaluación y un flujo terapéutico de los pacientes y a su vez por **implicancia práctica**, ya que esta evaluación involucraría una mayor observación y cuidados en el paciente sobre la evolución respecto a algún cuadro o complicación posible esperado y estar siempre expectantes.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. GENERAL**

Identificar cuáles son las complicaciones en pacientes adultos sometidos a colecistectomía de emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016.

### **1.4.2. ESPECÍFICOS**

- Reconocer género y grupo etario más frecuentes entre los pacientes colecistectomizados de emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016.

- Identificar el diagnóstico posoperatorio más común en los pacientes colecistectomizados por emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016.
- Identificar la presentación complicada más frecuente entre los pacientes colecistectomizados por emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016.
- Cuantificar días de hospitalización posoperatoria en pacientes que presentan alguna complicación entre los pacientes adultos sometidos a colecistectomía de emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016.
- Cuantificar días de hospitalización según tipo de operación realizada en pacientes adultos con sometidos a colecistectomía de emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016.

### **1.5. PROPÓSITO**

El propósito de esta investigación es, mediante el enriquecimiento teórico-práctico del tema de la especialidad de Cirugía General de interés del autor, brindar una fuente de información como aporte al conocimiento del servicio sobre el tema basado en la experiencia local, la literatura y estudios internacionales. De esta forma manifestar la evidencia que sugiera la observación y atención especial de la población atendida en emergencia y mantener siempre la expectativa para la respuesta oportuna y el tratamiento más adecuado para evitar complicaciones, brindando una base para posteriores estudios relacionados a este tema.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS**

Narváez M. (2010) estudió las complicaciones postquirúrgicas en pacientes diabéticos en el Hospital Isidro Ayora de Ecuador; de estos pacientes, el 62% de intervenciones fue por colelitiasis. Los resultados arrojaron que el 29% del total de intervenciones fueron por emergencia, el 53% tuvo complicaciones postquirúrgicas, y de estas complicaciones el 68% fue infección de la herida operatoria<sup>14</sup>.

Navarro C. (2011) estudió la morbi-mortalidad de las colecistectomías en el servicio de emergencias en el Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde de Venezuela. Entre sus resultados expresa que el diagnóstico más frecuente fue litiasis vesicular, entre las comorbilidades más resaltantes estaban la hipertensión arterial y la diabetes mellitus y que hubo complicaciones en el 4.35% de su muestra, cuya mayoría fue sometida a la técnica abierta, la cual de por sí fue la técnica más utilizada en la serie. La complicación más común fue la fístula biliar de gasto bajo y no hubo mortalidad<sup>15</sup>.

Sarango R. (2011) reporta la incidencia de complicaciones postquirúrgicas en colecistectomías laparoscópicas en el Hospital Regional Isidro Ayora de Ecuador. Reporta que, de todas las cirugías, el 6% fue llevado a cabo de emergencia. El diagnóstico prequirúrgico más frecuente fue la colelitiasis con un 69%, seguido de la colecistitis aguda con un 11%<sup>16</sup>.

Rojas G. (2012) estudia de forma retrospectiva el efecto de seguir las Guías de Tokio en pacientes con colecistitis aguda calculosa en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, Perú. Según sus resultados, seguir las recomendaciones, que incluyen el uso de antibióticos y la colecistectomía temprana de emergencia e incisional, disminuye significativamente dificultades quirúrgicas y complicaciones posoperatorias, así como tener una media de 2,2 días de estancia hospitalaria<sup>17</sup>.



Bocanegra R. y Córdova M. (2013) describen las complicaciones postoperatorias en mayores de 75 años sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en los años 2007-2011. Bien ponen en conocimiento que las enfermedades de vesícula y vías biliares están entre las patologías más importantes de hospitalización en el adulto mayor en el Perú con la colecistitis a la cabeza. Además, indican que en los pacientes mayores se ha observado un incremento de complicaciones y conversiones no solo por la cirugía misma, sino por la alta tasa de comorbilidades, incluyendo enfermedades no transmisibles<sup>18</sup>.

Karamanos E. *et al* (2013), de acuerdo al Programa Nacional de Mejora de la Calidad Quirúrgica del Colegio Americano de Cirujanos (ACS NQIP), estudiaron la prevalencia de la diabetes en 5460 pacientes sometidos a colecistectomía de emergencia y los resultados postquirúrgicos de estos pacientes. La población diabética tiene mayor riesgo de sufrir shock séptico postoperatorio, un evento cardiovascular e insuficiencia renal progresiva. Como dato extra se supo que la incidencia de perforación preoperatoria fue significativamente mayor en el grupo con diabetes. Quizá todas las complicaciones se traducían en la mayor estancia hospitalaria<sup>19</sup>.

Schettle y Beldi del Departamento de Cirugía Visceral y Medicina del Hospital de la Universidad de Bern en Suiza comentan el estudio de Karamanos E. *et al* como el encuentro de una de las enfermedades más prevalentes con una de las operaciones más realizadas, dan importancia a la evidencia del estudio y destacan todos los hallazgos. Mencionan que estudiar la relación entre diabetes y complicaciones postcolecistectomía prepara el camino a nuevos estudios sobre el control de la glicemia, los niveles óptimos de glucosa y la intensidad del tratamiento con insulina para estos pacientes, así como la necesidad de investigar la relevancia del síndrome metabólico y enfermedades asociadas en la patogenia, resultados y manejo clínico<sup>20</sup>.

Ricse R. (2014) identifica las colecistectomías laparoscópicas de emergencia por colecistitis aguda en adultos mayores en el Hospital Nacional

PNP Luis N. Sáenz en el año 2012, encontrando que 50% no tuvo complicaciones, 24% tuvo complicaciones posoperatorias como infección de sitio operatorio, infección de trato urinario, absceso, entre otros, y 26% tuvo complicaciones relacionadas a sus comorbilidades. Concluye que la colecistectomía laparoscópica es segura<sup>21</sup>.

Luna T. (2015) evaluó las complicaciones de herida quirúrgica de una colecistectomía abierta de emergencia en pacientes diabéticos tipo 2 en el servicio de emergencia del Hospital General Luis Vernaza de Ecuador en los años 2010-2012. Determina que el 77.24% de los pacientes con herida operatoria infectada tenía un perímetro abdominal patológico y el 59.35% contó con diagnóstico previo de diabetes<sup>22</sup>.

## **2.2. BASE TEÓRICA**

La colecistectomía es el procedimiento quirúrgico por el cual se extirpa la vesícula biliar. Es el procedimiento abdominal mayor que se practica con mayor frecuencia en los países occidentales.

Carl Langenbuch realizó la primera colecistectomía en 1882 y durante más de 100 años fue el tratamiento estándar para la colelitiasis sintomática; esta fue la colecistectomía abierta y fue un tratamiento seguro y eficaz para las colecistitis aguda y crónica. Probablemente la primera colecistectomía laparoscópica fue realizada por Erich Muhe en Alemania, 1985, pero no fue bien publicitada, por lo que los trabajos en Francia y EE.UU. fueron los “precursores”. En 1987, Phillippe Mouret introdujo la colecistectomía laparoscópica y revolucionó la terapéutica de los cálculos biliares; sin embargo, fueron François Dubois y Joe Reddick quienes paralelamente utilizaron trócares en 1988 y desarrollaron la *técnica francesa* y la *técnica americana*, respectivamente. Actualmente, la colecistectomía laparoscópica o “colelap” es el tratamiento de elección para la colelitiasis sintomática<sup>6</sup>.

La principal indicación para la colecistectomía es la colelitiasis sintomática. Alrededor de 2/3 de los pacientes con colelitiasis presentan

colecistitis crónica, quienes acuden por la clínica del cólico biliar recurrente o episódico. La clínica del cólico biliar característica consiste en el dolor de epigastrio y cuadrante abdominal superior derecho con posible irradiación a la espalda superior o la escápula derecha, después de comidas copiosas y grasosas, acompañada de anorexia, náuseas y vómitos. La clínica atípica puede no relacionarse a la comida, localizarse principalmente en espalda o cuadrante abdominal superior izquierdo o inferior derecho y acompañarse de meteorismo y eructos; con esta clínica vale el esfuerzo de buscar una patología diferente.

La colecistitis aguda es secundaria a colelitiasis en 90-95% de casos y con un antecedente de colecistitis crónica en 80% de los casos, la colecistitis aguda alitiásica puede corresponder a enfermos sistémicos graves y en menos del 1% puede deberse a un tumor que obstruye el conducto cístico. El cólico biliar en este caso no remite como en la crónica y puede persistir más de 24h hasta varios días, incluso con fiebre. En pacientes adultos mayores y diabéticos puede presentarse de manera sutil y resultar en un diagnóstico retrasado, provocando una alta incidencia de complicaciones y una tasa de mortalidad de hasta 10 veces mayor que los pacientes más jóvenes y sanos. El progreso es de distensión, edema y engrosamiento de pared, congestión e isquemia y necrosis; las sobreinfecciones pueden producir cuadros supurados, gangrenados y enfisematosos. Las perforaciones de las áreas isquémicas no son muy comunes y, si se dan, es más frecuente que sea fistulizante o contenida (contenida por epiplón, perforación intrahepática, fístulas bilioentérica y biliocolónica) que libre (peritonitis por perforación).

El diagnóstico, en su mayor parte, es clínico; el signo de Murphy es bastante útil. La confirmación de la alteración estructural de la vesícula y la presencia de cálculos puede realizarse con una ecografía abdominal. La tomografía también permite evidenciar la afección. En el laboratorio se puede encontrar leucocitosis y elevación discreta de enzimas hepáticas y bilirrubinas.

El tratamiento médico inicial consiste en fluidoterapia, antibióticos y analgesia, programando la cirugía posterior. Si bien es normal que en la

práctica se programe la cirugía de 6 a 10 semanas después del tratamiento médico efectivo (colecistectomía tardía), estudios recomiendan que la intervención temprana es más beneficiosa en cuanto a atención (una sola hospitalización), tiempo de recuperación menor y un retorno laboral más rápido, además que la tasa de complicaciones es similar a la tardía, la cual debería reservarse para los pacientes que no sean aptos para la cirugía temprana o que hayan resuelto con tratamiento médico un cuadro prolongado (después de las 72h). La colelap temprana o de emergencia tiene una tasa de conversión elevada y algunos cirujanos prefieren realizar una colecistectomía abierta desde un inicio<sup>6, 23, 24</sup>.

La colesterosis y la adenomiomatosis son patologías benignas que pueden simular una colelitiasis sintomática y el tratamiento también es la colecistectomía. Sin embargo, si se diagnostican como tal, al igual que otras patologías de evolución crónica como pólipos y enfermedad maligna, hay una probabilidad ínfima de que sean abordadas por cirugía de emergencia<sup>6</sup>.

Como datos de relevancia para la investigación, vale la pena volver a mencionar y recalcar que muchos pacientes con otras comorbilidades que le aumentan riesgo de complicaciones, presentan alteraciones compartidas con los factores de riesgo de la enfermedad litiásica biliar<sup>6,19,20,25</sup>. Además, factores de riesgo para desarrollar barro y cálculos biliares también incluyen a las mujeres embarazadas o multíparas, con sobrepeso u obesidad, que sean mayores de 40 años y especialmente caucásicas (las "5F" en inglés: *fair, female, fertile, fatty, forty*). El componente familiar también es importante<sup>26</sup>.

Las contraindicaciones absolutas para el procedimiento son coagulopatía no controlada y hepatopatía en etapa final. La colecistitis aguda, cuadros gangrenosos o con empiema, fístulas bilioentéricas, obesidad, embarazo, derivación ventriculoperitoneal, cirrosis y procedimientos quirúrgicos previos en hemiabdomen superior son factores de riesgo para una colelap difícil. Los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) pueden no tolerar el neumoperitoneo inducido.

Las gestantes con patología biliar que no pueden quedar expectantes, pueden ser sometidas a una colelap con seguridad durante el segundo trimestre. Es segura y eficaz tanto en niños como pacientes de edad avanzada. En pacientes diabéticos con colelitiasis sintomática, la colecistectomía debe realizarse lo más pronto posible, ya que tienen predisposición a la evolución de una colecistitis aguda grave quizá por el retraso de la búsqueda de atención médica y del diagnóstico por la clínica tórpida.

El alivio de los síntomas después de una colecistectomía se logra en casi 90% de los pacientes con clínica típica. Los pacientes con clínica atípica o dispepsia no obtienen una mejora destacada<sup>6</sup>.

Respecto a la colecistectomía laparoscópica se puede mencionar que importan mucho el entrenamiento y la experiencia del cirujano. Según preferencia del mismo (de manera muy improbable podría depender de algo diferente), se realiza la posición francesa o americana. Los tiempos de cirugía de la colecistectomía laparoscópica son: instilación del neumoperitoneo y colocación de trócares, retracción cefálica de la vesícula, disección de estructuras del triángulo de Calot, clip+corte de conducto cístico, clampaje+corte de arteria cística, disección de la vesícula de su lecho y extracción, lavado y hemostasia, extracción de trócares, cierre de pared.

En la colecistectomía abierta o incisional el procedimiento en el abdomen es el mismo. La importante diferencia radica en el abordaje e ingreso. Generalmente la incisión para la colecistectomía a cielo abierto es la Kocher. La incisión de la fascia anterior divide esa área del lado derecho. Una consideración importante es la ligadura de los vasos de la pared abdominal, especialmente en pacientes con hipertensión portal. Después del procedimiento ya descrito, se procede al cierre por planos.

Actualmente, la colecistectomía abierta es un procedimiento menos común que la laparoscópica y suele practicarse como conversión o como segunda intervención en sujetos que requieren una laparotomía por una razón diferente. Cabe resaltar que las conversiones son más frecuentes en los casos

agudos que en crónicos y en los casos de urgencia/emergencia más que en los electivos. Entre las causas de conversiones encontramos:

- Sangrado intraoperatorio no controlado.
- Sospecha de lesión en la vía biliar.
- Dificultad para reconocer claramente las estructuras anatómicas.
- Presencia de neoplasia maligna no sospechada.
- Experiencia del equipo quirúrgico.

Las complicaciones por colecistectomía son eventos que ocurren infrecuentemente. La tasa de mortalidad de la colelap es aprox. 0.1%<sup>6</sup>.

La introducción de los trócares puede causar lesiones viscerales cuando falla la visión directa. Puede producir hematomas de pared, especialmente en pacientes con alteración de la coagulación<sup>27</sup>.

En el postoperatorio por colelap los pacientes toleran la vía oral y deambulan desde las 6 horas postoperatorias y el dolor suele ser muy bien tolerado. El alta suele darse a las 24 a 48h. Durante los primeros años de la aplicación de la laparoscopia, la morbimortalidad fue mayor que en la técnica convencional (abierta), afirmación explicada principalmente por la inexperiencia de los cirujanos; una complicación que aparece con mayor frecuencia en la colelap que en la abierta es la lesión de vías biliares. En la actualidad, con la curva de aprendizaje superada, la colelap ofrece mayores ventajas<sup>6,28</sup>.

Las tasas de infección de herida operatoria y complicaciones cardiopulmonares son considerablemente menores después de una colecistectomía laparoscópica que una abierta<sup>29</sup>.

Se ha reportado que presentar comorbilidades como la diabetes está asociado con un mayor número de colecistectomías de emergencia, complicaciones intraoperatorias, conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta y resultados no favorables en general comparados con los resultados en población no diabética.

En términos generales y sin considerar la muy baja prevalencia de las complicaciones, entre ellas podríamos encontrar:

- Complicaciones biliares: lesión de vías biliares, bilioma, coleperitoneo, fístula biliar, cálculo remanente, cálculo olvidado en cavidad
- Complicaciones parietales: hematoma de pared, seroma, hernia de Richter, infección de herida operatoria
- Complicaciones hemorrágicas: lecho vesicular, injuria arterial, hemoperitoneo,
- Complicaciones relacionadas a laparoscopia: Lesión por trócares (vascular, visceral), complicaciones del neumoperitoneo<sup>19</sup>.

## **2.3. HIPÓTESIS**

### **2.3.1. HIPÓTESIS GENERAL**

El estudio es descriptivo simple. La naturaleza del estudio permite prescindir de una hipótesis general.

### **2.3.2. HIPÓTESIS NULA**

La naturaleza del estudio permite prescindir de una hipótesis nula.

### **2.3.3. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS**

- El género femenino y el grupo etario entre la cuarta y quinta década de edad son los más frecuentes entre los pacientes colecistectomizados de emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016.
- El diagnóstico posoperatorio de la afección biliar más común en los pacientes colecistectomizados por emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016 es la colecistitis aguda complicada.
- La presentación complicada de colecistitis aguda entre los pacientes colecistectomizados por emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016 es la supurada o piocolecisto.

- Los días de hospitalización posoperatoria en pacientes que presentan alguna complicación entre los pacientes adultos sometidos a colecistectomía de emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016 son más de 2 días.
- Los días de estancia hospitalaria son mayores en pacientes adultos sometidos a colecistectomía de emergencia abierta que a laparoscópica en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016.

#### **2.4. VARIABLES**

La naturaleza del estudio no requiere la clasificación de variables según dependencia. Las variables a considerar son aquellas incluidas en la ficha de recolección de datos (Anexo 02), las cuales se mencionarán a continuación. Su descripción con mayor detalle se encuentra en el cuadro de Operacionalización de Variables (Anexo 01)

- Género y edad
- Comorbilidades
- Riesgo quirúrgico
- Diagnóstico preoperatorio
- Tipo de intervención
- Diagnóstico posoperatorio.
- Complicaciones.
- Días de estancia hospitalaria.

#### **2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

- Colecistectomía: Extirpación de la vesícula biliar.
- Colelap: Contracción de las palabras “colecistectomía laparoscópica”.



- **Complicaciones:** Evento adverso no previsto que ocurre en el preoperatorio, intraoperatorio o posoperatorio que altera la evolución y/o resolución del cuadro, sea por presentación atípica y mayor gravedad de la misma patología o como consecuencia no intencional del acto terapéutico.
- **Intraoperatorio:** Un evento que ocurre en pleno acto quirúrgico.
- **Laparoscopia:** Es la técnica mínimamente invasiva de visualización de la cavidad pélvica-abdominal con la ayuda de una lente óptica (videocámara), una fibra óptica (cable) y una fuente luminosa.
- **Laparotomía:** Intervención quirúrgica que consiste en abrir la pared abdominal para explorar y/u operar en la cavidad abdominal.
- **Neumoperitoneo:** Presencia de aire en la cavidad peritoneal. En el caso del neumoperitoneo inducido en cirugía, es la insuflación de CO<sub>2</sub> para la expansión intraabdominal.
- **Postoperatorio:** Un evento que ocurre después del acto quirúrgico.
- **Preoperatorio:** Un evento que ocurre antes del acto quirúrgico.
- **Triángulo de Calot:** Área anatómica limitada por el borde inferior del hígado, el conducto cístico y el conducto hepático común. Su contenido es la arteria cística. Existen muchas variaciones anatómicas.

## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.1. TIPO DE ESTUDIO

- Según el análisis y alcance de resultados, es un estudio **descriptivo**, pues está dirigido a observar los casos, especificar sus características y cuantificar sus componentes.
- Según la orientación, es una investigación **básica**, pues está orientada a la adquisición de información y la ampliación del conocimiento sin procurar obligatoria y necesariamente la solución de problemas prácticos.
- Según el tiempo de ocurrencia, es un estudio **retrospectivo transversal**, pues abarca casos de un corte de tiempo en el pasado.
- Según la tendencia, es una investigación **cuantitativa**, pues describe y analiza variables reales de estudio, tomando una muestra de investigación sin participación activa ni su expresión subjetiva. Se pretende de dar un aporte científico.
- El diseño de investigación es **sin intervención o no experimental**, pues el investigador se limita a indagar los fenómenos y describirlos sin interferir sobre la realidad.

### 3.2. ÁREA DE ESTUDIO

- **Espacio:** Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima-Perú.
- **Tiempo:** Año 2016.

### 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

- **Población:** Pacientes adultos sometidos a colecistectomía de emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima – Perú. Según registro del Departamento de Estadística, la población es de 238 pacientes.

- **Muestra:** En el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, la muestra abarca a todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión. Partiendo de la población de 238, son 103 pacientes los que cumplen los criterios de inclusión; se explica el proceso para seleccionar la muestra en el capítulo de análisis de resultados.

### 3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el acceso a los datos, se solicita Carta de aprobación de factibilidad por parte del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y Carta de presentación de la casa de estudios, las cuales son presentadas en Mesa de Partes del nosocomio para la aprobación de ejecución de trabajo de investigación.

La recolección de datos se llevó a cabo con técnica observacional, mediante el acceso a las oficinas de Estadística y la de Archivo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, la cual facilita la revisión de las historias clínicas de los pacientes atendidos en dicho nosocomio.

La historia clínica registra la información sobre la atención de los pacientes en consultorio externo, emergencia y la evolución en hospitalización, debiendo estar plasmada la información que esta investigación requiere como son los diagnósticos y la historia postoperatoria. En este caso sería observación directa de fuente secundaria. La fuente de datos es la historia clínica, herramienta ya estandarizada y validada.

La recolección de datos se facilitará con un cuadro que se plasma en el Anexo 02: Cuadro de recolección de datos. En este cuadro se precisan las variables de importancia y afinidad a la investigación como son:

- N° de H.C.: Para reconocimiento y evitar duplicación.
- Género y Edad: Mujeres tienen mayor prevalencia de enfermedad colelitiásica. La edad puede representar un factor de riesgo quirúrgico y de comorbilidades.

- Tiempo de diabetes mellitus diagnosticada y Hb A1C: Evalúan probabilidad de presencia de complicaciones crónicas y control de la enfermedad. Asimismo, la necesidad de insulina en la terapia.\*
- Comorbilidades y Riesgo Qx (ASA): Factores independientes de riesgo.
- Diagnósticos pre y postoperatorio, además del tipo de intervención.
- Complicaciones relacionadas al propio cuadro (presentación complicada de colecistitis) y a la evolución. Los días de estancia hospitalaria también puede reflejar complicaciones.

Las variables "Tiempo de diabetes mellitus diagnosticada", "Hb A1C" e "insulinoterapia" se mencionan y están escritas en la ficha de recolección de datos debido a que el estudio inicialmente abarcaría solo población diabética y se contaba con objetivos afines a esta población. Debido a la nimia cantidad de pacientes diabéticos encontrados durante la recolección de la información, con aprobación del asesor metodista, se decide cambiar la población y abarcar a todos los pacientes colecistectomizados diabéticos y no diabéticos. La ficha de recolección de datos no es cambiada de los anexos porque de esta forma fue presentada a los expertos y validada por los mismos. La ficha sin estas variables que no fueron utilizadas aún se consideró aplicable.

### **3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **4.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Atención por emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2016.
- Paciente adulto mayor o igual a 18 años de edad.
- Paciente con diagnóstico de colelitiasis sintomática, colecistitis alitiásica u otra patología vesicular en la atención de emergencia que recibió tratamiento quirúrgico.

- Paciente con historia clínica disponible al acceso en la Oficina de Archivo y que contenga la información requerida.

#### **4.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Paciente que haya estado hospitalizado para colecistectomía electiva y que termine en emergencia.
- Paciente que haya estado hospitalizado por algún motivo diferente que no requería colecistectomía como tratamiento.
- Paciente con insuficiencia cardíaca congestiva de grado funcional NYHA III o IV o infarto agudo de miocardio en el último año.
- Paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en estadios 3 y 4 u otra patología que curse con insuficiencia respiratoria.
- Paciente con insuficiencia renal crónica grado 5.

### **3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

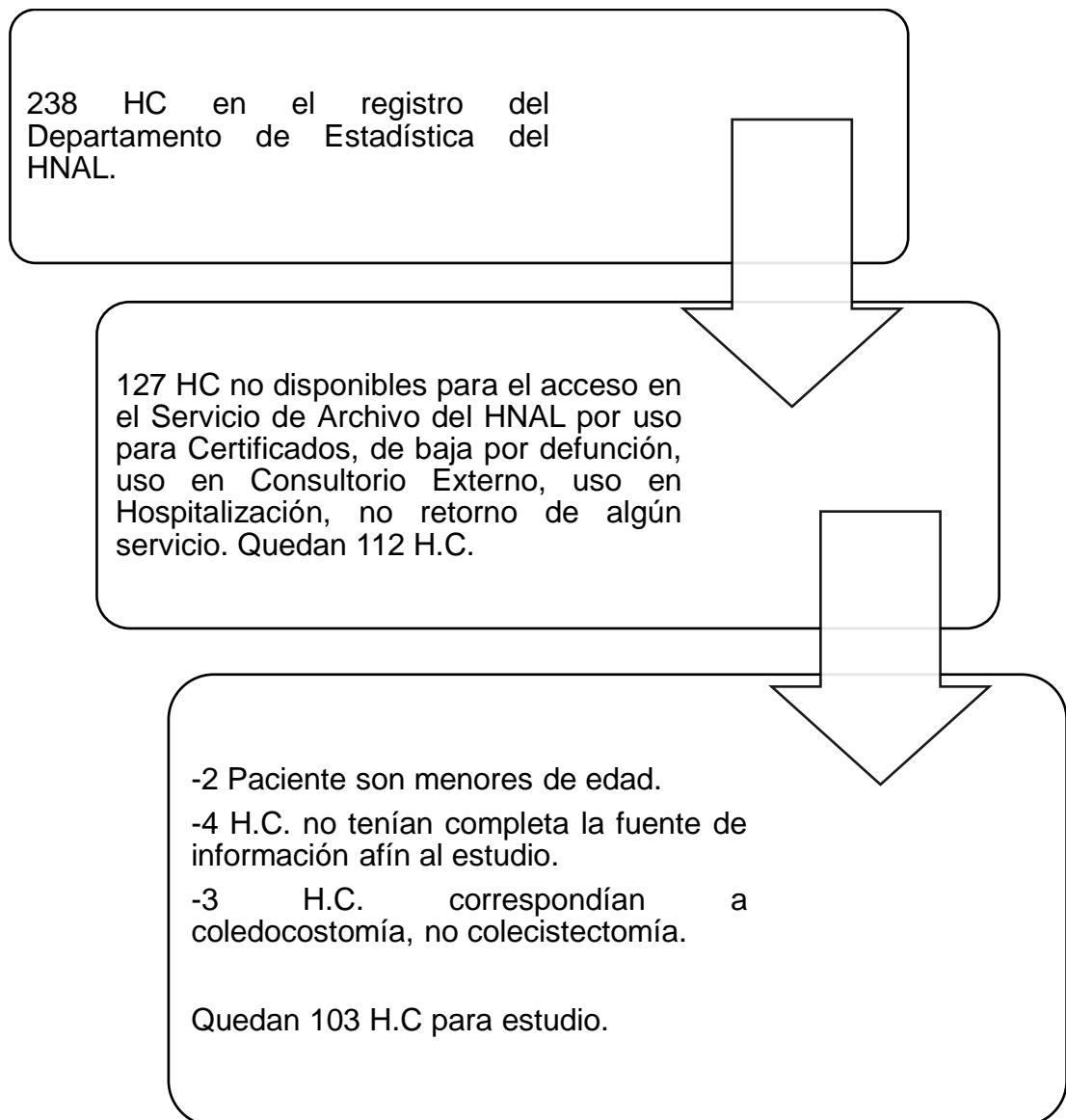
Para el procesamiento de datos se hace uso de los programas Excel de Microsoft Office Profesional Plus 2016, Word de Microsoft Office Profesional Plus 2016 e IBM SPSS Statistics versión 24. Los datos se analizan cuantitativamente para expresar el número de casos, características del abordaje, los días de hospitalización después de la cirugía y las complicaciones. La clasificación de variables y la cuantificación adecuadas son importantes para el análisis de datos y la representación gráfica.

Los datos fueron analizados con el objetivo de dar resultados descriptivos.

- Complicaciones.
- Frecuencia de pacientes por género y edad.
- Comorbilidades y riesgo quirúrgico ASA.
- Diagnóstico preoperatorio y diagnóstico posoperatorio.
- Tipo de intervención quirúrgica: laparoscópica vs incisional.
- Estancia hospitalaria posoperatoria y sus cruces intervenciones.

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el registro del departamento de Estadística del Hospital Nacional Arzobispo Loayza se tuvo registro de 238 intervenciones codificadas de acuerdo a colecistectomías tanto laparoscópicas como incisionales (incluye convertidas). Se presenta la lista de las 238 Historias Clínicas brindadas por dicho departamento al servicio de Archivo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, donde solo se tiene acceso a 112 HC por motivos conocidos por el servicio. Con exclusiones que se especifican más adelante, quedaron 103 H.C. que revisar



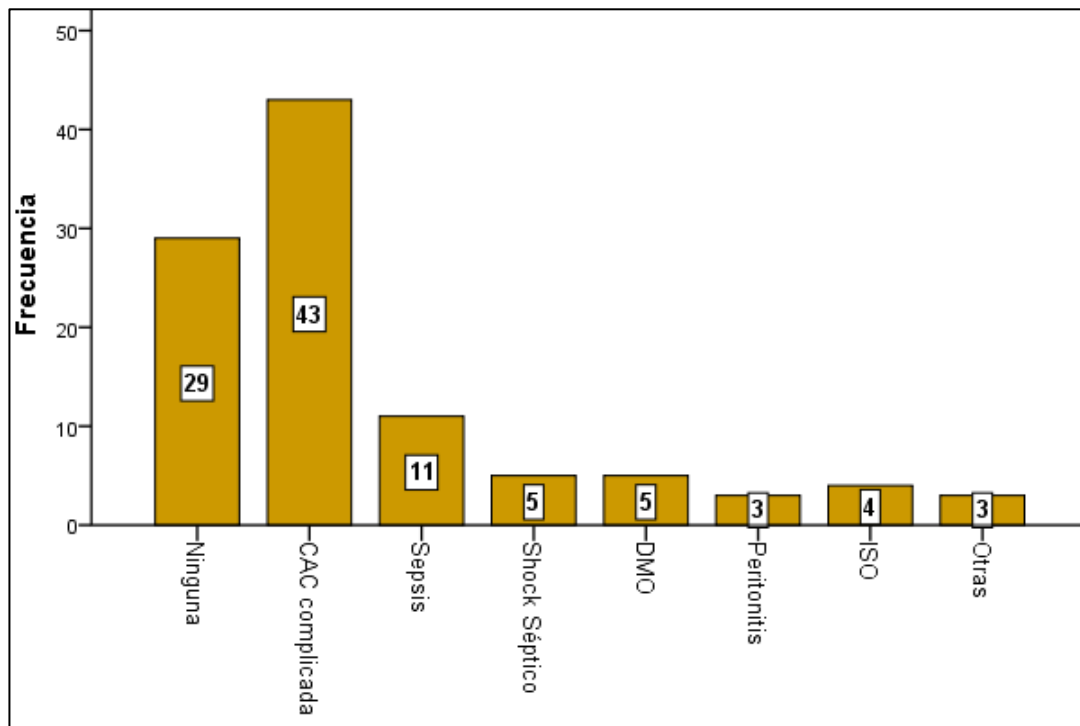
#### 4.1.RESULTADOS

**Tabla N°1.** Complicaciones en pacientes adultos sometidos a colecistectomía de emergencia

Complicaciones	Frecuencia	%
Ninguna	29	28,2
Presentación complicada	43	41,7
Sepsis	11	10,7
Shock Séptico	5	4,9
DMO	5	4,9
Peritonitis	3	2,9
ISO	4	3,9
Otras	3	2,9
Total	103	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

**Gráfico N°1.** Complicaciones en pacientes adultos sometidos a colecistectomía de emergencia



Fuente: Ficha de recolección de datos.

## **INTERPRETACIÓN**

En la Tabla N°1 y el Gráfico N°1 se observa que 29 (28,3%) pacientes no presentaron ninguna complicación relacionada al cuadro ni la intervención. 43 (41,7%) pacientes presentaron un cuadro de solo CAC complicada (supurada, gangrenada, perforada y fistulizada). 3 (2,9%) pacientes presentaron un cuadro de peritonitis. 11 (10,7%) pacientes llegaron a presentar un cuadro de sepsis. 5 (4,9%) pacientes sufrieron shock séptico. 5 (4,9%) pacientes padecieron de disfunción multiorgánica. 4 (3,9%) pacientes tuvieron infección de sitio operatorio. 3 (2,9%) pacientes sufrieron “otras” complicaciones: 1 presentó un bilioperitoneo posoperatorio por el que tuvo que ser reintervenido, 1 presentó íleo intestinal posoperatorio que requirió medida laxante por pseudooclusión, 1 paciente tuvo la complicación parietal de la formación de seroma.

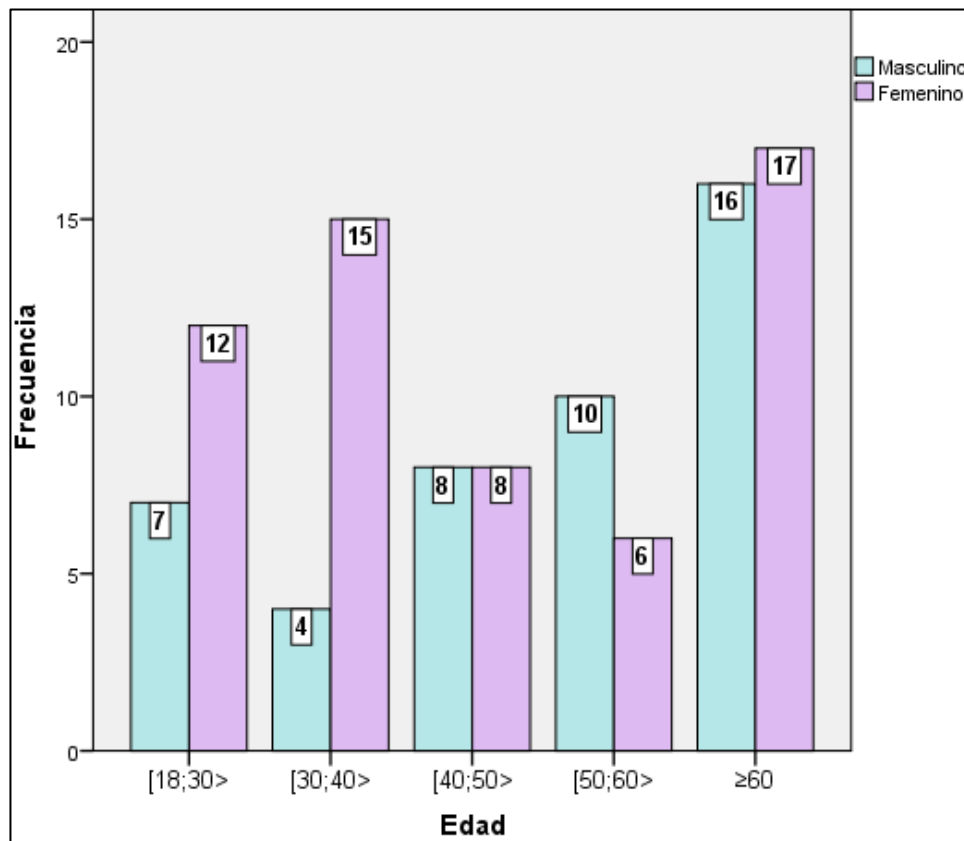


**Tabla N°2.** Frecuencia de pacientes por género y edad

		EDAD					Total
		[18;30>	[30;40>	[40;50>	[50;60>	≥60	
GÉNERO	Masculino	7	4	8	10	16	45
	Femenino	12	15	8	6	17	58
Total		19	19	16	16	33	103

Fuente: Ficha de recolección de datos.

**Gráfico N°2.** Frecuencia de pacientes por género y edad



Fuente: Ficha de recolección de datos.

### INTERPRETACIÓN

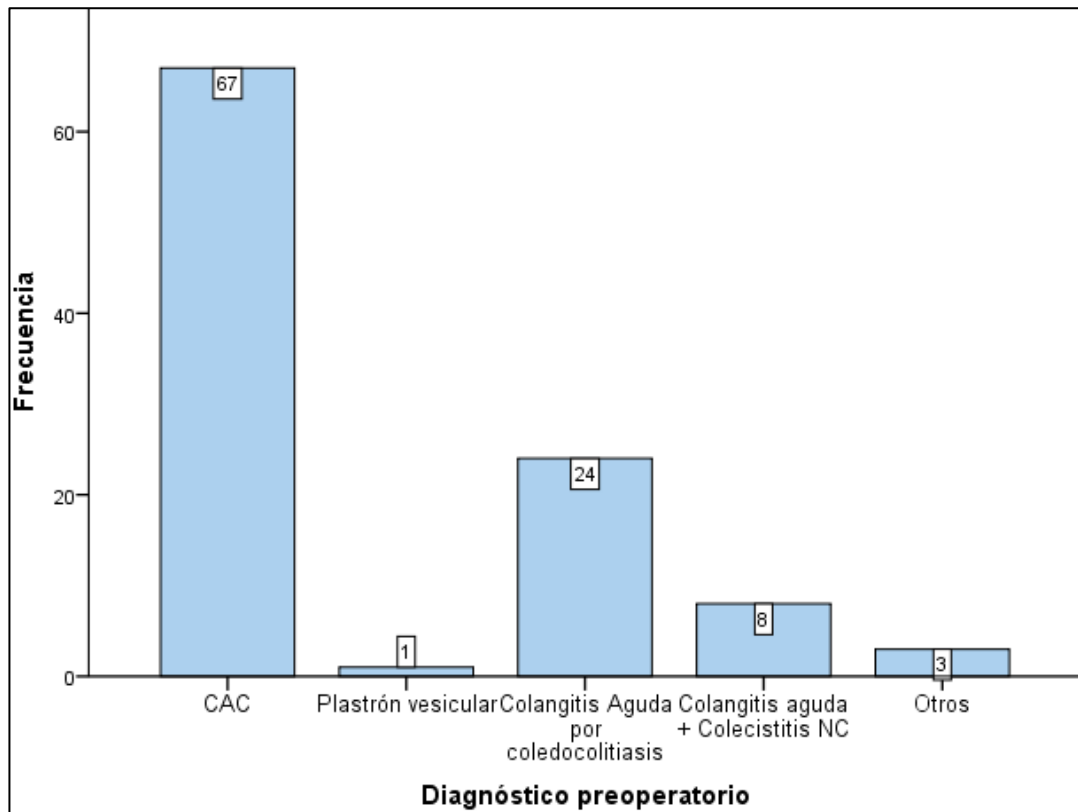
En la Tabla N°2 y el Gráfico N°2 se observa que, de un total de 103 pacientes, 58 (56,3%) son mujeres y 45 (42,5%) son varones. Las edades variaron desde los 21 hasta los 91 años, con una media de 49,45 años y desviación estándar de 19,124. El grupo etario mayor fue el de adultos mayores, de 60 años a más, con 33 (32,04%).

**Tabla N°3. Diagnóstico preoperatorio**

		Frecuencia	%
Diagnóstico preoperatorio	CAC	67	65,0
	Plastrón vesicular	1	1,0
	Colangitis Aguda por coledocolitiasis	24	23,3
	Colangitis aguda + Colecistitis no comp.	8	7,8
	Otros	3	2,9
	Total	103	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

**Gráfico N°3. Diagnóstico preoperatorio**



Fuente: Ficha de recolección de datos.

### **INTERPRETACIÓN**

En la Tabla N°3 y el Gráfico N°3 se observa que el diagnóstico preoperatorio más frecuente fue el de colecistitis aguda calculosa en 67 (65%) pacientes. Le siguen los diagnósticos deolangitis aguda por coledocolitiasis en 24

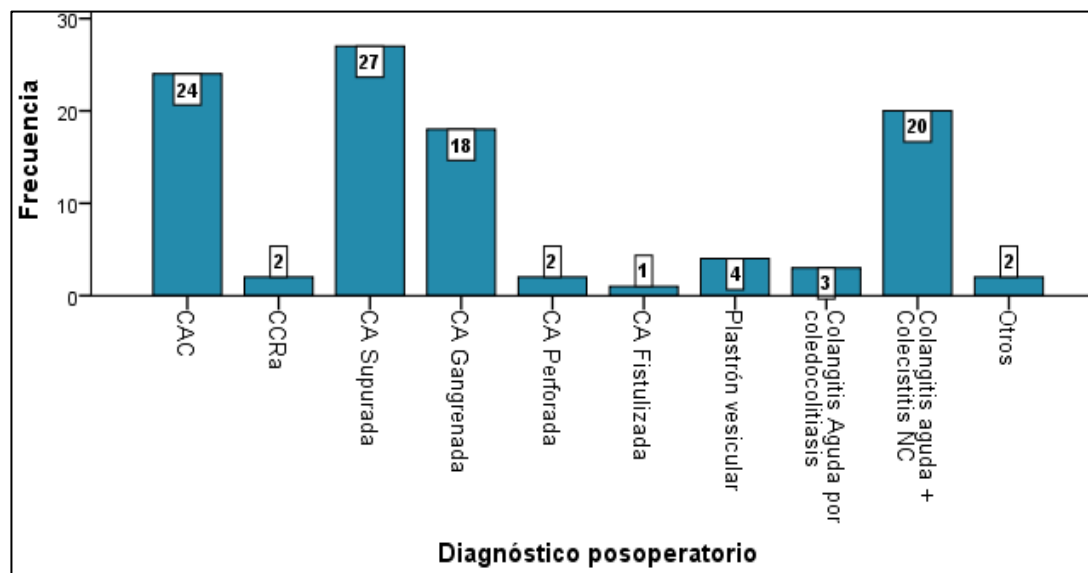
(23,3%) pacientes, colangitis aguda más colecistitis no complicada en 8 (7,8%) pacientes y 1 (1%) paciente con diagnóstico de plastrón vesicular. Entre “Otros” diagnósticos preoperatorios se encontraron 1 abdomen agudo quirúrgico inespecífico, 1 abdomen agudo quirúrgico d/c perforación de víscera hueca y 1 abdomen agudo quirúrgico con sepsis punto de partida abdominal. Los 3 pacientes incluidos en este grupo tuvieron un diagnóstico posoperatorio de colecistitis aguda complicada (1 paciente tuvo colecistitis aguda perforada con bilioperitoneo y 2 pacientes tuvieron piocolecisto + absceso).

**Tabla N°4. Diagnóstico posoperatorio**

	Frecuencia	%
CAC	24	23,3
CC Reagudizada	2	1,9
CA Supurada	27	26,2
CA Gangrenada	18	17,5
CA Perforada	2	1,9
CA Fistulizada	1	1,0
Plastrón vesicular	4	3,9
Colangitis Aguda por coledocolitiasis	3	2,9
Colangitis aguda + Colecistitis no comp.	20	19,4
Otros	2	1,9
Total	103	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

**Gráfico N°4. Diagnóstico posoperatorio**



Fuente: Ficha de recolección de datos.

## INTERPRETACIÓN

En la Tabla N°4 y el Gráfico N°4 se puede observar que 24 (23,3%) pacientes tuvieron el diagnóstico posoperatorio de colecistitis aguda calculosa no

complicada; 2 (1,9%) pacientes, colecistitis crónica reagudizada. 48 (46,6%) pacientes tuvieron el diagnóstico posoperatorio de colecistitis aguda calculosa complicada:

- 27 (26,2%) colecistitis aguda supurada (piocolecisto), siendo el diagnóstico posoperatorio más frecuente.
- 18 (17,5%) colecistitis aguda gangrenada.
- 2 (1,9%) colecistitis aguda perforada.
- 1 (1%) colecistitis aguda fistulizada.

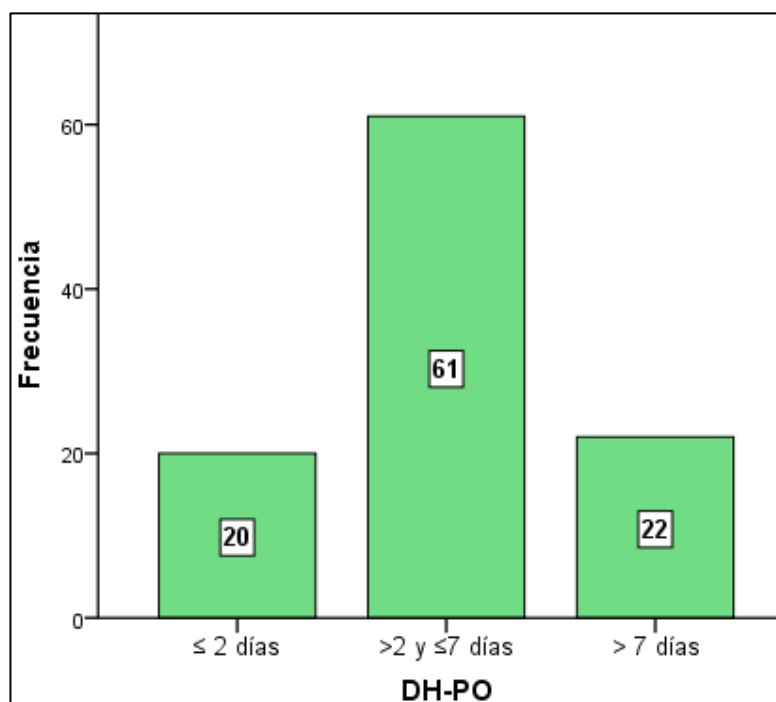
A 4 (3,9%) pacientes se les encontró plastrón vesicular sin colecistitis complicada. 3 (2,9%) pacientes tuvieron colangitis aguda por coledocolitiasis sin colecistitis. Se les realizó colecistectomía incisional. 2 tuvieron sepsis y 1 tuvo absceso subfrénico. 20 (19,4%) pacientes tuvieron colangitis aguda más colecistitis aguda calculosa no complicada. De estos 20 pacientes, todos incluyeron el diagnóstico preoperatorio de colangitis aguda y solo 1 fue abordado por laparoscopia. De los 2 (1,9%) pacientes en el grupo de "Otros", uno presentó colelitiasis + TBC peritoneal y el otro presentó peritonitis + pancreatitis severa. Ambos fueron sometidos a colecistectomía incisional.

**Tabla N°5.** Días de hospitalización posoperatoria

		Frecuencia	%
DHPO	≤ 2 días	20	19,4
	>2 y ≤7 días	61	59,2
	> 7 días	22	21,4
	Total	103	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

**Gráfico N°5.** Días de hospitalización posoperatoria



Fuente: Ficha de recolección de datos.

### **INTERPRETACIÓN**

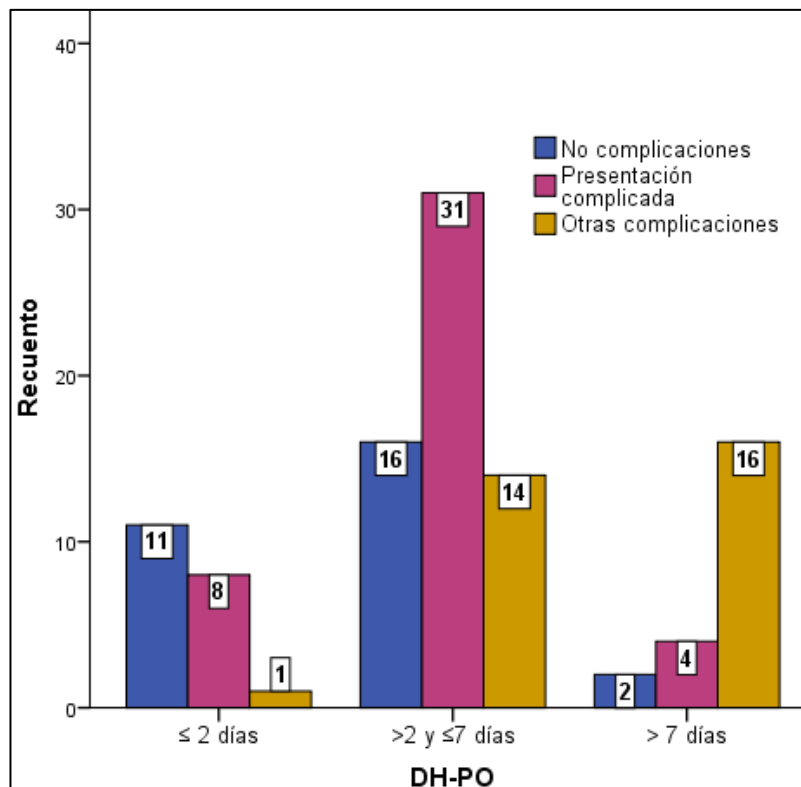
En la Tabla N°5 y el Gráfico N°5 se observa que 20 (19,4%) pacientes se quedaron hasta 2 días de hospitalización posoperatoria. 61 (59,2%) pacientes se quedaron más tiempo hasta 7 días. 22 (21,4%) pacientes se quedaron más de 1 semana. El mínimo de días de hospitalización posoperatoria fue de 1 día y el máximo fue de 32. El promedio de días de hospitalización posoperatoria de la población estudiada fue de 5,79 días.

**Tabla N°6.** Complicaciones vs. Días de hospitalización posoperatoria

		No complicaciones	Presentación complicada	Otras complicaciones	Total
DH-PO	≤ 2 días	11	8	1	20
	>2 y ≤7 días	16	31	14	61
	> 7 días	2	4	16	22
Total		29	43	31	103

Fuente: Ficha de recolección de datos.

**Gráfico N°6.** Complicaciones vs. Días de hospitalización posoperatoria



Fuente: Ficha de recolección de datos.

### INTERPRETACIÓN

En la Tabla N°6 y Gráfico N°6 se puede observar que del total de 29 pacientes que no presentaron complicaciones: 11 (37,9%) estuvieron hospitalizados hasta 2 días, 16 (55,2%) estuvieron hospitalizados más de 2 días hasta 1 semana y 2 (6,9%) estuvieron hospitalizados más de 1 semana. Del total de

43 pacientes que presentaron cuadro de colecistitis complicada: 8 (18,6%) estuvieron hospitalizados hasta 2 días, 31 (72,1%) estuvieron hospitalizados más de 2 días hasta 1 semana y 4 (9,3%) estuvieron hospitalizados más de 1 semana. Del total de 31 pacientes que presentaron otras complicaciones (peritonitis, sepsis, shock séptico, DMO, ISO y otras): 1 (3,2%) estuvieron hospitalizados hasta 2 días, 14 (45,2%) estuvieron hospitalizados más de 2 días hasta 1 semana y 16 (51,6%) estuvieron hospitalizados más de 1 semana. Observando la concentración de la muestra entre los grupos de no complicaciones, la presentación de un cuadro de colecistitis complicada y una complicación diferente, se evidencia un aumento de días de hospitalización posoperatoria, respectivamente: El grupo mayor del total de hospitalizados hasta 2 días es el de sin complicaciones con 11 (55%); del total de hospitalizados más de 2 días hasta 1 semana es el de presentación complicada de la CAC con 31 (50,8%); del total de hospitalizados más de 1 semana es el grupo de otras complicaciones con 16 (72,7%) pacientes.

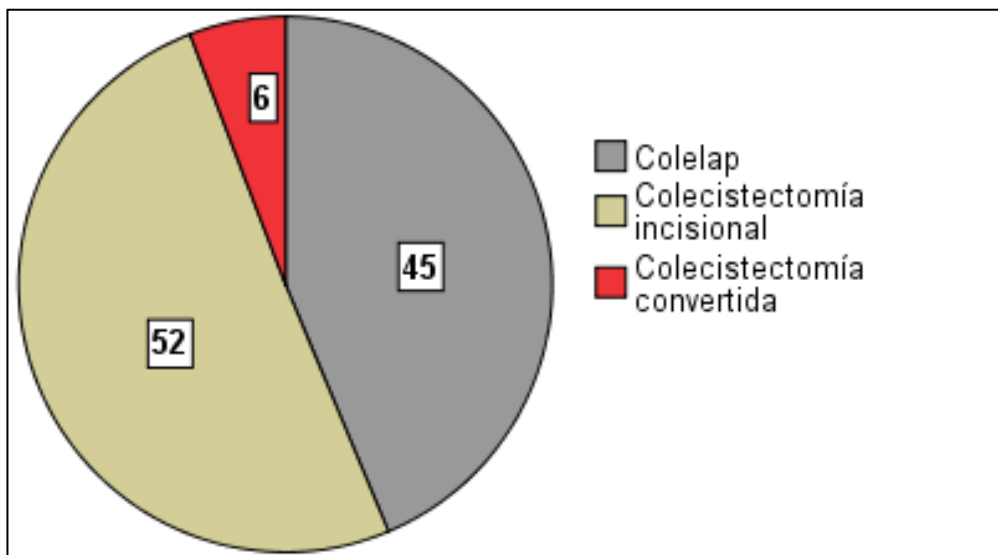


**Tabla N°7.** Tipo de intervención quirúrgica

	Frecuencia	%	
Tipo Qx	Colelap	45	43,7
	Colecistectomía incisional	52	50,5
	Colecistectomía convertida	6	5,8
	Total	103	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

**Gráfico N°7.** Tipo de intervención quirúrgica



Fuente: Ficha de recolección de datos.

## INTERPRETACIÓN

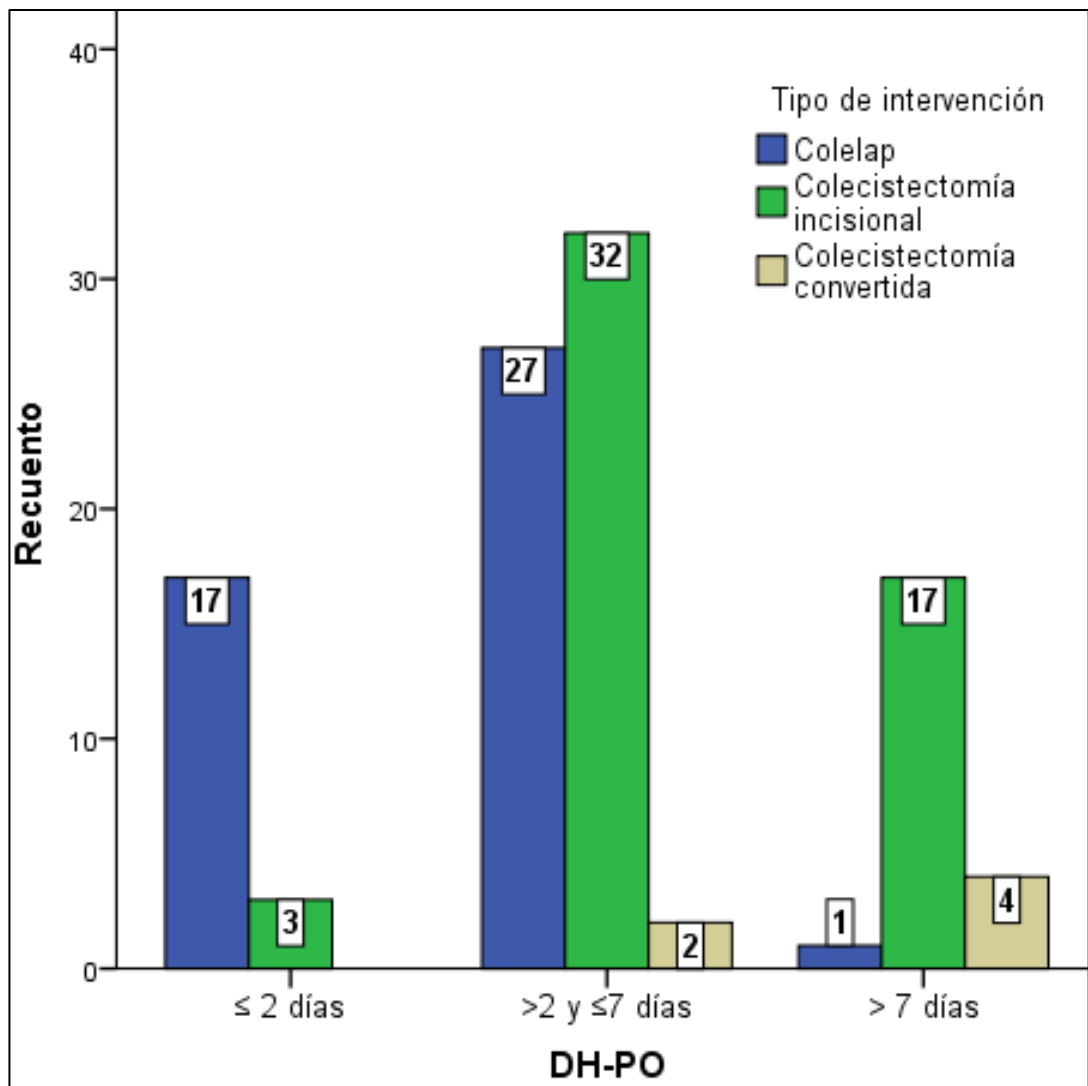
En la Tabla N°7 y Gráfico N°7 se puede observar que 45 (43,7%) pacientes fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica. 52 (50,5%) pacientes fueron sometidos a colecistectomía incisional. Hubo conversión de colecistectomía en 6 (5,8%) pacientes. Entre las causas de conversión, 4 fueron por plastrón vesicular, 1 por plastrón más síndrome adherencial y 1 por fístula gigante de difícil abordaje por laparoscopia.

**Tabla N°8.** Tipo de intervención vs. Días de hospitalización posoperatoria

		Colelap	C. incisional	C. convertida	Total
DH- PO	≤ 2 días	17	3	0	20
	>2 y ≤7 días	27	32	2	61
	> 7 días	1	17	4	22
Total		45	52	6	103

Fuente: Ficha de recolección de datos.

**Gráfico N°8.** Tipo de intervención vs. Días de hospitalización posoperatoria



Fuente: Ficha de recolección de datos.

## **INTERPRETACIÓN**

Del total de 45 colelaps, 27 (60%) pacientes, que son la mayoría, tuvieron una estancia de más de 2 días hasta 1 semana, seguidos de los 17 (37,8%) que se quedaron hasta 2 días como máximo. Del total de 52 colecistectomías incisionales, 32 (61,5%) pacientes, que son la mayoría, tuvieron una estancia de más de 2 días hasta 1 semana, seguidos de 17 (32,7%) que se quedaron más de 1 semana. Del total de 6 colecistectomías convertidas, 4 (66,7%) pacientes se quedaron más de 1 semana, 2 (33,3%) hasta 1 semana y ningún paciente se quedó 2 días o menos.

## 4.2. DISCUSIÓN

La población de la investigación se vio afectada por la inesperada disminución de H.C. con disponibilidad de acceso. A su vez, la proporción de diabéticos fue muy baja, por lo cual se optó por avanzar la investigación, que inicialmente se enfocaba a pacientes diabéticos, tomando en cuenta a toda la población (diabética y no diabética).

Se confirman datos epidemiológicos que dicta la teoría como la afectación mayor del género femenino (Narváez M., 2010; Bocanegra y Córdova, 2013; Luna, 2015) y la década de vida más común para presentar esta patología.

Las complicaciones fueron muy variadas entre cuadro complicado de colecistitis, extensión de la afectación, compromiso sistémico, complicación posoperatoria como seroma e ISO, etc. Hubo un importante porcentaje de pacientes sin complicaciones (29% menos que los 50% hallados por Ricse, 2014). Probablemente algún lector de esta investigación se cuestione con qué criterio agrupar estas complicaciones de distintas naturalezas (complicación por evolución fisiopatológica del cuadro, complicación por afectación sistémica, complicación posoperatoria), pero se recuerda que es un estudio descriptivo y la intención es informar sobre los escenarios que se presentan en la población sometida al tratamiento quirúrgico de emergencia.

Se confirma la evolución posoperatoria según tipo de intervención reflejada en días de estancia hospitalaria posoperatoria.

El riesgo quirúrgico con la clasificación ASA presentó tendencias interesantes al cruzar sus datos con las variables “Complicaciones” y “Días de estancia hospitalaria posoperatoria”. La mayoría de cada grupo de riesgo quirúrgico ASA, en relación a los días de hospitalización, estaban en el rango de  $\leq 2$  días para ASA I y  $>2$  y  $\leq 7$  días para II y III, respectivamente. La mayoría de cada grupo de riesgo quirúrgico ASA I, ASA II y ASA III, en relación a las complicaciones, tuvieron “no complicaciones”, “presentación complicada” y “otras complicaciones” –incluyendo las sistémicas –, respectivamente. El motivo por el que no se plasmó en resultados ni conclusiones es que los

grupos divididos por clase ASA eran muy irregulares y las diferencias no eran muy marcadas.

Considerando que el estudio en un principio se avocó a los pacientes con diabetes mellitus, se encontraron hallazgos interesantes, con la consecuencia de que los resultados de la investigación brindan información útil. El estudio fortalece el conocimiento de que un diabético mal controlado lo convierte en paciente de riesgo y se comprobó con la mayor tendencia a presentar complicaciones y quedarse más tiempo hospitalizado. La mayor parte de los pacientes que llegan a ser operados presentan cuadros de colecistitis aguda complicada incluso sin tener diabetes; la HTA y el sobrepeso/obesidad también son factores de riesgo para complicaciones; tener NM periampular y de vías biliares también tiene importancia en este aspecto. El motivo por el que no se plasmó en resultados ni conclusiones es que la población diabética era escasa y, además de no aportar estadística significativa, confundiría la intención descriptiva de la investigación al trabajar con dos poblaciones.

La información que el estudio brinda reincide en el universo de consecuencias sobre la evolución de un paciente hospitalizado que conllevan las presentaciones complicadas de un cuadro tratado en emergencia.

Esta investigación podría reproducirse y mejorar para trabajar con poblaciones mayores y tener fuente de información con mayor significancia estadística. Abarcar más establecimientos de salud con sistema terapéutico similar o abarcar un mayor tiempo que funcione con un mismo diagrama de flujo pueden ser de mucha ayuda para cumplirlo.

Los datos brindados en esta investigación son de mucha utilidad (y podrían ser aun más útiles con una población más grande) para el nivel de salud pública y el conocimiento interdisciplinario del personal médico tanto clínico como quirúrgico, además del trabajo con personal de salud de enfermería y técnico de enfermería que siempre acompañan en la atención y son partícipes importantes en la evolución de los pacientes. Estar atentos a sus condiciones de ingreso y expectantes a las posibilidades de evolución de un paciente es importante y el estudio afín siempre es bienvenido.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. CONCLUSIONES**

- Entre las complicaciones halladas en la población estudiada, la principal fue la presencia de cuadro complicado de colecistitis aguda con 43 (41,7%) casos de 103. Además, en sentido descendente por frecuencia, se registraron casos de sepsis, shock séptico, disfunción multiorgánica, peritonitis, infección de sitio operatorio y otras.
- Los pacientes sometidos a colecistectomía de emergencia fueron en su mayoría mujeres (58; 56,3% contra 45; 43,7% varones). En cuanto a décadas de vida, hubo más casos en las tercera y cuarta (19; 18,4% cada una); el grupo etario de adulto mayor ( $\geq 60$  años) representó en conjunto 33 (32%) pacientes.
- El diagnóstico posoperatorio más común fue la presentación complicada de colecistitis aguda calculosa con 48 (46,6%) casos.
- La presentación de colecistitis complicada más frecuente fue el cuadro de colecistitis aguda supurada con 27 (26,2%) casos de 103.
- Según intervalos de días de estancia hospitalaria posoperatoria: la mayoría de los pacientes que estuvieron un máximo de 2 días no tuvo complicaciones, siendo 11 (55%) casos. Los que se quedaron más de 2 días hasta 1 semana tuvieron como grupo mayoritario al de presentación de colecistitis complicada con 31 (50,8%) casos. Los que se quedaron más de 1 semana fueron principalmente los que presentaron complicaciones diferentes a colecistitis complicada con 16 (72,7%) casos.
- Según intervalos de días de estancia hospitalaria posoperatoria: los pacientes que estuvieron un máximo de 2 días la mayoría fue sometido a colecistectomía laparoscópica con 17 (85%) casos. Los que se quedaron más de 2 días hasta 1 semana y más de 1 semana fueron principalmente los sometidos a colecistectomía abierta o convertida con 34 (55,8%) y 21 (95,5%) casos, respectivamente.

## 5.2. RECOMENDACIONES

- Tener en cuenta que la mayoría de complicaciones parten de la fisiopatología del mismo cuadro y en menor medida de la técnica operatoria, lo que nos invita a reincidir que la prioridad de mejoría es la cultura de prevención y promoción más que la curva de aprendizaje de los cirujanos, ya que esta cultura ayuda a combatir los factores que permiten la evolución del cuadro a un escenario complicado.
- Poner énfasis en el trabajo con datos epidemiológicos sobre las poblaciones más vulnerables en cuanto a género y edad para la prevención de la enfermedad y promoción de la salud mediante la corrección de factores de riesgo modificables.
- Abordar los casos oportunamente con un diagnóstico y tratamiento precoz, reduciendo el número de casos complicados o afectación sistémica de un cuadro, a su vez que el factor tiempo es muchas veces determinante y más fácilmente modificable por el médico de emergencia. Incentivar las actividades de prevención y promoción.
- Reducir el número de cuadros complicados y, en caso se presente, evitar la evolución negativa a cuadros posteriores que representan potencialmente mayores complicaciones para el paciente.
- Relacionar la presencia de complicaciones y el incremento de días de estancia hospitalaria posoperatoria; así anticiparse para evitarlas y reducir gastos de camas sin movimiento de pacientes.
- Entrenar la cirugía laparoscópica y priorizarla como el Gold standard que es para la colecistectomía. Apoyar como personal de salud a que los pacientes sean candidatos para la laparoscopia para que no cumplan contraindicaciones evitables de laparoscopia o indicaciones de necesidad de cirugía abierta y laparotomía.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las personas; Resolución Ministerial N° 516-2005/MINSA; Manejo estándar de casos de abdomen agudo en adultos; Perú, julio, 2005
2. Ministerio de Salud, Hospital Vitarte; Resolución Directoral N° 124; 2011-D/HBCV, Perú, 2011.
3. Ibáñez L., Escalona A., Devaud N., Montero P., Ramírez E., Pimentel F. *et al*, Colectomía laparoscópica: experiencia de 10 años en la Pontificia Universidad Católica de Chile; Rev. Chil Cir Vol.59 N° 1, Feb. 2007: 10-15
4. Bueno J., Serralta A., Planells M., Pous S., Ballester C., Ibáñez F., Rodero D., Colectomía laparoscópica y sus complicaciones: nuestra experiencia en nueve años; Cir Esp 2001; 69: 467-72
5. McSherry CK. Cholecystectomy: The Gold Standard. Am J Surg 1989; 158: 174-8.
6. Brunickard F. *et al.*; Schwartz's Principles of Surgery, Ed. McGraw Hill, 10<sup>th</sup> edition; USA, 2015; 1324-1325.
7. Chiche L., Letoublon C., Tratamiento de las complicaciones de la colectomía; EMC – Técnicas Quirúrgicas – Aparato Digestivo, Vol. 26 Issue 4, 2010: 1-21
8. East J., Mitchell D., Emergency open cholecystectomy is associated with markedly lower incidence of postoperative nausea and vomiting (PONV) than elective open cholecystectomy: a retrospective cohort study; BMC Surg, 2010; 10: 6
9. Gurusamy K., Davidson C., Glud C., Davidson B., Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for people with acute



cholecystitis; Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD005440.

10. Shaikh I., Sanjay P., Joga K., Yalamarthu S., Daniel T., Amin A., Are we performing enough emergency laparoscopic cholecystectomies? An experience from a district general hospital; *Int J Surg.* 2009 Oct;7(5):482-4
11. Wu J., Nguyen A., De Virgilio C., Plurad D., Kaji Amy, Nguyen V., *et al*, Can it wait until morning? A comparison of nighttime versus daytime cholecystectomy for acute cholecystitis; *Am J Surg.*, Vol 208 N°6, Dec 2014: 911-18
12. Ambe P., Papadakis M., Zirngibl H., A proposal for a preoperative clinical scoring system for acute cholecystitis; *J Surg Res.* 2016 Feb;200(2):473-9
13. Bourikian S., Anand R., Aboutanos M., Wolfe L., Ferrada P., Risk factors for acute gangrenous cholecystitis in emergency general surgery patients; *Am J Surg.* 2015 Oct; 210(4):730-3
14. Narváez Barros M., Diabetes mellitus como factor de riesgo asociado a complicaciones post-quirúrgicas en los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Isidro Ayora de la ciudad d Loja durante el periodo enero-diciembre del 2010; Universidad Nacional de Loja; Loja, Ecuador, 2011
15. Navarro A., César; Morbi-mortalidad asociada a colecistectomías en el servicio de Cirugía del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde 2009-2010; Universidad de Carabobo; Valencia-España, 2011.
16. Sarango Maita R., Incidencia de complicaciones post-quirúrgicas en colecistectomías laparoscópicas planificadas y de emergencia en el servicio de cirugía del hospital regional Isidro Ayora periodo enero a junio 2011; Universidad Nacional de Loja; Loja, Ecuador, 2011.

17. Rojas Zegarra G., Uso y contraste de las guías de Tokio en pacientes con colecistitis aguda calculosa del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, periodo febrero 2011 a enero 2012; Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna; Tacna, Perú, 2012.
18. Bocanegra R., Córdova M., Colecistectomía laparoscópica en el adulto mayor: complicaciones postoperatorias en mayores de 75 años en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú, del 2007-2011. Rev. Gastroenterol Perú. 2013; 33(2): 113-20
19. Karamanos E., Emre S., Beale E., Chan L., Inaba K, Demetriades D., Effect of diabetes on outcomes in patients undergoing emergent cholecystectomy for acute cholecystitis; World J Surg 2013; Oct; 37(10): 2257-64
20. Schettle M., Beldi G.; Effect of Diabetes on Outcomes in Patients Undergoing Emergency Cholecystectomy for Acute Cholecystitis; World J Surg, 2013 Oct; Vol 37(10): 2265
21. Ricse Bonilla R., Colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en adultos mayores en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú Luis Nicasio Sáenz durante el año 2012; Universidad San Martín de Porres; Lima, Perú, 2014.
22. Luna Carriel T., Complicaciones postquirúrgicas. Infecciones de la herida luego de la colecistectomía emergente en diabético tipo II. Servicio de Emergencia del Hospital General Luis Vernaza, enero 2010-diciembre 2012; Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador, 2015.
23. Ansaloni *et al.*; 2016 WSES guidelines on acute calculous cholecystitis; World Journal of Emergency Surgery 2016; 11:25.
24. Higuchi *et al.*; TG13: Updated Tokyo Guidelines for acute cholangitis and acute cholecystitis; J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013); 20: 89-96

25. Longo D. MD, Kasper D. MD, Jameson L. MD, PhD, Fauci A. MD, Hauser S. MD, Loscalzo J. MD, PhD; Harrison principios de medicina interna; Ed. McGraw Hill, 18ª edición, México, 2012; 2968-2980
26. Bass G, Gilani SNS, Walsh TN; Validating the 5Fs mnemonic for cholelithiasis: time to include family history; Postgrad Med J 2013; 89: 638–641.
27. Chiapetta L., Canullan C., Complicaciones de la colecistectomía laparoscópica, Cirugía digestiva, F. Galindo, www.sacd.org.ar, 2009; IV-453: 1-5
28. Ramírez F., Jiménez G., Arenas J., Complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en adultos; Cir Gen Vol. 28 N° 2, 2006; 28: 97-102
29. Rodríguez M., Factores predictores para complicaciones pulmonares postoperatorias en pacientes sometidos a cirugía intra-abdominal de emergencia en el Hospital Belén de Trujillo, 2010-2012.; Universidad Nacional de Trujillo; Trujillo, Perú, 2012.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Ansaloni *et al.*; 2016 WSES guidelines on acute calculous cholecystitis; World Journal of Emergency Surgery 2016.
2. Argente H, Álvarez M.; Semiología Médica: Fisiopatología, Semiología y Propedéutica. Enseñanza basada en el paciente; Editorial Médica Panamericana; Argentina, 1ª edición, 4ª reimpresión, 2010
3. Brunicki F. *et al.*; Schwartz's Principles of Surgery, Ed. McGraw Hill, 10<sup>th</sup> edition; USA, 2015.
4. Ganong W, McPhee S.; Fisiopatología de la enfermedad: Una introducción a la medicina clínica; Ed. McGraw Hill, 6ª edición, México, 2011.
5. Longo D. MD, Kasper D. MD, Jameson L. MD, PhD, Fauci A. MD, Hauser S. MD, Loscalzo J. MD, PhD; Harrison principios de medicina interna; Ed. McGraw Hill, 18ª edición, México, 2012.
6. Kumar V., Abbas A., Fausto N., Aster J.; Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional; Ed. Elsevier, 8ª edición, España, 2012
7. Takada *et al.*; TG13: Updated Tokyo Guidelines for acute cholangitis and acute cholecystitis; J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013).
8. Wolfgang Stehr MD; Manual Mont Reid de cirugía; Ed. Elsevier, 6ª edición, España, 2013.

## **ANEXOS**

**ANEXO N°1. Operacionalización de variables**

VARIABLE	N° ÍTEM	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍA	INSTRUMENTO	% DE ÍTEM
Género	1	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>	Ficha de recolección de datos.	10%
Edad	2	Escala	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [18;30&gt;</li> <li>• [30;40&gt;</li> <li>• [40;50&gt;</li> <li>• [50;60&gt;</li> <li>• ≥60</li> </ul>	Ficha de recolección de datos.	10%
Comorbilidades	3	Nominal	Politómica, según hallazgo. Ver resultados.	Ficha de recolección de datos	10%
Riesgo quirúrgico	4	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASA I</li> <li>• ASA II</li> <li>• ASA III</li> <li>• ASA IV</li> <li>• ASA V</li> </ul>	Ficha de recolección de datos.	10%

Diagnóstico preoperatorio	5	Nominal	Politémica, según hallazgo. Ver resultados.	Ficha de recolección de datos.	10%
Tipo de intervención	6	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• C. laparoscópica</li> <li>• C. incisional</li> <li>• C. convertida</li> </ul>	Ficha de recolección de datos.	10%
Diagnóstico posoperatorio	7	Nominal	Politémica, según hallazgo. Ver resultados.	Ficha de recolección de datos.	10%
Complicaciones relacionadas a la operación	8, 9	Nominal	Politémica, según hallazgo. Ver resultados.	Ficha de recolección de datos.	20%
Días de estancia hospitalaria	10	Escala	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\leq 2</math> días</li> <li>• <math>&gt;2</math> y <math>\leq 7</math> días</li> <li>• <math>\geq 7</math> días</li> </ul>	Ficha de recolección de datos.	10%

**ANEXO N°2. Instrumento**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS															
N°	H.C.	SEXO	EDAD	TIEMPO DE DM DIAGNOSTICADA	Hb A1C	INSULINOTERAPIA PREOPERATORIA	COMORBILIDADES	RIESGO QUIRÚRGICO	DX PREOPERATORIO	FECHA DE INTERVENCIÓN	TIPO DE INTERVENCIÓN	DX POSOPERATORIO	COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS	COMPLICACIONES POSOPERATORIAS	DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA
ÍTEM		1	2				3	4	5		6	7	8	9	10
1									A		B	A	C	D	
2															
3															

- A: 1=colecistitis aguda; 2=c. crónica reagudizada; 3=c. perforada; 4=c. fistulizada; 5=c. supurada; 6=c. gangrenosa; 7=Otros (especificar); etc.
- B: 1=colecistectomía laparoscópica; 2=colecistectomía abierta; 3=conversión
- C: 0=Ninguna; 1=Lesión de vías biliares evidenciada en SOP; 2=Hemorragias; 3=Rotura de vesícula intraoperatoria; 4=Shock; etc.
- D: 0=Ninguna; 1=Infección de herida operatoria; 2=Complicaciones biliares (especificar); 3=Complicaciones parietales (especificar); 4=Complicaciones hemorrágicas (especificar); 5=Complicaciones relacionadas a la laparoscopia (especificar); etc.



**ANEXO N°3. Validez de instrumento – Consulta de expertos**

**I. DATOS GENERALES**

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: **Jeny Bravo**  
 1.2 Cargo e institución donde labora: **profesor**  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadista   
 1.4 Nombre del instrumento: **FRD**  
 1.5 Autor(a) del instrumento: **Jorge Ernesto de la Mata Flores**

**II. ASPECTOS DE VALIDACION:**

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

**III. OPINION DE APLICABILIDAD:**

**Aplica**

**IV. PROMEDIO DE VALORACION**

**80%**

Lima, **31** Enero de 2018



Firma del Experto Informante

D.N.I. N° **40906055**  
 Teléfono **994613409**

### ANEXO N°3. Validez de instrumento – Consulta de expertos

#### I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: **BAZÁN RODRÍGUEZ ELSI**  
 1.2 Cargo e institución donde labora: **DOCENTE UPSJB**  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadista   
 1.4 Nombre del instrumento: **FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**  
 1.5 Autor(a) del instrumento: **DE LA MATA FLORES JORGE**

#### II. ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría sobre la colecistectomía de emergencia en pacientes diabéticos.					85%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación entre las complicaciones y el tipo de paciente.					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva.					85%

III. OPINION DE APLICABILIDAD: *Aplica*

#### IV. PROMEDIO DE VALORACION

85%

Lima, 27 Enero de 2018

*Elsi Bazán*  
 Lic. ELSI NOEMI BAZÁN RODRÍGUEZ  
 COESPE 444  
 COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

Firma del Experto Informante

D.N.I. N° 19209583  
 Teléfono 977 414 879



### ANEXO N°3. Validez de instrumento – Consulta de expertos

#### I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: *Luis Montoya Galdós*  
 1.2 Cargo e institución donde labora: *Cirujano General en HNAI*  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadista   
 1.4 Nombre del instrumento: *Ficha de recolección de datos*  
 1.5 Autor(a) del instrumento: *Jorge de la Mata Flores*

#### II. ASPECTOS DE VALIDACION:

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

#### III. OPINION DE APLICABILIDAD:

*Aplica*

#### IV. PROMEDIO DE VALORACION

Lima, *14* de enero de 2018

77,7%

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Nacional "Arzobispo Loayza"

Dr. LUIS MONTOYA GALDÓS  
CMP 17699 RNE 7994

Firma del Experto Informante

D.N.I. N° *08786665*

Teléfono

*997447934*

### ANEXO N°3. Validez de instrumento – Consulta de expertos

#### I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: Emma TORRES MARIÑOS  
 1.2 Cargo e institución donde labora: Cirujana General en HIVAL  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadista   
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos  
 1.5 Autor(a) del instrumento: Jorge DE LA MATTA FLORES

#### II. ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					X 85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					X 85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría sobre la colecistectomía de emergencia en pacientes diabéticos.				X 80%	
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				X 80%	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				X 80%	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación entre las complicaciones y el tipo de paciente.					X 85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					X 85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					X 85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva.					X 85%

#### III. OPINION DE APLICABILIDAD:

Aplica

#### IV. PROMEDIO DE VALORACION

83,3%

Lima, 15 de enero de 2018

Hospital Nacional "Arzobispo Loayza"

DEL. EMMA TORRES MARIÑOS  
 Firma del Experto Informante

D.N.I. N°  
 Teléfono

062136124  
 999611810

### ANEXO N°4. Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
GENERAL	GENERAL	GENERAL	DEPENDIENTE E INDEPENDIENTE
¿Cuáles son las complicaciones en pacientes adultos sometidos a colecistectomía de emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016?	Identificar complicaciones en pacientes adultos sometidos a colecistectomía de emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016.	La naturaleza de este estudio puede prescindir de hipótesis general.	La naturaleza de este estudio prescinde de la relación independiente-dependiente.
ESPECÍFICOS	ESPECÍFICOS	ESPECÍFICOS	VARIABLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué género y grupo etario son más frecuentes entre los pacientes colecistectomizados de emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016?</li> <li>• ¿Cuál es el diagnóstico posoperatorio más común en los pacientes colecistectomizados por emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016?</li> <li>• ¿Cuál es la presentación complicada más frecuente entre los pacientes colecistectomizados por emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016?</li> <li>• ¿Cuántos días de hospitalización posoperatoria tienen los pacientes que presentan alguna complicación entre los pacientes adultos sometidos a colecistectomía de emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016?</li> <li>• ¿Cuántos días de hospitalización tienen según tipo de operación realizada en pacientes adultos con sometidos a colecistectomía de emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocer género y grupo etario más frecuentes entre los pacientes colecistectomizados de emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016.</li> <li>• Identificar el diagnóstico posoperatorio más común en los pacientes colecistectomizados por emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016.</li> <li>• Identificar la presentación complicada más frecuente entre los pacientes colecistectomizados por emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016.</li> <li>• Cuantificar días de hospitalización posoperatoria en pacientes que presentan alguna complicación entre los pacientes adultos sometidos a colecistectomía de emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016.</li> <li>• Cuantificar días de hospitalización según tipo de operación realizada en pacientes adultos con sometidos a colecistectomía de emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El género femenino y el grupo etario entre la 4ª y 5ª década son los más frecuentes entre los pacientes colecistectomizados de emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016.</li> <li>• El diagnóstico posoperatorio más común en los pacientes colecistectomizados por emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016 es la colecistitis aguda complicada.</li> <li>• La presentación complicada de colecistitis aguda entre los pacientes colecistectomizados por emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016 es la supurada.</li> <li>• Los días de hospitalización posoperatoria en pacientes que presentan alguna complicación entre los pacientes adultos sometidos a colecistectomía de emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016 son más de 2 días.</li> <li>• Los días de estancia hospitalaria son mayores en pacientes adultos sometidos a colecistectomía de emergencia abierta que a laparoscópica en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2016.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Género</li> <li>• Edad</li> <li>• Comorbilidades</li> <li>• Riesgo quirúrgico</li> <li>• Diagnóstico preoperatorio</li> <li>• Tipo de intervención</li> <li>• <b>Diagnóstico posoperatorio</b></li> <li>• <b>Complicaciones intraoperatorias</b></li> <li>• <b>Complicaciones posoperatorias</b></li> <li>• Días de estancia hospitalaria.</li> </ul>

DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nivel</b> Salud Pública.</li> <li>• <b>Tipo de Investigación</b> Básica, según orientación; retrospectivo transversal, según tiempo de ocurrencia; cuantitativa, según tendencia.</li> <li>• <b>Alcance</b> Descriptivo.</li> <li>• <b>Diseño</b> No experimental o sin intervención.</li> </ul>	<b>POBLACIÓN</b>	<b>TÉCNICA</b>
	Pacientes adultos sometidos a colecistectomía de emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, año 2016.  <b>N:</b> 238	Entrega de la Carta de aprobación de factibilidad de la Oficina de Investigación y Docencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y carta de presentación de la casa de estudios del autor para la aprobación de ejecución de tesis en el mencionado nosocomio.  Acceso a Historias Clínicas como fuente de información secundaria y revisión directa de las mismas.
	<b>MUESTRA</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>
	<b>Criterios de inclusión:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención por emergencia.</li> <li>• Adulto de 18 años a más.</li> <li>• Patología vesicular con tratamiento quirúrgico: colecistectomía</li> <li>• Historia clínica con datos requeridos disponible al acceso en departamento de Archivo del hospital.</li> </ul> <b>N:</b> 103	Ficha de recolección de datos revisada y validada por especialistas de Cirugía General, Asesor de metodología y Estadista.  Véase Anexo N° 2.



## ANEXO N°5. Carta de aprobación de factibilidad del Hospital Nacional Arzobispo Loayza



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto de Gestión de  
Servicios de Salud

Hospital Nacional  
Arzobispo Loayza

Lima, 22 de Noviembre del 2016

**OFICIO N° 1060-HNAL-OADeI-2016**

Doctor  
**JORGE ERNESTO DE LA MATA FLORES**  
Investigador Principal  
**Presente.-**

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted para saludarlo cordialmente, asimismo le comunico que el Trabajo de Investigación titulado: **"COMPLICACIONES DE LA COLECISTECTOMIA DE EMERGENCIA EN PACIENTES ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA EN EL AÑO 2015"**, la cual ha sido evaluada por la Jefatura del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos de nuestra Institución, quien nos informa que este Trabajo es factible y conveniente teniendo trascendencia y relevancia para la referida Jefatura.

El mencionado proyecto estará bajo la asesoría y supervisión del Dr. **AUGUDBERTO MONTUJAR VALER**, Médico Cirujano de nuestra Institución.

Siendo la universidad encargada de evaluar la parte académica de los alumnos; necesitamos la Carta de Aprobación de la Facultad así como de su Comité de Ética, para que este hospital autorice la ejecución del Proyecto de Tesis antes mencionado.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle mi especial consideración.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Nacional "Arzobispo Loayza"

Dr. **Jesús María Carrón Chambilla**  
"en la Oficina de Asesoría de Docencia e Investigación"  
C.R.N. N° 24173 R.U.E. 17981

JMCCH/  
Melissa  
C.c. Archivo

[www.hospitalloayza.gob.pe](http://www.hospitalloayza.gob.pe)

Av. Alfonso Ugarte N° 848  
Lima - Perú  
T (511) 433-2411 / 614-4646

**ANEXO N°6.** Carta de presentación y autorización de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada San Juan Bautista



CARGO

ESTUDIANTE

**JORGE ERNESTO DE LA MATA FLORES**

Investigador Principal

Presente. –


De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted para saludarlo cordialmente, así mismo le comunico que el Trabajo de investigación titulado: **“COMPLICACIONES DE LA COLECISTECTOMIA DE EMERGENCIA EN PACIENTES ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA EN EL AÑO 2015”**, siendo la universidad encargada de evaluar la parte academia de los alumnos, y siendo evaluado por el comité de ética de nuestra casa de estudio, se autoriza la ejecución del proyecto de tesis antes mencionado para que el hospital autorice la ejecución del proyecto de tesis antes mencionado.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle mi especial consideración.

Atentamente.

10/11/17

  
**Dr. ALBERTO CASAS LUCICH**  
DECANO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



www.upsjb.edu.pe

**CHORRILLOS**  
Av. José Antonio Lavalle s/n  
(Ex Hacienda Villa)  
T: (01) 254-5302 / (01) 254-7601

**SAN BORJA**  
Av. San Luis 1923 - 1925  
T: (01) 346-4822 / (01) 346-4823

**LIMA NORTE**  
Av. Carlos Izaguirre 216 - 230 - Independencia  
T: (01) 522-1835  
**Nuevo Local (En construcción):**  
Av. Gerardo Unger 3461-3465-3479 - Independencia  
T: (01) 672-0741 / (01) 672-1682

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

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