

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**FACTORES ASOCIADOS A COLECISTITIS AGUDA
SEVERA EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA,
2021**

TESIS

PRESENTADO POR BACHILLER

MIGUEL ANGEL DAVILA CCOYLLO

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE

MÈDICO CIRUJANO

LIMA-PERÚ

2022

ASESOR

Dr. LLANCO ALBORNOZ, LUIS ANTONIO

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por permitirme tener una familia maravillosa, quienes creen siempre en mí, enseñándome con ejemplo el camino de la superación, humildad y dedicación; A todos ellos dedico el presente trabajo, porque han incentivado en mí las ganas de superarme y triunfar en la vida. Lo que ha contribuido a la consecución de este logro. Espero contar siempre con su valioso e incondicional apoyo.

Agradezco mucho a los docentes de la carrera, personas de gran sabiduría quienes se esforzaron en transmitirnos sus conocimientos, a mi docente asesor de tesis por guiarme en este proyecto, en base a sus conocimientos y experiencia supo guiar mis conocimientos.

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta tesis a mis padres Diógenes y María, quienes han sido los pilares para seguir en este camino de superación profesional, pues sin ellos no lo hubiera logrado, siempre me apoyaron moral y psicológicamente en este largo camino, todo lo que hoy soy es gracias a ellos.

Es para mí un gran regocijo dedicarles a ellos algo que con mucho esfuerzo y trabajo me he ganado y quiero que sepan que mis logros también son los suyos.

A los amigos y compañeros quienes compartieron su conocimiento, alegrías y tristezas sin esperar nada a cambio y a todas aquellas personas que durante estos siete años estuvieron dándome su apoyo y animando a que este sueño se haga realidad.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021.

Materiales y métodos: Investigación no experimental, de enfoque cuantitativo, de diseño analítico caso – control y retrospectivo, cuya muestra estuvo conformada por 276 pacientes, de los cuales 92 presentaron colecistitis aguda severa y 184 leve-moderada. Para la recolección de información, la técnica e instrumento fueron el análisis documental y ficha de recolección respectivamente. Asimismo, para responder a los objetivos se aplicó la regresión logística binaria.

Resultados: Los resultados evidenciaron que la edad mayor a 60 años ($p=0.000$ ORa=6.436), sobrepeso ($p=0.007$; ORa=16.688), obesidad ($p=0.000$; ORa=4.700), diabetes mellitus ($p=0.026e$; ORa=3.639) y proteína C reactiva elevada ($p=0.000$; ORa=49.5) fueron factores de riesgo asociados a colecistitis aguda severa.

Conclusión: Existen factores epidemiológicos, antropomórficas y clínicos asociados a colecistitis aguda severa.

Palabras clave: Factores de riesgo, Colecistitis, Colecistitis Aguda (DeCS).

ABSTRACT

Aim: To determine the factors associated with severe acute cholecystitis in adult patients treated at Hospital de Emergencias Jose Casimiro Ulloa, January to December 2021.

Materials and methods: Non-experimental research, quantitative approach, case-control, and retrospective analytical design, whose sample consisted of 276 patients, of whom 92 had severe acute cholecystitis and 184 mild-moderate. For the collection of information, the technique and instrument were the documentary analysis and the collection form, respectively. Also, to respond to the objectives binary logistic regression was applied.

Results: The results showed that age over 60 years ($p=0.000$ ORa=6.436), overweight ($p=0.007$; ORa=16.688), obesity ($p=0.000$; ORa=4.700), diabetes mellitus ($p=0.026$; ORa =3.639) and elevated C-reactive protein ($p=0.000$; ORa=49.5) were risk factors associated with severe acute cholecystitis.

Conclusion: There are epidemiological, anthropomorphic and clinical factors associated with severe acute cholecystitis.

Keywords: Risk factors, cholecystitis, cholecystitis acute (MeSH).

INTRODUCCIÓN

La colecistitis aguda severa se considera una complicación grave, presente en el 2% a 20% de pacientes con colecistitis aguda. En estos pacientes la mortalidad a los 30 días es de 1.2%^{1,2}. La fisiopatología de la inflamación de la pared de la vesícula biliar implica la presencia de un cálculo impactado en el infundíbulo o conducto cístico, que puede acompañarse de infección bacteriana secundaria³. Estas características permiten el diagnóstico de colecistitis aguda en diferentes grados². El diagnóstico precoz debe ser una prioridad para prevenir la sepsis o el shock séptico. En estos casos, la estabilización hemodinámica y los antibióticos están justificados, y el tratamiento quirúrgico es obligatorio³.

Los factores para el desarrollo de colecistitis aguda severa pueden incluir edad avanzada, sexo, fiebre, leucocitosis, niveles elevados de proteína C reactiva (PCR) y trombocitopenia⁴⁻⁶. Terho et al.² identificaron como factores de riesgo de complicaciones la edad mayor de 65 años, sexo masculino y deterioro de la función renal. Sin embargo, a nivel nacional la evidencia disponible sobre el tema es escasa; por tanto, se propuso la ejecución de un trabajo de investigación que tuvo por objetivo determinar los factores asociados a colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021.

Para un mejor entendimiento de esta investigación, el documento se estructuró con los siguientes capítulos: Capítulo I, el problema, donde se especifica la problemática a estudiar, se formulan las interrogantes y objetivos analizados además de especificar la justificación, propósito delimitación y limitaciones del estudio. Capítulo II, marco teórico, en el cual se redactan los antecedentes, bases teóricas y marco conceptual, adicionalmente, se plantean las hipótesis formuladas y se mencionan las diferentes variables analizadas. Capítulo III, metodología de la investigación, donde se detalla el diseño metodológico, la población y muestra analizada, las técnicas, instrumentos y diseño de recolección de datos, el procesamiento de datos y los aspectos éticos. Finalmente se presentan los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.

Contenido

CARATULA	i
ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN	vii
INFORME ANTIPLAGIO.....	x
INFORME DE PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS	xi
LISTA DE TABLAS	xii
LISTA DE FIGURAS	xiii
LISTA DE ANEXOS.....	xiv
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1 GENERAL	2
1.2.2 ESPECÍFICOS.....	2
1.3 JUSTIFICACIÓN	3
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	4
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.6 OBJETIVOS	5
1.6.1 GENERAL	5
1.6.2 ESPECÍFICOS.....	5
1.7 PROPÓSITO.....	6
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	7
2.2 BASES TEÓRICAS	9
2.3 MARCO CONCEPTUAL	12
2.4 HIPÓTESIS	12
2.4.1 GENERAL.....	12
2.4.2 ESPECIFICOS.....	13
2.5 VARIABLES	13
2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	13
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	16

3.1	DISEÑO METODOLÓGICO.....	16
3.1.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN	16
3.1.2	NIVEL DE INVESTIGACIÓN	16
3.2	POBLACIÓN Y MUESTRA	16
3.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	18
3.4	DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS	20
3.5	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	20
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	21
4.1	RESULTADOS	23
4.2	DISCUSIÓN	28
5.1	CONCLUSIONES	31
5.2	RECOMENDACIONES	31
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
	ANEXOS	39

INFORME ANTIPLAGIO



Document Information

Analyzed document	tesis MIGUEL ANGEL DAVILA CCOYLLO.docx [D150088304]
Submitted	2022-11-18 09:14:00
Submitted by	Luis Antonio Llanco Albornoz
Submitter email	LUIS.LLANCO@UPSJB.EDU.PE
Similarity	3%
Analysis address	luis.llanco.upsjb@analysis.urkund.com

Sources included in the report

W	URL: https://library.co/document/q5o0503z-colecistitis-criterios-factores-asociados-pacientes-hosp... Fetched: 2021-05-20 21:20:38		5
W	URL: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/1251/143%20rojas%20malpartida%201... Fetched: 2022-09-08 05:33:52		7
W	URL: https://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v40n3/1405-0099-cg-40-03-175.pdf Fetched: 2022-11-18 09:14:00		2
W	URL: https://gpc-peru.com/gpccac Fetched: 2022-11-14 01:21:51		1
W	URL: https://www.hospitallasmercedespaita.gob.pe/assets/EstadisticasHospitalarias/Manuales/2019/Ac... Fetched: 2022-11-18 09:14:00		2

Entire Document

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
FACTORES ASOCIADOS A COLECISTITIS AGUDA SEVERA EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA, 2021

TESIS

PRESENTADO POR BACHILLER MIGUEL ÁNGEL DAVILA CCOYLLO PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO C LIMA-PERU

2022

ASESOR

Dr. LLANCO ALBORNOZ, LUIS ANTONIO

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por permitirme tener una familia maravillosa, quienes creen siempre en mí, enseñándome con ejemplo el camino de la superación, humildad y dedicación; A todos ellos dedico el presente trabajo, porque han incentivado en mí las ganas de superarme y triunfar en la vida. Lo que ha contribuido a la consecución de este logro. Espero contar siempre con su valioso e incondicional apoyo. Agradezco mucho a los docentes de la carrera, personas de gran sabiduría quienes se esforzaron en transmitir sus conocimientos, a mi docente asesor de tesis por guiarme en este proyecto, en base a sus conocimientos y experiencia supo guiar mis conocimientos.

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta tesis a mis padres Diógenes y María, quienes han sido los pilares para seguir en este camino de superación profesional, pues sin ellos no lo hubiera logrado, siempre me apoyaron moral y psicológicamente en este largo camino, todo lo que hoy soy es gracias a ellos. Es para mí un gran regocijo dedicarles a ellos algo que con mucho esfuerzo y trabajo me he ganado y quiero que sepan que mis logros también son los suyos. A los amigos y compañeros quienes compartieron su conocimiento, alegrías y tristezas sin esperar nada a cambio y a todas aquellas personas que durante estos siete años estuvieron dándome su apoyo y animando a que este sueño se haga realidad.

RESUMEN

INFORME DE PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS



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

ACREDITADA INTERNACIONALMENTE

INFORME DE PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS

NOMBRE DEL ESTUDIANTE/ PROFESOR/INVESTIGADOR:

Miguel Angel Davila Ccoyllo

TIPO DE PRODUCTO CIENTÍFICO:

- MONOGRAFÍA ()
- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ()
- PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ()
- TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ()
- PROYECTO DE TESIS ()
- TESIS (X)
- OTROS ()

INFORME DE COINCIDENCIAS. (SEGÚN PLATAFORMA URKUND): 3%

COINCIDENCIA: 3%

Conformidad Investigador:

Nombre:

Miguel Angel Davila Ccoyllo

DNI: 46946278

Huella:



Conformidad Asesor

Nombre:

Luis Antonio Llanco Albornoz

DNI: 10631349

Conformidad Comité de investigación

Nombre:

Luis Antonio Llanco Albornoz

DNI: 10631349

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos de colecistitis aguda.....	19
Tabla 2. Criterios de severidad de colecistitis aguda	19
Tabla 3. Factores epidemiológicos y colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2021	24
Tabla 4. Factores antropomórficas y colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2021	25
Tabla 5. Factores clínicos y colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2021.....	26
Tabla 6. Análisis multivariado para determinar a los factores asociados a colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2021	27

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Grado de colecistitis aguda en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2021	23
---	----

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia.....	39
Anexo 2: Cuadro de operacionalización de variables.....	42
Anexo 3: Ficha de recolección datos.....	44
Anexo 4: Informe de opinión de expertos.....	47
Anexo 5: Resolución del Comité Institucional de Ética en Investigación.....	52
Anexo 6: Resolución Del Comité de Ética e Investigación Del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.....	53

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un problema de salud frecuente en la población son los cálculos biliares⁷, que puede tener como consecuencia la colecistitis aguda (CA), considerada como un proceso patológico común que se presenta en un espectro de gravedad variable, en el que la enfermedad aguda puede complicarse con inflamación grave, gangrena y perforación⁸. Esta patología se presenta frecuentemente en pacientes con colelitiasis, representando entre el 90 a 95% de todas las causas de CA y ocurriendo entre el 1 a 4% de los pacientes^{7,9}.

La tasa de CA ha incrementado en más del 20% en los últimos 30 años, por tal se ha considerado como un problema sanitario mundial¹⁰. En Estados Unidos, para el año 2018, han sido intervenidos por colecistectomía aproximadamente 700 mil personas¹¹; mientras que, en Reino Unido, representa un tercio de las admisiones quirúrgicas no planificadas¹².

Además, en el entorno sudamericano, también se han identificado reportes de esta patología, por ejemplo, en Colombia, al año aproximadamente son realizadas 60 mil colecistectomías, siendo utilizada principalmente la técnica laparoscópica¹³; mientras que, en Perú, tras una evaluación de un hospital ubicado en Huancayo, encontraron que el 4.1% de los pacientes del servicio de cirugía general presentaron colecistitis aguda complicada¹⁴.

La mayoría de pacientes que presentan esta patología por lo general son asintomáticos¹⁵, lo que genera que acudan a las emergencias sanitarias cuando su cuadro es severo, donde el personal suele brindar tratamiento conservador de manera inicial, pero ante la presencia de severidad de la sintomatología se procede con la colecistectomía¹⁶.

A pesar de lo mencionado, su tasa de mortalidad es sólo del 1%¹⁷ pero, ante cuadros de gravedad dicha tasa incrementa a 21%¹⁸, y ello se ha visto reflejado en un estudio nacional al evaluar la mortalidad por patologías

digestivas no neoplásicas en un periodo de cinco años consecutivos, donde la mortalidad por colecistitis fue mayor en el sexo femenino, ya que representó el 57.9% de los casos, y al realizar dicho análisis por regiones se identificó que la tasa de mortalidad estandarizada por esta patología era más frecuente en la región de Puno (1.7x100mil personas al año)¹⁹, ya que estos pacientes suelen tener una estancia hospitalaria pre y postoperatoria de mayor duración⁷.

Si bien los factores que se asocian a la CA grave o severa han sido estudiados anteriormente, siendo identificados la edad, embarazo, sexo, cambios hormonales, obesidad^{10,20}, además de factores laboratoriales alterados como el incremento de PCR, índice de neutrófilos/linfocitos^{18,21} o el grosor de la pared de la vesicular a través de la ecografía²². Estos están relacionados con el entorno geográfico en el cual el paciente se encuentre, considerándose multifactorial.

Por tal motivo, la identificación de dichos factores en el entorno local es de relevancia, considerando que a pesar de que el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa es un nosocomio altamente especializado en emergencias médicas, investigaciones al respecto no han sido realizadas con anterioridad, probablemente debido a la baja frecuencia de esta patología, siendo ello la génesis de la realización del presente estudio.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 GENERAL

¿Cuáles son los factores asociados a colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021?

1.2.2 ESPECÍFICOS

¿Cuáles son los factores epidemiológicos asociados a colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021?

¿Cuáles son los factores antropomórficos asociados a colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021?

¿Cuáles son los factores clínicos asociados a colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Justificación teórica

Existen diversos estudios respecto a la CA, pero muy pocos sobre el grado de severidad, por lo que aún existen limitantes y vacíos del conocimiento, específicamente en el entorno nacional, por lo tanto, se requiere de más información sobre los factores que con mayor probabilidad causan cuadros de gravedad para que los profesionales médicos peruanos puedan tomarlos en cuenta durante el ejercicio profesional.

Justificación social

La identificación de los factores será benéfica para los pacientes que presenten sintomatología de esta patología digestiva, ya que el personal médico que labora en la institución de estudio tendrá la posibilidad de evaluar la presencia o ausencia de dichos factores pudiendo optar por el mejor manejo terapéutico de manera oportuna, evitando el desarrollo de complicaciones y reduciendo el tiempo de hospitalización y recuperación del paciente, lo que ayuda que este se reinserte con prontitud a su ámbito social, laboral y familiar.

Justificación metodológica

El enfoque de esta investigación es cuantitativo porque a partir de la recolección y análisis de datos se podrán probar las hipótesis planteadas en esta investigación; además por ser de tipo observacional no se realizará una intervención en los pacientes de estudio, pero si se hallará la naturaleza de las variables estudiadas debido al método analítico empleado.

Además, podrá ser de utilidad para la elaboración de futuras investigaciones al respecto, donde tomen como base el tipo y diseño de estudio, así como el instrumento utilizado en la presente, para identificar posibles nuevos factores asociados a la severidad de la patología y así realizar mayor contrastación de información.

Justificación práctica

La investigación actual está enfocada en identificar los factores predictores de la CA severa, importantes porque permiten establecer las pautas necesarias para el manejo del paciente, y porque mientras más rápido se identifiquen estas el manejo tendrá más chance de ser favorable y se logra una atención con mejor enfoque clínico y atención al paciente

1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Delimitación conceptual

La variable dependiente será la colecistitis aguda severa; mientras que la independiente los factores de riesgo, epidemiológicos y clínicos.

Delimitación demográfica

Se estudiarán a los pacientes adultos que requirieron manejo quirúrgico de colecistitis aguda.

Delimitación espacial

Se estudiará a pacientes atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Delimitación temporal

Se evaluará el periodo de enero 2021 a diciembre 2021.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Limitación temporal

Se produjeron demoras administrativas en la emisión de autorizaciones para el acceso al área de archivo y respectiva recolección de datos.

Limitación administrativa

La disponibilidad del personal de archivo y demora en la búsqueda de historias clínicas retrasó la recolección de los datos.

Limitación personal

No existieron limitaciones personales.

Limitación económica

No existieron limitaciones de tipo económica, pues el investigador asumió los gastos relacionados al estudio.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 GENERAL

Determinar los factores asociados a colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021

1.6.2 ESPECÍFICOS

Determinar los factores epidemiológicos asociados a colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021

Determinar los factores antropomórficos asociados a colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021

Determinar los factores clínicos asociados a colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021

1.7 PROPÓSITO

Con el estudio se pretende que los resultados sean de utilidad para minimizar la presencia de casos nuevos, actualizar a los médicos para instaurar terapéuticas en momentos oportunos en beneficio del paciente, así mismo evitar que los pacientes desarrollen complicaciones, pudiendo afectar su estado de salud, favoreciéndolos directamente ya que su tiempo de hospitalización sería menor, al igual que los gastos por salud, además de ser más rápida su reinserción social y laboral, beneficiándolos en el entorno familiar y económico.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Antecedentes Internacionales

Real-Noval et al., 2021. Identificaron los factores clínicos, analíticos o ecográficos que permiten diagnosticar colecistitis gangrenosa (CG). En un estudio retrospectivo evaluaron 115 pacientes, de los cuales sólo fueron casos graves 32. Observaron elevado índice de neutrófilos/linfocitos ($p = 0.042$) y de proteína C reactiva (PCR) ($p < 0.0001$). También se asoció colecistitis alitiásica con una mayor frecuencia de CG 24,1 vs. 7,0%; $p < 0.005$. Por lo tanto, en el análisis multivariable se observó que el PCR es un indicador para una intervención precoz²³.

Díaz-Rosales et al., 2020. Evaluaron que factores condicionan un cuadro de severidad de CA, grado I vs. grado II. Estudio transversal. Consideraron 132 pacientes, hallando diferencia estadística significativa entre ambos grupos para triglicéridos (mg/dl) $155,9 \pm 81,6$ vs. $178,4 \pm 61,6$, $p=0.008$; leucocitos ($\times 10^9/l$) $9,7 \pm 12,2$ vs. $11,6 \pm 4,3$, $p < 0,01$ y neutrófilos (%) $63,1 \pm 12,6$ vs. $74,8 \pm 12,0$ $p < 0.01$. No se asociaron la edad, índice de masa corporal (IMC), tensión sistólica, tensión diastólica, glucosa ni colesterol¹⁵.

Sakalar et al., 2020. Determinaron la validez de los niveles de procalcitonina en sangre (PCT) para evaluar la gravedad de la colecistitis aguda. Estudio transversal, consideraron 97 pacientes. Identificaron que 48 pacientes eran varones. La gravedad para tipo I fue 42,1%, tipo II 20% y tipo III 37,9%. Los valores medianos de PCT fueron 0,104 ng/ml, 0,353 ng/ml y 1,466 ng /ml para pacientes de grado 1, 2 y 3, respectivamente. Se halló significancia para determinar el nivel de gravedad $p < 0,001$ ²⁴.

Sánchez, 2019. Determinó la prevalencia y los factores asociados a colecistitis aguda severa según los criterios de Tokio. Realizó un estudio analítico transversal, cuya muestra fue de 150 pacientes. Identificó que el 24.7% de los casos fueron clasificados como colecistitis severa y los factores de riesgo para colecistitis severa fueron la hipertensión arterial

($p=0.007$, $OR=3.71$), edad mayor de 65 años ($p=0.000$, $OR=12.34$), plastrón vesicular ($p=0.000$, $OR=6.64$) y necrosis ($p=0.001$, $OR=4.86$)²⁵.

Er et al., 2018. Determinaron los parámetros de laboratorio que predicen la gravedad de la CA al ingreso hospitalario. Estudio retrospectivo. Incluyeron 110 pacientes, 62,7% tuvieron Grado I, 23,6% grado II y 13,6% grado III. Los valores medios iniciales para el recuento de glóbulos blancos (WBC), el nitrógeno ureico en sangre (BUN), la creatinina y International Normalized Ratio (INR) fueron más altos en el grupo de pacientes graves, siendo significativo, en comparación con el grupo de pacientes leves²⁶.

Portinari et al., 2018. Calcularon la probabilidad de tener una colecistitis aguda severa. Estudio retrospectivo. Estudiaron 393 pacientes, que se clasificaron con colecistitis aguda no grave o colecistitis aguda grave. Identificaron presencia de asociación para el sexo masculino $p=0,006$, edad $p<0,001$, diabetes $p=0,001$, temperatura $\geq 38^{\circ}C$ $p<0,001$, WBC $\geq 12,4 \times 10^3/\mu l$ $p<0,001$, PCR $\geq 9,9$ mg/dl $p<0,001$, presencia de engrosamiento ecográfico de la pared de la vesícula biliar y líquido pericolequístico ecográfico. Este hallazgo fue de utilidad para la estratificación de riesgos y resultados clínicos²⁷.

Sato et al., 2018. Evaluaron si las puntuaciones de pronóstico en la inflamación pueden predecir la gravedad de la enfermedad en pacientes con CA. Estudio analítico, retrospectivo. Fueron evaluados 262 pacientes con CA. Hallaron elevación en los parámetros proporción de neutrófilos a linfocitos (NLR) $p<0,0001$, puntuación pronóstico de Glasgow (GPS) $p<0,0001$, pronóstico de Glasgow modificada (mGPS) $p<0,0001$ y la relación proteína C reactiva/albúmina (CRP/Alb) $p<0,0001$. El análisis multivariado, de acuerdo con la directriz de Tokio, indicó que existe asociación de forma independiente con grado II/III de CA²⁸.

Yuzbasioglu et al., 2017. Identificaron el papel de la proteína C reactiva (PCR) en la determinación de la gravedad de CA. Estudio retrospectivo, analizado en 236 pacientes. Identificaron CA grave en 13,6% de pacientes,

leve 57,6% y moderada 28,8%. La media de edad fue $53,7 \pm 18,3$ años. La severidad de la CA incrementaba con la edad ($p < 0,05$), mientras que los valores de PCR incrementaban con la severidad de la CA ($p < 0,05$). La media de PCR en el grado III fue $5,3 \text{ mg/dl}^{29}$.

Antecedente nacional

Gutiérrez y Hernández, 2022, en Trujillo, determinaron si el índice neutrófilo/linfocito es predictor de severidad de colecistitis aguda litiásica. Estudio analítico, retrospectivo de pruebas diagnósticas, donde analizaron 132 pacientes. Identificaron, según las guías Tokio, que el 25.6% se consideraban dentro del grado III, y el 24.8% como grado II. Luego en el 62.4% de los casos el índice neutrófilo/linfocito fue considerado como severo. Encontraron que en el 30.8% de los considerados como grado I, el índice neutrófilo/linfocito era leve, mientras que en los considerados como grado III, el índice era severo, demostrando la relación entre ambas ($p < 0.001$)³⁰.

Chocán, 2019, en Piura, identificó las características clínico - epidemiológicas de pacientes con CA. Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, no experimental. Estudiaron 77 pacientes con diagnóstico definitivo. Obtuvieron que la edad promedio fue $48,8 \pm 17,7$ años, 82,5% pertenecía al sexo femenino, las comorbilidades más recurrentes fueron sobrepeso 37%, diabetes mellitus 25,9% e hipertensión arterial 9,3%. Los biomarcadores predominantes fueron aumento de PCR y leucocitosis. El aumento del grosor de la pared vesicular mayor a 5 mm se presentó en 72,5%³¹.

2.2 BASES TEÓRICAS

La CA es la inflamación aguda de la vesícula biliar desencadenada por la obstrucción del conducto cístico por un cálculo, que impide el flujo biliar, genera distensión y compromete el drenaje sanguíneo y linfático, también puede ocurrir isquemia y necrosis de la mucosa^{32,33}.

Al impacto del cálculo biliar las fosfolipasas de la mucosa causan hidrólisis de la lecitina luminal, lo que resulta en productos tóxicos de lisolecitina, la exposición del epitelio de la vía biliar a estos agentes tóxicos da como resultado la ruptura de la capa mucosa de licoproteína, permitiendo que las sales biliares induzcan la inflamación, reduzcan la motilidad y causen distensión de la vesícula biliar. A medida que incrementa la presión intraluminal se genera edema seroso, desprendimiento de mucosa y congestión venosa y linfática que, finalmente, genera trombosis de arteria cística seguida, a menudo, de isquemia y necrosis de la vesícula biliar^{5,32,33}.

Según las Directrices de Tokio 2018³⁴, el manejo de los pacientes con CA, parte del control de signos vitales que incluye la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, volumen de orina, saturación de oxígeno (SpO₂), y el nivel de conciencia. Continúa con la historia clínica detallada que implica la descripción de la aparición de síntomas y su naturaleza. A continuación, se evalúa el nivel de conciencia, la presencia o no de coloración amarillenta de la conjuntiva palpebral, la localización y gravedad del dolor a la palpación, y la existencia o no de síntomas de irritación peritoneal, acompañado de la confirmación del signo de Murphy, específico para esta condición.

El diagnóstico, según los criterios de Tokio, la guía utilizada como referencia a nivel mundial, considera signos y síntomas característicos, además de hallazgos físicos, análisis de laboratorios e imagenológicos: i) en la inflamación local se observa signo de Murphy, masa o dolor a nivel del hipocondrio derecho; ii) en los signos de inflamación sistémica se encuentra fiebre, PCR elevada y WBC elevados; y iii) el hallazgo imagenológico para CA identifica pared vesicular mayor a 4 mm, aumento del tamaño de la vesícula biliar (longitud >8cm y diámetro mayor 4cm), imágenes con doble halo y líquido peri vesicular, de esta manera la ecografía cuenta con sensibilidad y especificidad de acierto del 85% y 95%, respectivamente. Además, existe la hipersensibilidad focal cuando se comprime la vesícula biliar con la sonda sonográfica^{10,34}.

La gravedad de la colecistitis aguda se asocia con la insuficiencia orgánica que, incluso, puede requerir de una intervención de la Unidad de Cuidados Intensivos; es así como se le considera una condición que afecta el pronóstico de supervivencia¹⁷. En casos severos o en pacientes de alto riesgo, incluidos los ancianos, puede causar complicaciones potencialmente mortales que incluyen gangrena, perforación o empiema de la vesícula biliar³².

La evaluación de la gravedad requiere de criterios diagnósticos y del análisis del estado general³⁴. Según los criterios de Tokio (2018), la severidad será dividida en 3 grados leve, considerado como CA en paciente sano; moderado, donde hay presencia de masa abdominal palpable en cuadrante superior, sintomatología mayor de 72 horas, glóbulos blancos mayor a 18 mil, y presencia de inflamación local y severa, donde hay diferentes disfunciones a nivel orgánico, como hepático, renal, neurológico, hematológico y cardiovascular^{34,35}.

Los factores que pueden relacionarse con la gravedad de la CA por lo general son la edad avanzada, sexo femenino, obesidad, rápida pérdida de peso, etnicidad, drogas y embarazo, según el artículo de Vagholkar³³, así como la presencia de comorbilidades, como hipertensión arterial, diabetes mellitus y sobrepeso u obesidad, tal como lo evidenció Chocan³¹ en el entorno nacional.

El manejo de estos pacientes requiere del inicio de antibióticos y medidas de soporte general³⁵. Los primeros protegerán contra microorganismos aerobios gramnegativos y anaerobios, el régimen incluye el uso de cefalosporinas de segunda y tercera generación combinada con metronidazol. El tratamiento definitivo para la CA es la colecistectomía, preferiblemente en el curso de los 3 primeros días de enfermedad ya que facilita la rápida recuperación y el retorno a las actividades cotidianas¹⁸.

Sin embargo, para casos graves es necesario intentar normalizar la función orgánica para luego decidir si tolerará la intervención quirúrgica, la cual se

realiza por una colecistectomía laparoscópica directa (Lap-C), en caso se considere que no resista se opta por el tratamiento conservador y drenaje biliar temprano si es no es posible controlar la inflamación de la vesícula biliar³.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Pacientes con grado III de CA suelen presentar disfunción cardiovascular, neurológica, respiratoria, renal, hepática o hematológica, por lo tanto, son considerados predictores negativos; es así como en ellos se encuentra contraindicado Lap-C, siempre y cuando no se encuentren en un centro especializado o que no cumplan con los criterios de índice de comorbilidad de Charlson ≤ 3 , y clasificación del estado físico de la Sociedad Estadounidense de Anestesiólogos (ASA-PS) ≤ 2 ³.

La CA grave presenta una estancia hospitalaria mayor, así como incremento en la mortalidad general a los 90 días³⁶. Las investigaciones sugieren que es necesario un diagnóstico oportuno y precoz para que el paciente acceda al tratamiento y evitar complicaciones posteriores; sin embargo, reportan que factores como edad avanzada, el antecedente de enfermedad coronaria, la leucocitosis, incremento de PCR y otros factores se asocian con un mayor riesgo de gravedad³⁷.

El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno son fundamentales para reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas a la enfermedad. La evaluación de la gravedad de la enfermedad es fundamental para desarrollar un plan terapéutico seguro para el paciente.

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 GENERAL

Ha: Existen factores asociados a la colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021

H0: No existen factores asociados a la colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021

2.4.2 ESPECIFICOS

Existen factores epidemiológicos asociados a la colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021

Existen factores antropomórficos asociados a la colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021

Existen factores clínicos asociados a la colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021

2.5 VARIABLES

Variables independientes:

- Factores epidemiológicos.
- Factores antropomórficos
- Factores clínicos.

Variable dependiente:

Colecistitis aguda severa

2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Colecistitis aguda severa

- Definición conceptual:

Presencia de CA asociada a disfunción orgánica o sistémica, como cardiovascular, neurológica, respiratoria, renal, hepática, hematológica¹⁷.

- Definición operacional:

CA evaluada e identificada con los criterios de Tokio 2018 (TG18)^{3,17}.

Factores epidemiológicos

- Definición conceptual:

Caracterización del estado de salud de una población en específico, considerando aquellos factores relacionados con ella³⁸.

- Definición operacional:

Evaluación de la presencia o ausencia de las siguientes características:

Grupo etario: adultos / adultos mayores

Sexo: Masculino / Femenino

Factores antropomórficos

- Definición conceptual:

Características antropomórficas que influyen en el estado de salud de las personas³⁹.

- Definición operacional:

Evaluación de la presencia o ausencia de las siguientes características:

Peso: kilogramos

Índice de masa corporal: Normal / Sobrepeso / Obesidad I / Obesidad II / Obesidad III

Factores clínicos

- Definición conceptual:

Aspecto clínico que se asocia con una afección de salud el cual es importante prevenir³⁹.

- Definición operacional:

Evaluación de la presencia o ausencia de los siguientes aspectos:

Hipertensión arterial: Si / No

Diabetes mellitus: Si / No

Leucocitosis (glóbulos blancos $\geq 17.5 \times 10^9/L$): Si / No

Hipertrigliceridemia (triglicéridos $> 178 \text{ mg/dL}$): Si / No

PCR elevada (PCR $\geq 198.95 \text{ mg/L}$): Si / No

Polifarmacia: Si / No

Automedicación: Si / No

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

No experimental, ya que las variables fueron analizadas en su entorno sin la intervención del investigador; de enfoque cuantitativo, porque se respetó cada uno de los procesos de elaboración para lograr dar respuesta a las hipótesis planteadas de manera numérica⁴⁰.

De diseño analítico caso control, porque se pretendió demostrar una asociación causal entre las variables a analizar⁴¹.

Retrospectivo, ya que los datos estuvieron consignados en fuentes secundarias antes de la realización del plan de investigación⁴¹.

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Básica, pues la finalidad fue identificar nuevos conocimientos para ser base de futuras investigaciones⁴².

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

520 pacientes adultos con colecistitis aguda atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa durante el periodo de enero 2021 a diciembre 2021.

Muestra

Para calcular el tamaño de la muestra se consideró la fórmula de casos y controles, con nivel de confianza de 95% y potencia de prueba de 80%. De acuerdo con Sánchez²⁵ 20 de 37 (54%) pacientes con colecistitis aguda severa fueron varones, mientras que solo 41 de 113 (36.3%) pacientes con colecistitis aguda leve-moderada fueron varones, detectando así un OR=2.06. Además, se consideró una relación entre grupos de 1 a 2, es decir 2 controles por cada caso. A continuación, se presenta la fórmula utilizada:

$$n = \frac{\left[z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{(r+1)P_M(1-P_M)} + z_{1-\beta} \sqrt{rP_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right]^2}{r(P_1 - P_2)^2}$$

Parámetros:

$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$: Nivel de confianza 95%.

$Z_{1-\beta} = 0.84$: Poder de la prueba 80%.

$p_1 = 0.540$: Prevalencia de sexo masculino en pacientes con colecistitis aguda Severa.

$p_2 = 0.363$: Prevalencia de sexo masculino en pacientes con colecistitis aguda Leve-Moderada.

OR = 2.06 : Riesgo del evento en los casos

$r = 2$: Número de controles por cada caso

$P_M = (P_1 + rP_2)/(r+1)$

Resultado:

$n_1 = 92$: Tamaño de muestra del grupo caso.

$n_2 = 184$: Tamaño de muestra del grupo control.

Por lo tanto, la muestra estuvo conformada por 276 pacientes adultos con colecistitis aguda atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa durante el periodo de enero 2021 a diciembre 2021, de los cuales 92 presentaron colecistitis aguda severa (grupo caso) y 184 colecistitis aguda leve-moderada (grupo control).

Tipo y técnica de muestreo

El tipo de muestreo fue probabilístico y la técnica fue el aleatorio simple. Es decir, la población fue dividida en dos grupos, el primero con todos los pacientes con colecistitis aguda severa (grupo caso) y el segundo con todos los pacientes con colecistitis aguda leve-moderada (grupo control). Luego, se seleccionaron aleatoriamente 92 del total del primer grupo y 184 del total del segundo grupo.

Criterios de inclusión

Grupo caso

- Pacientes mayores de edad de ambos sexos
- Pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda
- Pacientes con **CA severa** según los criterios de Tokio 2018
- Pacientes que requirieron colecistectomía
- Pacientes con historias clínicas completas

Grupo control

- Pacientes mayores de edad de ambos sexos
- Pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda
- Pacientes con **CA leve y moderada** según los criterios de Tokio 2018
- Pacientes que requirieron colecistectomía
- Pacientes con historias clínicas completas

Criterios de exclusión

- Pacientes menores de edad
- Pacientes referidos de otros nosocomios
- Pacientes con historias clínicas incompletas

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica

La técnica de recolección de datos fue el análisis documental, pues se recurrió a fuentes secundarias de información como la historia clínica.

Instrumento

El instrumento fue una ficha de recolección de datos elaborada para fines del estudio (Anexo 3), la cual estuvo conformada por las siguientes secciones:

- Factores epidemiológicos
- Factores antropomórficos
- Factores clínicos
- Colecistitis aguda severa, para lo cual se utilizaron los criterios diagnósticos de Tokio, donde se consideró los siguientes parámetros:

Tabla 1. Criterios diagnósticos de colecistitis aguda

Número	Criterios
1.	Signos locales de inflamación: signo de Murphy (+), masa en cuadrante superior derecho palpable y doloroso.
2.	Signos sistémicos de inflamación: alza térmica, proteína C reactiva (PCR) elevada y leucocitosis.
3.	Hallazgos por imágenes: imágenes ecográficas características a colecistitis aguda.

Fuente: Directrices de Tokio 2018: criterios de diagnóstico y clasificación de la gravedad de la colecistitis aguda¹⁷.

Se consideró sospecha de colecistitis aguda cuando hay presencia de los criterios 1 + 2, y se consideró como diagnóstico definitivo cuando hay presencia de los criterios 1 + 2 + 3¹⁷.

Posteriormente, en base a ello la severidad se clasifica de la siguiente manera:

Tabla 2. Criterios de severidad de colecistitis aguda

Grado	Características
CA leve Grado I	Ausencia de disfunción orgánica. Presencia de cambios inflamatorios leves en vesícula biliar.
CA moderada Grado II	Asociado a: Recuento elevado de glóbulos blancos >18 000/mm ³ Sintomatología > 72 horas Inflamación local marcada, presencia de colecistitis gangrenosa, absceso pericolecístico, hepático, peritonitis biliar, colecistitis enfisematosa.
CA severa Grado III	Asociado a disfunción a cualquiera de los siguientes sistemas: Disfunción cardiovascular, hipotensión con necesidad de tratamiento con dopamina $\geq 5\mu\text{g}/\text{kg}$ por min, o cualquier dosis de norepinefrina. Disfunción neurológica, a nivel de conciencia Disfunción respiratoria, relación PaP ₂ /FiO ₂ <300 Disfunción renal, oliguria, creatinina >2.0 mg/dl Disfunción hepática: tiempo de protrombina – International Normalized Ration (PT-INR) >1.5 Disfunción hematológica, recuento de plaquetas <100.000/mm ³

Fuente: Directrices de Tokio 2018: criterios de diagnóstico y clasificación de la gravedad de la colecistitis aguda¹⁷.

Validez:

El instrumento fue validado por 5 expertos en el tema (metodólogo, estadístico y tres especialistas), cuyas respuestas fueron contrastadas para posteriormente hallar el porcentaje de concordancia, el cual fue de 94.9%, quedando así el instrumento aplicable para su uso posterior (ver anexo 4).

3.4 DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS

Se solicitó autorización al Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa para iniciar el proceso de recolección de datos, se coordinó con el personal de estadística de la institución para acceder a los registros de los pacientes adultos con colecistitis aguda. La población se dividió en dos; un grupo estaba integrado por todos los pacientes con colecistitis aguda severa (grupo caso), y el otro con todos los pacientes con colecistitis aguda leve-moderada (grupo control). Se seleccionaron aleatoriamente 92 pacientes del grupo caso y 184 pacientes del grupo control. Se utilizó la ficha de recolección de datos para recopilar la información sobre el estudio. Luego, se creó una base de datos en el programa Excel 2019.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Luego de seleccionar el tamaño de la muestra por medio del muestreo probabilístico aleatorio simple, se procedió con la aplicación del instrumento de investigación a cada uno de los pacientes seleccionados, posteriormente toda la información adquirida en primera instancia fue llevada a una tabla de Excel 2019 y seguidamente a una base de datos en el programa IBM Statistics SPSS versión 25 donde cada registro ingresado pasó por un control de calidad, es decir, solo se seleccionaron y clasificaron aquellos datos que cumplieron con los criterios de selección y en base a la operacionalización de variables. Como paso último se realizaron los análisis estadísticos correspondientes a los objetivos de estudio.

Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central (promedio) y medidas de dispersión (desviación estándar), mientras que para las variables cualitativas se estimaron frecuencias absolutas (n) y relativas (%).

Análisis bivariado

Para determinar los factores asociados tanto epidemiológicos, antropomórficos y clínicos a la severidad de la colecistitis aguda en pacientes adultos se aplicó la prueba Chi cuadrado y se calculó la Odds Ratio (OR). Un valor de $OR > 1$ indicó que el factor produce mayor probabilidad de CA severa, mientras que un valor de $OR < 1$ indicó que el factor produce menor probabilidad de CA severa, considerando un nivel de significancia del 5%, donde los p-valores menores a 0.05 fueron considerados estadísticamente significativos.

Análisis multivariado

Para determinar los factores que simultáneamente se asocian a colecistitis aguda severa se realizó el análisis de regresión logística binaria, donde se determinaron los OR's ajustados. El método de selección de variables fue el "paso a paso", en inglés conocido también como "stepwise".

Los resultados se presentaron en tablas simples y de doble entrada, además de gráficos como el de barras y circular, de acuerdo a la operacionalización de variables.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Privada San Juan Bautista, con número de N°851-2022-CIEI-UPSJB. También se contó con la aprobación del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Al ser un estudio observacional y retrospectivo, su implicancia ética fue mínima, ya que la información se obtuvo de la evaluación de historias clínicas y no del contacto directo con el paciente. Además, la ficha de recolección de datos fue codificada, por lo que no se recopiló información de filiación de ningún tipo (nombres y apellidos, DNI, celular, correo electrónico, etc.), garantizando la confidencialidad de los pacientes. Así mismo, los datos recolectados solo fueron utilizados con fines de investigación, no fueron

publicados en ningún tipo de medio de difusión escrito, oral, virtual ni evento científico y fueron manejados solamente por el investigador principal del estudio.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados basados en 276 pacientes adultos, de los cuales 92 presentaron colecistitis aguda severa y 184 no la presentaron.

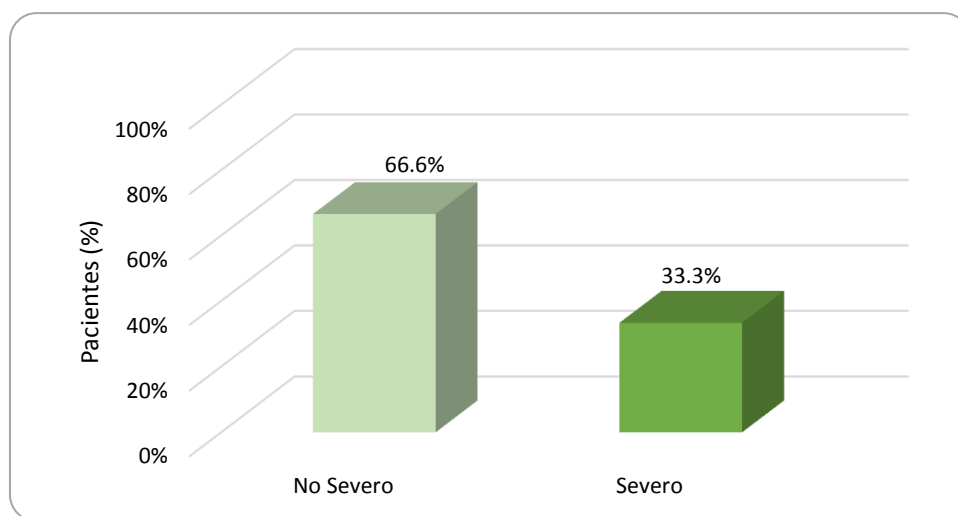


Figura 1. Grado de colecistitis aguda en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2021

La figura 1 muestra que el 66.6% de pacientes evidenció colecistitis aguda no severa y el 33.3% colecistitis aguda severa.

Tabla 3. Factores epidemiológicos y colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2021

Factores epidemiológicos	Colecistitis aguda severa				p*	OR (IC95%)
	Caso		Control			
	N	%	N	%		
Edad (≥60 años)						
Sí	51	55.4%	45	24.5%	0.000	3.842(2.259-6.535)
No	41	44.6%	139	75.5%		
Sexo						
Masculino	51	55.4%	74	40.2%	0.017	1.849(1.115-3.055)
Femenino	41	44.6%	110	59.8%		
Total	92	100%	184	100%		

*Prueba Chi cuadrado//OR: Odds Ratio//IC: Intervalos de confianza

La tabla 3 muestra que la edad mayor a 60 años ($p=0.000$ OR=3.842) y el sexo masculino ($p=0.017$; OR=1.849) fueron factores asociados y de riesgo para colecistitis aguda severa. Evidenciándose, que la mayoría de los pacientes con colecistitis aguda severa fueron adultos mayores de 60 años y fueron varones (55.4%), comparado con los pacientes con colecistitis leve – moderada que fueron mayores de 60 años (24.5%) y fueron varones (40.2%).

Tabla 4. Factores antropomórficos y colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2021

Factores antropomórficos	Colecistitis aguda severa				p	OR (IC95%)
	Casos		Controles			
	N	%	N	%		
Normal						
Sí	2	2.7%	36	19.56%	0.000	0.091 (0.021 - 0.389)
No	90	97.3%	148	80.44%		
Sobrepeso						
Sí	32	34.80%	99	53.80%	0.003	0.458(0.273-0.768)
No	60	65.20%	85	46.20%		
Obesidad						
Sí	58	63.00%	49	26.60%	0.000	4.700(2.753-8.024)
No	34	37.00%	135	73.40%		
Total	92	100%	184	100%		

*Prueba Chi cuadrado//OR: Odds Ratio//IC: Intervalos de confianza

La tabla 4 muestra que las personas con peso normal ($p=0.000$; $OR=0.091$) y el sobrepeso ($p=0.003$; $OR=0.458$) fueron factores de protección asociados a la colecistitis aguda severa. En cambio, la obesidad ($p=0.000$; $OR=4.700$) fue un factor asociado y de riesgo para la colecistitis aguda severa. Evidenciándose que la mayoría de los pacientes con colecistitis aguda severa presentaron obesidad (63%) en comparación a los pacientes sin colecistitis aguda severa (26.6%).

Tabla 5. Factores clínicos y colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2021

Factores clínicos	Colecistitis aguda severa				p	OR (IC95%)
	Caso		Control			
	N	%	N	%		
Diabetes mellitus						
Sí	42	45.7%	24	13.0%	0.000	5.600(3.093-10.139)
No	50	54.3%	160	87.0%		
Hipertensión arterial						
Sí	28	30.4%	30	16.3%	0.007	2.246(1.243-4.059)
No	64	69.6%	154	83.7%		
Leucocitosis						
Sí	41	44.6%	46	25.0%	0.001	2.412(1.420-4.095)
No	51	55.4%	138	75.0%		
Hipertrigliceridemia						
Sí	31	33.7%	49	26.6%	0.223	1.400(0.814-2.407)
No	61	66.3%	135	73.4%		
Proteína C reactiva elevada						
Sí	48	52.2%	5	2.7%	0.000	39.055(14.682-103.883)
No	44	47.8%	179	97.3%		
Polifarmacia						
Sí	16	17.4%	12	6.5%	0.005	3.018(1.362-6.687)
No	76	82.6%	172	93.5%		
Automedicación						
Sí	52	56.5%	63	34.2%	0.000	2.497(1.496-4.168)
No	40	43.5%	121	65.8%		
Total	92	100%	184	100%		

*Prueba Chi cuadrado//OR: Odds Ratio//IC: Intervalos de confianza

La tabla 5 muestra que la diabetes mellitus ($p < 0.05$; $OR = 5.600$), la hipertensión arterial ($p < 0.05$; $OR = 2.246$) la leucocitosis ($p < 0.05$, $OR = 2.412$), proteína C reactiva elevada ($p < 0.05$; $OR = 39.055$), la polifarmacia ($p < 0.05$; $OR = 3.018$) y la automedicación ($p < 0.05$, $OR = 2.497$) fueron factores de riesgo asociados a colecistitis aguda severa.

Tabla 6. Análisis multivariado para determinar a los factores asociados a colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2021

Variables	B	Wald	p	ORa	IC (95%)	
					Inferior	Superior
Edad≥60 años	1.862	17.253	0.000	6.436	2.673	15.493
Sobrepeso	2.815	7.189	0.007	16.688	2.132	130.613
Obesidad	4.126	14.818	0.000	61.918	7.577	505.988
Diabetes mellitus	1.292	4.987	0.026	3.639	1.171	11.306
Proteína C reactiva elevada	3.902	39.830	0.000	49.500	14.734	166.296
Constante	-17.656	22.772	0.000	0.000		

Regresión: Variables especificadas en el paso 1: Edad mayor a 60 años, sexo, sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, leucocitosis, hipertrigliceridemia, PCR elevada, polifarmacia, automedicación. // ORa: Odds Ratio ajustado

La tabla 6 muestra que la edad mayor e igual a 60 años, sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus y proteína C reactiva elevada fueron factores asociados a colecistitis aguda severa. Observándose mayor riesgo de padecer colecistitis aguda severa en pacientes con obesidad, (ORa=61.918; p=0.000), seguido de proteína C reactiva (ORa=49.5; p=0.000), sobrepeso (ORa=16.688; p=0.007), edad mayor e igual a 60 años (ORa=6.436; p=0.000), y diabetes mellitus (ORa=3.639; p=0.026).

4.2 DISCUSIÓN

La colecistitis aguda severa es uno de los desafíos más importantes de la medicina quirúrgica, pues se asocia a la disfunción del sistema orgánico, requerimiento de atención en la unidad de cuidados intensivos y la muerte; por ello, el conocimiento y correcta interpretación de sus factores asociados es crucial, pues es la única manera de reducir la tendencia epidemiológica de casos y decesos¹⁷.

Esta serie estuvo conformada por 276 pacientes con colecistitis aguda, entre los cuales el grado de colecistitis aguda fue leve en el 50.8% de los casos, moderado en el 15.9% y severo en el 33.3%. Resultados que se asociarían a la realidad de la práctica clínica, pues la mayoría de pacientes presentan una buena homeostasis, sistemas orgánicos funcionales y modificaciones inflamatorias leves en la vesícula biliar. Sadettin et al.⁴³ y Sánchez²⁵ coincidieron con dichos hallazgos, ya que informaron una prevalencia de 62.7 y 45.3% para colecistitis aguda leve, de 23.6 y 30% para colecistitis aguda moderada, y de 13.6 y 24.7% para colecistitis aguda severa.

De estos grados, la presente investigación se enfocó en la colecistitis aguda severa, cuya disfunción orgánica está incrementado peligrosamente la tendencia epidemiológica de muertes. En primera instancia se analizaron los factores epidemiológicos, en donde la edad ≥ 60 años se asoció a un riesgo 3.842 veces mayor de colecistitis aguda severa ($p=0.000$), quizás por el descenso gradual del estado físico y funcional, y respuesta inadecuada del organismo a los cambios del medio. El sexo masculino también fue considerado un factor de riesgo asociado, pues reportó un Odds ratio de 1.849 y un nivel de significancia de 0.017, resultado que podría justificarse en la siguiente premisa “los varones son menos sensibles al proceso inflamatorio y clínicamente su sintomatología es más parva, lo que provocaría un abordaje

tardío y la complicación del cuadro”. Portinari et al.²⁷ respaldaron lo obtenido, ya que posicionaron a la edad (por año) (OR=1.044 p<0.001) y sexo masculino (OR=1.940 p=0.006) como factores asociados a colecistitis aguda severa; mientras que Sánchez²⁵ solo concordó con el primer resultado (edad>65 años: OR=2.34 p=0.000) y descartó la influencia del sexo en la severidad del cuadro.

Entre los factores antropomórficos el sobrepeso fue catalogado como un factor protector de colecistitis aguda severa (OR=0.458 p=0.003) y la obesidad como un factor de riesgo asociado (OR=4.700 p=0.000), pues la acumulación excesiva de grasa supone un estado inflamatorio visceral crónico que podría incidir en la gravedad de la colecistitis¹⁵. Sánchez²⁵ y Arias et al.³⁷ difirieron, pues no hallaron asociación entre ninguna de las variables mencionadas (p>0.05).

La diabetes mellitus (OR=5.600 p=0.000), hipertensión arterial (OR=2.246 p=0.007), leucocitosis (OR=2.412 p=0.001), PCR elevada (OR=39.055 p=0.000), polifarmacia (OR=3.018 p=0.005) y automedicación (OR=2.497 p=0.000) fueron factores de riesgo clínicos asociados a colecistitis aguda severa, quizás porque las comorbilidades restringen la respuesta del organismo a las afecciones, la elevación de los parámetros de laboratorio propuestos son inherentes a cuadros más graves de inflamación y la polifarmacia y automedicación se vinculan al enmascaramiento de la sintomatología, retraso diagnóstico y quirúrgico, y pronóstico de mala evolución. Portinari et al.²⁷ y Sánchez²⁵ posicionaron a la diabetes mellitus (OR=3.159 p=0.001) e hipertensión arterial (OR=3.71 p=0.007) como factores de riesgo asociados a colecistitis aguda severa, Sato et al.²⁸ no catalogaron a la leucocitosis como factor de riesgo asociado (p>0.05) y Kabul et al.⁴⁴ informaron que el PCR alto es sinónimo de procesos inflamatorios graves y por ende de colecistitis aguda severa (r=0.743 p=0.001). La polifarmacia y automedicación lamentablemente no han sido analizadas en la

evidencia internacional y nacional de los últimos 5 años; sin embargo, la literatura respalda su influencia en la severidad de enfermedades crónicas. Sanchez J et al.⁴⁵ informaron que esto favorece un aumento de las enfermedades crónicas y deterioro propio del envejecimiento.

Finalmente, es necesario precisar que el análisis multivariado mantuvo como factores asociados a la edad ≥ 60 años (ORa=6.436 p=0.000), sobrepeso (ORa=16.688 p=0.007), obesidad (ORa=61.918 p=0.000), diabetes mellitus (ORa=3.639 p=0.026) y PCR elevado (ORa=49.500 p=0.000); así mismo, se debe subrayar la presencia de algunas limitaciones en el estudio, como el sesgo de selección, por la naturaleza retrospectiva del trabajo y conocimiento de la condición de exposición y/o enfermedad, sesgo de recolección, por la posibilidad de errar al momento de traspasar la información a las fichas de recopilación y barreras en la extrapolación de los resultados, pues únicamente representan a la muestra e institución en estudio.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- ❖ En base al objetivo específico 1 se determinó que la edad mayor a 60 años fue un factor epidemiológico de riesgo para colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021
- ❖ En base al objetivo específico 2 se evidenció que el sobrepeso y obesidad fueron factores antropomórficos asociados y de riesgo para colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021.
- ❖ En base al objetivo específico 3 se demostró que la diabetes mellitus y la proteína C reactiva elevada fueron factores clínicos asociados y de riesgo para colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021.

5.2 RECOMENDACIONES

- ❖ Se recomienda socializar los resultados con las autoridades de la institución de salud, para que se refuercen los protocolos de atención de colecistitis aguda, se identifique precozmente a la población vulnerable y se reduzca la tendencia epidemiológica de muertes, pues este conjunto de recomendaciones, normas o reglas ayudan a los profesionales a tomar decisiones en escenarios que requieren paradigmas clínicos y subvenciones teóricas de confianza.
- ❖ Se sugiere a los profesionales de salud organizar campañas o talleres de educación que influyan positivamente en los conocimientos, prácticas y costumbres de la población en estudio. Estos deben estar abocados al concepto de vulnerabilidad y modificación de aquellas condiciones que reduzcan el riesgo de severidad.
- ❖ Se recomienda dar seguimiento a los pacientes con colecistitis aguda que hayan sido manejados de manera conservadora, especialmente a aquellos que evidencien comorbilidades, indicios de inflamación en

las pruebas de laboratorio, polifarmacia y conductas de riesgo, como la automedicación.

- ❖ Se sugiere la elaboración de estudios multicéntricos, para continuar con la búsqueda de factores de riesgo asociados a colecistitis aguda severa y reafirmar el riesgo de ocurrencia de las características y condiciones previamente establecidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ganapathi A, Speicher P, Englum B, Perez A, Tyler D, Zani S. Gangrenous cholecystitis: A contemporary review. *J Surg Res [Internet]*. 2015 [Citado 1 marzo 2022]; 197(1): 18-24. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2015.02.058>.
2. Terho P, Leppäniemi A, Mentula P. Laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a retrospective study assessing risk factors for conversion and complications. *World J Emerg Surg [Internet]*. 2016 [Citado 1 marzo 2022]; 11: 54. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5112701/pdf/13017_2016_Article_111.pdf
3. Okamoto K, Suzuki K, Takada T, Strasberg S, Asbun H, Endo I, et al. Tokyo Guidelines 2018: Flowchart for the management of acute cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci [Internet]*. 2018 [Citado 1 marzo 2022]; 25(1): 55-72. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/jhbp.516>
4. Bourikian S, Anand R, Aboutanos M, Wolfe L, Ferrada P. Risk factors for acute gangrenous cholecystitis in emergency general surgery patients. *Am J Surg [Internet]*. 2015 [Citado 1 marzo 2022]; 210(4): 730-3. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2015.05.003>
5. Gómes C, Soares C, Di Saverio S, Sartelli M, Denis M, Couto C, et al. Acute calculous cholecystitis: Review of current best practices. *World J Gastrointest Surg [Internet]*. 2017 [Citado 1 marzo 2022]; 9(5): 118-125. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5442405/pdf/WJGS-9-118.pdf>
6. Wu B, Buddensick T, Ferdosi H, Narducci D, Sautter A, Setiawan L, et al. Predicting gangrenous cholecystitis. *HPB (Oxford) [Internet]*. 2014 [Citado 1 marzo 2022]; 16(9): 801-806. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159452/pdf/hpb0016-0801.pdf>
7. Sert I, Ipekci F, Engin O, Karaoglan M, Cetindag O. Outcomes of early cholecystectomy (within 7 days of admission) for acute cholecystitis according to diagnosis and severity grading by Tokyo 2013 Guideline. *Turk J*

- Surg [Internet]. 2017 [Citado 1 marzo 2022]; 33(2): 80-86. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5508247/pdf/tjs-33-2-80.pdf>
8. Siada S, Jeffcoach D, Dirks R, Wolfe M, Kwok A, Sue P, et al. A predictive grading scale for acute cholecystitis. *Trauma Surgery & Acute Care Open* [Internet]. 2019 [Citado 1 marzo 2022]; 4(1): 1-3. Disponible en: <https://tsaco.bmj.com/content/tsaco/4/1/e000324.full.pdf>
 9. Escartín A, Gonzáles M, Cuello E, Muriel P, Pinillos A, Merichal M, et al. Acute cholecystitis in very elderly patients: Disease management, outcomes, and risk factors for complications. *Surgery Research and Practice* [Internet]. 2019 [Citado 1 marzo 2022]; 1(1): 1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2019/9709242>.
 10. Yegros C, Feltes S, Duarte D, Fretes N. Aplicación de criterios de Tokio para el diagnóstico de colecistitis aguda en el Departamento de Urgencia Adultos del Hospital Nacional, Itauguá. *Rev Nac (Itauguá)* [Internet]. 2021 [Citado 1 marzo 2022]; 13(1): 31-40. Disponible en: <https://doi.org/10.18004/rdn2021.jun.01.031.040>
 11. Enríquez L, García J, Carillo J. Chronic and acute cholecystitis: review and current status in our setting. *Cir Gen* [Internet]. 2018 [Citado 1 marzo 2022]; 40(3): 173-178. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v40n3/1405-0099-cg-40-03-175.pdf>
 12. Fouad M, Rezk S, Saber A, Khalifa A. Effect of the COVID-19 pandemic on the management of acute cholecystitis and assessment of the crisis approach: A multicenter experience in Egypt. *Asian J Endosc Surg* [Internet]. 2021 [Citado 1 marzo 2022]; 1(1): 128-136. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ases.12980>
 13. Bustos A, Guerrero S, Manrique E, Gomez G. Severidad de la colecistitis aguda en tiempo de COVID-19: ¿mito o realidad? *Rev Colomb Cir* [Internet]. 2022 [Citado 1 marzo 2022]; 37(1): 1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.30944/20117582.1122>
 14. Sedano C, Lizano L, Balbín J, Condor I, Atencion J, Villalba C. Eficacia del índice de Mannheim en pacientes con peritonitis secundaria de un hospital de Huancayo, Perú. *Rev Med Hered* [Internet]. 2019 [Citado 1 marzo 2022];

- 30(1): 12-19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v30i1.3467>
15. Díaz-Rosales J, Ortíz O, Mena-Arias G, Morales-Polanco S. Factores que condicionan severidad de colecistitis grado I vs. grado II en mujeres adultas. *Cir Gen [Internet]*. 2020 [Citado 1 marzo 2022]; 42(1): 6-12. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.35366/92705>
 16. Marengo B, Sánchez M, Retamar M, Cano A, Pérez E, Oliva F, et al. Papel de la colecistectomía en el tratamiento de la colecistitis aguda. *Cir Andal [Internet]*. 2019 [Citado 13 marzo 2022]; 30(1): 48-52. Disponible en: https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2019/Cir_Andal_vol30_n1_07.pdf
 17. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg S, Asbun H, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: Diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci [Internet]*. 2018 [Citado 13 marzo 2022]; 25(1): 41-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/jhbp.515>
 18. Rojas B. Índice de neutrófilos/linfocitos asociados a colecistitis aguda en pacientes adultos del servicio de cirugía del Hospital II Vitarte-Essalud de Enero del 2016 a Junio del 2017". [Tesis de grado]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2018.
 19. Castillo O, Flores C. Mortalidad por enfermedades digestivas no neoplásicas en la población adulta del Perú, 2010-2015. *An Fac Med [Internet]*. 2019 [Citado 13 marzo 2022]; 80(1): 39-44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v80i1.15868>.
 20. Chirinos A. Aplicación de la Guía de Tokio 2018 para el diagnóstico colecistitis aguda en el servicio de emergencia de cirugía durante el periodo 2019 en el Hospital Rezola de Cañete. [Tesis de grado]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2020.
 21. Claros N, Pinilla R, Rojas D, Carreño P, Monterola C. Niveles Séricos de Proteína C Reactiva como Marcador de Gravedad de Colecistitis Aguda Litiásica. Serie de Casos Prospectiva. *Int J Morphol*. 2020; 38(4): 1155-1159. DOI: 10.4067/S0717-95022020000401155.
 22. Menéndez P, León C, Méndez B, García A. Asociación de parámetros

- analíticos y radiológicos en el diagnóstico de la colecistitis aguda. *Revista de Gastroenterología de México* [Internet]. 2019 [Citado 13 marzo 2022]; 84(4): 449-454. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2018.09.001>
23. Real-Noval H, Fernández-Fernández J, Soler-Dorda G. Factores predictores para el diagnóstico de la colecistitis aguda gangrenosa. *Cirugía y cirujanos* [Internet]. 2021 [Citado 13 marzo 2022]; 87(1): 443-449. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/ciru.19000706>
 24. Sakalar S, Ozakin E, Alper A, Acar N, Dogan S, Baloglu F, et al. Plasma Procalcitonin Is Useful for Predicting the Severity of Acute Cholecystitis. *Emergency Medicine International* [Internet]. 2020 [Citado 13 marzo 2022]; 1(1): 1-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2020/8329310>
 25. Sánchez J. Colecistitis aguda severa según criterios de Tokio y factores asociados en pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017. [Tesis de segunda especialidad]. Universidad de Cuenca; 2019.
 26. Er S, Ozden S, Celik C, Cavit B. Can we predict severity of acute cholecystitis at admission? *Pak J Med Sci* [Internet]. 2018 [Citado 13 marzo 2022]; 34(5): 1293–1296. Disponible en: <https://doi.org/10.12669/pjms.345.14502>
 27. Portinari M, Scagliarini M, Valpiani G, Bianconcino S, Andreotti D, Stano R, et al. Do I Need to Operate on That in the Middle of the Night? Development of a Nomogram for the Diagnosis of Severe Acute Cholecystitis. *Journal of Gastrointestinal Surgery* [Internet]. 2018 [Citado 13 marzo 2022]; 22(6): 1016–1025. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11605-018-3708-y>
 28. Sato N, Kinoshita A, Imai N, Akasu T, Yokota T, Iwaku A, Koike K, Saruta M. Inflammation-based prognostic scores predict disease severity in patients with acute cholecystitis. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* [Internet]. 2018 [Citado 13 marzo 2022]; 30(4): 484-489. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000001063>.
 29. Yuzbasioglu Y, Ucoz D, Icme F, Ercan G, Haydar G, Uzunosmanoglu H. The role of C-reactive protein in the evaluation of the severity of acute cholecystitis. *Acta Medica Mediterranea* [Internet]. 2017 [Citado 13 marzo 2022]; 33(1): 475-480. DOI: <https://doi.org/10.19193/0393->

6384_2017_3_070.

30. Gutierrez V, Hernández E. Índice neutrófilo-linfocito como predictor de severidad en colecistitis aguda litiásica. [Tesis de grado]. Universidad Nacional de Trujillo; 2022.
31. Chocán L. Características clínico epidemiológicas de pacientes con colecistitis aguda atendidos en el Hospital de la Amistad Perú-Corea II - Santa Rosa, enero - diciembre 2018. [Tesis de grado]. Piura: Universidad Nacional de Piura; 2019.
32. Williams A, Biesterveld B, Alam H. Acute cholecystitis: A practical approach. *Emergency General Surgery* [Internet]. 2019 [Citado 4 abril 2022]; 1(1): 121-134. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-96286-3_10.
33. Vagholkar K. Acute cholecystitis: Severity assessment and management. *International Journal of Surgery Science* [Internet]. 2020 [Citado 4 abril 2022]; 4(2): 209-302. Disponible en: <https://doi.org/10.33545/surgery.2020.v4.i2e.433>.
34. Miura F, Okamoto K, Takada T, Starsberg S, Asbun H, Pitt H, et al. Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences* [Internet]. 2017 [Citado 4 abril 2022]; 25(1): 31-40. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/jhbp.509>.
35. IETSI. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la colelitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis. [internet]. GPC N°11. EsSalud; [actualizado marzo 2018; citado 4 abril 2022]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Colelitiasis_Version_Extensa.pdf
36. Aroori S, Mangan C, Reza L, Gafoor N. Percutaneous Cholecystostomy for Severe Acute Cholecystitis: A useful procedure in high-risk patients for surgery. *Scandinavian Journal of Surgery* [Internet]. 2019 [Citado 4 abril 2022]; 108(2): 124-129. DOI: <https://doi.org/10.1177/1457496918798209>.
37. Arias P, Albornoz P, Caervetti M, Pasarín M. Factores predictivos de colecistitis aguda gangrenosa. *Revista Chilena de Cirugía* [Internet]. 2017 [Citado 4 abril 2022]; 69(2): 124-128. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.rchic.2016.09.011>.

38. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de Salud - Descriptores en Ciencias de la Salud. [Internet]; 2019. [Citado 15 marzo 2022]. Disponible en:
https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=16859&filter=ths_termall&q=epidemiologico.
39. Organización Panamericana de la Salud. Factores de riesgo - Descriptores en Ciencias de la Salud. [Internet]; 2020. [Citado 15 marzo 2022]. Disponible en:
https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=28612&filter=ths_termall&q=factor%20de%20riesgo.
40. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la Investigación Ciudad de México: MC Graw Hill Education; 2018.
41. Argimon J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4th ed. Barcelona: ELSEVIER; 2013.
42. Ñaupas H, Valdivia M, Palacios J, Romero H. Metodología de la investigación Cuantitativa - Cualitativa y Redacción de la Tesis. 5th ed. Bogotá: Ediciones de la U; 2018.
43. Sadettin E, Ozden S, Celik C, Cavit B. Can we predict severity of acute cholecystitis at admission? Pak J Med Sci [Internet]. 2018 [Citado 15 marzo 2022]; 34(5): 1293-1296. DOI: <https://10.12669/pjms.345.14502>.
44. Kabul E, Gurbulak B, Ethem I, Duzkoylu Y, Battal M, Fevzi M, et al. Prediction of the Grade of Acute Cholecystitis by Plasma Level of C-Reactive Protein. Media Luna Roja de Irán Med J [Internet]. 2016 [Citado 15 marzo 2022]; 17(4): e28091. DOI: [https://10.5812/ircmj.17\(4\)2015.28091](https://10.5812/ircmj.17(4)2015.28091).
45. Sánchez J, Escare C, Castro V, Robles C, Vergara M, Jara C. Polifarmacia en adulto mayor, impacto en su calidad de vida. Revisión de literatura. Rev. Salud Pública [Internet]. 2019 [Citado 15 marzo 2022]; 21(2): 271-277. DOI: <https://10.15446/rsap.v21n2.76678>

ANEXOS

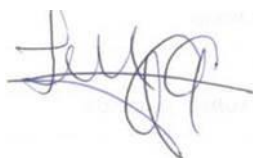
ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General: ¿Cuáles son los factores asociados a colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021?</p> <p>Específicos: PE 1: ¿Cuáles son los factores epidemiológicos asociados a colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021?</p> <p>PE 2: ¿Cuáles son los factores antropomórficas asociados a colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021?</p>	<p>General: Determinar los factores asociados a colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021.</p> <p>Específicos: OE 1: Determinar los factores epidemiológicos asociados a colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021</p> <p>OE 2: Determinar los factores antropomórficas asociados a colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021</p>	<p>Hipótesis general HG: Existen factores asociados a la colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021</p> <p>Hipótesis específicas HE1: Existen factores epidemiológicos asociados a la colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021</p> <p>HE2: Existen factores antropomórficas asociados a la colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el</p>	<p>Variable independiente Factores epidemiológicos. Factores antropomórficas Factores clínicos</p> <p>Variable dependiente Colecistitis aguda severa</p>

<p>PE 2: ¿Cuáles son los factores clínicos asociados a colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021?</p>	<p>OE 3: Determinar los factores clínicos asociados a colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021</p>	<p>Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021.</p> <p>HE3: Existen factores clínicos asociados a la colecistitis aguda severa en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, enero a diciembre 2021</p>	
---	---	--	--

DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Nivel: Básica</p> <p>Tipo de Investigación: No experimental, de enfoque cuantitativo. De diseño analítica caso-control y retrospectivo</p>	<p>Población: 520 pacientes adultos con colecistitis aguda atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa durante el periodo de enero a diciembre 2021.</p> <p>Tamaño de muestra: 276 pacientes adultos con colecistitis aguda - Grupo caso: 92 pacientes con CA severa - Grupo control: 184 pacientes con CA leve-moderada</p> <p>Tipo y técnica de muestreo: Muestreo probabilístico y técnica aleatorio simple</p> <p>Criterios de inclusión Grupo caso Pacientes mayores de edad de ambos sexos Pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda Pacientes con CA severa según los criterios de Tokio 2018 Pacientes que requirieron colecistectomía</p>	<p>Técnica: La técnica de investigación fue documental</p> <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos.</p>

	<p>Pacientes con historias clínicas completas</p> <p>Grupo control Pacientes mayores de edad de ambos sexos Pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda Pacientes con CA leve y moderada según los criterios de Tokio 2018 Pacientes que requirieron colecistectomía Pacientes con historias clínicas completas</p> <p>Criterios de exclusión Pacientes menores de edad Pacientes referidos de otros nosocomios Pacientes con historias clínicas incompletas</p>	
--	--	--



Dr. Dr. Luis Antonio Llanco Albornoz

ASESOR



Mg. Ing estadístico Luis Enrique Huamán Quintana

ESTADÍSTICO

ANEXO 2: CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE		DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD	
VARIABLE INDEPENDIENTE	Factores epidemiológicos	Grupo etario	Grupo al cual una persona pertenece según la cantidad de años vividos.	Paciente que al ingresar por el diagnóstico tienen menos de 60 años (adultos) o 60 años a más (adultos mayores), según su DNI.	Nominal	Cualitativa	Adulto/ Adulto mayor
		Sexo	La totalidad de las características de las estructuras reproductivas y sus funciones, que diferencian al organismo masculino del femenino.	Condición orgánica que diferencia a los varones de las mujeres	Nominal	Cualitativa	Masculino Femenino
	Factores antropométricos	Peso	Fuerza que ejerce la gravedad sobre el cuerpo de una persona.	Cantidad de kilogramos con la que cuenta una persona	Razón	Cuantitativa	Kilogramos
		IMC	Método de evaluación para la estimación de la masa corporal	Clasificación brindada al paciente donde se divide el peso en kilogramos con la talla en metros al cuadrado	Nominal	Ordinal	Normal Sobrepeso Obesidad I Obesidad II Obesidad III
	Factores clínicos	Hipertensión arterial	Patología que se caracteriza por la presencia de presión arterial sistémica persistentemente elevada	Diagnóstico de hipertensión arterial en el paciente de estudio, en el cual se toma en dos momentos distintos la presión arterial y los valores obtenidos fueron $\geq 140/90$ mmHg ⁵⁰ . La información se obtendrá de la historia clínica.	Nominal	Cualitativa	Si No
		Diabetes mellitus	Enfermedad caracterizada por hiperglucemia e intolerancia a la glucosa	Diagnóstico de diabetes mellitus en el paciente de estudio, en quien se analiza la glucemia en ayunas (ausencia de ingesta calórica en 8 horas mínimo) en plasma venoso con valores ≥ 126 mg/dl tomados en dos ocasiones. La información se obtendrá de la historia clínica ⁵¹ .	Nominal	Cualitativa	Si No
		Leucocitosis	Consiste en un aumento de los niveles normales de glóbulos blancos.	Nivel de glóbulos blancos $\geq 17.5 \times 10^9/L$ ²⁶ .	Nominal	Cualitativa	Si No
		Hipertrigliceridemia	La hipertrigliceridemia es el exceso de triglicéridos en la sangre	Es el aumento de triglicéridos plasmáticos en ayunas superior a 178	Nominal	Cualitativa	Si No

				mg/dL ¹⁵ .			
		Proteína C reactiva elevada	Proteína producida en el hígado, cuyos valores séricos elevados son indicativo de inflamación aguda.	PCR con valores ≥ 198.95 mg/L ⁴⁹ .	Nominal	Cualitativa	Si No
		Polifarmacia	Consumo de cuatro a más medicamentos de manera simultánea ⁵² .	Paciente que consumo de cuatro a más fármacos al día.	Nominal	Cualitativa	Si No
		Automedicación	Consumo de medicaciones no prescritos por un profesional de la salud ⁵³ .	Paciente que consumió fármacos para mitigar molestias sin ser indicadas por un profesional de la salud.	Nominal	Cualitativa	Si No
VARIABLE DEPENDIENTE		Colecistitis aguda severa	Presencia de CA asociada a disfunción organiza o sistémica ¹⁷	CA severa evaluada mediante los criterios de Tokio 2018 (TG18) ¹⁷ .	Nominal	Cualitativa	Si (Severa) No (Moderada Leve)



Dr. Luis Antonio Llanco Albornoz
ASESOR



Mg. Ing estadístico Luis Enrique Huamán Quintana
ESTADÍSTICO

IV. Colecistitis aguda severa:

Grado III (severa): Si () No ()
Disfunción Cardiovascular Hipotensión que requiera vasopresores ()
Disfunción Neurológica Alteraciones del estado de Conciencia ()
Disfunción Respiratoria Razón PA O₂/FiO₂ <300 ()
Disfunción Renal Oliguria, Creatinina sérica >2mg/dL ()
Disfunción Hepática INR>1.5 ()
Disfunción Hematológica Plaquetas< 100000 ()

Grado II (moderada): Si () No ()
Leucocitosis >18000/mm³ ()
Masa Dolorosa Palpable en el CSD ()
Duración de los síntomas > 72 Hrs ()
Marcada inflamación local ()

Grado I (leve): Si () No ()

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Luis Antonio Llanco Albornoz

1.2 Cargo e institución donde labora: URSB

1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: "Factores asociados a colecistitis aguda severa en pacientes

adultos atendidos en el Hospital José Casimiro Ulloa, 2021"

1.5 Autor(a) del instrumento: Miguel Angel Dávila Ccoyllo

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

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

... Aplicable

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

90/.

Lugar y Fecha: Lima, 28 Mayo del 2022



Firma del Experto
D.N.I N° ...10691349.....
Teléfono 924157689.....

ANEXO 4: INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1. **Apellidos y nombres del experto:** Luis Enrique Huamán Quintana
- 1.2. **Cargo e institución donde labora:** Ingeniero Estadístico
- 1.3. **Tipo de Experto:** Metodólogo () Especialista () Estadístico (X)
- 1.4. **Nombre del instrumento:** Factores asociados a colecistitis aguda severa
- 1.5. **Autor (a) del instrumento:** Miguel Ángel Dávila Ccoyllo

II. ASPECTOS DE VALIDACION

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					98%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre los factores asociados a colecistitis aguda severa					97%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					97%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los factores asociados a colecistitis aguda severa					98%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					99%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					98%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica y retrospectiva					98%

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 97.8%

Lugar y Fecha: Lima 24 mayo del 2022



Firma del Experto

D.N.I N.º 09838469

Teléfono 999986667

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: Ramirez Rojas, Pablo
 1.2. Cargo e institución donde labora: Cirujano General
 1.3. Tipo de Experto: Metodólogo () Especialista (X) Estadístico ()
 1.4. Nombre del instrumento: Factores asociados a colecistitis aguda severa
 1.5. Autor (a) del instrumento: Miguel Ángel Dávila Ccoyllo

II. ASPECTOS DE VALIDACION

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		0 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre los factores asociados a colecistitis aguda severa					95
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					100
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					100
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los factores asociados a colecistitis aguda severa					95
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					100
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					100
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica y retrospectiva					95

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

.....
Aplicable

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 96.1%

Lugar y Fecha: Lima 26 Mayo
 del 2022

.....
 Dr. PABLO RAMIREZ ROJAS
 Cirujano General
 CMP: 17952 RNE: 12252

Firma del Experto
 D.N.I.N.º 15130534
 Teléfono 972 121795

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: Arredondo Manrique, Gerardo
 1.2. Cargo e institución donde labora: Grupo general
 1.3. Tipo de Experto: Metodólogo () Especialista Estadístico ()
 1.4. Nombre del instrumento: Factores asociados a colecistitis aguda severa
 1.5. Autor (a) del instrumento: Miguel Ángel Dávila Ccoyllo

II. ASPECTOS DE VALIDACION

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		0 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre los factores asociados a colecistitis aguda severa					95
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					100
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					100
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los factores asociados a colecistitis aguda severa					95
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					95
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					95
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica y retrospectiva					100

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

.....
Aplicable

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 95,5%

Lugar y Fecha: Lima 26 Mayo
 del 2022

MINISTERIO DE SALUD
 Hospital de Emergencias "José Casanova Uceda"

GERARDO ARREDONDO MANRIQUE
 Cirujano General - Asesor

Firma del Experto

D.N.I.N.º 70544764

Teléfono 945 038 477

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: Claro Rojas, Pablo
 1.2. Cargo e institución donde labora: cirujano general
 1.3. Tipo de Experto: Metodólogo () Especialista Estadístico ()
 1.4. Nombre del instrumento: Factores asociados a colecistitis aguda severa
 1.5. Autor (a) del instrumento: Miguel Ángel Dávila Ccoyllo

II. ASPECTOS DE VALIDACION

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					95
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre los factores asociados a colecistitis aguda severa					100
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					100
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los factores asociados a colecistitis aguda severa					90
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					100
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					95
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica y retrospectiva					95

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

.....
Aplicable

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 95

Lugar y Fecha: Lima 26 Mayo
 del 2022


 DR. PABLO F. CLARO ROJAS
 CIRUGIA GENERAL
 C.M.P. 70260 RNE 041305
 HOSP. DE EMERGENCIAS DEL CARRILLO UNMSM
 Firma del Experto
 D.N.I N.º 44929202
 Teléfono 967 569 050

Análisis de validez de contenido

Resumen de calificación de jueces

	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	TOTAL
Valoración cuantitativa	90.0%	97.8%	96.1%	95.5%	95%	94.9%
Valoración cualitativa	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
Opinión de aplicabilidad	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica

Los 5 jueces valoraron cuantitativamente la validez del instrumento en un nivel entre 81% y 100%, cuyo promedio general fue 94.9%. La valoración cualitativa fue unánime y fue EXCELENTE. Asimismo, la opinión de aplicabilidad fue “APLICA” por todos los jueces. Por lo tanto, el instrumento se considera válido para su aplicación.

ANEXO 5: RESOLUCIÓN DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y RESPONSABILIDAD SOCIAL

CONSTANCIA N° 851-2022- CIEI-UPSJB

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Privada San Juan Bautista SAC, deja constancia que el Proyecto de Investigación detallado a continuación fue **APROBADO** por el CIEI:

Código de Registro: **N°851-2022-CIEI-UPSJB**

Título del Proyecto: **"FACTORES ASOCIADOS A COLECISTITIS AGUDA SEVERA EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA, 2021"**

Investigador (a) Principal: **DAVILA CCOYLLO, MIGUEL ANGEL**

El Comité Institucional de Ética en Investigación, considera que el proyecto de investigación cumple los lineamientos y estándares académicos, científicos y éticos de la UPSJB. De acuerdo a ello, el (la) investigador (a) se compromete a respetar las normas y principios de acuerdo al Código de Ética En Investigación del Vicerrectorado de Investigación y Responsabilidad Social.

La aprobación tiene vigencia por un período efectivo de **un año** hasta el **21/06/2023**. De requerirse una renovación, el (la) investigador (a) principal realizará un nuevo proceso de revisión al CIEI al menos un mes previo a la fecha de expiración.

Como investigador (a) principal, es su deber contactar oportunamente al CIEI ante cualquier cambio al protocolo aprobado que podría ser considerado en una enmienda al presente proyecto.

Finalmente, el (la) investigador (a) debe responder a las solicitudes de seguimiento al proyecto que el CIEI pueda solicitar y deberá informar al CIEI sobre la culminación del estudio de acuerdo a los reglamentos establecidos.

Lima, 21 de junio de 2022.



Mg. Juan Antonio Flores Tumba
Presidente del Comité Institucional
de Ética en Investigación

www.upsjb.edu.pe

CHORRILLOS
Av. José Antonio Lavalle N°
302-3D4 (Ex Hacienda Villa)

SAN BORJA
Av. San Luis 1923 – 1925 – 1931

ICA
Carretera Panamericana Sur
Ex km 300 La Angostura,
Subtanjalla

CHINCHA
Calle Albillá 106 Urbanización
Las Viñas (Ex Toche)

CENTRAL TELEFÓNICA: (01) 748 2888

ANEXO 6: RESOLUCION DEL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa

Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación

Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

Miraflores, 03 de Agosto de 2022

OFICIO N° 1618 -DG-307-2022-OADI-HEJCU

Señor
MIGUEL ANGEL DAVILA CCOYLLO
Egresado de la Facultad de Medicina Humana
UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
DNI N° 46946278
Calle Gregorio Paredes 242 Int. 07 Lima
Telf: 957290799
Correo electrónico: miguel1221@hotmail.com
Presente. -

Asunto : Aprobación de proyecto de investigación y revisión de historias clínicas

Referencia : Carta s/n de fecha 27 de Junio del 2022
Carta s/n de fecha 25 de Julio del 2022
Copia de proyecto de investigación
Exp: 22-010253-001

De mi mayor consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted, para hacerle llegar mis cordiales saludos y en atención al documento de la referencia, manifestarle que el Comité de Ética e Investigación de nuestra Institución aprueba el proyecto de investigación titulado: *“Factores Asociados a Colecistitis Aguda Severa en Pacientes Adultos Atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, periodo 2021”*, informar que se autoriza la revisión de historias clínicas, período de Enero a Diciembre del año 2021

Al finalizar su investigación deberá presentar en físico y digital en CD, los resultados y conclusiones y sugerencias obtenidas a la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación de la Institución.

Es propicia la oportunidad para expresarle mi consideración y estima.

Atentamente,


MINISTERIO DE SALUD
Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”
Dr. LUIS JULIO PANCORVO ESCALA
Director General
CMP 9633 RNE 2547