

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES POST
COLECISTECTOMIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE
VENTANILLA DURANTE EL 2019**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

CARRILLO VALDIVIA ANGEL IGNACIO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2020

ASESOR
PINTO OBLITAS JOSEPH

AGRADECIMIENTO

Le doy gracias al Dr Joseph Pinto y al personal
del Hospital de Ventanilla.

DEDICATORIA

En primera instancia a mis padres, a mis hermanos, novia e hija; los cuales, con su gran apoyo incondicional, fueron de gran ayuda para hacer posible la culminación de mi carrera universitaria.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, transversal de casos y controles en donde se evaluaron 88 casos y 88 controles para determinar los factores de riesgo asociados a las complicaciones post colecistectomía.

RESULTADOS: Se evaluaron factores sociodemográficos, antecedentes patológicos y factores quirúrgicos. Entre los factores sociodemográficos asociados se pudo identificar a la edad mayor de 60 años (OR= 2,3, IC95%: 1,2-4.6, p=0.009). Los antecedentes patológicos asociados fueron el índice de masa corporal mayor de 30 kg/m² (OR=1,9, IC95%:1,0-3,6, p=0,031), la diabetes mellitus, (OR=3,41, IC95%:1,1-9,8 p=0,023) y la hipertensión arterial (OR=2,76, IC95%:1,2-6,2, p=0,019) y el factor quirúrgico asociado a complicaciones fue la cirugía abierta. (OR=2,6, IC95%:1,3-5,0, p=0,004).

CONCLUSIONES: Los factores asociados al desarrollo complicaciones post colecistectomía son la edad mayor de 60 años, el índice de masa corporal mayor de 30 kg/m², el antecedente de diabetes mellitus y la cirugía abierta.

PALABRAS CLAVE: colecistectomía, factores sociodemográficos, cirugía.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the factors associated with post-cholecystectomy complications in patients treated at the window hospital during 2019.

METHODOLOGY: An analytical, retrospective, cross-sectional study of cases and controls was conducted in which 88 cases and 88 controls were evaluated to determine the risk factors associated with post-cholecystectomy complications.

RESULTS: Sociodemographic factors, pathological antecedents and surgical factors were evaluated. Among the associated sociodemographic factors, it was possible to identify at the age over 60 years (OR=2.3, 95%CI:1.2-4.6, p=0.009). The associated pathological antecedents were the body mass index greater than 30 kg / m² (OR=1.9, 95% CI:1.0-3.6, p=0.031), diabetes mellitus, (OR=3.41, 95% CI:1.1-9.8 p=0.023) and arterial hypertension (OR=2.76, 95% CI:1.2-6.2, p=0.019) and the surgical factor associated with complications was open surgery. (OR=2.6, 95% CI:1.3-5.0, p=0.004).

CONCLUSIONS: The factors associated with the development of complications after cholecystectomy are the age over 60 years, the body mass index greater than 30 kg / m², the history of diabetes mellitus and open surgery.

KEY WORDS: cholecystectomy, sociodemographic factors, surgery.

INTRODUCCIÓN

Las patologías biliares son condiciones que usualmente requieren de una intervención quirúrgica para su manejo, entre ellas encontramos a la colecistectomía, este estudio apunta a la identificación de aquellos factores de riesgo que se encuentran asociados al desarrollo de complicaciones post colecistectomía.

Esta tesis cuenta con cinco capítulos:

En el capítulo I; se plantea el problema del estudio sobre los factores sociodemográficos, antecedentes patológicos y quirúrgicos que podrían tener relación con la ocurrencia de complicaciones post colecistectomía. En esta misma sección se plantea también la trascendencia de este problema a nivel mundial. Finalmente se trazan los objetivos a lograr, se delimita el estudio y se describen las limitaciones.

En el capítulo II; se ubican los antecedentes de investigación los cuales consisten en la revisión de trabajos previos los cuales sirvieron de guía para el diseño y la selección de las variables que se utilizaron y midieron en este trabajo. Asimismo, se encuentran las bases teóricas las cuales contienen información sobre las patologías biliares más comunes, los procedimientos utilizados para el tratamiento y sus factores de riesgo.

Capítulo III: Se define la metodología, población y la muestra la cual usamos para llevar a cabo esta investigación. Se describe también las técnicas e instrumentos obtenidos de la recolección de datos, así como su diseño y procesamiento de datos. Además de mencionar los aspectos éticos del estudio.

Capítulo IV: Se describen los resultados basados en la información recolectada.

Capítulo V: Finalmente se detallan las conclusiones a las que se llegó luego del análisis estadístico y las recomendaciones según los resultados obtenidos.

ÍNDICE

CARÁTULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
ÍNDICE	VIII
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE ANEXOS	XI
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2.1. GENERAL	3
1.2.2. ESPECÍFICOS	3
1.3. JUSTIFICACIÓN	3
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	4
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	5
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	14
2.3. MARCO CONCEPTUAL	23
2.4. HIPÓTESIS	23
2.4.1 GENERAL	23
2.4.2. ESPECÍFICAS	24

2.5. VARIABLES	24
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	26
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	29
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	29
3.1.1. TIPOS DE INVESTIGACIÓN	29
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	29
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	31
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	31
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	32
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	32
3.6. ASPECTOS ÉTICOS	33
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	34
4.1. RESULTADOS	34
4.2. DISCUSIÓN	41
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
5.1. CONCLUSIONES	43
5.2. RECOMENDACIONES	44
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	51

LISTA DE TABLAS

TABLA 1: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES POST COLECISTECTOMÍA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA DURANTE EL 2019	34
TABLA 2: ANTECEDENTES PATOLÓGICOS ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES POST COLECISTECTOMÍA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA DURANTE EL 2019	35
TABLA 3: FACTORES QUIRÚRGICOS ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES POST COLECISTECTOMÍA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA DURANTE EL 2019	37
TABLA 4: FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES POST COLECISTECTOMÍA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA DURANTE EL 2019	38

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N°1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	52
ANEXO N°2: INSTRUMENTO	54
ANEXO N°3: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO–CONSULTA DE EXPERTOS	56
ANEXO N°4: MATRIZ DE CONSISTENCIA	59

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las patologías de tipo biliar han sido y en la actualidad son un problema de salud constante en la población peruana, años atrás la colecistectomía abierta se había convertido en el tratamiento a elegir y también el más usado para enfermedades correspondientes a la vía biliar, se realiza por un cirujano general y en un gran número de casos se realiza en pacientes mayores que tienen gran inflamación de la vesícula. Entre las patologías principales en las cuales se realiza colecistectomía tenemos: litiasis biliar, Colecistitis aguda, Colecistitis crónica; aunque se conocen otras técnicas con resultados mejores, la colecistectomía abierta continúa siendo la elección más segura debido a las condiciones en la que los pacientes llegan a la emergencia.¹

Respecto a la intervención quirúrgica (colecistectomía) a la cual el paciente es programado existen complicaciones previamente planteadas se pueden dividir de tres maneras: las que son concretamente por la laparoscopia, tales como la lesión que se produce por el trocar al introducirse de una manera no correcta y perforar el intestino o grandes vasos; problemas que son causados al momento de la insuflación peritoneal (se introduce gas por el trocar para incrementar el espacio abdominal y así poder trabajar de una mejor manera); las complicaciones provocadas por la propia colecistectomía, tales como lesión al colédoco, retención de cálculos en el canal antes mencionado, lesiones que afectan al duodeno o estructuras portales, absceso intraabdominal, hemorragia hepática, entre muchas otras; las cuales en el post operatorio pueden causar fiebre, dolor abdominal, náuseas, vómitos, infección de herida operatoria, etc., alargando la estancia hospitalaria e incrementando costos. Esta establecido que no debe considerarse complicación a la necesidad de convertir de manera electiva la operación

laparoscópica a un procedimiento convencional abierto, pues se trata de una decisión quirúrgica prudente la cual el cirujano es libre de seguir.²

En un estudio en el que se recolecto datos de siete grandes estudios a nivel mundial que contenía 8856 colecistectomías de tipo laparoscópicas, ocurriendo graves complicaciones en un 2,6%. Por otro lado, una revisión la cual recolecto información de ocho estudios de colecistectomías de tipo laparoscópicas informó los tipos y frecuencias respecto a las complicaciones mayores: El sangrado intrabdominal (0,11% a 1,97%), absceso (0,14% a 0,3%), escape de la bilis (0,3% a 0,9%), lesión de tipo biliar (0,26% a 0,6%) y lesión en los intestinos (0,14% a 0,35%). Se pudo concluir que la tasa de heridas infectadas y las que se encuentran ubicadas en el lugar donde se realizó la intervención quirúrgica es menos en el abordaje de tipo laparoscópico que con el convencional o también llamado abierto, mas no existe ventaja respecto a la formación de abscesos intrabdominales.³

En el Perú la colecistitis está asociada en gran parte al adulto mayor (su prevalencia aumenta con la edad) estudios dan como resultado que en pacientes de 65 años se encuentra en una frecuencia de entre 15 y 30% y va en aumento a nivel mundial, hasta 38% y 53% en ancianos de 80 años. Además, se sabe que a mayor aumento de edad la cantidad de patologías asociadas y complicaciones también aumentan, por lo tanto en nuestro país la edad avanzada se convierte en un factor de riesgo de mortalidad, complicaciones post operatorias y conversiones intra operatorias a colecistectomía abierta.⁴

Debido a la carencia de estudios que describan la epidemiología de la ocurrencia de complicaciones y los factores de riesgo que se asocian a las complicaciones post colecistectomía y a que este problema se presenta constantemente en el hospital de ventanilla por lo cual se ha realizado este trabajo de investigación para conocer las complicaciones que fueron

presentadas por los pacientes intervenidos quirúrgicamente con respecto a colecistectomías laparoscópicas y convencional. Con el fin de realizar un análisis y el cual oriente a disminuir estos casos. Ofreciendo al paciente un diagnóstico inicial adecuado, una buena opción terapéutica, un manejo óptimo y seguimiento de las posibles complicaciones.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. GENERAL

¿Existen factores asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el Hospital de Ventanilla durante el 2019?

1.2.2. ESPECÍFICOS

¿Existen factores sociodemográficos asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019?

¿Existen antecedentes patológicos asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019?

¿Existen factores quirúrgicos asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019?

1.3. JUSTIFICACIÓN

TEÓRICA

La relevancia del estudio se fundamenta en tratar de unificar el concepto de complicaciones post colecistectomía en el hospital de ventanilla y así mismo se pueda determinar un protocolo de manejo y debido cuidado para este tipo

de intervenciones. Ya que, aunque no son muy frecuentes generan gran molestia en el paciente y alargan su estancia intrahospitalaria y por lo tanto más gasto al hospital y al propio paciente.

PRÁCTICA

Esto ayudará a evitar a los pacientes tengan riesgo de complicaciones post colecistectomía ya que muchas veces al no tenerse conocimiento sobre los factores que lo provocan no tienen el debido cuidado intra ni post operatorio, y a su vez mejorarla y disminuir la incidencia de casos.

METODOLÓGICA

Con el propósito de lograr los objetivos que se plantearon en esta investigación, se procederá a recabar la información por medio una ficha de recolección de datos la cual será previamente validada por un grupo de expertos en los temas de metodología, estadística y cirugía. Luego a información recolectada será registrada en un software estadístico y se e realizaran las pruebas correspondientes para hallar las asociaciones entre los factores.

ECONÓMICA – SOCIAL

Finalmente, como beneficio para el paciente, tiene el propósito de reducir la estancia hospitalaria, disminuir la morbilidad y la mortalidad asociada garantizándole mejoras en la atención y manejo de la enfermedad.

1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

- **Delimitación espacial:** El proyecto de investigación se llevará a cabo en el Hospital De Ventanilla ubicado en la provincia constitucional de Callao- Perú.

- **Delimitación temporal:** El proyecto de investigación se llevó a cabo en el periodo de enero a diciembre del 2019.
- **Delimitación social:** La población en estudio fueron básicamente registros previos de historias clínicas del año 2019, realización de ficha de recolección de datos para complementar y comparar casos registrados en el Hospital de Ventanilla.
- **Delimitación conceptual:** El presente trabajo abarca el concepto de factores asociados a complicaciones post colecistectomía.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Historias clínicas no tan bien redactadas o incompletas, la demora respecto a permisos otorgados por el hospital para la realización de la investigación y la disponibilidad de tiempo del personal. Esta investigación puede que no obtenga iguales resultados en poblaciones con características sociodemográficas diferentes.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. GENERAL

OG: Determinar los factores asociados a las complicaciones pos colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019.

1.6.2. ESPECÍFICOS

OE₁: Determinar los factores sociodemográficos asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019.

OE₂: Determinar los antecedentes patológicos asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019.

OE₃: Determinar los factores quirúrgicos asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019.

1.7. PROPÓSITO

El propósito del presente trabajo es identificar los factores de riesgo que conllevan a complicaciones post colecistectomía. Si existe mayor riesgo de complicación asociada al tipo de intervención (laparoscopia y convencional) y que esto sirva como ayuda para un acercamiento al diagnóstico con el fin de disminuir la tasa de pacientes con complicaciones acortando su estancia.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

INTERNACIONALES

Manriquez et al. (2017), realizaron un trabajo con el fin de determinar la prevalencia y características de la diarrea luego de realizarse una colecistectomía laparoscópica electiva en pacientes chilenos. Hasta un 21% de hombres y 50% de mujeres mayores de 20 años presentan esta patología aproximadamente y pudiendo llegar a alcanzar un 60% con respecto a mujeres mayores de 60 años. Se realizó por medio de una encuesta telefónica que se basaba en la consistencia y frecuencia de las deposiciones luego de 4 a 6 meses en adultos luego de realizarse la colecistectomía laparoscópica de manera electiva entre los meses de diciembre del 2014 a marzo del 2015. Se definió como diarrea post colecistectomía a la presencia de deposiciones líquidas o inusuales que empezaron luego de la intervención y diarrea prolongada a la duración de síntomas pasadas las 4 semanas. Se realizó la encuesta a 100 pacientes de los cuales 73% fueron mujeres. La prevalencia total de diarrea post colecistectomía fue de 35%, mientras que la de diarrea prolongada fue de 15%. El grupo antes mencionado presentó resolución completa en 57% de casos en un promedio de 99 días. Se llegó a la conclusión que la diarrea post colecistectomía es muy frecuente en la población chilena y que tiene una alta prevalencia dentro de los primeros 28 días luego de la operación, resolviéndose en los primeros 6 meses en la mayoría de los casos.⁵

Lopez et al. (2017), realizaron una investigación observacional, analítica, retrospectiva de casos y controles con el propósito de analizar la asociación las complicaciones post colecistectomía laparoscópica precoz y si estos factores influyen o no en la recuperación. Además, buscaron asociar factores

tales como la consulta tardía, el tratamiento postergado por los pacientes o dificultades de acceso que provocan un tiempo de recuperación prolongado y por lo tanto aparezcan complicaciones posteriores y estancia hospitalaria prolongado; y cuyo objetivo principal era el de poder comparar resultados entre pacientes operados antes y después del periodo de 7 días. Se optó por una muestra de 358 casos de pacientes intervenidos quirúrgicamente por el diagnóstico de colecistitis aguda entre los años 2013 y 2014 en el servicio de cirugía del hospital de Coquimbo, Chile. Se obtuvo como resultado que los pacientes del grupo precoz presentan una estadía posoperatoria de 1,9 (+/- 1,6 días) y los del grupo tardío de 2,9 (+/- 4,4 días). Del total de pacientes intervenidos por vía laparoscópica como primera opción, la tasa de conversión a cirugía abierta fue de 2,1% en el grupo precoz y de 9,7% en el grupo tardío con distorsión anatómica como la causa principal de conversión; en el grupo tardío una conversión se debió a una lesión de la vía biliar. El tiempo operatorio de la cirugía fue casi igual en los dos grupos. La tasa global de las complicaciones luego de la operación fue de 3,2% para el grupo precoz y de 10,7% para el grupo tardío. Las complicaciones quirúrgicas en el grupo precoz fueron de 3,2% y por su parte en el grupo tardío de 7,2%. Entre los factores asociados a la aparición de complicaciones post colecistectomía fueron el tiempo de espera prolongado (OR=4,9, IC95%:2,0-6,8), y el tiempo operatorio mayor de 90 minutos (OR=5,2, IC95%:3,4-8,1) En conclusión, se obtuvo que los resultados de la investigación respaldan que una colecistectomía precoz por laparoscopia en los pacientes diagnosticados con colecistitis aguda, han demostrado una menor estancia hospitalaria, menor tasa de conversión y a también disminución de la tasa de complicaciones post operatorias.⁶

Machain Vega et al. (2017), realizaron un estudio retrospectivo, transversal cual tiene como fin exponer las ventajas y desventajas de la cirugía laparoscópica versus la cirugía abierta con respecto a la colecistectomía en el Hospital de Clínicas en San Lorenzo – Paraguay. Se obtuvo una muestra de 50 colecistectomías, las cuales 31 fueron realizadas por vía laparoscópica

(CL) y 19 por vía convencional (CC). Se obtuvo un promedio de tiempo operatorio de 1h 46min hablando de la colecistectomía convencional y 1h 28min para la colecistectomía laparoscópica, con respecto a la deambulaci3n independiente a las 12 horas se obtuvo que 15,79% de pacientes post CC versus un 70,97% de pacientes post CL. Los pacientes operados por CC demoraron aproximadamente 25,5 horas para retomar la ingesta de alimentos por v3a oral post intervenci3n quir3rgica mientras que los operados por CL tardaron 19,9 horas. Respecto a la necesidad de analg3sicos post intervenci3n quir3rgica se obtuvo que en pacientes operados por CC el promedio fue de 89,49% con un tiempo promedio de tratamiento de 3,6 d3as, mientras que en el caso de los pacientes operados por CL fue de 93,55% con un tiempo promediado en 1,3 d3as. La tasa de complicaciones dentro de sala de operaciones fue de 15,79% en las CC contra 16,13% en las CL. Hablando de retomar las labores luego de la operaci3n los post CC obtuvieron un promedio de 39 d3as mientras que los post CL 25,5 d3as y por 3ltimo la satisfacci3n del paciente post operado frente a la CC fue de 59.37 versus los post operado por CL que fue de 87,1%. Lo cual nos ayuda a obtener las siguientes conclusiones. La colecistectom3a laparosc3pica seg3n este estudio es mejor respecto a la abierta para el manejo de la enfermedad vesicular, ya que nos ofrece un menos tiempo quir3rgico, menos complicaciones postoperatorias, el paciente puede valerse por s3 mismo (deambulaci3n independiente) en menor tiempo, menos estancia hospitalaria, acorta el tiempo con respecto al paciente y el reingreso las labores y por ultimo un resultado m3s est3tico el cual es aceptado y preferido por los pacientes.⁷

Velasco-Espinoza et al. (2018), realizaron un an3lisis comparativo con respecto a las lesiones de la v3a biliar tanto en pacientes que se realizan colecistectom3a laparosc3pica como a los de colecistectom3a abierta. El tiempo de estudio fue de 2 a3os y 6 meses en donde se llevaron a cabo 855 colecistectom3as a pacientes de ambos g3neros y con un rango de 21 a 75 a3os de edad; hubo 341 laparosc3picas y 514 convencionales. En total hubo

reportes de 11 lesiones de la vía biliar y se reportaron 3 defunciones dando una mortalidad del 27%. Se llegó a las siguientes conclusiones; la frecuencia de lesión con respecto a la vía biliar en pacientes que se realizaron colecistectomía laparoscópica es de 0,87%, versus 0,58% de los pacientes con colecistectomía abierta. Este resultado está relacionado a factores tales como índice de masa corporal, tiempo de evolución que va desde la presentación del cuadro clínico hasta el momento de la cirugía las cuales a raíz del siguiente trabajo han sido identificados como causas de importancia con respecto a complicaciones quirúrgicas.⁸

Cordero García *et al.* (2016), realizaron un estudio transversal, retrospectivo, observacional para determinar la relación que existe en pacientes pos operados de colecistectomía convencional y laparoscopia respecto al tiempo de estancia hospitalaria en el hospital general de Boca del Río, Veracruz. Se obtuvo como muestra pacientes post operados de colecistectomía, formándose 2 grupos; 21 pacientes operados por cirugía laparoscopia y 115 por cirugía convencional. Obtuvo como resultado que el 80% de la población fue conformado por pacientes del sexo femenino, con edad media de 48 años, la indicación pre quirúrgica más realizada fue la colecistitis crónica litiásica con un 82%. Solo hubo 3 variables obtuvieron significado estadístico relevante: edad, tiempo de estancia hospitalaria y el número de días de incapacidad ($p < 0,05$). Se pudo encontrar que la colecistectomía convencional tiene relación con un tiempo de estancia hospitalaria mayor a 48 horas (OR=8,9 IC95%:1,2-68,7). El tiempo promedio de estancia hospitalaria luego de la operación fue de 46h (1,9 días). Se formaron 2 grupos, en el primer grupo la estancia se encontraba entre las 19 y las 233 horas (0,79 a 9,7 días), obteniéndose una media de 50h (2.1 días) y desviación estándar de 38. En el segundo grupo se obtuvo un tiempo de 20 a 43 horas (0,83 a 1,79 días), una media de 25h. Teniendo como resultado que la cirugía laparoscópica tiene menor estancia hospitalaria que la convencional ($p < 0.001$). Se obtuvo como conclusión que la colecistectomía laparoscópica es mejor con respecto a la

convencional relacionado al manejo de la patología vesicular, también representa menos tiempo de estancia en el hospital, complicaciones y reincorporación más rápida a las actividades diarias.⁹

NACIONALES

Ais Rossenouf et al. (2017), realizaron un trabajo observacional analítico. Con el propósito de determinar cuáles son los factores que se encontraban asociados a las complicaciones post colecistectomía laparoscópica el cual se realizó en un Hospital de Lima. Fueron estudiados un total de 370 pacientes, con un porcentaje de 47,8% (117 pacientes) del sexo masculino y 52,2% (301 pacientes) del sexo femenino. De todos los pacientes que se realizaron colelap un 6,8% (25 pacientes) presentaron complicaciones luego de ser operados. En las complicaciones registradas se pudo observar infección de sitio operatorio como una de principales con un 4,3%, Bilioperitoneo (1,6%), Bilioma (0,5%) y la muerte (0,5%). También factores de riesgo asociados fueron identificados tales como la edad mayor de 60 años (OR=2,5, IC95%:1,0-4,8), diabetes mellitus (OR=3,3, IC95%:1,5-6,2), tiempo operatorio mayor de una hora con 20 minutos (OR=7,2, IC95%:3,2-11,5).¹⁰

Fernández Cauti et al. (2019), realizaron un estudio observacional, analítico, de casos y controles con el propósito de determinar que los factores tales como la edad el sexo y el índice de masa corporal estaban asociados con la ocurrencia de complicaciones post colecistectomía laparoscópica. Entre los resultados se pudo identificar que la edad mayor de 60 años estuvo asociado a la ocurrencia de complicaciones (OR=5,3, IC95%:1,5-18,7, p=0,006), el sexo femenino (OR=7,3, IC95%:3,2-16,6, p=0,001), mientras que el IMC mayor también 30 estuvo asociado (OR=2,7, IC95%:1,3-5,4, p=0,006) asimismo afirmo que el Nivel de ASA III y IV represento un factor de riesgo cuando se le comparaba con los niveles I y II, (OR=2,2, IC95%:1,9-4,4). La autora concluye que la población fue predominantemente femenina y que

tener un índice de masa corporal mayor de 30 y una edad más de 60 representaba un riesgo asociado a las complicaciones por colecistectomía.¹¹

Collantes Goicochea et al. (2018), realizaron un análisis respecto a las complicaciones de la colecistectomía convencional versus la laparoscópica en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Se encontró las siguientes características en los pacientes del estudio, tiempo promedio de la cirugía convencional 1:47 horas versus 1:21 horas por laparoscopia, también se determinó que con respecto a la técnica de tipo convencional existe una asociación con la presencia de infección de herido operatoria, sangrado intraoperatorio y la cirugía laparoscópica está asociado a menos tiempo de estancia hospitalaria. Se llegó a la conclusión que con respecto a la cirugía laparoscópica este presenta menor asociación a complicaciones intra y post operación; aparte que nos da un menor tiempo de estancia hospitalaria (aproximadamente 2 días) siendo de mayor seguridad ya que se presentaron 36 pacientes con complicaciones (60%) de un total de 60 pacientes que se realizaron la colecistectomía convencional o abierta contra 23 por laparoscopia (33,8%) de un total de 68 pacientes, Como principales complicaciones podemos encontrar a la infección de herido operatoria, teniendo como objeto de estudio 13 pacientes encontrando 10 post operados por cirugía convencional, la cual tiene una asociación de 4,3 veces más a ISO que la de tipo laparoscópica. También tenemos a la aparición de alza térmica luego de realizada la cirugía que se pudo observar fue de 39 (30,5%) pacientes respecto al total y que se presentó con mayor frecuencia al segundo día luego de la intervención con un total de 19 (14,8%) y los cuales 5 fueron operados por medio de laparoscopia, mediante chi² se indica que la técnica de tipo convencional tiene 2,7 veces más asociación con presencia de alza térmica post intervención en comparación a la laparoscópica. Como uno de los factores descritos con menor frecuencia vemos a la lesión inadvertida de la vía biliar la cual fue encontrada en 21 pacientes, siendo 13 por cirugía convencional o abierta y 8 por laparoscópica; este suceso se puede explicar

por una gran cantidad de causas, donde encontramos factores como la habilidad del cirujano, el tiempo de enfermedad antes de la operación, entre otras tantas. La presencia de sangrado intraoperatorio también se presentó como una complicación en 14 pacientes; 11 por técnica convencional.¹²

Abanto et al. (2015), realizaron una investigación analítica, retrospectiva de casos y controles en Trujillo con el propósito de determinar si existían complicaciones asociadas a la estancia hospitalaria prolongada. Como uno de los resultados se pudo identificar los factores independientemente asociados a la estancia hospitalaria prolongada los cuales fueron: Sangrado operatorio (OR=10,2, IC95%:2,9-35,3), náuseas y vómitos (OR=6,4, IC95%:2,3-17,7) y el IMC ≥ 30 (OR=2,8 IC95%:1,2-5,3) y a hipertensión arterial (OR=3,6, IC95%:2,5-6,2, $p=0,015$). El autor concluye que existían diversos factores asociados a la estancia hospitalaria prolongada post colecistectomía tales como las náuseas, vómitos y el sangrado intraoperatorio.¹³

Urcia Cruz et al. (2019), realizaron un estudio descriptivo, transversal, cuyo objetivo fue determinar si la obesidad es un factor de riesgo para las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias en colecistectomía laparoscópica en pacientes de la tercera edad en Trujillo. La población obtenida fue de 194 pacientes mayores de 65 años operados anteriormente por colecistectomía laparoscópica en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray durante el periodo 2014-2018. Se dividió en 2 grupos, uno con 97 pacientes obesos y otro con 97 pacientes no obesos, determinándose luego la presencia o no de complicaciones intra y post operatorias en cada grupo. Se obtuvo como resultado una relación entre obesidad y complicaciones intra y post operatorias con respecto a la cirugía realizada en pacientes de la tercera edad con un valor de $p=0,018$ y un riesgo relativo (RR) de 3 para un IC95%:1,1-7,9. Se pudo encontrar que existía una incidencia respecto a complicaciones intra y postoperatorias en pacientes obesos de la tercera edad que se sometieron a colecistectomía fue de 15.5% mientras que en pacientes no obesos fue de

5.2%. Dando como conclusión que la obesidad es un factor de riesgo para complicaciones intra y postoperatorias de colecistectomía en pacientes de la tercera edad.¹⁴

2.2. BASES TEÓRICAS

VESÍCULA BILIAR:

Órgano que está ubicado por debajo del hígado, es componente del sistema digestivo. Su tamaño es de aproximadamente 5-7 centímetros, tiene apariencia de pera. Su finalidad es la de albergar la bilis generada por el hígado y la cual es muy necesaria para el proceso digestivo.¹⁵

Este órgano se encuentra conectado al duodeno a través de la vía biliar, la cual está formada por el conducto cístico y colédoco, los que permiten el paso de la bilis al duodeno.

Se caracteriza por la formación de cálculos los cuales se encuentran en su interior y que loquean la vía biliar. La inflamación de la vesícula biliar es conocida como colecistitis y su tratamiento puede darse mediante fármacos cuyo fin es el de buscar que las piedras se puedan disolver o mediante intervención quirúrgica.¹⁶

EPIDEMIOLOGÍA:

Su incidencia se asocia al aumento del 50% en casos de pacientes de sexo femenino y se pudo demostrar la existencia de una relación directamente proporcional a la edad, en la cual la prevalencia se ve incrementada según el grupo etario.¹⁷ Existe un aumento respecto a la tasa de incidencia en casos de comorbilidades relacionados a algunas enfermedades de tipo crónicas y que no son transmisibles, donde resaltan la Diabetes Mellitus, hipertensión arterial y la obesidad mórbida, esta última con una menor frecuencia.¹⁸

También se ha podido determinar que, en gran cantidad de casos, pacientes con antecedentes de trauma u operaciones anteriores incrementan el riesgo de padecer litiasis vesicular o acalculosa (más frecuente).¹⁹

Se pudo determinar que 9 de cada 10 casos tienen relación con la presencia de cálculos en la vesícula, debido a la gran relación que tiene con los posibles taponamientos de los conductos vesiculares, lo que se asocia a la presentación grave de esta patología, en un muy bajo porcentaje se puede encontrar también a la colecistitis alitiásica aguda con un 5% a 12% en casos de adultos con colelitiasis.

CLASIFICACIÓN DE COLELITIASIS:

La colelitiasis es una patología de la vesícula biliar la cual se clasifica según la conformación de los cálculos.

Cálculos de tipo pigmentario:

Los cuales se encuentran conformados por bilirrubinato de calcio por lo que se describen como cuerpos que tienen una fuerte opacidad respecto al diagnóstico por imágenes.²⁰

Cálculos de colesterol:

Son los más comunes respecto a la patología de la vía biliar, son de tonalidad blanquecina, de gran tamaño, tienen una superficie irregular y rugosa y no es frecuente verlas agrupadas en grandes cantidades

La composición alterada de la bilis está entre los factores contribuyentes a la formación de este tipo de cálculos. La formación de barro y litiasis se da luego de la nucleación de vesículas multilaminares dada por un exceso de colesterol o también una alteración en la producción de sales biliares o fosfolípidos. La bilis está compuesta por varios elementos que están predispuestos a la formación de cálculos como la mucina y la inmunoglobulina G, y otros factores inhibidores como las apolipo y glucoproteínas.²¹

De forma externa administrar ácido ursodesoxicólico o antiinflamatorios no esteroideos ayudan a la inhibición de la litogénesis.

Dismotilidad vesicular:

La vesícula normalmente se contrae con facilidad, de esa forma elimina microcristales o barro que forman dentro y los cuales favorecen a la formación de cálculos. Esta motilidad se encuentra mediada por factores hormonales, inmunes e inflamatorios.

Factores como la nutrición prolongada por vía parenteral, el embarazo, uso de anticonceptivos orales y terapia hormonal son contribuyentes para la colelitiasis.

En menor proporción se ha relacionado los factores genéticos, obesidad, sedentarismo, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia o edad avanzada con la formación de litos.²²

Cálculos Mixtos:

Estos cálculos son más comunes de encontrar en países en vías de desarrollo, son parecidos a los compuestos de colesterol y en los diagnósticos por imágenes se ven opacos como los cálculos compuestos por bilirrubinato, pero de mayor tamaño.²³

CLASIFICACIÓN ACORDE A LOCALIZACIÓN:

Esta patología se clasifica en base a la localización del cálculo, el cual se puede encontrar dentro de la vía biliar o en la vesícula y se denomina de la siguiente manera²⁴:

Colelitiasis:

Se determina al encontrar cálculos en la vesícula biliar, esta patología es la de mayor frecuencia.

Coledocolitiasis:

Cuadro caracterizado por la presencia de algún cálculo al nivel de la vía biliar, en toda su extensión hasta el conducto colédoco.

Hepatocolelitiasis:

Caracterizado por la presencia de cálculos de la vesícula a nivel hepático (dentro del parénquima hepático), se encuentran entre los menos frecuentes.

COLECISTITIS AGUDA:

Esta patología se genera debido al resultado de la inflamación de la vesícula biliar generado mayormente por el atasco del conducto cístico debido a la presencia de bilis muy saturada de colesterol. Al principio existe una inflamación que se encuentra estéril en la mayor de los casos, pero como evento secundario se produce una infección bacteriana. Aproximadamente el 50% de pacientes tiene un cultivo de bilis positivo por E. Coli y anaerobios. El proceso inflamatorio puede causar isquemia, necrosis y en casos más severos, la perforación de la vesícula biliar (5%-18%). En algunos casos se observa la pared de la vesícula biliar en Rx y Tac abdominales, denominándose vesícula biliar enfisematosa. Se forma gas debido a los microorganismos que contribuyen la infección bacteriana secundaria.²⁵

La presentación clínica característica por un dolor en el cuadrante superior derecho o epigastrio, el cual se asocia a náuseas, vómitos, anorexia y alza térmica, el cual se vuelve mucho más frecuente luego de la ingesta de comida pesada, con alto contenido de grasa o en altas horas de la noche (cuando el cuadro de dolor perdura por más de 24h se debe sospechar de esta patología).

En la evaluación física presenta hipersensibilidad a nivel del cuadrante superior derecho con presencia de signo de Murphy la cual se produce con la detención al momento de la inspiración al palpar el área subcostal derecha.²⁶

En los exámenes laboratoriales se puede ver un aumento leve de la bilirrubina sérica menor a 4mg/dL el cual se asocia a una pequeña elevación de la fosfatasa alcalina, transaminasa y amilasa. No es tan frecuente en colecistitis aguda que tenga una leucocitosis mayor de 20 000 por lo cual se sugiere una forma de colecistitis de tipo complicada como gangrenosa, perforada o colangitis comitante.²⁷

Cuando hay ictericia prominente se sospecha que los cálculos podrían estar ubicados en el colédoco o que los conductos biliares están obstruidos por inflamación pericolecística grave la cual suele darse por un cálculo que se encuentra impactado en el infundíbulo de la vesícula, obstruyendo de manera mecánica el conducto biliar y a la cual se denomina síndrome de Mirizzi.

Respecto al diagnóstico por imágenes la ecografía es el método más útil, ya que tiene una alta sensibilidad y especificidad del 85% al 95%, respectivamente. Es muy sensible en caso de identificar la presencia de cálculos y también es posible observar el engrosamiento de la pared de la vesícula de más de 4mm, litos impactados, líquido pericolecístico, si existe distensión de la vesícula y se puede encontrar signo de Murphy ecográfico. Se usa con mucha menos frecuencia a la gammagrafía con radionúclidos la cual sirve para diagnosticar en los casos atípicos. Por la general en pacientes que presentan dolor agudo de abdomen se usa con frecuencia la Tac, la cual nos muestra una vesícula biliar con pared engrosada y también con menos sensibilidad que la ecografía (Gold estándar) el líquido pericolecístico y la presencia de cálculos biliares.

El diagnóstico de colecistitis aguda está basado en la evaluación clínica, laboratoriales y radiológica, el tratamiento se instaura dependiendo de la evaluación según la gravedad, según recomienda de la guía de Tokio.²⁸

FACTORES DE RIESGO:

Edad del paciente:

Su prevalencia pudo determinar que esta patología aumenta según la edad del paciente y se observa principalmente pasando los 40 años (punto de corte) independientemente del sexo del paciente. La prevalencia de pacientes mayores de 40 años alcanza hasta 1/5 y se eleva hasta en un 50% en pacientes de 60 años a más. Existen casos en donde se presenta esta patología en pacientes de origen pediátrico con una prevalencia de 4%, pero más común en países llamados desarrollados y con una relación a niveles de índice de masa corporal muy por encima de lo determinado por la OMS.

Sexo femenino:

Principal factor asociado al desarrollo de esta patología, ya que el estrógeno está muy relacionado a la sobreproducción de contenido biliar, el cual, en caso de combinarse con los niveles de colesterol elevado, predispone al desarrollo de cálculos. Es importante saber que hay mayor frecuencia de casos en edades consideradas fértiles, las cuales van desde los 18 hasta los 50 años de edad. Por este motivo al sexo femenino se le determina como uno de los principales factores de riesgo para desarrollar enfermedades de las vías biliares. Se estableció también que en edades tempranas y con antecedentes de gestaciones anteriores, parto por eutócico (vía vaginal), que usen métodos anticonceptivos por vía oral y terapia iatrogénica cerca de la menopausia tienen una muy elevada probabilidad de desarrollar esta patología, incrementando su prevalencia en un 60%. Las mujeres embarazadas son más propensas para la formación de litos en un 3% aproximadamente y lodo biliar en un 30%.²⁹

Sexo masculino:

Su prevalencia es altamente dependiente del ambiente o entorno del paciente, principalmente relacionado con sus hábitos, ya que factores de riesgo como obesidad mórbida, niveles elevados de colesterol LDL y bajos de HDL, el

consumo de tabaco y comorbilidades como diabetes mellitus predisponen al aumento de la prevalencia de la patología (20%-30%).³⁰

TRATAMIENTO:

La colecistectomía consta en el retiro de la vesícula biliar por vía quirúrgica. Esta se realiza con el fin de extirpar el órgano antes mencionado al haber cálculos biliares los cuales causan dolor o con el pasar del tiempo provocan una infección.

Entre los síntomas más comunes se encuentran, dolor agudo en el abdomen superior lado derecho (por debajo de la parrilla costal) y que se puede desplazar a la región lumbar, hemiabdomen u hombro derecho, presencia de fiebre, náuseas o sensación de hinchazón e ictericia en el caso exista la presencia de cálculos biliares.³¹

Respecto a tratamiento existe el tratamiento no quirúrgico que consta de extracción de los cálculos por endoscopia no aplicable a nuestra realidad; existen casos en los que hay presencia de cálculos asintomáticos para lo cual se sugiere mantener en observación al paciente y por último el procedimiento quirúrgico el cual se divide en dos; colecistectomía laparoscópica y la convencional o abierta. La primera se convirtió en el Gold estándar, debido a las múltiples ventajas respecto al procedimiento convencional tales como el tiempo de recuperación hospitalaria, dolor luego de la operación y reintegración a la vida laboral. Pero la cirugía convencional o abierta continúa practicándose con frecuencia, esto en parte se debe a la enseñanza de esta que aún se practica en la actualidad, así como la falta de equipos para realizar la cirugía laparoscópica en gran cantidad de hospitales.³²

COMPLICACIONES:

Como las más comunes luego de la operación tenemos el dolor abdominal persistente el cual no mejora con tratamiento, reacción peritoneal en la que se observa aumento de tono y contractura de músculos del abdomen.

Complicaciones Graves:

Infección de herida operatoria, las cuales se presentan en uno de cada tres casos. Abarca a todo tipo de infección relacionada a la operación ya sea en el lugar de la operación o cerca de ella y que ocurre dentro de los treinta días luego de la cirugía o un año en el caso de la colocación de material extraño.³³

Lesión de algunos componentes de la vía biliar, estas se asocian a la disposición anatómica: durante la cirugía puede confundirse el conducto cístico con la vía biliar principal. Sobre todo, cuando esta es fina facilitándose por la excesiva tracción se la vesícula y la presencia de un conducto cístico corto. Esto puede dar como resultado la sección parcial, ligadura, laceración y quemadura de tipo térmica. Esta patología puede enmascarar muchas estructuras biliares, vasculares y da como resultado hemorragia local y fistula colecisto-digestiva en algunos casos.

Por último, se tiene los factores en los que solo el cirujano está involucrado, asociado a un aumento de la incidencia respecto a lesiones. Resulta de la inexperiencia del cirujano. Según estudios respecto al periodo de aprendizaje del cirujano hay una incidencia máxima de lesión de 2,2% en las primeras 15 colecistectomías descendiendo a un 0,1% luego de 50 colecistectomías realizadas.

La lesión de vías biliares empeora mucho más el pronóstico cuando esta se asocia a lesiones vasculares. Una vez producida, lo ideal es que se detecte al momento de la operación y se repare en el mejor de los casos por un experto en cirugía hepatobiliar en miras a tener mayor éxito.

Ictericia que se presenta luego de las 24h post cirugía, presencia de escleras, piel y mucosas de color amarillo que resulta de la acumulación de bilirrubina. Se puede dar por un cálculo residual, ligadura del conducto colédoco o de la arteria hepática.

El absceso intraabdominal es una forma de peritonitis localizada la cual se caracteriza por presencia de colección líquida purulenta que se encuentra

rodeada de pared inflamatoria. Relacionados a la patología por la cual se realizó la intervención quirúrgica o una infección de sitio operatorio, perforaciones o dehiscencias de suturas del tubo digestivo.

Existen complicaciones que son menos frecuentes, pero aun así son de gravedad considerable, estas se pueden desarrollar luego de la cirugía. Se destacan las siguientes.³⁴

Existen complicaciones a nivel pulmonar que suelen ser generalmente de tipo infeccioso, como la neumonía. Mayormente desarrollado en pacientes que cursan con episodios de atelectasia o broncoaspiración intraoperatoria, lo que facilita la colonización de microorganismos Gram negativos (Bacilos), que producen el cuadro clínico infeccioso. Como las principales manifestaciones clínicas se tiene a la temperatura elevada, asociado a un aumento brusco de la frecuencia respiratoria.

Complicaciones en dren de pacientes, causado normalmente por falta de cuidado del dren por parte del personal de enfermería o por el material del mismo. También existen casos en los que el dren no se retira por más de 6 días lo cual lo convierte en un foco infeccioso, aunque esto se da en menor frecuencia ya que hay protocolos para evitar este tipo de complicaciones.

La estancia post quirúrgica la cual se refiere al tiempo que el paciente tarda en recuperarse luego de la cirugía antes del retorno a sus hogares y su vida diaria. Se sabe que el promedio de estancia en el hospital luego de una colecistectomía abierta es de 4.3 días y cambia según cada paciente debido a diversos factores, aunque principalmente debido a la presencia de infecciones dentro del hospital y complicaciones post cirugía. Estos factores forman una causa de preocupación pues aumenta la estancia hospitalaria y por esto vuelve vulnerables a los pacientes frente a otras enfermedades. Se puede destacar que las complicaciones luego de la cirugía suelen darse en pacientes que tienen una enfermedad biliar grave, en adultos mayores y los pacientes que presentan comorbilidades.³⁵

2.3. MARCO CONCEPTUAL

- **FACTORES DE RIESGO:** Rasgo, característica o exposición de cualquier tipo que se da a una persona y que incrementa la probabilidad de obtener alguna enfermedad o sufrir alguna lesión.
- **NIVEL SOCIOECONÓMICO:** Jerarquía de un sujeto o grupo respecto del resto. Suele ser medido según el ingreso individual o grupal, y a su vez de otros factores como son educación u ocupación laboral.
- **CIRUGÍA LAPAROSCOPIA:** Intervención que consiste en extraer vesícula haciendo pequeñas incisiones en el abdomen. Se utiliza un laparoscopio. Tiene como principal ventaja la rápida recuperación postoperatoria.
- **CIRUGÍA CONVENCIONAL:** Intervención abierta que requiere anestesia general. Se opta en casos en el que el paciente tenga alguna comorbilidad o se ha sometido a otras intervenciones quirúrgicas abdominales. Es de menor duración, pero el periodo de recuperación es mayor con respecto a la laparoscopia.
- **DEMOGRAFÍA:** Esta estudia estadísticamente la dinámica y la estructura poblacional y a su vez los procesos concretos que determinan como se forman, la conservación y su desaparición.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1 GENERAL

Hi: Existen factores asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019

Ho: No existen factores asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019.

2.4.2. ESPECÍFICAS

Hipótesis Especifica 1

Hi: Existen factores sociodemográficos asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019

Ho: No existen factores sociodemográficos asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019

Hipótesis Especifica 2

Hi: Existen antecedentes patológicos asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019

Ho: No existen antecedentes patológicos asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019

Hipótesis Especifica 3

Hi: Existen factores quirúrgicos asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019

Ho: No existen factores quirúrgicos asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019

2.5. VARIABLES

- **Variable Dependiente:**
 - **Complicaciones post colecistectomía**
 - Si
 - No
 - **Tipo de complicaciones** **Si** **No**
 - Infección de sitio operatorio
 - Nauseas o vómitos
 - Fiebre
 - Sangrado
 - Estancia Hospitalaria Prolongada
- **Variables Independientes**
 - **Factores Sociodemográficos**
 - Edad:
 - Sexo:
 - **Antecedentes Patológicos**
 - Índice de Masa Corporal:
 - Diabetes mellitus:
 - Si
 - No
 - Hipertensión Arterial:
 - Si
 - No
 - **Factores quirúrgicos**
 - Tiempo de operación:
 - Nivel ASA

- I
 - II
 - III
 - IV
- Tipo de cirugía:
 - Convencional
 - Laparoscópica
 - Conversión de convencional a laparoscópica:
 - Si
 - No

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **Variable Dependiente:**
 - **Complicaciones post colecistectomía**
 - Infección de sitio operatorio: Evidencia de signos de flogosis en zona en donde se realizó el procedimiento quirúrgico.
 - Nauseas o vómitos: Nausea es la sensación que nos indica la proximidad del vómito y esfuerzos las cuales van junto a las ganas de vomitar. El vómito, es la expulsión de tipo violenta y espasmódica del contenido estomacal por de la boca.
 - Fiebre: Se puede definir como un síndrome (conjunto de síntomas y signos). Su principal signo es la hipertermia.

- Sangrado: Expulsión de la sangre desde el aparato circulatorio, provocado al romperse los vasos sanguíneos tales como venas, arterias o capilares.
 - Estancia Hospitalaria Prolongada: Permanecer más del tiempo de recuperación correspondiente en un establecimiento de salud luego de realizada una cirugía.
- **Variables Independientes**
 - **Factores Sociodemográficos**
 - Edad: Tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el día de la intervención.
 - Sexo: Característica del género de una persona.
 - **Antecedentes Patológicos**
 - Índice de Masa Corporal: Es la razón que está asociada a la talla y la masa de una persona.
 - Diabetes mellitus. Trastorno metabólico caracterizado por ausencia de insulina resistencia de las células a ella.
 - Hipertensión Arterial: Enfermedad tipo crónica caracterizada por un constante aumento respecto a las cifras de la presión en sangre por encima de los límites sobre los que el riesgo aumenta cardiovascular.
 - **Factores quirúrgicos**
 - Tiempo de operación: Tiempo transcurrido desde el inicio hasta el término del procedimiento quirúrgico.

- Nivel ASA: La clasificación de estado físico ASA es un sistema que es útil para poder evaluar la aptitud de los pacientes previamente a la cirugía. Se divide en:
 - I. Persona saludable.
 - II. Enfermedad sistémica leve.
 - III. Enfermedad sistémica severa.
 - IV. Enfermedad sistémica grave considerada constante amenaza para la vida.

- Tipo de cirugía: Técnica utilizada para la intervención quirúrgica.

- Conversión de convencional a laparoscópica: Cuando se decide cambiar el tipo de cirugía de abierta a laparoscópica.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPOS DE INVESTIGACIÓN

Según su naturaleza: Es de tipo observacional, debido a que el investigador solo se dedicara a observar como ocurren los hechos de manera espontánea, se medirá solo el fenómeno, por lo cual no se modificará a voluntad ninguna de los factores que se vean involucrados en el proceso.

Según su alcance: Analítico, el tipo de investigación debido a su carácter es cuantitativo ya que se procederá a recoger datos de tipo cuantitativos con el uso del instrumento, luego se les llevará a cabo una medición de tipo sistemática a los resultados, y se usará el análisis estadístico como característica resaltante.

Según el número de mediciones: El tipo de investigación es transversal debido a la temporalidad, ya que esta realizado en el presente.

Según la planificación de la toma: Prospectivo, debido a que los hechos o fenómenos a analizar o describir ya ocurrieron previos al diseño de esta investigación.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de la investigación es correlacional debido a que tiene como principal objetivo el de determinar los factores de tipo sociodemográficos, patológicos y quirúrgicos los cuales se encuentran asociados a la ocurrencia de complicaciones post colecistectomía.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

La población que se estudiará será los pacientes atendidos en el hospital ventanilla intervenido quirúrgicamente por colecistectomía, los cuales ingresaron por departamento de cirugía, entre los meses de Enero a Diciembre del 2019. (N=270)

MUESTRA

Nivel de confianza de dos lados (1-alpha): 95

Potencia (% de probabilidad de detección): 90

Razón de controles por caso: 1

Proporción hipotética de controles con exposición: 0.5

Proporción hipotética de casos con exposición: 0.5

Odds Ratios menos extremas a ser detectadas: 2.78 Según la investigación Abanto¹³ del índice de masa corporal mayor de 30: Se calculó un tamaño de muestra mínimo de 88 casos y 88 controles.

Grupo casos: Pacientes intervenidos quirúrgicamente por colecistectomía ya sea convencional o laparoscópica durante el año 2019 que hayan reportado complicaciones.

Grupo control Pacientes intervenidos quirúrgicamente por colecistectomía ya sea convencional o laparoscópica durante el año 2019 no hayan reportado complicaciones.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Grupo casos:

- Pacientes atendidos por el área de cirugía general del Hospital de Ventanilla ya sea por Hospitalización, consultorio o emergencia durante el 2019
- Que hayan sido post operados por colecistectomía
- Pacientes con historias clínicas completas en donde se registren todos los factores evaluados por este estudio

Grupo control:

- Pacientes atendidos por el área de cirugía general del Hospital de Ventanilla ya sea por Hospitalización, consultorio o emergencia durante el 2019
- Que hayan sido post operados por colecistectomía
- Pacientes con historias clínicas completas en donde se registren todos los factores evaluados por este estudio

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA CASOS Y CONTROLES:

- Pacientes con otras comorbilidades
- que no cuentan con datos completos en la historia clínica o donde no se pueda conseguir todos los factores evaluados por este estudio

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Luego de haber sido aprobado el proyecto de investigación por los metodólogos respectivos se procedió a solicitar una carta de presentación a la Universidad Privada San Juan Bautista. Con esta carta será posible solicitar la autorización al departamento de docencia e investigación del Hospital de Ventanilla para la realización del estudio. Se solicitará el permiso correspondiente al departamento de archivo de historias clínicas para contar

con el acceso respectivo. Para el registro de datos se llevó a cabo el diseño de una ficha de recolección de datos la cual fue elaborada por el investigador y validada por tres especialistas en los temas de cirugía metodología de la investigación y estadística.

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Luego de la aplicación de la ficha de recolección de datos a las historias clínicas de los pacientes del hospital de Ventanilla, se elaborará una tabla matriz a fin de tener la vista panorámica de los datos en Excel en donde se hallarán las medidas aritméticas correspondientes y se importarán los datos al programa estadístico.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para la medición y el análisis de la información que se obtendrá, se utilizará el paquete estadístico Rstadic7 con el cual se procederá a realizar los análisis descriptivos correspondientes. Aplicado luego a la prueba Chi Cuadrado para probar independencia entre dos variables cuantificando el riesgo mediante el OR y se hallará la significancia estadística con un valor de $p < 0,05$.

Después de la elaboración de cuadros estadísticos se comenzará con el análisis de dichos gráficos (representaciones), la contrastación con el marco teórico, la interpretación utilizando la estadística descriptiva e inferencial.

Para encontrar los factores asociados a las complicaciones post colecistectomía, se medirá de acuerdo a lo recolectado en las historias clínicas.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

Con el propósito de alcanzar los objetivos de esta investigación se tuvieron en cuenta los principios bioéticos de: no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía. Se requirió la autorización a las autoridades del Hospital de Ventanilla para la respectiva recolección de información en las historias clínicas. Debido a la naturaleza de este proyecto de investigación se mantuvo presente la confidencialidad y anonimato acerca los datos personales de los pacientes intervenidos en el presente estudio. La información obtenida para este trabajo fue procesada y analizados por el investigadores; ninguna tercera persona tuvo acceso a esta información. No fue necesario solicitar un consentimiento informado por tratarse de fuente secundaria y no haber interacción directa con el paciente.

Asimismo, todo lo expuesto será llevado a cabo bajo la anuencia de las autoridades convenientes del Hospital de Ventanilla y del Comité de Ética de la Universidad Privada San Juan Bautista.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

TABLA 1: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES POST COLECISTECTOMÍA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA DURANTE EL 2019

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Con Complicaciones Post Colectomía		Sin complicaciones Post Colectomía		OR	IC 95%	P
	n	%	n	%			
	S		C				
Edad (años)							
Promedio (±DE)	46,9(±18,2)		36,9 (±17,9)		-	-	-
>60 años	35	39,8	19	21,6	2,3	1,2-4.6	0,009
≤ 60 años	53	60,2	69	78,4			
Sexo							
Femenino	49	55,7	55	62,5	0,75	0,4-1,4	0,358
Masculino	39	44,3	33	37,5			

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación. En la tabla 1 se observa los factores sociodemográficos asociados a la ocurrencia de complicaciones post colecistectomía en cuanto a la edad se puede apreciar que dentro del grupo de casos el promedio fue de 46,9 años de edad mientras que en el grupo de controles el promedio fue de 36,9 años de edad. Dentro del grupo de casos se observó que un 60% (53) presentaron una edad menor o igual de 60 años, dentro del grupo de controles la mayor parte de los evaluados estaba también dentro del grupo de menor de 60 años 78,4% (69) Se pudo encontrar una asociación estadística con este factor dada por un valor de $p=0,009$ y un $OR=2,3$, $IC95\%:1,2-4,6$ lo cual indica que las personas mayores de 60 años sometidas a colecistectomía tienen un riesgo 2,3 veces mayor que las personas menores de 60 años. En cuanto al sexo dentro del dentro del grupo de casos se identificó que el 55,7% (49) pertenecían al sexo femenino. Mientras que dentro del grupo de controles el 62,5% (55) eran femeninas. No se pudo hallar una asociación significativa con esta variable debido ($p=0,358$)

TABLA 2: ANTECEDENTES PATOLÓGICOS ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES POST COLECISTECTOMÍA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA DURANTE EL 2019

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	Con Complicaciones Post Colectomía		Sin complicaciones Post Colectomía		OR	IC 95%	p
	n	%	n	%			
Índice de masa corporal							
Promedio (\pm DE)	28,2 (\pm 4)		25,7 (\pm 4)		-	-	-
$\leq 30 \text{ kg/m}^2$	47	53,4	61	69,3	1,9	1,1-3,7	0,030
$>30 \text{ kg/m}^2$	41	46,6	27	30,7			
Diabetes mellitus							
Si	15	17,0	5	5,7	3,4	1,2-9,8	0,018
No	73	83,0	83	94,3			
Hipertensión Arterial							
Si	23	26,1	10	11,4	2,7	1,2-6,2	0,012
No	65	73,9	78	88,6			

Ficha de recolección de datos

Interpretación: En la tabla 2 se puede observar los antecedentes patológicos asociados a la ocurrencia de complicaciones post colecistectomía en cuanto a el índice de masa corporal se puede apreciar que dentro del grupo de casos el promedio fue de 28,2 mientras que el grupo de controles fue de 25,7. dentro del grupo de casos de observo que un 53.4% (47) presentaron índice de masa corporal menor de 30kg/m², dentro del grupo de controles la mayoría de los evaluados estaba también dentro de grupo de índice de masa corporal menor de 30Kg/m² 69,3% (61). Se pudo encontrar una asociación estadística con este factor dada por un valor de p=0,030 y un OR=1,9, IC95%:1,1-3,7 lo cual indica que las personas con un índice de masa corporal mayor de 30kg/m² sometidas a colecistectomía tiene un riesgo 1,9 veces mayor que las personas con un índice de masa corporal menor de 30kg/m². Así mismo se observa la ocurrencia de complicaciones post colecistectomía en cuanto a la presencia

de pacientes con diabetes mellitus en donde se puede apreciar que dentro del grupo de casos un 83% (73) no presento diabetes mellitus, dentro del grupo de controles la mayoría de evaluados también se encontraba en este grupo que no presento diabetes mellitus con un 94,3% (83). Se pudo encontrar una asociación estadística con este factor dada por un valor de $p=0,018$ y un $OR=3,4$, $IC95\%:1,2-9,8$ lo cual indica que las personas con diabetes mellitus que son sometidas a colecistectomía tiene un riesgo 3,4 veces mayor que las personas que no presentaron diabetes mellitus. Por último, se puede observar que respecto a la hipertensión arterial y su relación con las complicaciones post colecistectomía dentro del grupo de casos un 73,9% (65) no presento hipertensión arterial, dentro del grupo de controles de igual manera encontramos que la mayoría de evaluados se encuentra dentro del grupo que no presento hipertensión arterial 88.6% (78). Se pudo encontrar una asociación estadística con este factor dada por un valor de $p=0,012$ y un $OR=2,7$, $IC95\%:1,2-6,2$ lo cual indica que las personas con hipertensión arterial que son sometidas a colecistectomía tiene un riesgo 2,7 veces mayor que las personas que no la presentaron.

TABLA 3: FACTORES QUIRÚRGICOS ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES POST COLECISTECTOMÍA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA DURANTE EL 2019

FACTORES QUIRURGICOS	Con Complicaciones Post Colectomía		Sin complicaciones Post Colectomía		OR	IC 95%	p
	n	%	n	%			
Tiempo Operatorio							
Promedio (±DE)	68.7 (±10)		68.8 (±8.9)		-	-	-
>80 minutos	9	10,2	4	4,5	1,9	0,6-5,9	0,265
≤ 80 minutos	79	89,8	84	95,5			
ASA							
III,IV	4	4,5	1	1,1	4,1	0,5-37,8	0,173
I, II	84	95,5	87	98,9			
Tipo de Operación							
Abierta	70	79,5	58	65,9	2,0	1,0-3,9	0,004
Laparoscópica	18	20,5	30	34,1			
Conversión							
Si	4	4,5	2	2,3	2,0	0,4-11,5	0,406
No	84	85,5	86	97,7			

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación: En la Tabla N°3 se observan los factores quirúrgicos asociados a las complicaciones post colecistectomía, en cuanto al tiempo operatorio se puede observar que el promedio del tiempo operatorio en minutos fue de 68,7 mientras que en el grupo de controles fue de 68,8. Asimismo, se puede observar que dentro del grupo que presento complicaciones 10,2% presentaron un tiempo operatorio mayor de 80 minutos mientras que dentro del grupo de controles solamente un 4,5% lo presento. El valor de p=0,265 indica que no se pudo hallar asociación estadísticamente significativa con esta variable y la ocurrencia de complicaciones. En cuanto al tipo de operación se puede observar que el 79,5% (70) del grupo de casos fueron sometidos a una colecistectomía abierta y dentro de controles el 65,9% (58) fueron sometidos a este procedimiento. El análisis estadístico pudo encontrar una asociación

estadísticamente significativa con esta variable dada por un valor de $p=0,004$ y un $OR=2,0$ con un $IC95\%:1,0-3,9$, lo cual indica que aquellos pacientes sometidos a una colecistectomía abierta tienen un riesgo de 2,0 mayor que aquellos sometidos a un procedimiento laparoscópico. También se puede observar en cuanto a la conversión de cirugía laparoscópica, dentro del grupo de casos el 85,5% (84) no la presentaron mientras que dentro del grupo de controles el 97,7% (86) no la presentó. No fue posible hallar una asociación estadísticamente significativa con esta variable debido a un valor de $p=0,406$.

TABLA 4: FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES POST COLECISTECTOMÍA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA DURANTE EL 2019

FACTORES ASOCIADOS	Con Complicaciones Post Colecistectomía		Sin complicaciones Post Colecistectomía		OR	IC 95%	p
	n	%	n	%			
Edad							
>60	35	39,8	19	21,6	2,3	1,2-4,6	0,009
<60	53	60,2	69	78,4			
Índice de masa corporal							
>30 kg/m ²	41	46,6	27	30,7	1,9	1,1-3,7	0,030
≤30 kg/m ²	47	53,4	61	69,3			
Diabetes mellitus							
Si	15	17,0	5	5,7	3,4	1,2-9,8	0,018
No	73	83,0	83	94,3			
Hipertensión Arterial							
Si	23	26,1	10	11,4	2,7	1,2-6,2	0,012
No	65	73,9	78	88,6			
Tipo de Operación							
Abierta	70	79,5	58	65,9	2,0	1,0-3,9	0,004
Laparoscópica	18	20,5	30	34,1			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: En la tabla 4 se observa los factores asociados a la ocurrencia de complicaciones post colecistectomía en cuanto a la edad se puede apreciar que dentro del grupo de casos se observó que un 60,2% (53) presentaron una edad menor o igual de 60 años, dentro del grupo de controles la mayor parte de los evaluados estaba también dentro del grupo de menor de 60 años 78,4% (69) Se pudo encontrar una asociación estadística con este factor dada por un valor de $p=0,009$ y un $OR=2,3$, $IC95\%:1,2-4.6$ lo cual indica que las personas mayores de 60 años sometidas a colecistectomía tienen un riesgo 2,3 veces mayor que las personas menores de 60 años. También se puede observar los antecedentes patológicos asociados a la ocurrencia de complicaciones post colecistectomía en cuanto a el índice de masa corporal se puede apreciar que dentro del grupo de casos el promedio fue de 28,2 mientras que el grupo de controles fue de 25,7. dentro del grupo de casos de observo que un 53,4% (47) presentaron índice de masa corporal menor de 30kg/m², dentro del grupo de controles la mayoría de los evaluados estaba también dentro de grupo de índice de masa corporal menor de 30Kg/m² 69,3% (61). Se pudo encontrar una asociación estadística con este factor dada por un valor de $p=0,031$ y un $OR=1,9$, $IC95\%:1,0-3,6$ lo cual indica que las personas con un índice de masa corporal mayor de 30kg/m² sometidas a colecistectomía tiene un riesgo 1,9 veces mayor que las personas con un índice de masa corporal menor de 30kg/m². Así mismo se observa la ocurrencia de complicaciones post colecistectomía en cuanto a la presencia de pacientes con diabetes mellitus en donde se puede apreciar que dentro del grupo de casos un 83% (73) no presento diabetes mellitus, dentro del grupo de controles la mayoría de evaluados también se encontraba en este grupo que no presento diabetes mellitus con un 94,3% (83). Se pudo encontrar una asociación estadística con este factor dada por un valor de $p=0,023$ y un $OR=3,4$, $IC95\%:1,1-9,8$ lo cual indica que las personas con diabetes mellitus que son sometidas a colecistectomía tiene un riesgo 3,4 veces mayor que las personas que no presentaron diabetes mellitus. Por último, se puede observar que respecto a la hipertensión arterial y su relación con las complicaciones post

colecistectomía dentro del grupo de casos un 73,9% (65) no presento hipertensión arterial, dentro del grupo de controles de igual manera encontramos que la mayoría de evaluados se encuentra dentro del grupo que no presento hipertensión arterial 88,6% (78). Se pudo encontrar una asociación estadística con este factor dada por un valor de $p=0,014$ y un $OR=2,8$, $IC95\%:1,2-6,2$ lo cual indica que las personas con hipertensión arterial que son sometidas a colecistectomía tiene un riesgo 2,76 veces mayor que las personas que no la presentaron. En cuanto al tipo de operación se puede observar que el 79,5% (70) del grupo de casos fueron sometidos a una colecistectomía abierta y dentro de controles el 65,9% (58) fueron sometidos a este procedimiento. El análisis estadístico pudo encontrar una asociación estadísticamente significativa con esta variable dada por un valor de $p=0,004$ y un $OR=2,6$ con un $IC95\%:1,3-5,0$, lo cual indica que aquellos pacientes sometidos a una colecistectomía abierta tienen un riesgo de 2,6 mayor que aquellos sometidos a un procedimiento laparoscópico.

4.2. DISCUSIÓN

En este estudio se evaluaron factores sociodemográficos, patológicos y quirúrgicos para determinar su asociación con las complicaciones post colecistectomía. Se pudo identificar que el promedio de la edad para pacientes con complicaciones fue de 46,9 años de edad, resultado similar al de Manríquez et al 5, Cordero García et al 9 quien en sus investigaciones describieron una edad promedio de 44 y 48 años de edad respectivamente.

Asimismo, se pudo describir una asociación estadísticamente significativa con la edad mayor de 60 años ($OR=2,3$, $IC95\%:1,2-4,6$, $p=0,009$) confirmando los hallazgos de Ais Rossenouf et al¹⁰ ($OR=2,5$, $IC95\%:1,0-4,8$) y Fernández Cauti et al¹¹ ($OR=5,3$, $IC95\%:1,5-18,7$, $p=0,006$), quienes también encontraron una asociación con la edad mayor de 60 años en sus respectivas

investigaciones. En cuanto al sexo, esta investigación no pudo hallar una asociación con esta variable ($p=0,75$) contrastándose a lo hallado por Fernández Cauti et al.11 (OR=7,3, IC95%:3,3-16,6, $p=0,001$), quien en su investigación describió una asociación con el sexo femenino.

Sin embargo, en cuanto a la incidencia de complicaciones este estudio halló que el sexo femenino fue predominante en las complicaciones (55,7%), tal como lo describió Manríquez et al 5 quien identificó que el 65,3% de los pacientes que presentaron complicaciones pertenecían al sexo femenino.

Dentro de los antecedentes patológicos, se evaluó al índice de masa corporal mayor de 30 kg/m² con el cual se estableció una asociación estadísticamente significativa (OR=1,9, IC95%:1,1-3,7, $p=0,030$). Confirmando los hallazgos de Abanto et al13 quien encontró una asociación con el índice de masa corporal mayor de 30 (OR=2,8 IC95%:1,2-5,3) así como también lo hizo Fernández Cauti et al11 (OR=2,6, IC95%: 1,3-5,5, $p=0,006$). El antecedente de diabetes mellitus también fue asociada a la ocurrencia de complicaciones post colecistectomía (OR: 3,4, IC95% 1,2-9,8, $p=0,018$) confirmando lo descrito por Ais Rossenouf et al.10, (OR=3,3, IC95%:1,5-6,2) en su investigación.

En cuanto a la hipertensión arterial, esta investigación también pudo establecer una asociación estadísticamente significativa con esta variable (OR=2,8, IC95%:1,2-6,2, $p=0,014$) confirmando lo descrito por Abanto et al.13 (OR=3,6, IC95%:2,5-6,2, $p=0,015$) quien en su investigación también afirmó que la hipertensión arterial representa un riesgo para el desarrollo de complicaciones post colecistectomía.

En cuanto al tiempo operatorio mayor de 80 minutos, esta investigación no pudo hallar una asociación estadísticamente significativa con esta variable. Contrastándose con los hallazgos de López et al.6 (OR=5,2, IC95%:3,4-8,1) quien en su estudio describe una asociación con el tiempo operatorio mayor

de 90 minutos, de la misma manera Ais Rossenouf et al¹⁰, (OR=7,3, IC95%:3,2-11,5) afirma que el tiempo operatorio mayor de 1 hora con 20 minutos representa un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones post colecistectomía.

El nivel de asa no fue un factor asociado en esta investigación, (OR=4,1, IC95%:1,3-5,0, p=0,207) contrastando lo hallado por Fernández Cauti et al¹¹ (OR=2,1, IC95%:1,9-4,4, p=0,002). En cuanto al tipo de cirugía en este estudio se pudo afirmar que existía una asociación estadísticamente significativa con la colecistectomía abierta y la ocurrencia de complicaciones. (OR=2,0, IC95%:1,0-3,9 p=0,004).

A conversión de cirugía laparoscopia o abierta, en nuestra investigación se dio solamente en 6 casos en toda la población, 4 del grupo de casos y 2 del grupo controles, lo que representaban el 4,5% y 2% con lo cual no se pudo hallar una asociación estadísticamente significativa con esta variable y las complicaciones post colecistectomía (p=0,41).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Si existen factores asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el Hospital de Ventanilla durante el 2019 y son la edad, el índice de masa corporal, el antecedente de diabetes mellitus, antecedente de hipertensión arterial y la colecistectomía abierta.
- Si existen factores sociodemográfico asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el Hospital de Ventanilla durante el 2019 como es la edad, donde tenemos una edad ≥ 60 años tiene en 2,3 veces más riesgo de complicaciones post colecistectomía que los pacientes < 60 años.
- Si existen antecedentes patológicos asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el Hospital de Ventanilla durante el 2019, los cuales son el índice de masa corporal mayor de 30 kg/m^2 donde tenemos en 1,9 un mayor riesgo de complicaciones post colecistectomía que en pacientes con un IMC menor de 30 kg/m^2 , tenemos también el antecedente de diabetes mellitus que en 3,4 aumenta el riesgo y el antecedente de hipertensión arterial cuyo riesgo aumenta en 2,76 veces en comparación a los que no presentan estas patologías.
- El factor quirúrgico asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el Hospital de Ventanilla durante el 2019 es la colecistectomía abierta que presenta un 2,6 veces más riesgo que los que se realizan cirugía laparoscópica.

5.2. RECOMENDACIONES

- Debido a que este estudio encontró una relación con la edad y la aparición de complicaciones se recomienda tener mayor énfasis en el control y seguimiento de los pacientes que ingresen por signos característicos de colelitiasis y tengan una edad avanzada, con el fin de que la intervención quirúrgica y manejo sean el adecuado, existiendo menos complicaciones.
- Se recomienda que a aquellos pacientes que tienen un índice de masa corporal mayor de 30 kg/m² y consideren una colecistectomía programada acudan a un especialista en nutrición para el manejo apropiado de su alimentación y un programa de actividad física y lograr una disminución del peso. Todo esto repercutiría favorablemente en la ocurrencia de complicaciones.
- Aquellos pacientes con antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión arterial deberían tener un control estricto de sus patologías antes de llevarse a cabo el procedimiento quirúrgico.
- Realizar controles previos a la programación de la colecistectomía con el fin de realizarse una cirugía laparoscópica y no esperar el ingreso del paciente sin controles o plan de trabajo optando por una cirugía abierta incrementando así el riesgo de complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Triantafyllidis I, Nikoloudis N, Sapidis N, Chrissidou M, Kalaitidou I, Chrissidis T. Complications of laparoscopic cholecystectomy: our experience in a district general hospital. SLEPT 2009 Dec 1;19(6):449-58.
2. Reynolds Jr W. The first laparoscopic cholecystectomy. JSLS. 2001 Jan;5(1):89.
3. Biscione FM, Couto RC, Pedrosa TM, Neto MC. Comparison of the risk of surgical site infection after laparoscopic cholecystectomy and open cholecystectomy. INFECT CONT HOSP EP. 2007 Sep;28(9):1103-6.
4. Bocanegra Del Castillo RR, Córdova Cuadros ME. Colectomía 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 Apr;33(2):113-20.
5. Manríquez E, Tejos R, Rojas A, Pimentel E, Vega T, Achurra P, Avila R, Jarufe N, Crovari F, Arrese M, Martínez J. Diarrea poscolectomía: ¿ un problema frecuente?. Rev Chil Cir. 2017 Oct;69(5):376-81.
6. López J, Iribarren O, Hermosilla R, Fuentes T, Astudillo E, López N, González G. Resolución quirúrgica de la colecistitis aguda.¿ Influye el tiempo de evolución?. Rev Chil Cir. 2017 Mar 1;69(2):129-34.
7. Machain Vega GM, Miranda C, Amarilla J, Bogado O, Careaga D, Guillén W, Trinidad A, Moura J, Santander A. " ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF VIDEOLAPAROSCOPIC SURGERY ON OPEN SURGERY IN CHOLECYSTECTOMY PERFORMED AT THE SECOND

CATHEDRA OF SURGICAL CLINIC, HOSPITAL DE CLINICAS, SAN LORENZO, PARAGUAY 2017. Cirugía paraguaya. 2017 Dec;41(3):21-32.

8. Velasco-Espinoza MF, Salinas-Cruz JA, Rodarte-Reveles A, Bernal-Llamas AK, Ron-Padilla C. Análisis comparativo de las lesiones de vía biliar: prevalencia en pacientes con colecistectomía laparoscópica y colecistectomía abierta en el Hospital General 450 en Durango, México. Cirujano general. 2018 Dec 17;40(3):159-63.
9. García RC, Santos KP, Rodríguez AG. Tiempo de estancia hospitalaria post quirúrgica en pacientes post operados de Colecistectomía convencional y laparoscópica. Rev Med Univ Veracruz. 2015 Jul;2(15).
10. Rossenouff A, Itziar I. Factores asociados a complicación post colecistectomía laparoscópica en el hospital PNP "Luis N. Saénz" entre los meses de julio 2015 a julio del 2016.
11. Fernández Cauti LR. Factores ASOCIADOS A COMPLICACIONES post colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar en EL HOSPITAL DE VITARTE EN EL periodo 2014-2017.
12. Collantes Goicochea JB. Análisis comparativo de las Complicaciones de la colecistectomía convencional versus colecistectomía laparoscópica en cirugía de emergencia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en los meses de Enero–Septiembre del 2017.
13. Abanto Mera LF. Factores de riesgo asociados a estancia hospitalaria postoperatoria prolongada en colecistectomía laparoscópica. Hospital Belén de Trujillo (2015) UNT

14. Urcia Cruz FE. Obesidad como factor de riesgo a complicaciones intra y postoperatorias en colecistectomía laparoscópica en pacientes de la tercera edad (2019) UPAO
15. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, Mullany EC, Biryukov S, Abbafati C, Abera SF, Abraham JP. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. 2014 Aug 30;384(9945):766-81.
16. Magdaleno HS, Tarragó AC, Casas CO, Padillo AD, Chacón MF, Bargalló JV, Serra JS, Martín RJ. Valoración del impacto de la educación preoperatoria en la colecistectomía laparoscópica ambulatoria. Ensayo prospectivo aleatorizado doble ciego. *CIR ESPAN*. 2018 Feb 1;96(2):88-95.
17. Aranceta-Bartrina J, Pérez-Rodrigo C, Alberdi-Aresti G, Ramos-Carrera N, Lázaro-Masedo S. Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25–64 años) 2014–2015: estudio ENPE. *Rev Esp Cardiol*. 2016 Jun 1;69(6):579-87.
18. Franco H, Josue B, Idrobo Zambrano CA. Modificación del perfil clínico y glicémico en pacientes con obesidad y diabetes post cirugía bariátrica, estudio a realizarse en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo; enero 2014 a diciembre 2016 (Doctoral dissertation, UGGE. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina).
19. Malik VS, Willett WC, Hu FB. Global obesity: trends, risk factors and policy implications. *Nat. Rev. Endocrinol*. 2013 Jan;9(1):13.

20. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA, Hu FB, Hubbard VS, Jakicic JM, Kushner RF, Loria CM. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *JACC* 2014 Jul 1;63(25 Part B):2985-3023.
21. Obesity Collaborators GB, Afshin A, Forouzanfar MH. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 countries over 25 Years. *N Engl J Med*. 2017;377:13-27.
22. Tchernof A, Després JP. Pathophysiology of human visceral obesity: an update. *Physiol Rev*. 2013 Jan;93(1):359-404.
23. Bencini L, Tommasi C, Manetti R, Farsi M. Modern approach to cholecystocholedocholithiasis. *WJGE*. 2014 Feb 16;6(2):32.
24. Costi R, Gnocchi A, Di Mario F, Sarli L. Diagnosis and management of choledocholithiasis in the golden age of imaging, endoscopy and laparoscopy. *WJG*. 2014 Oct 7;20(37):13382.
25. Copelan A, Kapoor BS. Choledocholithiasis: diagnosis and management. *Techniques in vascular and interventional radiology*. 2015 Dec 1;18(4):244-55.
26. Narváez-Rivera RM, González-González JA, Monreal-Robles R, García-Compeán D, Paz-Delgado J, Garza-Galindo AA, Maldonado-Garza HJ. Accuracy of ASGE criteria for the prediction of choledocholithiasis. *REV ESP ENFERM DIG*. 2016 Jun;108(6):309-14.

27. Sethi S, Wang F, Korson AS, Krishnan S, Berzin TM, Chuttani R, Pleskow DK, Sawhney MS. Prospective assessment of consensus criteria for evaluation of patients with suspected choledocholithiasis. *Digestive Endoscopy*. 2016 Jan;28(1):75-82.
28. Isherwood J, Garcea G, Williams R, Metcalfe M, Dennison AR. Serology and ultrasound for diagnosis of choledocholithiasis. *ANN ROY COLL SURG*. 2014 Apr;96(3):224-8.
29. Song SH, Kwon CI, Jin SM, Park HJ, Chung CW, Kwon SW, Ko KH, Hong SP. Clinical characteristics of acute cholecystitis with elevated liver enzymes not associated with choledocholithiasis. *EUR J GASTROEN HEPAT*. 2014 Apr 1;26(4):452-7.
30. Gutt CN, Encke J, Königer J, Harnoss JC, Weigand K, Kipfmüller K, Schunter O, Götze T, Golling MT, Menges M, Klar E. Acute cholecystitis: early versus delayed cholecystectomy, a multicenter randomized trial (ACDC study, NCT00447304). *Ann. Surg*. 2013 Sep 1;258(3):385-93.
31. Mitte Quijije LL, Montalvo Tapia EA. Asociación entre obesidad y desarrollo de complicaciones en pacientes sometidos a colecistectomía convencional (Doctoral dissertation, UGGE. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina).
32. De Mestral C, Rotstein OD, Laupacis A, Hoch JS, Zagorski B, Alali AS, Nathens AB. Comparative operative outcomes of early and delayed cholecystectomy for acute cholecystitis: a population-based propensity score analysis. *Ann. Surg*. 2014 Jan 1;259(1):10-5.
33. Agresta F, Campanile FC, Vettoretto N, Silecchia G, Bergamini C, Maida P, Lombardi P, Narilli P, Marchi D, Carrara A, Esposito MG. Laparoscopic

cholecystectomy: consensus conference-based guidelines.
Langenbecks Arch. Surg. 2015 May 1;400(4):429-53.

34. Rosenmüller MH, Thorén Örnberg M, Myrnäs T, Lundberg O, Nilsson E, Haapamäki MM. Expertise-based randomized clinical trial of laparoscopic versus small-incision open cholecystectomy. Br. J. Plast. Surg. 2013 Jun;100(7):886-94.
35. Coccolini F, Catena F, Pisano M, Gheza F, Fagiuoli S, Di Saverio S, Leandro G, Montori G, Ceresoli M, Corbella D, Sartelli M. Open versus laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. Systematic review and meta-analysis. IJS. 2015 Jun 1;18:196-204.

ANEXOS

ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: Complicaciones post colecistectomía			
INDICADOR	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
COMPLICACIONES POST COLECISTECTOMÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Infección de sitio operatorio • Nauseas o vómitos • Fiebre • Sangrado • Estancia Hospitalaria Prolongada 	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos
VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES SOCIOECONOMICOS			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
EDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Mayores de 60 años • Menor o igual a 60 años 	Cualitativa Ordinal	Ficha de recolección de datos
SEXO	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos

VARIABLE INDEPENDIENTE: PATOLÓGICOS			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
INDICE DE MASA CORPORAL	<ul style="list-style-type: none"> • IMC > DE 30 • IMC ≤ DE 30 	Cuantitativa Ordinal	Ficha de recolección de datos
DIABETES MELLITUS	Sí No	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos
HIPERTENSION ARTERIAL	Sí No	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos
VARIABLE INDEPENDIENTE: QUIRÚRGICOS			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
TIEMPO DE OPERACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 80 MINUTOS O MAS • MENOS DE 80 MINUTOS 	Cualitativa ordinal	Ficha de recolección de datos
NIVEL DE ASA	<ul style="list-style-type: none"> • III, IV • I,II 	Cualitativa Ordinal	Ficha de recolección de datos
TIPO DE CIRUGIA	<ul style="list-style-type: none"> • CONVENCIONAL • LAPAROSCÓPICA 	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos
CONVERSIÓN DE CONVENCIONAL A LAPAROSCÓPICA	Sí No	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos

ANEXO N° 2: INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**TITULO: FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES POST
COLECISTECTOMÍA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE
VENTANILLA DURANTE EL 2019**

AUTOR: CARRILLO VALDIVIA ANGEL IGNACIO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS GENERALES

Número de Historia Clínica: _____ N° Ficha: _____

I. Variable Dependiente:

1. Complicaciones post colecistectomía

1. Si
2. No

2. Tipo de complicaciones

Si No

1. Infección de sitio operatorio
2. Nauseas o vómitos
3. Fiebre
4. Sangrado
5. Estancia Hospitalaria Prolongada

II. Variables Independientes

1. Factores Sociodemográficos

1. Edad:
2. Sexo:

2. Antecedentes Patológicos

1. Índice de Masa Corporal:
2. Diabetes mellitus:
 - Si
 - No
3. Hipertensión Arterial:
 - Si
 - No

3. Factores quirúrgicos

1. Tiempo de operación:
2. Nivel ASA
 - I
 - II
 - III
 - IV
3. Tipo de cirugía:
 - Convencional
 - Laparoscópica
4. Conversión de convencional a laparoscópica:
 - Si
 - No

ANEXO N° 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTO- CONSULTA EXPERTOS

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Dr. Pinto Oblitas Joseph
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente de la Universidad Privada San Juan Bautista.
 1.3 Tipo de Experto: Estadístico.
 1.4 Nombre de instrumento: Factores asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019.
 1.5 Autora del instrumento: Carrillo Valdivia Angel Ignacio

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

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
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					X
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre factores asociados a las complicaciones post colecistectomía.					X
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					X
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los factores asociados a las complicaciones post colecistectomía en los paciente atendidos en el hospital de Ventanilla.					X
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					X
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					X
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítico, transversal.					X

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

(Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

95%

Lugar y Fecha: Lima, 23 de Enero del 2019

Firma del Experto

D.N.I N° 86055134

Teléfono: 94922315

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES

- I.1 Apellidos y Nombres del Experto: Mg. Sara Aquino Dolonier
 I.2 Cargo e institución donde labora: Docente de la Universidad Privada San Juan Bautista
 I.3 Tipo de experto: Estadístico
 I.4 Nombre del instrumento: Factores asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019
 I.5 Autor (s) del instrumento: Carrillo Valdivia, Angel Ignacio

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

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					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre los factores asociados a las complicaciones post colecistectomía					85%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los factores asociados a las complicaciones post colecistectomía en los pacientes atendidos en el hospital de ventanilla					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores					85%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítico (caso - control)					85%

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

...APLICABLE... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN

85%

Lugar y Fecha: Lima 22 de enero de 2020 DIRIS - LIMA SUR
CMI "MANUEL BARRETO"

Firma del Experto Informante: SARA AQUINO DOLONIER
Responsable de Estadística Admisión

DNI N° 03498001

Teléfono: 993093992

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES

- I.1 Apellidos y Nombres del Informante: Fernando Wilson Rodera Buitrago
 I.2 Cargo e institución donde labora: Coordinador General - Hospital de Ventanilla
 I.3 Tipo de experto: Metodólogo Especialista
 Estadístico
 I.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección datos
 I.5 Autor (a) del instrumento: Carrillo Valdivia, Angel Ignacio

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

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					/
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					/
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre los factores asociados a las complicaciones post colecistectomía					/
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					/
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad					/
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los factores asociados a las complicaciones post colecistectomía en los pacientes atendidos en el hospital de ventanilla					/
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos					/
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores					/
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítico (caso - control)					/

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Aplicable

(Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN

83%

Lugar y Fecha: Lima 21 de enero de 2020


 Dr. Fernando Wilson Rodera Buitrago
 Coordinador General - Hospital de Ventanilla

Firma del Experto Informante

DNI N° 44405627

Teléfono: 981626499

ANEXO N° 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

59

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General: ¿Existen factores asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019?</p> <p>Específicos: ¿Existen factores sociodemográficos asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019?</p>	<p>General Determinar los factores asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019</p> <p>Específico: Determinar los factores sociodemográficos asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019</p> <p>Determinar los antecedentes patológicos asociados a</p>	<p>General: Hi: Existen factores asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019</p> <p>Específica: Hi: Existen factores sociodemográficos asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019</p> <p>Hi: Existen antecedentes patológicos asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Variable Dependiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Complicaciones post colecistectomía <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infección de sitio operatorio ▪ Nauseas o vómitos ▪ Fiebre ▪ Sangrado ▪ Estancia Hospitalaria Prolongada • Variables Independientes <ul style="list-style-type: none"> ○ Factores Sociodemográficos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad <ul style="list-style-type: none"> • Mayores de 60 años

<p>¿Existen antecedentes patológicos asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019?</p> <p>¿Existen factores quirúrgicos asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019?</p>	<p>las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019</p> <p>Determinar los factores quirúrgicos asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019</p>	<p>Hi: Existen factores quirúrgicos asociados a las complicaciones post colecistectomía en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla durante el 2019</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Menor o igual a 60 años ▪ Sexo <ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino ○ Antecedentes Patológicos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Índice de Masa Corporal <ul style="list-style-type: none"> • Mayor de 30 • Menor o igual a 30 ▪ Diabetes mellitus <ul style="list-style-type: none"> • Si • No ▪ Hipertensión Arterial <ul style="list-style-type: none"> • Si • No ○ Factores quirúrgicos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiempo de operación <ul style="list-style-type: none"> • 80 minutos o mas • Menos de 80 minutos ▪ Nivel ASA
---	---	---	---

			<ul style="list-style-type: none">• III, IV• I, II▪ Tipo de cirugía<ul style="list-style-type: none">• Convencional• Laparoscópica▪ Conversión de convencional a laparoscópica<ul style="list-style-type: none">• Si• No
--	--	--	---

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>Nivel: Explicativo</p> <p>Tipo de Investigación: Observacional, analítico, casos y control, transversal y retrospectivo.</p>	<p>Población La población que se estudiará será los pacientes atendidos en el hospital ventanilla, los cuales ingresaron por departamento de cirugía, entre los meses de Enero a Diciembre del 2019.</p> <p>Grupo casos: Pacientes intervenidos quirúrgicamente por colecistectomía ya sea convencional o laparoscópica durante el año 2019 que hayan reportado complicaciones</p> <p>Grupo control Pacientes intervenidos quirúrgicamente por colecistectomía ya sea convencional o laparoscópica que no reportaron complicaciones</p> <p>CRITERIOS DE INCLUSIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Pacientes intervenidos en el Hospital de Ventanilla durante el 2019 •Pacientes con historia clínica completa <p>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Pacientes con historia clínica incompleta o mal llenada.</p> <p>Tamaño de muestra: Se tomará un mínimo de 38 casos y 38 controles</p> <p>Muestreo: Probabilístico, aleatorio simple.</p>	<p>Técnica: Revisión de las historias clínicas.</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de datos.</p>