



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

Esta licencia permite a otras distribuir, combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial y, a pesar que son nuevas obras deben siempre rendir crédito y ser no comerciales, no están obligadas a licenciar sus obras derivadas bajo los mismos términos.

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



CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN
PACIENTES CON COLELITIASIS SINTOMÁTICA ATENDIDOS EN
EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO EN EL AÑO 2022**

Presentado por:

Torres Ramirez Rafael Primi

ESTUDIANTE del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **1 %** por el cual se otorga el calificativo de:


APROBADO, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Observaciones: Se aprueba la **TESIS**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 27 de julio del 2024

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA


Dr. Jorge Luis Ybaseta Medina
Director de la Unidad de Investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

Facultad de Medicina Humana “Daniel Alcides Carrión”



TESIS

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN
PACIENTES CON COLELITIASIS SINTOMÁTICA ATENDIDOS EN
EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO EN EL AÑO 2022**

LINEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud pública y conservación del medio ambiente

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

AUTOR:

Torres Ramirez Rafael Primi

ASESOR:

Dr. Tolmos Regal Luis Antonio

**Ica – Perú
2024**

DEDICATORIA:

A Primo y Margarita, mis padres.

A Mary Cielo, Compañera del
internado, Q.E.P.D.

AGRADECIMIENTO:

Al personal médico y administrativo del Hospital San Juan de Dios de Pisco, por las facilidades que me brindaron para la realización de mi tesis.

Al Dr. Luis Antonio Tolmos Regal, Asesor de la Tesis, por el tiempo y la guía brindada para la realización de la tesis.

A Carmen Huasco Guisado, Madrina, por el apoyo brindado durante la realización de la tesis.

INDICE

| | |
|------------------------------------------|------|
| Portada | i |
| Dedicatoria | ii |
| Agradecimientos | iii |
| Índice | iv |
| Índice de tablas y gráficos | vi |
| Resumen | vii |
| Abstract | viii |

Índice de contenidos:

| | |
|---------------------------------------------------------------------|----|
| I. Introducción | 1 |
| II. Plan de Investigación | 2 |
| 2.1. Planteamiento del problema | 2 |
| 2.1.1. Antecedentes de la investigación | 2 |
| 2.1.2. Bases teóricas | 12 |
| 2.1.3. Descripción de la situación problemática | 25 |
| 2.1.4. Formulación del problema | 26 |
| 2.1.5. Justificación e Importancia de la investigación | 26 |
| 2.2. Objetivos | 27 |
| 2.2.1. Objetivo general | 27 |
| 2.2.2. Objetivos específicos | 27 |
| 2.3. Hipótesis y Variables de la investigación | 28 |
| 2.3.1. Hipótesis | 28 |
| 2.3.2. Variables | 28 |
| 2.3.2.1. Variable Principal | 28 |
| 2.3.2.2. Variables Secundarias | 28 |
| III. Estrategia metodológica | 29 |
| 3.1. Tipo y diseño de la investigación | 29 |
| 3.2. Técnicas e instrumentos de recolección de la información | 29 |
| 3.3. Selección del área o ámbito de estudio | 29 |
| 3.4. Población | 29 |
| 3.5. Criterio de inclusión y exclusión | 29 |
| 3.6. Muestra | 30 |
| 3.7. Procedimiento para la recolección de datos | 31 |
| 3.8. Análisis e interpretación de los resultados | 31 |

| | | |
|-------|------------------------------------|----|
| IV. | Resultados. | 32 |
| 4.1. | Interpretación de resultados. | 46 |
| V. | Discusión. | 48 |
| VI. | Prueba de Hipótesis. | 50 |
| VII. | Conclusiones. | 52 |
| VIII. | Recomendaciones. | 53 |
| IX. | Referencias bibliográficas. | 54 |
| X. | Anexos. | |

Índice de tablas:

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| TABLA N° 1: Tabla de frecuencias y porcentajes de los tipos de complicaciones. | 32 |
| TABLA N° 2: Tabla de tendencia central y de dispersión de la variable edad. | 34 |
| TABLA N° 3: Tabla de Correlación: Complicación - Edad. | 35 |
| TABLA N° 4: Tabla cruzada: Sexo - Complicación. | 36 |
| TABLA N° 5: Tabla cruzada: Comorbilidad – Complicación. | 37 |
| TABLA N° 6: Tabla de tendencia central y de dispersión de la variable IMC. | 38 |
| TABLA N° 7: Tabla de Correlación: Complicación - IMC. | 39 |
| TABLA N° 8: Tabla cruzada: Procedencia - Complicación. | 40 |
| TABLA N° 9: Tabla de tendencia central y de dispersión de las atenciones por emergencia. .. | 42 |
| TABLA N° 10: Tabla de Correlación: Complicación - Atenciones por emergencia. | 43 |
| TABLA N° 11: Tabla cruzada Hospitalización – Complicación. | 44 |
| TABLA N° 12: Tabla cruzada Colecistectomía - Complicación. | 45 |

Índice de Gráficos:

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico I: Grafico de barras de las frecuencias de los tipos de complicaciones. | 34 |
| Gráfico II: Grafico de barras de las frecuencias según la procedencia. | 41 |

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre los factores de riesgo y las complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022.

Materiales y métodos: El tipo de estudio es de Correlación cuya característica es ser Observacional, Retrospectivo, Transversal y Analítico. La recolección de datos se realizó a través de una Ficha de Recolección de Datos y el estudio de las historias clínicas dentro del Hospital San Juan de Dios de Pisco durante el periodo enero – diciembre del año 2022 de los pacientes con el diagnóstico de Colelitiasis sintomática, encontrándose una población conformada por un total de 430. Se obtuvo una muestra de 85 pacientes, de selección aleatoria simple y cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: Las 3 principales complicaciones en pacientes con colelitiasis encontradas son la Colecistitis Crónica Calculosa (20%), la Pancreatitis Aguda (8.2%) y la Coledocolitiasis (7.1%). Se tiene una edad media de 47.81 ± 17.405 años, no existiendo relación estadísticamente significativa entre la edad y la presencia de complicaciones ($p = 0.529$). Existe una frecuencia elevada con respecto al Sexo femenino (80%), sin embargo, no existe relación estadísticamente significativa entre el sexo y la presencia de complicaciones ($p = 0.256$). La ausencia de Comorbilidad predominó (75.3%), no existiendo relación entre la presencia de comorbilidades y la presencia de complicaciones ($p = 0.204$). La media del IMC (29.40 ± 6.739) refiere que la mayor parte de los pacientes presentan sobrepeso, sin embargo, este no tiene relación con la presencia de complicaciones ($p = 0.871$). Respecto a la Procedencia, no existe relación entre la procedencia y la presencia de complicaciones ($p = 0,486$). Los pacientes que fueron atendidos previamente por emergencia presentaron relación positiva baja ($r = 0.239$) con la presencia de complicaciones ($p = 0.028$). En los pacientes que fueron Hospitalizados existe relación negativa moderada ($r = - 0.685$) con la presencia de complicaciones ($p = 0.000$). En los pacientes que fueron Colecistectomizados presentaron relación negativa moderada ($r = - 0.455$) con la presencia de complicaciones ($p = 0.000$).

Conclusión: Las Atenciones previas por emergencia, las Hospitalizaciones previas y la presencia de Colecistectomía, toman la hipótesis alternativa afirmando que existe correlación con la presencia de Complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática.

Palabras clave: Colelitiasis, Litiasis Vesicular, Complicaciones de colelitiasis.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between risk factors and complications in patients with symptomatic cholelithiasis treated at the San Juan de Dios Hospital in Pisco in 2022.

Materials and methods: The type of study is Correlational, whose characteristic is to be Observational, Retrospective, Cross-sectional and Analytical. The data collection was carried out through a Data Collection Form and the study of the clinical histories within the San Juan de Dios Hospital in Pisco during the period January - December 2022 of patients with the diagnosis of symptomatic cholelithiasis, finding a population made up of a total of 430. A sample of 85 patients was obtained, by simple random selection and complying with the inclusion and exclusion criteria.

Results: The 3 main complications in patients with cholelithiasis found are Chronic Calcific Cholecystitis (20%), Acute Pancreatitis (8.2%) and Choledocholithiasis (7.1%). The mean age was 47.81 ± 17.405 years, with no statistically significant relationship between age and the presence of complications ($p = 0.529$). There is a high frequency with respect to the female sex (80%), however, there is no statistically significant relationship between sex and the presence of complications ($p = 0.256$). The absence of Comorbidity predominated (75.3%), with no relationship between the presence of comorbidities and the presence of complications ($p = 0.204$). The mean BMI (29.40 ± 6.739) indicates that most patients are overweight, however, this is not related to the presence of complications ($p = 0.871$). Regarding the Origin, there is no relationship between the origin and the presence of complications ($p = 0.486$). Patients who were previously treated by emergency department presented a low positive relationship ($r = 0.239$) with the presence of complications ($p = 0.028$). In patients who were Hospitalized there is a moderate negative relationship ($r = - 0.685$) with the presence of complications ($p = 0.000$). In patients who were Cholecystectomized there was a moderate negative relationship ($r = - 0.455$) with the presence of complications ($p = 0.000$).

Conclusion: Previous emergency care, previous hospitalizations and the presence of cholecystectomy, take the alternative hypothesis stating that there is a correlation with the presence of complications in patients with symptomatic cholelithiasis.

Keywords: Cholelithiasis, Gallstones, Complications of cholelithiasis.

I. Introducción.

Durante el tiempo que lleve realizando mi internado médico, fue notable la frecuencia con la que determinadas patologías eran encontradas dentro de cada servicio en el área de emergencias, en este caso, en el servicio de Medicina Interna, el número de pacientes que entraba bajo el diagnóstico de Dolor Abdominal era muy frecuente, y casi siempre los pacientes atendidos ya habían sido atendidos con anterioridad bajo los mismos síntomas y presentaban un diagnóstico confirmado de Colelitiasis en sus Historias Clínicas, y aún más preocupante, la presencia de complicaciones, los cuales terminaban con la hospitalización del paciente, la intervención quirúrgica de emergencia o a la larga espera de una respuesta de las referencias emitidas en dicho nosocomio.

La colelitiasis es la presencia de cálculos dentro de la vesícula biliar, la mayor parte de los pacientes que lo presenta no refieren sintomatología, por lo que su diagnóstico puede llegar a ser casual durante un estudio ecográfico de rutina. Sin embargo, la presencia de cálculos dentro de la vesícula biliar predispone al paciente a presentar otro tipo de patologías las cuales llegan a ser complicaciones de la misma, como colecistitis aguda, coledocolitiasis, pancreatitis aguda biliar, entre otras. Si bien el tratamiento de elección para evitar dichas complicaciones es la colecistectomía, se puede observar también que solo está indicada en pacientes que vienen presentando colecistitis a repetición o si presentaron alguna complicación como antecedente, así que tener una idea de en qué momento se considera oportuno la extracción del cálculo es importante al igual de buscar la manera menos invasiva para realizar dicho procedimiento, ya que el simple hecho de presentar un cálculo en la vesícula es un riesgo latente a presentar complicaciones, ya sea previa a la presentación de cólicos esporádicos o a la aparición súbita de una complicación sin síntomas previos, que en contados casos son irreversibles.

Siempre se prevé las formas más eficientes de poder encontrar una solución a estas problemáticas, pero también hay que considerar que dichas soluciones deben de estar dentro del margen de posibilidades que nos brindan el sistema nacional de salud, ya que, sin una financiación adecuada, las posibilidades de brindar una atención de calidad en salud son mermadas en su mayoría. Por lo que la realización de este estudio es la relación de los posibles factores de riesgo que predispongan a un paciente con colelitiasis a presentar o no complicaciones, para que de alguna manera se pueda limitar la frecuencia con el cual estas aparecen, evitar que los pacientes tengan que pasar por tiempos de espera largos y donde las atenciones por emergencia disminuyan al igual que disminuyan la aparición de complicaciones en los pacientes con colelitiasis.

II. Plan de investigación

II.1. Planteamiento del problema.

II.1.1. Antecedentes de la investigación.

II.1.1.1. Antecedentes Locales

Vasconzuelo Neyra Sandra, año 2023, en su estudio titulado “Factores de riesgo asociados a la coleditiasis en pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital San Juan de Dios de Pisco durante el periodo del 2019 al 2021” (Ica – Perú); siendo un estudio de tipo analítico, observacional, y retrospectivo, en el que se estudió a una muestra de 208 historias clínicas donde 104 pacientes presentaban diagnóstico de coleditiasis (casos) y los otros 104 pacientes no presentaban coleditiasis (controles); presentando como conclusión que los factores de riesgo son el rango de ≥ 50 años ($p = 0.010$), el sexo femenino ($p = 0,018$), presentar comorbilidades como la obesidad ($p = 0,006$), la diabetes mellitus 2 ($p = 0,037$), la hipertensión arterial ($p = 0,033$) y la dislipidemia ($p = 0,019$), y los hábitos nocivos como el alcoholismo ($p = 0,030$). (1)

Gamboa Diaz Liz, año 2019, en su estudio titulado “Factores de riesgo asociados a colecistitis crónica en pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital San Juan de Dios de pisco durante el año 2018” (Ica – Perú); teniendo un estudio de tipo observacional, casos y controles, retrospectivo, transversal, en el que se estudió a un total de 180 pacientes como muestra de 220 casos que se presentaron en ese año; presentando como resultado una considerable frecuencia de presentar la patología en el sexo femenino representado el 87,8% del total, en la variable de la edad se encontró mayor frecuencia en paciente mayores de 35 años con un 67,8%. Refiere que no se encontró relación significativa para determinar a las comorbilidades (diabetes mellitus, dislipidemia), peso y la dieta como factores de riesgo. (2)

II.1.1.2. Antecedentes Nacionales

Infantes Gutiérrez Ayrton, año 2023, en su estudio titulado “Pancreatitis aguda: Características epidemiológicas, clínicas y tratamiento en pacientes de la clínica Arequipa. Julio 2021 – marzo 2022” (Arequipa – Perú); siendo de tipo analítico, descriptivo, no experimental, transversal y

retrospectivo, donde se evaluó a un total de 60 pacientes quienes tuvieron como diagnóstico pancreatitis aguda en el periodo determinado; obteniendo como resultado que el 53,3% fueron de sexo masculino, donde la edad de presentación tuvo como media los 44,5 años, de tipo biliar en un 81,7% y cuyas características clínicas predominantes fueron el dolor (100%), nauseas 86,7% y vómitos (73,3%); y donde los servicios de admisión fueron: Medicina Interna (73,3%), Cirugía General (26,7%), donde solo llegó a UCI el 1.7% del total de pacientes. (3)

Aspajo Chávez Liliana, en el 2022, realizó un estudio titulado “Factores socioculturales y nivel de conocimiento sobre litiasis vesicular en pacientes de cirugía, Hospital III Iquitos ESSALUD Punchana 2021” (Iquitos – Perú); siendo este un estudio de tipo cuantitativo, no experimental y longitudinal, donde se evaluó a una muestra 132 pacientes de 200 pacientes intervenidos quirúrgicamente atendidos en periodo de tiempo de 25 días hábiles, donde se obtuvo los datos a través de encuesta y el estudio de la historia clínica; obteniendo como resultado que la edad en que hubo mayor frecuencia es de Adulto medio (36 – 59 años) con un 59,1% del total; con respecto al Sexo, las pacientes femeninas tuvieron mayor frecuencia con un 72,2% del total y según el IMC de los pacientes, el 50,0% del total presentaban sobrepeso. Con respecto al nivel de conocimiento fue bajo en un 63,6% del total. Dando como conclusión que existe relación estadística significativa entre las variables del sexo, la edad, el IMC con respecto al nivel de conocimiento sobre la litiasis vesicular. (4)

Villanueva Villafuerte Betsabé, año 2021, en su estudio titulado “Factores de riesgo asociados a colecistitis crónica calculosa en el Hospital María Auxiliadora. 2019” (Piura – Perú); siendo de tipo analítico, casos y controles, observacional, retrospectivo, donde se evaluó a una muestra de 270 pacientes, siendo 130 pacientes como casos y 140 pacientes como Controles; donde se obtuvo como resultado en este último grupo, que según la frecuencia, el 29% del total presentan como diagnóstico cirrosis, seguido de cáncer digestivo (21%) y hemorragia digestiva (14%); con respecto a los paciente con colecistitis crónica calculosa, las Edades de 50 – 60 años presentan una mayoría de 22% del total, tanto casos como controles, y cuenta con una relación significativa entre ambas ($p = 0,69$); con respecto al Número de Hijos que presentan los pacientes se obtuvo que existe una mayor

frecuencia en pacientes con > 2 hijos de 39% del total en casos y del 37% del total en los controles, presentando una relación significativa entre ambas ($p = 0,08$); con respecto al Sexo, el género femenino presenta una mayoría de 33% del total, tanto casos como controles, presentando una relación significativa entre ambas ($p = 0,04$); con respecto al IMC se obtiene que respecto a los casos hay una mayor porcentaje de pacientes con peso normal con un 11% del total y en los controles hay un porcentaje mayor de pacientes con obesidad grado III con un 15% del total, presentando una carencia de relación significativa en ambas ($p = 0,38$); con respecto a las Comorbilidades, la HTA tiene una frecuencia elevada tanto en los casos (22% del total) como en los controles (26% del total), presentando una carencia de relación significativa en ambas ($p = 0,22$). (5)

Luckun Pizarro Cristina, en el año 2021, realizó su estudio titulado “Factores relacionados las complicaciones en colecistitis en el Hospital Nacional Hipólito Unanue – 2019” (Lima – Perú); siendo este un estudio cuantitativo, aplicada, observacional y transversal, donde se estudia a 122 pacientes que presentaron como diagnóstico colecistitis aguda, atendidos por el departamento de cirugía en dicho año, tomando como base de datos la historia clínica de las pacientes. Según los resultados, los que presentaron complicaciones conformaron el 47,7% del total, y de estos, los pacientes mayores de 60 años presentaron una mayor frecuencia con 43,86%; según el Género, el sexo femenino predomina con un 63,16%. Según los Factores Clínicos, de los que presentaron complicaciones, el 80,7% eran obesos, el 89,47% presentaban calculo biliar, el 78,95% eran pacientes diabéticos y el 75,44% presentaban hiperlipidemia. La complicación más frecuente de la colecistitis aguda lo conformaban los pacientes que presentaron Calculo en vesícula con un 70,17%, seguido del Empiema con un 15,79%, y de 7,02% tanto para la Colecistitis Gangrenosa como para la Perforación de la vesícula biliar. (6)

Ramirez Espinoza Rosa, año 2021, en su estudio titulado “Factores de riesgo asociados a litiasis vesicular en pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital de Chancay 2019” (Huacho – Perú), siendo de tipo cuantitativo, observacional, casos y controles, analítico, longitudinal y retrospectivo, en el que se estudió a pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía, teniendo como muestra, de una población de 485 pacientes, a un

total de 213 pacientes de los cuales 71 son casos con diagnóstico imagenológico de litiasis vesicular y 142 son controles que no presentan dicha patología, donde la información se logró recolectar a través del estudio de historias clínicas. Según los resultados obtenidos, con respecto a la Edad, se obtuvo que los pacientes de 20 a 40 años presentan una elevada frecuencia en los casos con 42,25%, similar a los controles con un 35,91%; con respecto al IMC, en los casos predomina los pacientes con obesidad con el 43,66%, mientras que en los controles predomina los pacientes con sobrepeso con un 54,93%; con respecto al Sexo, el género femenino tuvo mayor frecuencia tanto en casos con 76,64% como en los controles con 51,41%; con respecto al género Femenino, se obtuvo resultados sobre el uso de anticonceptivos y de las gestaciones anteriores como posibles factores predisponentes a litiasis vesicular, obteniendo que una minoría de 35,84% de los pacientes que presentaron colelitiasis use anticonceptivos y que una mayoría de 81,13% haya tenido antecedente de gestación; con respecto a la Comorbilidad de presentar DM concomitante a la litiasis vesicular, se obtuvo que una minoría del 21,13% lo presentara al igual que en los controles con un 12,68%. (7)

Castro Vílchez Claudia, año 2020, en su estudio titulado “Incidencia y factores de riesgo de pancreatitis aguda en el Hospital Regional Cayetano Heredia III, ESSALUD – Piura, 2015 – 2017” (Piura – Perú), el cual es de tipo analítico, observacional, longitudinal y retrospectivo, donde se estudió a una muestra de 100 pacientes con pancreatitis aguda que cumplieron con los requisitos inclusión del investigador. Se obtiene como resultados que la Edad promedio ha sido de 54,1 años; el género predominante ha sido el sexo femenino con un 74%; con respecto al estado civil, los pacientes casados representan el 81%; y el nivel de instrucción que presenta mayor frecuencia es el de secundaria con un 44%. Según la etiología, predomina la biliar en un 81%, mientras que el resto es de causa no conocida. Según la comorbilidad, la presencia de litiasis vesicular representa el 80%, seguido de HTA con 28% y DM con 14%. Con respecto al IMC, el 43% presentan obesidad grado I, el 41% presentan sobrepeso, 10% un peso normal y solo el 6% presenta obesidad grado II. (8)

Palomino Taboada Joselin, en el año 2020, en su estudio titulado “Recurrencia de pancreatitis aguda y factores de riesgo asociados en pacientes atendidos en el Hospital Vitarte en el periodo 2016 – 2019” (Lima – Perú),

siendo este de tipo analítico, observacional, retrospectivo, casos y controles, presentando como muestra a 411 pacientes, donde 137 pacientes que presentaron ≥ 2 veces los cuadros de pancreatitis aguda fueron los casos y 274 pacientes que presentaron como única vez pancreatitis aguda fueron los controles; los datos obtenidos fueron a través de la revisión de historias clínicas de los pacientes hospitalizados en dicho periodo de tiempo. Según los resultados, con respecto a la Edad, la media en los casos es de $40,09 \pm 18,8$ y en los controles es de $40,97 \pm 16,7$; con respecto al Género, el sexo femenino tuvo mayor frecuencia con 72,26% de los casos y 75,91% de los controles; según el IMC, el sobrepeso tiene mayor frecuencia en ambos grupo con el 46,71% de los casos y 49,27% de los controles; con respecto a la Comorbilidad, la mayoría no las presenta con 70,07% para los casos y 80,65% para los controles; con respecto a la Etiología, la biliar es la predominante con 94,89% de los casos y 96,71% de los controles; con respecto a la Gravedad, la pancreatitis leve predominó con 97,08% de los casos y 93,43% de los controles; no llegando a presentar falla orgánica en ambas con el 97,81% para los casos y 93,43% en los controles. (9)

Nieto Gómez Cristhy, año 2020, en su estudio titulado “Factores asociados a la ocurrencia de pancreatitis aguda en pacientes con coledocolitiasis en el Hospital Sergio E. Bernales en el año 2017 – 2019” (Lima – Perú); siendo de tipo cuantitativo, analítico, observacional, casos y controles, longitudinal y retrospectivo, donde se estudió a una muestra de 162 pacientes que presentaron como diagnóstico pancreatitis, siendo 54 casos y 108 controles, donde los datos se obtuvieron a través de la revisión de las historias clínicas y las fichas de recolección de datos. Según los resultados, con respecto a la Edad de presentación se obtuvo una media de 55,5 años en los casos y 44,5 años en los controles; con respecto al Género, el sexo femenino predomina en los casos con el 66,66% y en los controles el sexo masculino predomina con un 56,48%; con respecto al IMC la media tanto en casos (29,85) como controles (26,1) corresponde al grado de Sobrepeso; con respecto a los Antecedentes de cuadros anteriores de pancreatitis solo el 20,97% los presentó en los casos, y el 24,07% en los controles; con respecto a la presencia de cálculo vesicular por ecografía, el 87,03% lo presentó en los casos y el 70,37% lo presentó en los controles; con respecto al Diámetro del colédoco, la media en los casos fue de 12 mm y en los controles de 7mm; con

respecto al Diámetro del cálculo, la media en los casos fue de 8mm y en los controles de 4mm. (10)

Olabarrera Sifuentes Rossmery, año 2020, en su estudio titulado “Factores de riesgo de la enfermedad litíásica vesicular en pacientes del HNSEB, en el periodo de enero – diciembre 2019” (Lima – Perú), siendo este estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, casos y controles, teniendo como muestra a 204 pacientes que presentan como diagnóstico litiasis vesicular, siendo 68 los casos y 136 los controles, donde la obtención de los datos fue por medio del estudio de las historias clínicas. Según los Factores Demográficos, con respecto al Género, el sexo femenino es mayor en los casos con el 83,80% y los controles el sexo masculino predomina con el 58,10%; con respecto a la Edad, los que tienen < 50 años predominan en los casos con un 60,30%, mientras que los \geq 50 años predominan en los controles con el 61,80%; con respecto al N° de hijos, se presentó mayor porcentaje en los que presentaron más de 2 hijos, tanto en los casos con el 83,80% como en los controles con 77,90%. Según las comorbilidades que presentan los pacientes, según el IMC los que presentaron obesidad (> 30) predominó en los casos con un 58,80%, mientras los que presentaron un IMC < 30 predominaron en los controles con un 86,00%; con respecto a la presencia de DM2, en ambos casos hubo una minoría que presentaba dicha enfermedad con un 7,40% en los casos y 11,00% en los controles, al igual que los que presentaban HTA con un 13,20% en los casos y 16,20% en los controles. Según los antecedentes familiares de coledocolitiasis, una mayoría de 57,40% de los casos presentó dicho antecedente, mientras que en los controles fue todo lo contrario con una minoría del 8,80%. (11)

Reyes Florindez Abraham, año 2019, en su estudio titulado “Factores de riesgo para desarrollo de litiasis vesiculares y colédoco litiasis en el Hospital III ESSALUD “José Cayetano Heredia”, 2018 – Piura” (Piura – Perú), siendo de tipo analítico, observacional, prospectivo, y de corte transversal, donde se estudia a una población de 392 pacientes con litiasis vesicular y con coledocolitiasis intervenidos por el servicio de cirugía, de los cuales se tomó como muestra a 268 que cumplen con los requisitos de inclusión, y de ellos se tomó de manera aleatoria a 6 casos por cada mes, dando una muestra aleatoria de 72 casos en total.. Según los resultados se obtuvo que la Edad media para los pacientes que presentaron litiasis vesicular,

que representan el 76,38% del total, es de $42,3 \pm 12,1$ años, y para los pacientes que presentaron Coledocolitiasis, que representaron el 23,61%, es de $32,2 \pm 11,1$ años; con respecto al Sexo, se obtuvo que hay una elevada frecuencia en el género Femenino que presentan tanto litiasis vesicular (60%), como los que padecen de colédoco litiasis (71%); con respecto al Nivel de Educación, una mayoría del 49% del total presenta estudios primarios, seguido de los que terminaron secundaria con el 36% y por último con 15% los que presentan estudios universitarios; con respecto al Estilo de vida, la mayoría refiere no tener hábitos nocivos con un 40% del total, seguido de los que beben alcohol con un 32%, los que fuman con un 15% y los que beben alcohol y fuman con un 13%; con respecto a las Comorbilidades, existe una mayoría del 33% del total que presenta tanto HTA como DM, predominando más que todo en los que presentan litiasis vesicular (38%), seguido de los que no presentan ninguna comorbilidad con el 25%, los que solo presentan DM con 24% y los que presentaron solo HTA con 18%; con respecto al IMC; existe una elevado porcentaje con pacientes que presentaron Sobrepeso (IMC = 25 – 29,9) con un 44% del total, seguido de los que presentaron Obesidad (IMC > 30) con un 38% y de los que tuvieron un peso normal (IMC < 25) con un 18%. También se obtuvo según los Antecedentes, que a nivel personal presentaron atenciones por litiasis vesicular o colédoco litiasis en un 86% del total, y que también presentan Antecedentes Familiares en un 51%. con respecto al Número de cálculos encontrados, los pacientes con litiasis vesicular presentaron con mayor frecuencias cálculos múltiples (67%), mientras que los que presentaron colédoco litiasis presentaron con mayor frecuencia cálculos únicos (59%); presentando una media respecto al tamaño de estos de $15,4 \pm 8,7$ mm para los padecieron de litiasis vesicular, y de $5,2 \pm 6,4$ mm para los que presentaron coledocolitiasis. (12)

Acero Huamani Katherine, año 2019, en su estudio titulado “Características clínico epidemiológicas en pacientes con pancreatitis aguda en el servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2014 – 2016” (Tacna – Perú), siendo este un estudio de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo, que estudio a una muestra 213 pacientes con el diagnóstico de Pancreatitis Aguda en el Periodo mencionado. Los resultados señalan que, respecto a la Edad, la media de los pacientes que presentaron pancreatitis aguda es de $40,21 \pm 16,723$ años; con respecto al Género, el sexo Femenino predominó con un 63.38% del total; con respecto

a la Etiología, se encontró que la colelitiasis era la más frecuente causa de la pancreatitis aguda con un 84,04%, seguido de la hipertrigliceridemia con un 10,80% y de otras etiologías con un 5,16%; con respecto a la presencia de Comorbilidades, una pequeña población presento comorbilidades como DM con 3,7% e HTA con 8,5%, presentando ninguna el 86,4%. (13)

Rodríguez Cruz Ruth, año 2018, en su estudio titulado “Indicadores clínico – ecográficos asociados a pancreatitis aguda recurrente biliar en el Hospital Marino Molina Scippa durante el periodo 2013 – 2017” (Lima – Perú), siendo de tipo cualitativo, analítico, observacional, de casos y controles y retrospectivo, donde la población se obtiene de 515 pacientes que tuvieron pancreatitis aguda biliar durante el periodo mencionado, tomando como muestra a 100 pacientes, siendo 25 los casos que presentaron el diagnóstico a repetición y 75 los controles los que presentaron el diagnóstico por única vez. Según los resultados, con respecto al Sexo, el Género Femenino predomina en ambas (75% del total), tanto en los casos (84%) como en los controles (72%); se obtuvo una Edad media general de $48,79 \pm 18$ años; con respecto a la Recurrencia de la patología en los pacientes, solo el 4,9% de la población estudiada durante el periodo lo presento, dentro de ellos el número de episodios fue de 2 para el 72%, de 3 para el 16% y de 4 para 12%; con respecto a las evidencias imagenológicas obtenidas por ecografía se encontró que, los casos una frecuencia aumentada (68%) a la presencia de un diámetro > 6 mm del colédoco, mientras que los controles tuvieron una mayor frecuencia (65,33%) a la presencia de un diámetro ≤ 6 mm del colédoco, a su vez, se encontró que en los casos presentaron con mayor frecuencia litiasis ≤ 5 mm (56%) y que en los controles se encuentran con mayor frecuencia litiasis > 5 mm (84%). (14)

II.1.1.3. Antecedentes Internacionales

Lituma Paladines Gregorio, año 2022, en su estudio titulado “Factores de riesgo de colangitis en pacientes con coledocolitiasis” (Guayaquil – Ecuador); siendo un estudio de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal, donde se estudió a un total de 411 pacientes que presentaron coledocolitiasis en el Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil durante el periodo enero del 2019 - julio del 2022; obteniendo como conclusión de que no existe una correlación directa entre pacientes con

coledocolitiasis y los pacientes que padecieron colangitis al tener una incidencia de solo el 10% respecto al total; con respecto a la relación entre el IMC, dislipidemias y antecedentes de CEPRE, las dislipidemias obtuvieron una mayor incidencia en aquellos pacientes que presentaron colangitis, también cabe resaltar que dentro de este grupo predomina el Género Femenino (65%) y los pacientes que presentaron una edad \geq 50 años (60%). (15)

Gonzales Ronny, Gonzales Ronald y Homsí Stephanie, en el año 2022, se publica en la revista venezolana de cirugía un estudio titulado “Incidencia de factores de riesgo para desarrollo de litiasis vesicular en pacientes menores de 40 años colecistectomizados en el Hospital Dr. Ricardo Baquero González” (Caracas – Venezuela), el cual es de tipo analítico, retrospectivo y longitudinal, en el que se estudió a una muestra de 151 pacientes de 365 pacientes colecistectomizados hospitalizados en el servicio de cirugía en el periodo enero 2019 – diciembre 2021. Según los resultados se obtuvo, con respecto al Sexo, el Género Femenino predominó con el 70% del total; se obtuvo que los pacientes $<$ 40 años representan el 41% del total de la población y que, de estos, los pacientes de 31 – 35 años presentaron una frecuencia elevada de 34%, seguida de los que presentaron 36 – 39 años con el 30%; con respecto al IMC, se encontró que la mayoría (46%) presentaron un peso normal, seguidos de un 40% que presentó sobrepeso; con respecto a los Antecedentes Familiares, se encontró que el 42% de pacientes presentó familiar con enfermedad litiasica y el resto no lo presentó; con respecto a los Hábitos Tóxicos, el 79% refiere no tener hábitos nocivos, seguidos de un 21% que son consumidores de tabaco; con respecto a los métodos anticonceptivos se encontró una mayoría del 40% de la muestra uso anticonceptivos orales; con respecto a la Dieta, se encontró que la gran mayoría consumía fibra con una frecuencia de 1 a 3 veces por semana al igual que se consumía grasas saturadas 4 a 5 veces por semana; con respecto al N° de gestaciones en los pacientes femeninos, se encontró que el 81% tuvieron antecedentes de gestaciones siendo una mayoría los que presentaron 2 gestaciones anteriormente. (16)

Salom Andrés, Giliberti Bruno, Miranda Andrés, ed. al., en el año 2022 se publica el estudio titulado “Incidencia de Litiasis Vesicular Asintomática en pacientes con Complicaciones biliares” (Montevideo –

Uruguay), el cual es de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo y longitudinal, en el que se estudió a una muestra de 234 pacientes que presentaron algunas de las complicaciones de litiasis vesicular en el periodo del 1 de abril de 2020 - 31 de marzo de 2021 atendidos en la Institución de asistencia médica privada, “Asociación Española de Socorros Mutuos”. Según los resultados, el 47% (109 pacientes) fueron atendidos por presentar complicaciones de litiasis vesicular y el 53% por presentar síntomas de cólico biliar (125 pacientes); con respecto al Sexo de los que presentaron complicaciones de litiasis vesicular, se obtuvo que el Género Femenino predominó con un 52%, y que la edad media de dicho grupo es de 59 años; con respecto al Tipo de complicación, el 68% presentó colecistitis aguda, el 22% colangitis aguda y el 9% pancreatitis aguda; con respecto a las Características Imagenológicas se encontró que el 78% presentó una litiasis múltiple y que el 26% presentó una litiasis única; con respecto a las Intervenciones, el 42,74% se sometió a Colecistectomía siendo todas de vía laparoscópica, donde solo un paciente presentó como complicación postoperatoria un hemoperitoneo severo, sin determinación etiológica, con shock y muerte, el 7,69% (18 casos) se le realizó tratamiento endoscópico con CPRE, en la mitad se constató Litiasis coledociana y en el resto no se logró constatar litiasis, en el 1,71% (4 casos) se realizó como tratamiento una colecistostomía y en 2,14% (5 casos) se realizó tratamiento médico no operatorio por presentar comorbilidades con muy elevado riesgo quirúrgico; con respecto a la Estancia Hospitalaria, el promedio fue de 5 días aproximadamente. (17)

Granizo Cando Joselyn, año 2021, en su estudio titulado “Factores de riesgo y complicaciones de colelitiasis. Hospital José María Velasco Ibarra, 2019-2020” (Riobamba – Ecuador), el cual es un estudio de tipo observacional, descriptivo, documental y de corte transversal, en la que se estudió a una muestra de 130 pacientes con diagnóstico de colelitiasis. Según los resultados, con respecto a la Incidencia de colelitiasis, se obtuvo una media de 3,47 pacientes de cada mil presentaron como diagnóstico colelitiasis; con respecto al Sexo, el Género Femenino predominó con el 74,6%; con respecto a la Edad, el grupo etario de 25 – 34 años presentó una mayoría con el 31,5%, seguida de los que presentaron una edad de 35 – 44 con un 23,1%; con respecto al IMC, una mayoría de 43,8% de los pacientes están en sobrepeso, seguido de un 33,1% quienes tienen un IMC adecuado; con respecto a los

Hábitos Nocivos, en su gran mayoría se presenta un consumo ocasional de cigarrillos (49,2%) y de alcohol (57%); con respecto a la Comorbilidad, pacientes que no presentan alguna de ellas conforman el 64,6%, seguidos del sobrepeso/obesidad con un 15,4% y del síndrome metabólico con un 7,7%; con respecto a las Complicaciones, se presentó un 35,4% con colelitiasis residual, un 26,2% con colecistitis y un 25,4% con esteatosis hepática, siendo la que tuvo una menor frecuencia de presentación la pancreatitis con un 2,3%. (18)

Sánchez León José, año 2019, en su estudio titulado “Colecistitis Aguda Severa según criterios de Tokio y Factores asociados en pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017” (Cuenca – Ecuador); siendo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo y longitudinal, donde se estudió a una muestra de 150 pacientes con el diagnóstico de colecistitis aguda, que cumplieron con los requisitos de inclusión, atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo marzo 2017 – marzo 2018. Se obtuvo como conclusión la coincidencia de las variables de la edad ≥ 65 años y el sexo femenino con frecuencias elevadas con otros estudios desarrollados, también la asociación estadística significativa con respecto a la edad ≥ 65 años ($p = 0,000$), la presencia concomitante de Hipertensión Arterial ($p = 0,007$), plastrón vesicular ($p = 0,000$), piocolecisto ($p = 0,008$) y necrosis vesicular ($p = 0,001$). (19)

II.1.2. Bases teóricas

Colelitiasis

La colelitiasis es la presencia de cálculos dentro del apéndice vesicular, dichos cálculos se producen a causa de la presencia de sustancias secretadas por el hígado como el colesterol, fosfolípido lecitina y bilirrubinato de calcio, dependiendo de la concentración de la sustancia secretada se forman los cálculos de colesterol y los cálculos pigmentarios; se plantea que el color también depende del lugar donde se forman los cálculos, ya sea en el apéndice vesicular (negros) o en las vías biliares (marrones); también, según la etnia, donde se encuentra que en Occidente los cálculos biliares encontrados con más frecuencia son de colesterol (80%), mientras que en Asia se encuentra en su mayoría cálculos pigmentarios.

La fisiopatología para la formación de cálculos de colesterol puede deberse a 4 razones: la primera debida a la variación de los genes involucrados en la síntesis y metabolismo del colesterol y ácidos biliares, la segunda causa debida a una secreción aumentada de colesterol por el hígado, la tercera causa debida a motilidad deficiente de la vesícula biliar por aumento de los niveles de progesterona, por una fuerte pérdida de peso o en pacientes con nutrición parenteral, y por ultima causa debida a una mayor reabsorción del colesterol en el intestino o motilidad intestinal lenta. Con respecto a la fisiopatología de los cálculos pigmentarios, en los cálculos de pigmento negro, se deben a un incremento en la concentración de bilirrubina en la bilis, como en las hemolisis crónicas, perdidas de sales biliares que se originan después de una ileostomía, enfermedad de Crohn o en la cirrosis; mientras que los cálculos de pigmento marrón, se deben a obstrucciones del flujo de bilis o durante infecciones de bacterias aeróbicas. (20)

Evolución Natural

La presencia del cálculo vesicular se hace sintomática cuando existe algún tipo de obstrucción de alguna estructura visceral, pero en su mayoría estas llegan a ser temporales y se producen siempre después del consumo de comidas que liberan colecistocinina que estimula la contracción del apéndice vesicular.

20 a 30% de los pacientes que presentan litiasis vesicular se mantendrán asintomáticos en un promedio de 20 años y solo el 1% presentara complicaciones antes de que presenten síntomas, por lo que la colecistectomía profiláctica en pacientes asintomáticos no está recomendada, a excepción de pacientes que presentan patologías específicas como las anemias hemolíticas o anemias drepanocítica; también se debe tener en cuenta aquellos factores que condiciona la presencia de cáncer vesicular como la pared calcificada del apéndice vesicular, cálculos de biliare grandes > 25cm y aquellos con un canal común largo de conductos biliares y pancreático. (21)

Colelitiasis Sintomática

La colelitiasis sintomática es a lo que comúnmente se le llama Colecistitis aguda litiásica, lo cual es la inflamación de la vesícula biliar debió obstrucción del conducto cístico, lo cual ocasiona la retención de secreciones, el inicio de un proceso inflamatorio que facilita la edematización de las paredes y con ello la distención vesicular, lo que provoca el dolor abdominal. La frecuencia de una obstrucción cística litiásica es de más del 90% de las colecistitis agudas en general.

En su gran mayoría, la colecistitis aguda litiásica termina remitiendo por si sola, por lo que el tratamiento conservador con AINES y sintomáticos se considera como una opción para aquellos pacientes que no quieren someterse a una intervención quirúrgica, sin embargo, esto no disminuye la probabilidad de presentar complicaciones que en su mayoría conducen a una colecistectomía, la cual termina siendo el tratamiento de elección.

Según estudios comparativos sobre colecistectomía temprana vs. la colecistectomía tardía, refieren una reducción de episodios dolorosos abdominales en las colecistectomías tempranas y en una mayor presencia de complicaciones posquirúrgicas en las cirugías tardías.

Aun después de una colecistectomía, el 12% de pacientes continúan presentando sintomatología recurrente a causa de nuevas formaciones de cálculos biliares. (22)

Colecistitis Crónica

Se define a las crisis recurrentes de colelitiasis sintomática, donde hubo una obstrucción temporal del conducto cístico, provocando repetidos procesos de inflamación y cicatrización del cuello del apéndice vesicular y del conducto cístico, lo que produce una fibrosis de dichos tejidos con el pasar de los años.

El dolor se presenta mayormente luego de la ingesta de comidas grasosas, puede localizarse en el hipocondrio derecho o epigastrio y puede irradiarse nivel escapular; también logra tener una duración aproximada de 24 horas o presentarse con elevación de temperatura, haciendo sospechar de una colecistitis aguda; inclusive puede presentarse algunos síntomas gastrointestinales como flatulencias, náuseas o vómitos.

El diagnóstico se realiza comúnmente mediante una ecografía que corrobore la presencia del cálculo en la vesícula y de algunas características ocasionadas por los constantes procesos inflamatorios o periodos obstructivos, como la dilatación del colédoco, pólipos en la vesícula o la vesícula en porcelana producida por la calcificación de las paredes. El tratamiento ideal es la extirpación del apéndice vesicular, el cual presenta una mejoría de los síntomas en el 90% de los pacientes que se realizan dicha intervención. (21)

Colecistitis crónica reagudizada

Cuando se presenta un paciente con colecistitis crónica donde la sintomatología de dolor no cede con el tiempo y se encuentran los criterios diagnósticos de Tokio, el diagnóstico cambia a colecistitis crónica reagudizada y es importante la observación e intervención de estos pacientes ya que tienen un alto índice de complicaciones como la perforación de la vesícula biliar, peritonitis biliar, shock séptico o muerte.

Colecistitis aguda

Se le llama colecistitis aguda a la obstrucción del conducto cístico de manera persistente, siendo las litiasicas la más comunes; esta obstrucción produce una inflamación y edematización de las paredes de la vesícula biliar, estos cambios presentes en las paredes de la vesícula generan dolor en hipocostado derecho y presencia de fiebre.

Presentación:

La presencia de la obstrucción genera una estasis con el contenido biliar, aumento de la presión intraluminal y aumento del recuento bacteriano, lo que genera una infección e inflamación del apéndice vesicular. Añadir presión debajo del reborde costal derecho mientras que inspira el paciente, y que luego pare abruptamente la inspiración por el dolor presentado es un signo característico de dicha patología llamado el Signo de Murphy, lo cual sugiere la inflamación visceral y parietal, estas características clínicas no son encontradas en cólicos biliares temporales.

Diagnóstico:

El diagnóstico se obtiene con el cuadro clínico que presente el paciente, una vez obtenido la información necesaria se solicitará los exámenes de laboratorio (Hemograma completo, Electrolitos, BUN, Creatinina, Glucosa, TGO, TGP, FA, Bilirrubina, Lipasa y Amilasa) y de imágenes según lo amerite. Por otra parte, la presencia de cálculo biliar se puede hacer mediante diferentes estudios imagenológicos, siendo oportuno la ecografía por ser muy económico y práctico. La Ecografía, que tiene una especificidad del 95% y una sensibilidad del 85%, nos ayuda a explorar de manera sencilla los cambios estructurales que presenta el apéndice vesicular, como el grosor de la pared, el diámetro que presenta y ver la cantidad de cálculos y si existe enclavamiento a nivel del cuello.

Para catalogar el diagnóstico como sospecha o definitivo se usa un sistema estandarizado como son los Criterios Diagnóstico de Tokio, dividiendo los hallazgos en 3 grupos; Grupo A (signos de inflamación local): signo de Murphy + y presencia de masa o dolor en hipocondrio derecho, Grupo B (signos de inflamación sistémica): presencia de fiebre, elevación del PCR y del recuento de glóbulos blancos, Grupo C (Hallazgos Imagenológicos): Engrosamiento de la pared de la vesícula biliar $> 4\text{mm}$, agrandamiento de la vesícula biliar ($> 8\text{cm}$ de largo y $> 4\text{ cm}$ de ancho), presencia de cálculos biliares retenidos y presencia de líquido peri-vesicular. Se considera como sospechoso la presencia de los ítems A + B y el diagnóstico es definitivo si se tiene presente todos los ítems. (20 y 24)

Clasificación:

Para clasificar la gravedad de la colecistitis aguda existen sistemas como los criterios de Tokio 2018 y las directrices Emergency General Surgery (EGS) de la American Association for the Surgery of Trauma (AAST), estos sistemas ayudan a tener un mejor enfoque terapéutico dependiendo de la gravedad que se obtenga.

Según los criterios de Tokio 2018, clasifica la gravedad tomando en cuenta los antecedentes patológicos del paciente, el tiempo que dura los síntomas, los hallazgos físicos, la respuesta inflamatoria, los resultados según el estudio por imagen y la presencia de disfunción orgánica, clasificándolo como Grado I (leve) donde no existe criterios del grado II y III; Grado II (moderado) si presenta una de las siguientes características: Glóbulos blancos $> 18,000/\text{mm}^3$, masa dolorosa palpable en el cuadrante superior derecho, duración de síntomas > 72 horas, marcada inflamación local (gangrena, enfisema, absceso, pericolecístico o hepático, peritonitis biliar); y Grado III (severa) si presenta al menos uno de las siguientes características: disfunción cardiovascular, alteración de la consciencia, disfunción respiratoria con $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$, disfunción renal con oliguria y creatinina sérica $> 2\text{ mg/dL}$, disfunción hepática con $\text{INR} > 1.5$, disfunción hematológica con $< 100.000/\text{mm}^3$. Cada uno de estos representan un porcentaje con respecto a la morbilidad, mortalidad y el tiempo de hospitalización que puede presentar el paciente.

Con respecto a las directrices de la EGS AATS, clasifica la gravedad con ayuda imagenológica que, según las variaciones anatómicas encontradas al estudiar la vesícula, se clasifica de Grado I (Inflamación localizada) hasta Grado V (absceso pericolecístico, fistula bilioenterica y peritonitis). (23, 24)

Piocolicisto:

Se denomina a la presencia de contenido purulento en el interior de la vesícula biliar, la cual está considerada como una complicación en la historia natural de la colecistitis aguda.

Esto es causado debido a la obstrucción del conducto cístico y a la estasis del contenido biliar, lo que favorece la proliferación bacteriana dentro de ella, que en su mayoría (75%) es debido a bacterias Gram (-) como lo son la *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter* y *Proteus*. También existe la infección por agentes Gram (+) pero es en menor proporción (25%): *Streptococcus fecalis* y *Clostridium perfringens*. El mecanismo por los cuales las bacterias ingresan a la vesícula no ha sido definido con exactitud, pero se cree que tiene varias vías como lo son: linfáticos entre el hígado y la vesícula, por la arteria cística, por la circulación portal, a través de la bilis y por el conducto común.

Es de difícil diagnóstico, pero está relacionado en pacientes con historia de cuadros recurrentes de cólico biliar, pacientes inmunocomprometidos y de estrato socioeconómico bajo. Respecto a los hallazgos clínicos se debe de encontrar respuesta inflamatoria sistémica, datos de irritación peritoneal y tener una alta sospecha en pacientes con criterios de severidad de Tokio grado II y III.

Hidrocolecisto:

Es una complicación de la obstrucción del conducto cístico, la cual se define como una vesícula biliar sobredistendida por una sustancia mucoide incolora dentro de ella, secretada por las glándulas del cuello vesicular. La obstrucción en su mayor parte es debido a la presencia de un cálculo, pero también se puede presentar en ausencia de ella y estar asociada a otras enfermedades como la diabetes mellitus, colangitis esclerosante primaria, leptospirosis y drogas.

La presentación clínica se produce en 5 a 15% de todos los casos de colecistitis aguda, donde resalta sobre las demás la presencia de masa palpable en el hipocondrio derecho, presente tanto en hombres como mujeres, frecuentemente en mayores de 65 años. Es factible en un 20% que se pueda palpar la vesícula biliar como una masa redondeada, de límites precisos, de superficie lisa, dolorosa, que se moviliza con los movimientos respiratorios y que ocasiona dolor solamente al respirar con resistencia muscular.

Tratamiento:

El tratamiento depende de la gravedad que presenta el paciente, siendo la colecistectomía la opción más adecuada para dicha patología. Se debe de entender que la colecistitis aguda es una inflamación del apéndice vesicular con la consiguiente infección de la misma producida por una obstrucción del contenido biliar, estasis y sobreproducción bacteriana, esta última comúnmente está conformado por aerobios gramnegativos en su mayoría, seguido de anaerobios y aerobios grampositivos, por lo que es indispensable, en el tratamiento preoperatorio, la dieta absoluta, la administración de líquidos endovenosos y los antibióticos parenterales de amplio espectro.

La decisión de elegir la vía laparoscópica o la cirugía abierta depende de que tan comprometida se encuentre las vías biliares, ya que, al existir la infección, compromete también a que se infecte e inflame las estructuras adyacentes a la vesícula, aumentando la dificultad para delimitar anatómicamente a través del manejo por vía laparoscópica.

Se utiliza scores que ayudan a determinar la viabilidad del paciente para ser intervenido quirúrgicamente, siendo estas los Scores de Tokio 2018, de ASA (Asociación Americana de Anestesiología) y el CCI (Índice de comorbilidad de Charlson); el Score ASA es una escala que nos ayuda a determinar condición actual del paciente antes de la intervención quirúrgica y el CCI relaciona la mortalidad con la comorbilidad del paciente. Según la Guía de Práctica Clínica, refiere considerar la realización de colecistectomía temprana si se tiene $CCI \leq 5$ y/o $ASA \leq II$, Colecistectomía diferida si tiene $CCI \geq 6$ y/o $ASA \geq III$, y cuando exista falla en el tratamiento de soporte realizar una colecistectomía.

Cuando se determina la severidad de la colecistitis aguda en conjunto con las condiciones del paciente, se toma una decisión con respecto al tratamiento, y si la situación del paciente no sean las adecuadas para la intervención quirúrgica, se puede someter a un colecistectomía, siendo un tratamiento más conservador y poco invasivo que sirve para drenar el contenido biliar infectado a través de una vía percutánea dirigida por ecografía y con tratamiento antibiótico de amplio espectro, siendo una solución temporal mientras se mejoran las condiciones del paciente y se reevalúa con los mismos criterios dentro de 3 a 6 meses para ser intervenido quirúrgicamente. (21, 23 y 30)

Coledocolitiasis

La coledocolitiasis es la presencia de cálculos en el colédoco que, por lo general, según donde se forma los cálculos, se suelen dividir en dos tipos: Primarios, producidos en el conducto biliar y los Secundarios, que migran del apéndice vesicular.

Es la causa más común de obstrucción de las vías biliares y conforma el 10 – 20% de los pacientes con colelitiasis, el 7 – 14% de pacientes que se sometieron a colecistectomía y en el 18 – 33% de los pacientes con pancreatitis aguda.

Esta patología mayormente es asintomática, pero cuando se presentan síntomas, la manifestación clínica puede variar de un cólico biliar hasta la ictericia obstructiva, presentando coluria, escleras ictericas y heces decoloradas; también, al ser un proceso agudo obstructivo, existe la presencia de dolor por el aumento de la presión intraluminal de las vías biliares y la distensión de las paredes, provocando la activación de las fibras dolorosas. Aun siendo una enfermedad asintomática, presenta una mayor morbilidad y mortalidad debido al desarrollo de complicaciones, como el de la pancreatitis aguda o colangitis aguda ascendente.

La colangitis es una infección ascendente del colédoco secundaria a una obstrucción, generando la famosa triada de Charcot que es la manifestación de dolor en hipocondrio derecho, fiebre e ictericia. Esta patología puede dar complicaciones como el shock séptico donde se añade deterioro del estado mental e hipotensión, manifestaciones que agregadas con la triada de Charcot tienen como nombre la Pentada de Reynolds, siendo un signo de mal pronóstico donde la mortalidad es elevada si no se da el tratamiento oportuno. (21 y 26)

El diagnóstico de la coledocolitiasis siendo asintomática es ocasional a través de exámenes imagenológicos como la ecografía, pero cuando se presenta síntomas, se toma en consideración los signos y síntomas, exámenes de laboratorio y un estudio imagenológico como la CPRM (colangiopancreatografía por resonancia magnética), y según los resultados, se utiliza predictores que nos indican el grado de riesgo de presentar la patología, la más usada es de la ASGE (Sociedad Americana de Gastroenterología Endoscópica) del 2010, teniendo una precisión diagnóstica del 70%, tomando en consideración la edad del paciente, el perfil hepático y las imágenes de ayuda diagnóstica.

Según este predictor, pacientes catalogados como “alto riesgo” es para pacientes que presentan un 50% de probabilidad de presentar la patología y que necesitan ser sometidos a una Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica (CPRE) como confirmación diagnóstica y tratamiento al explorar el colédoco y extraer el cálculo que origina la patología; el “riesgo intermedio” indica un 10 – 50% de presentar la patología, por lo que para estos casos está indicado el estudio poco invasivos como ultrasonografía endoscópica, CPRM y Colangiografía intraoperatoria (IOC), evaluando la necesidad de una acción terapéutica adicional; por último, los pacientes que entren en la categoría de “bajo riesgo” con 10% a presentar coledocolitiasis, pueden ser sometidos a colecistectomía sin evaluaciones adicionales. (26 y 27)

Pancreatitis de etiología biliar

La pancreatitis es una afección autolítica en la que los acinos pancreáticos son catabolizados por las mismas enzimas que estas producen, ocasionando necrosis y liberación de sustancias proinflamatorias, que a su vez producen una cascada inflamatoria que deteriora más el tejido pancreático y órganos satélites de este, y con ello empeorar la condición del paciente, pudiendo llegar al punto de ocasionar complicaciones como el Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), disfunción multiorgánica o la muerte.

La causa exacta de esta patología es desconocida, pero se cree que existe una activación anómala de las enzimas pancreáticas dentro de las células acinares debido a diferentes situaciones que condicionan dicha activación, pudiendo ser de etiología biliar, etílica, obstructiva, post-intervencionista, farmacológica, metabólica, entre otros.

En el caso de la pancreatitis de origen biliar no existe un mecanismo exacto de cómo se desencadena la lesión pancreática, pero se tiene 2 teorías que podrían explicar dicho suceso, la Primera teoría es la Obstructiva, la cual manifiesta que la pancreatitis aguda se produce por una excesiva presión intraluminal del conducto pancreático debido a la secreción continua del jugo pancreático concomitante a la obstrucción de la vía pancreática, se cree que debido al aumento de presión intraductal se inicia un mecanismo dependiente de la transmisión de señales de calcineurina que es una enzima dependiente de calcio que condiciona a que se inicie la transcripción de la IL-2 y con ello la activación de la cascada inflamatoria. La Segunda teoría es la del reflujo donde existe una obstrucción por la presencia de un

cálculo biliar en la ampolla de váter lo que hace que el contenido biliar pase por el conducto pancreático, lo cual se piensa que al llegar al páncreas necrosan a las células acinares por un aumento de calcio en el citoplasma.

La pancreatitis de origen biliar es la primera de las causas más frecuentes de pancreatitis aguda, representando aproximadamente el 40% de los pacientes con pancreatitis aguda y el 3 – 8% de todos los pacientes con litiasis vesicular a nivel global. También se tiene en conocimiento que las mujeres presentan una mayor frecuencia en padecer de dicha patología, rondando entre los 50 a 70 años de edad.

Manifestaciones clínicas:

Un síntoma cardinal que presenta la pancreatitis aguda es el dolor que se presenta en la región del epigastrio y que se irradia hasta la espalda a manera de cinturón, también se le agrega en un 90% las náuseas y los vómitos. También se le añade la deshidratación como una sintomatología frecuente, la cual produce taquicardia, hipotensión, mucosas secas y escasa turgencia cutánea; en pacientes de mayor edad o deshidratadas se les puede agregar el deterioro del estado mental.

Con respecto al examen físico, existen diferencias dependiendo de la gravedad en la que la pancreatitis se encuentra, en la leve se puede encontrar normal o ligero dolor abdominal después de hacer presión en el epigastrio y en el grave puede encontrarse un abdomen distendido asociado al signo de rebote y rigidez abdominal. Se puede observar equimosis en flancos cuando existe una hemorragia retroperitoneal asociada a una pancreatitis grave. También se puede presentar ictericia en los casos donde coexista una coledocolitiasis o un edema de cabeza de páncreas severo que comprima la porción intrapancreática del colédoco.

Otros hallazgos de importancia que corrobora la gravedad de la pancreatitis es encontrar disminución del murmullo vesicular y matidez a la percusión en el hemitórax izquierdo y, en menor frecuencia, el derecho, lo que indica un derrame pleural secundario a la cascada inflamatoria ocasionada por la pancreatitis aguda.

Diagnostico:

El diagnóstico se basa en la clínica y en los exámenes de laboratorio, teniendo a los estudios por imagen como método para valorar la gravedad de la misma.

En la Clínica predomina el síntoma característico del dolor abdominal a nivel epigástrico que va a manera de cinturón hasta la espalda, en los Exámenes de Laboratorio, predomina la presencia de amilasa y lipasa, enzimas pancreáticas cuyo aumento significativo son indicativos de lesión pancreática, siendo la lipasa el marcador más fiable en el diagnóstico de la pancreatitis aguda ya que, la amilasa, tiene una semivida más corta por lo que, pasados 24 a 48 horas después del inicio de síntomas, los niveles de amilasa se normalizan, a diferencia de la lipasa que se mantiene elevada en sangre entre 8 a 14 días; aparte de ello, la amilasa puede elevarse en otras patologías como la macroamilasemia, la enfermedad ulcerosa péptica, la salpingitis o la isquemia mesentérica, por lo que solo se considera esta enzima en el diagnóstico de pancreatitis aguda si se encuentra en una concentración de 3 veces de los valores normales durante las 24 horas de iniciado los síntomas. También puede encontrarse niveles de glucosa bajos, leucocitosis y elevaciones anómalas de las enzimas hepáticas, donde la elevación de la alanina-aminotransferasa concomitante con la elevación de las enzimas pancreáticas tiene un 95% de probabilidad de presentar pancreatitis biliar aguda.

El PCR es un marcador inflamatorio que presenta un pico a los 48 a 72 h. iniciado la sintomatología y se relaciona con la gravedad de la pancreatitis. Se considera como pancreatitis grave cuando la concentración del PCR llega a ≥ 150 mg/ml por lo que se le considera como un examen de laboratorio a tomar de forma recurrente para evaluar el estado del paciente después de las 48h iniciado los síntomas.

Con respecto a los estudios imagenológicos, el que predomina es la TC con contraste ya que por este método se puede visualizar que porcentaje de necrosis tiene el páncreas y según ello determinar la necesidad de un tratamiento quirúrgico.

Existe criterios pronósticos que nos ayudan a estimar la gravedad de la pancreatitis aguda, una de ellas son los Criterios de Ranson que usa la edad y los hallazgos de laboratorio obtenidos, dependiendo de que se tengan \geq de 3 criterios para que se defina como una pancreatitis grave, además de que mientras más criterios positivos tenga, más será la mortalidad a causa de la pancreatitis aguda. También se puede usar la puntuación de APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evolution), que es un método para determinar la mortalidad del paciente y predecir la necesidad de atención por UCI, usando como parámetros la edad del paciente, antecedentes patológicos y sus funciones vitales. (21)

Según la clasificación de Atlanta, la pancreatitis aguda se puede diferenciar por medio de dos fases según el transcurso de la patología. La primera es la fase temprana, que comprende la primera semana y en el que la pancreatitis aguda se manifiesta como una respuesta inflamatoria sistémica, el tratamiento se basa dependiendo de los criterios clínicos que se encuentren en el paciente; la segunda fase es la tardía, se le cataloga como tal persiste la sintomatología pasando más de una semana y si existe complicaciones locales o sistémicas, el tratamiento dependerá de criterios clínicos como imagenológicos.

También se puede clasificar en tres niveles según la gravedad, esta son la Pancreatitis aguda leve, que no presenta disfunción orgánica ni complicaciones locales o generales, los pacientes que entran en esta categoría por lo general se les da de alta durante la fase temprana y su mortalidad es muy rara; Pancreatitis aguda moderada, presenta una insuficiencia orgánica que dura menos de 48 h. y/o complicaciones locales o generales, puede resolverse sin intervenciones o requerir cuidado especiales prolongados y su mortalidad es menor que la grave; Pancreatitis aguda grave que presenta una insuficiencia orgánica que dura más de 48h, a menudo presentan complicaciones locales asociada, presentando una mortalidad de 36 – 50% la cual se eleva si se desarrolla a una necrosis infectada. (28)

Tratamiento:

Para el tratamiento de la pancreatitis aguda, ya sea el tipo de gravedad, lo principal será la rehidratación con solución cristalina isotónica, el tratamiento del dolor y la adecuada nutrición. La rehidratación dependerá del estado fisiológico de cada paciente, si existe complicaciones con la reposición de líquidos por las complicaciones que se presente en el paciente se tendrá que usar una vía central venosa y sonda Foley para mejor control hídrico. El uso de AINES puede ayudar a los pacientes a aliviar el dolor en una pancreatitis aguda en fase temprana, pero para un buen control del dolor se recomienda usar fármacos opioides, sin embargo, no existe diferencia en el uso de AINES u Opiáceos respecto a las complicaciones que se presente por la pancreatitis aguda. La nutrición es importante ya que en las complicaciones de la pancreatitis se dificulta la vía oral, por lo que se tiene como opciones la nutrición enteral y la parenteral, siendo la más aconsejada la enteral por presentar menos complicaciones a largo plazo como lo presenta la vía parenteral. (29)

Es aconsejable el control de la pulsioximetría ya que una complicación común que presenta los pacientes con pancreatitis aguda es la lesión pulmonar aguda provocada por la cascada inflamatoria que genera la lesión pancreática, se tiene como sugerencia también la oxigenoterapia en pacientes que presenten dicha complicación a fin de mantener la saturación de oxígeno $\geq 95\%$.

El tratamiento antibiótico profiláctico no se recomienda ya que no existe algún tipo de mejora del proceso inflamatorio, por lo que se recomienda usar carbapenémicos o quinolonas solo cuando se tenga confirmado el diagnóstico de una pancreatitis aguda necrosante infectada.

La CPRE está contraindicado cuando el paciente se encuentre dentro del proceso inflamatorio de la pancreatitis, ya que la pancreatitis biliar aguda se normaliza pasado las 48h. aproximadamente y porque existe una alta probabilidad de que la intervención ocasione la permanencia del estado inflamatorio de la pancreatitis. Se recomienda el uso de la CPRE cuando ya haya remitido la pancreatitis y que se confirme la presencia de una coledocolitiasis o colangitis, para evitar la recidiva.

La colecistectomía laparoscopia puede estar indicada en pacientes con pancreatitis biliar aguda, ya que este proceso inflamatorio concomitante con la presencia de litiasis biliar tiene una recidiva del 30%. Contraindicado en pacientes mayores o que presenten complicaciones.

Íleo Biliar:

Es una obstrucción intestinal secundaria debido a la presencia de un cálculo biliar, el cual debe de ser grande en la parte inferior de la vesícula de tal manera de que fistuliza a la porción de duodeno que este cerca de este. Con frecuencia se produce en pacientes mayores y esta fistula produce inflamación o necrosis por presión, el sitio donde mayormente aparece esta obstrucción es a la altura de la porción terminal del íleon. El diagnóstico se basa en la presencia de neumobilia (aire en las vías biliares) a causa de la comunicación que tiene con el intestino delgado por medio de una TC. El tratamiento es una intervención quirúrgica a través de una enterotomía que retorne el contenido de la fistula a la vesícula biliar, y luego de esta intervención pensar en una colecistectomía para evitar la recidiva.

II.1.3. Descripción de la situación problemática

La litiasis vesicular es una patología bastante frecuente, afectando aproximadamente al 10–15% de la población mundial (21), y siendo el tercer lugar en las causas de dolor abdominal representado por un 2,9–14% de los casos en total (25). Comúnmente es una patología asintomática que puede diagnosticarse tanto de manera ocasional o cuando se tengan síntomas de dolor agudo abdominal que obligue al paciente a ser llevado al área de emergencia. Es una patología que necesita resolverse de manera quirúrgica programada para evitar las posibles recurrencias de dolor agudo abdominal o complicaciones como la colecistitis, coledocolitiasis, pancreatitis biliar aguda, colangitis o íleo biliar. También se tiene que tomar en cuenta que existen pacientes que están más propensos a sufrir de esta patología, siendo en su mayoría pacientes mayores de 50 años, de sexo femenino, multigestas y con sobrepeso.

Con todo ello debemos entender que dicha patología es un problema sanitario muy importante ya que es frecuente el diagnóstico de dolor abdominal agudo por cólico biliar en el servicio de medicina en el área de emergencia, esto podría ser debido a la falta de conocimiento del paciente sobre la enfermedad y no continuar con el estudio de la causa que lo origina, o que las programaciones para una colecistectomía laparoscópica o convencional llevan mucho tiempo en los Nosocomios, teniendo que cumplir con ciertos requisitos como la analítica laboratorial, diagnóstico por imagen o las consultas externas de cirugía general o anestesiología para considerar al paciente como apto para dicha intervención, por lo que es recurrente observar pacientes que están en vías de programación en el área de emergencia recibiendo tratamiento analgésico, otras de las posibles razones es por la demora en la elección de los pacientes para ser programados, ya sea por la falta de capacidad para atender la demanda o por las horas operatorias designadas para el servicio de cirugía general, esto varía dependiendo del nosocomio y el grado de complejidad que tenga.

II.1.4. Formulación del problema.

Según lo mencionado anteriormente, es importante determinar las posibles causas del aumento de casos de pacientes con complicaciones de litiasis vesicular, por lo que se formula el siguiente problema:

¿Existe relación entre los factores de riesgo y las complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022?

II.1.5. Justificación e Importancia de la investigación.

La investigación sobre una problemática habitual siempre es de importancia para obtener información sobre los factores relaciones a la incidencia de dicho problema. En el caso de los pacientes con litiasis vesicular del Hospital San Juan de Dios, seria de importancia la información de los tipos de complicaciones, de las atenciones que se presentan tanto por emergencia como en hospitalización, los factores de riesgo asociados a los pacientes a presentar complicaciones y si existe relación entre ambas, con el fin de plantear soluciones ante tales problemáticas para cumplir con uno de los niveles de atención que se tiene en la medicina la cual es la prevención.

II.2. OBJETIVOS

II.2.1. Objetivo general.

Determinar la relación entre los factores de riesgo y las complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022.

II.2.2. Objetivos específicos.

- Factores sociodemográficos
 - ✓ Determinar si la edad está relacionada a complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022.
 - ✓ Determinar si el sexo está relacionada a complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022.
 - ✓ Determinar si la procedencia está relacionada a complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022.

- Factores clínicos
 - ✓ Determinar si la presencia de comorbilidades está relacionada a complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022.
 - ✓ Determinar si el IMC está relacionada a complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022.

- Factores de capacidad resolutive
 - ✓ Determinar si el número de atenciones por emergencia está relacionada a complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022.
 - ✓ Determinar si el número de hospitalizaciones está relacionada a complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022.
 - ✓ Determinar si la colecistectomía previa está relacionada a complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022.

II.3. Hipótesis y Variables de la investigación.

II.3.1. Hipótesis

Ha: Existe relación entre los factores de riesgo y las complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022.

H0: No existe relación entre factores de riesgo y las complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022.

II.3.2. Variables.

II.3.2.1. Variable Principal:

- ✓ Complicaciones de la Colelitiasis

II.3.2.2. Variables Secundarias:

- Factores Sociodemográficos
 - ✓ Edad
 - ✓ Sexo
 - ✓ Procedencia

- Factores Clínicos
 - ✓ Comorbilidades
 - ✓ Índice de Masa Corporal

- Factores de Capacidad Resolutiva
 - ✓ Atenciones por emergencia
 - ✓ Hospitalizaciones
 - ✓ Colecistectomía

III. Estrategia metodológica.

III.1. Tipo y diseño de la investigación.

El estudio de tipo Correlacional, cuya característica es ser:

- ✓ Observacional: porque no existe intervención.
- ✓ Retrospectivo: porque no existe un control en la medición de la variable.
- ✓ Transversal: porque solo se midió una vez a través del estudio de las historias clínicas y el llenado de la ficha de recolección de datos.
- ✓ Analítico: porque se está estudiando más de una variable.

III.2. Técnicas e instrumentos de recolección de la información.

La recolección de datos se realizará a través de una Ficha de Recolección de Datos y el estudio de las Historias Clínicas.

III.3. Selección del área o ámbito de estudio.

Hospital San Juan de Dios de Pisco, Ubicado en Av. Reino de Marruecos S/N, frente a la entrada del Molino. Cuenta con Consultorio Externo, 4 Áreas de Hospitalización (Medicina Interna, Cirugía General, Gineco-obstetricia y Pediatría), un Centro Obstétrico, 2 áreas de Vigilancia de pacientes críticos, 2 Salas de Operaciones, un área de Recuperación y Emergencia. No cuenta con UCI.

III.4. Población.

Se tomó como población a pacientes que hayan presentado el diagnóstico de Colelitiasis Sintomática atendidos en el periodo de enero – diciembre del año 2022 en el Hospital San Juan de Dios de Pisco y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, la cual dio a un total de 430 pacientes.

III.5. Criterio de inclusión y exclusión.

III.5.1. Criterios de Inclusión:

- Pacientes que hayan presentado el Diagnóstico de Colelitiasis sintomática durante el periodo enero – diciembre del año 2022 en el Hospital San Juan de Dios de Pisco.
- Pacientes atendidos por las especialidades de Cirugía General y Medicina Interna.

III.5.2. Criterios de Exclusión:

- Pacientes que sean menores de 16 años.
- Historia Clínica incompleta o en mal estado.

III.6. Muestra.

- La unidad muestral está conformada de manera individual por el paciente.
- El cuadro muestral está conformado por los pacientes atendidos en el Hospital San Juan de Dios desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre del año 2022.
- El tipo de muestreo es aleatorio simple.
- El tamaño muestral para estudios de tipo correlacional se determina mediante la siguiente fórmula:

$$n = \left(\frac{Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln\left(\frac{1+p}{1-p}\right)} \right)^2 + 3$$

Donde:

- n = tamaño de muestra requerido
 - p = coeficiente de correlación esperado.
 - $Z_{1-\alpha/2}$, nivel de confianza.
 - $Z_{1-\beta}$, poder estadístico.
- Para tener un Nivel de Confianza del 95%, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; con un Poder Estadístico del 80%, $Z_{1-\beta} = 0,84$ y con un coeficiente de correlación esperado de 0.3 se obtiene:

$$n = \left(\frac{1.96 + 0.84}{\frac{1}{2} \ln\left(\frac{1+0.3}{1-0.3}\right)} \right)^2 + 3$$

Hallando logaritmo:

$$\ln\left(\frac{1+0.3}{1-0.3}\right) = \ln\left(\frac{1.3}{0.7}\right) = \ln(1.8571) \approx 0.6190$$

Reemplazando resultado:

$$n = \left(\frac{1.96 + 0.84}{0.5 \times 0.6190} \right)^2 + 3$$

$$n = \left(\frac{2.8}{0.3095} \right)^2 + 3$$

$$n = (9.05)^2 + 3$$

$$n = 81.9 + 3 = 84.9$$

$$n \approx 85$$

III.7. Procedimiento para la recolección de datos.

Se elaboro una solicitud a la dirección del Hospital San Juan de Dios para poder acceder a la información de estadística sobre las atenciones prestadas a pacientes con colelitiasis sintomática en las diferentes áreas del Hospital, después de obtener la carta de aprobación por parte de la Dirección del Hospital y del área de tutoría, se conversó con personal de estadística para la obtención de la base de datos para la selección de las historias clínicas de los pacientes que conformaban la muestra y que cumplían con los criterios de inclusión, luego de ello, se conversó con el jefe del área de archivado de Historias Clínicas para fijar los días en las cuales se podría estudiar cada una de las Historias Clínicas y pasar la información necesaria en nuestra ficha de Recolección de datos y de ahí pasarlo a nuestro programa estadístico.

III.8. Análisis e interpretación de los resultados.

Se proceso la información utilizando el programa estadístico IBM SPSS Statistics para el análisis estadístico, obteniendo como resultados las frecuencias, el cruce de variables para la obtención de correlación con el método de Phi y el Chi cuadrado para interpretar la relación que presentan las variables y la significancia estadística de las mismas. También se utilizó Microsoft Office para la elaboración de tablas y de gráficos para mejor visualización de los resultados.

IV. Resultados.

TABLA N° 1

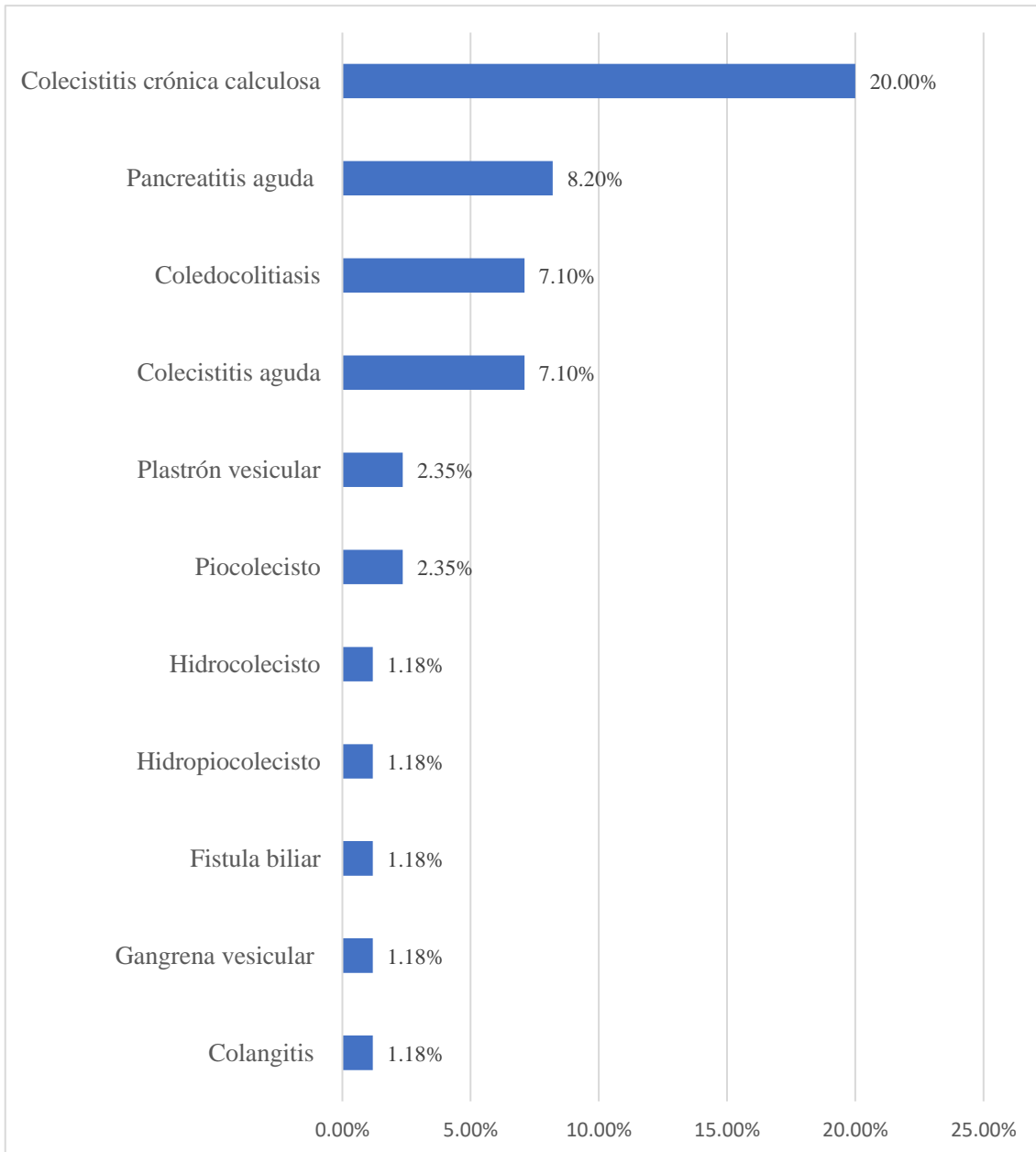
Tabla de frecuencias y porcentajes de los tipos de complicaciones

| Complicaciones | Frecuencia | Porcentaje del total |
|--------------------------------|------------|----------------------|
| Colecistitis crónica calculosa | 17 | 20% |
| Pancreatitis aguda | 7 | 8,2% |
| Coledocolitiasis | 6 | 7,1% |
| Colecistitis aguda | 6 | 7,1% |
| Plastrón vesicular | 2 | 2,35% |
| Piocollecisto | 2 | 2,35% |
| Hidrocolecisto | 1 | 1,18% |
| Hidropiocollecisto | 1 | 1,18% |
| Fistula biliar | 1 | 1,18% |
| Gangrena vesicular | 1 | 1,18% |
| Colangitis | 1 | 1,18% |

Fuente: Torres Ramirez Rafael.

Gráfico I:

Gráfico de barras de las frecuencias de los tipos de complicaciones



Fuente: Tabla N° 1.

TABLA N° 2

Tabla de tendencia central y de dispersión de la variable edad

| Grupo | Total |
|----------------------------|---------|
| Media | 47,81 |
| Error estándar de la media | 1,888 |
| Mediana | 48,00 |
| Moda | 37 |
| Desviación Estándar | 17,405 |
| Varianza | 302,940 |
| Rango | 68 |
| Mínimo | 16 |
| Máximo | 84 |
| Suma | 4064 |
| Total | 85 |

Fuente: Torres Ramirez Rafael.

TABLA N° 3

Tabla de Correlación: Complicación – Edad

| | | Complicación | Edad |
|--------------|-------------------------------------|--------------|-------|
| Complicación | Correlación de Pearson (R_{pb}) | 1 | 0.069 |
| | Sig. (bilateral) | | 0.529 |
| | N | 85 | 85 |
| Edad | Correlación de Pearson (R_{pb}) | 0.069 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | 0.529 | |
| | N | 85 | 85 |

Fuente: Torres Ramirez Rafael.

TABLA N° 4

Tabla Cruzada: Sexo - Complicación

| | Si | No | Total |
|-----------|--------------|--------------|--------------|
| Masculino | 4 13,3% | 13 23,6% | 17 20% |
| Femenino | 26 86,7% | 42 76,4% | 68 80% |
| Total | 30 100,0% | 55 100,0% | 85 100,0% |

Fuente: Torres Ramirez Rafael.

Phi = 0,123

p-valor = 0,256

TABLA N° 5

Tabla cruzada: Comorbilidades - Complicación

| | Si | No | Total |
|-------|--------------|--------------|--------------|
| Si | 5 16,7% | 16 29,1% | 21 24,7% |
| No | 25 75,3% | 39 70,9% | 64 75,3% |
| Total | 30 100,0% | 55 100,0% | 85 100,0% |

Fuente: Torres Ramirez Rafael.

Phi = - 0,135

p-valor = 0,204

TABLA N° 6

Tabla de tendencia central y de dispersión de la variable IMC

| Grupo | Total |
|----------------------------|---------|
| Media | 29,40 |
| Error estándar de la media | 0,73 |
| Mediana | 29,3 |
| Moda | 32,90 |
| Desviación Estándar | 6,739 |
| Varianza | 45,415 |
| Rango | 42 |
| Mínimo | 17,90 |
| Máximo | 59,90 |
| Suma | 2499,10 |
| Total | 85 |

Fuente: Torres Ramirez Rafael.

TABLA N° 7

Tabla de Correlación: Complicación – IMC

| | | Complicación | IMC |
|--------------|-------------------------------------|--------------|-------|
| Complicación | Correlación de Pearson (R_{pb}) | 1 | 0.018 |
| | Sig. (bilateral) | | 0.871 |
| | N | 85 | 85 |
| IMC | Correlación de Pearson (R_{pb}) | 0.018 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | 0.871 | |
| | N | 85 | 85 |

Fuente: Torres Ramirez Rafael.

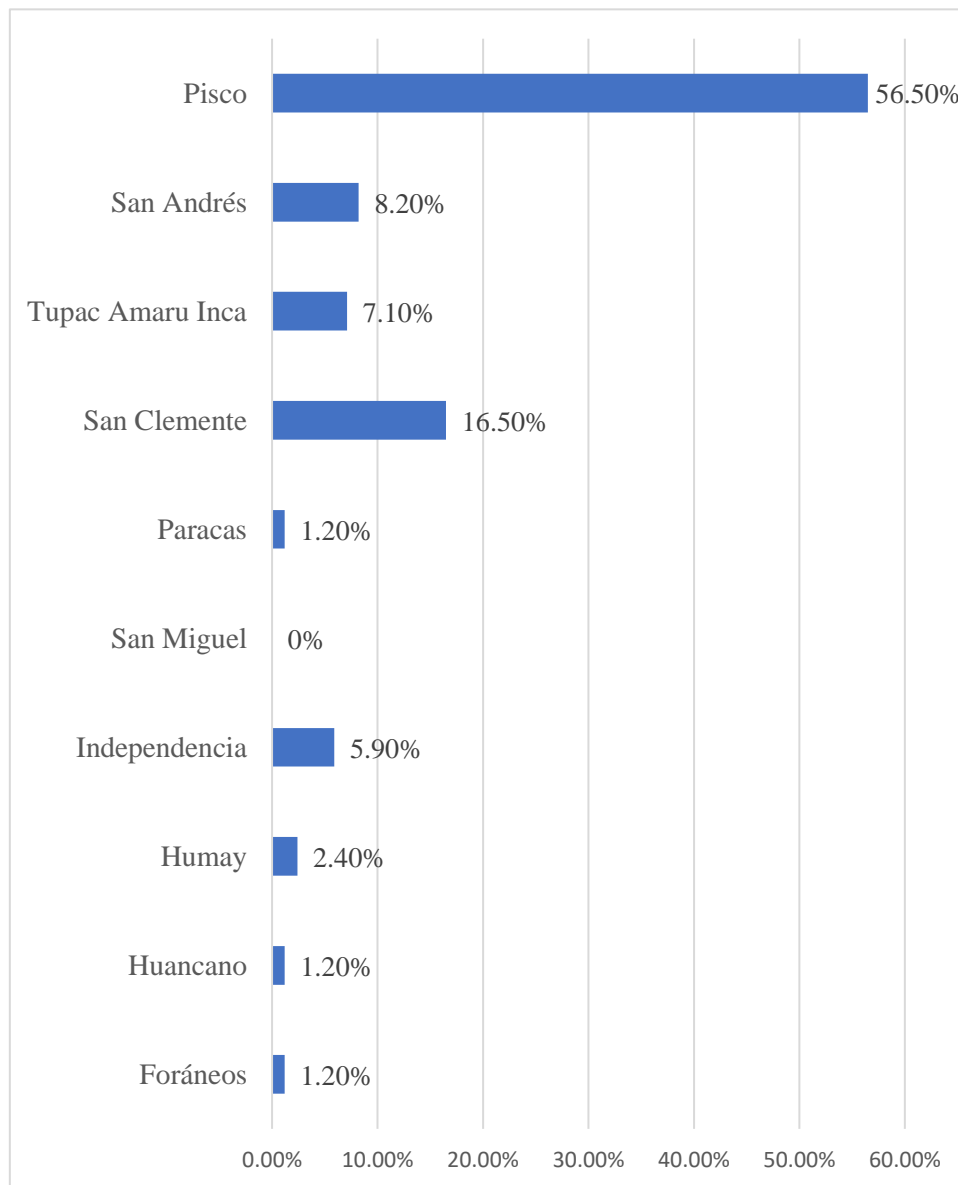
TABLA N° 8*Tabla cruzada: Procedencia - Complicación*

| | Si | No | Total |
|------------------|--------------|--------------|--------------|
| Pisco | 15 50,0% | 33 60,0% | 48 56,5% |
| San Andrés | 2 6,7% | 5 9,1% | 7 8,2% |
| Tupac Amaru Inca | 2 6,7% | 4 7,3% | 6 7,1% |
| San Clemente | 6 20,0% | 8 14,5% | 14 16,5% |
| Paracas | 0 0,0% | 1 1,8% | 1 1,2% |
| San Miguel | 0 0,0% | 0 0,0% | 0 0% |
| Independencia | 3 10,0% | 2 3,6% | 5 5,9% |
| Humay | 0 0,0% | 2 3,6% | 2 2,4% |
| Huancano | 1 3,3% | 0 0,0% | 1 1,2% |
| Foráneos | 1 3,3% | 0 0,0% | 1 1,2% |
| Total | 30 100,0% | 55 100,0% | 85 100,0% |

*Fuente: Torres Ramirez Rafael.***V de Cramer** = 0,297**p-valor** = 0,486

Gráfico II:

Gráfico de barras de las frecuencias según la procedencia



Fuente: Tabla N° 8

TABLA N° 9

Tabla de tendencia central y de dispersión de las atenciones por emergencia

| Grupo | Total |
|----------------------------|-------|
| Media | 1,61 |
| Error estándar de la media | 0,221 |
| Mediana | 1,00 |
| Moda | 1 |
| Desviación Estándar | 2,036 |
| Varianza | 4,145 |
| Rango | 14 |
| Mínimo | 0 |
| Máximo | 14 |
| Suma | 137 |
| Total | 85 |

Fuente: Torres Ramirez Rafael.

TABLA N° 10*Tabla de Correlación: Complicación – Atenciones por emergencia*

| | | Complicación | Atenciones por emergencia |
|---------------------------|-------------------------------------|--------------|---------------------------|
| Complicación | Correlación de Pearson (R_{pb}) | 1 | 0.239 |
| | Sig. (bilateral) | | 0.028 |
| | N | 85 | 85 |
| Atenciones por emergencia | Correlación de Pearson (R_{pb}) | 0.239 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | 0.028 | |
| | N | 85 | 85 |

Fuente: Torres Ramirez Rafael.

TABLA N° 11

Tabla cruzada: Hospitalización - Complicación

| | Si | No | Total |
|-------|--------------|--------------|--------------|
| Si | 28 93,3% | 12 21,8% | 40 47,1% |
| No | 2 6,7% | 43 78,2% | 45 52,9% |
| Total | 30 100,0% | 55 100,0% | 85 100,0% |

Fuente: Torres Ramirez Rafael.

Phi = - 0,685

p-valor = 0,000

TABLA N° 12

Tabla cruzada: Colecistectomía - Complicación

| | Si | No | Total |
|-------|--------------|--------------|--------------|
| Si | 19 63,3% | 10 18,2% | 29 34,1% |
| No | 11 36,7% | 45 81,8% | 56 65,9% |
| Total | 30 100,0% | 55 100,0% | 85 100,0% |

Fuente: Torres Ramirez Rafael.

Phi = - 0,455

p-valor = 0,000

IV.1. Interpretación de resultados:

- La **Tabla N° 1** y el **Grafico I** mencionan los resultados de la frecuencia y los porcentajes según el tipo de Complicación que se ha encontrado, donde la Colecistitis crónica calculosa presenta una alta frecuencia del 20%, seguido de Pancreatitis aguda con el 8.2%, Coledocolitiasis con 7.1%, Colecistitis aguda con 7,1%, Plastrón vesicular con 2.35%, Píocolecisto con 2.35%, Hidrocolecisto con 1.18%, Hidropíocolecisto con 1.18%, Fístula biliar con 1.18%, Gangrena vesicular con 1.18% y Colangitis con 1.18%.
- La **Tabla N° 2** señala los valores de tendencia central y de dispersión de la Edad encontrada en los pacientes, donde la media es de 47.81 ± 17.405 años, con una mediana de 48 años, una moda de 37 años, con una edad mínima encontrada de 16 años y una edad máxima encontrada de 84 años. En la **Tabla N° 3** se observa el análisis estadístico usando el método de Pearson de Punto Biserial donde se obtuvo una correlación entre la variable Complicación y la variable edad igual a 0.069, con un p-valor = 0.529.
- En la **Tabla N° 4** se visualiza el cruce de datos de las frecuencias entre la variable Sexo con la variable Complicación, donde se obtuvo una frecuencia elevada en el sexo femenino con un total del 80%, seguida del sexo masculino con un 20%, y, por medio del método de Phi, se obtuvo una correlación de ambas variables de 0.123 con un p-valor = 0.256.
- La **Tabla N° 6** señala los valores de tendencia central y de dispersión del IMC encontrada en los pacientes, donde la media es de 29.40 ± 6.739 , con una mediana de 29.3, una moda de 32.90, con un IMC mínimo encontrada de 17.90 y un IMC máximo encontrada de 59.90. En la **Tabla N° 7** se observa el análisis estadístico usando el método de Pearson de Punto Biserial donde se obtuvo una correlación entre la variable Complicación y la variable IMC igual a 0.018, con un p-valor = 0.871.
- En la **Tabla N° 8** y en el **Grafico II** se visualiza el cruce de datos de las frecuencias entre la variable procedencia con la variable complicación, donde se obtuvo una frecuencia elevada de pacientes procedentes de distritos cercanos al distrito principal, como lo es la ciudad de pisco, que obtuvo el 56.5% del total, seguida de San Clemente con un 16.5%, San Andrés con 8.2%, Tupac amaru Inca con 7.1% e

Independencia con 5.9%, luego de ellos, las demás provincias presentaron una reducida frecuencia como Humay con 2.4%, Paracas y Huancano con un 1.2%, solo el distrito de San Miguel no presento paciente alguno y pacientes procedentes fuera de la provincia conformaron el 1.2%. También se obtuvo, por medio del método de V de Cramer, se obtuvo una correlación de ambas variables de 0.297 con un p-valor = 0.486.

- La **Tabla N° 9** señala los valores de tendencia central y de dispersión del número de Atenciones previas por emergencia encontrada en los pacientes, donde la media es de 1.61 ± 2.036 , con una mediana de 1, una moda de 1, con un numero de atención previa por emergencia mínimo encontrada de 0 y un máximo encontrado de 14. En la **Tabla N° 10** se observa el análisis estadístico usando el método de Pearson de Punto Biserual donde se obtuvo una correlación entre la variable Complicación y la variable Atenciones por emergencia igual a 0.239, con un p-valor = 0.028.
- En la **Tabla N° 11** se visualiza el cruce de datos de las frecuencias entre la variable Hospitalización con la variable Complicación, donde se obtuvo una frecuencia elevada en los no hospitalizados con un total del 52.9%, seguida de los hospitalizados con un 47.1%, y, por medio del método de Phi, se obtuvo una correlación de ambas variables de - 0.685 con un p-valor = 0.000.
- En la **Tabla N° 12** se visualiza el cruce de datos de las frecuencias entre la variable Colectomía previa con la variable Complicación, donde se obtuvo una frecuencia elevada en los no colectomizados con un total del 65.9%, seguida de los colectomizados con un 34.1%, y, por medio del método de Phi, se obtuvo una correlación de ambas variables de - 0.455 con un p-valor = 0.000.

V. **Discusión.**

- En la **Tabla N° 2** de los resultados, la edad media de los pacientes que presentaron complicaciones de coledocolitiasis sintomática es de 47.81 ± 17.405 años, lo cual se acerca a la edad media que se obtuvo en pacientes con pancreatitis aguda (de 44.5 años) a predominio de etiología biliar (81.7%) en el estudio realizado por Infantes Gutiérrez Ayrton (3), a la edad media de pacientes con pancreatitis aguda (de 54.1 años) a predominio de etiología biliar (81%) en el estudio realizado por Castro Vílchez Claudia (8), a la edad media de pacientes con pancreatitis aguda (de 40.09 años \pm 18.8) a predominio de etiología biliar (94.89%) en el estudio realizado por Palomino Taboada Joselin (9), a la edad media de pacientes con coledocolitiasis que presentaron pancreatitis aguda (de 55.5 años) en un estudio realizado por Nieto Gomez Cristhy (10) y a la edad media de pacientes con pancreatitis aguda (de 40.21 \pm 16.723 años) a predominio de etiología biliar (84.04%) en el estudio realizado por Acero Huamani Katherine (13).
- El estudio elaborado por Vasconzuelo Neyra Sandra (1), refiere que la edad de los pacientes con coledocolitiasis tiene una relación estadísticamente significativa. Sin embargo, en la **Tabla N° 3**, la relación de la variable edad con la variable complicación carece de significancia estadística.
- En la **Tabla N° 4** de los resultados, se observa una elevada frecuencia respecto al sexo femenino (80%), la cual se ve igualmente reflejado en estudios como el de Villanueva Villafuerte Betsabé (5) donde el sexo femenino presenta una elevada frecuencia y es considerada como un factor de riesgo para la presencia de colecistitis crónica calculosa con un relación estadísticamente significativa; sin embargo, en nuestro estudio, a pesar de que exista una elevada frecuencia, la relación de la variable sexo respecto a la variable complicaciones carece de significancia estadística.
- En la **Tabla N° 5** de los resultados, se observa una elevada frecuencia en la ausencia de comorbilidades (75.3%), donde también se señala que no existe una relación estadísticamente significativa entre la presencia de comorbilidades con la aparición de complicaciones, la cual es compartida con el estudio realizado por Gamboa Diaz Liz (2), donde no existe una relación significativa entre la presencia de comorbilidades con la Colecistitis crónica y con el estudio realizado por Villanueva

Villafuerte Betsabé (5) donde no existe relación significativa entre la presencia de comorbilidades con la Colecistitis crónica calculosa.

- En la **Tabla N° 6** señala una media de IMC de 29.4 ± 6.739 , lo cual refiere que la mayor parte de los pacientes estudiados presentan un peso elevado, esto difiere con la presentación de tipos de peso en el estudio realizado por Villanueva Villafuerte Betsabé (5), donde se obtuvo una mayor frecuencia de peso normal (11% del total) para los casos y Obesidad grado III (15% del total) para los controles. Sin embargo, en la **Tabla N° 7** se observa que la relación que presenta el peso elevado con la presencia de complicaciones es carece de significancia estadística ($p = 0,871$), lo cual, de igual manera con el estudio mencionado anteriormente, afirma la carencia de relación estadística significativa entre el peso elevado y la presencia de Colecistitis crónica calculosa ($p = 0,38$).

VI. Prueba de Hipótesis

1. Planteamiento de la hipótesis:

H_a: Existe relación entre los factores de riesgo y las complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022.

H₀: No existe relación entre factores de riesgo y las complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022.

2. Nivel de significancia:

Para este estudio se plantea presentar un nivel de confianza del 95%. ($\alpha = 0.05$)

3. Prueba estadística:

| Valor R | Significado |
|---------------|----------------------------------------|
| -1 | Correlación negativa grande y perfecta |
| -0.9 a -0.99 | Correlación negativa muy alta |
| -0.7 a -0.89 | Correlación negativa alta |
| -0.4 a -0.69 | Correlación negativa moderada |
| -0.2 a -0.39 | Correlación negativa baja |
| -0.01 a -0.19 | Correlación negativa muy baja |
| 0 | Correlación nula |
| 0.01 a 0.19 | Correlación positiva muy baja |
| 0.2 a 0.39 | Correlación positiva baja |
| 0.4 a 0.69 | Correlación positiva moderada |
| 0.7 a 0.89 | Correlación positiva alta |
| 0.9 a 0.99 | Correlación positiva muy alta |
| 1 | Correlación positiva grande y perfecta |

- $p - valor > 0.05$ = sin significancia estadística
- $p - valor \leq 0.05$ = con significancia estadística

4. Resultados:

| Factor / Complicaciones | R | <i>p</i>-valor |
|--------------------------------|----------|-----------------------|
| Edad | 0.069 | 0.529 |
| Sexo | 0.123 | 0,256 |
| Comorbilidades | - 0.135 | 0,204 |
| IMC | 0.018 | 0.871 |
| Procedencia | 0.297 | 0.486 |
| Atención por emergencia | 0.239 | 0,028 |
| Hospitalización | - 0.685 | 0,000 |
| Colecistectomía | - 0.455. | 0,000 |

5. Toma de decisión:

Existe una relación significativa entre los Factores que condicionan la presencia de Complicaciones en los pacientes con colelitiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022, al encontrar significancia de $p - valor \leq 0.05$ en los tres factores: Atenciones por emergencia ($p = 0,028$), Hospitalizaciones ($p = 0,000$) y Colecistectomía ($p = 0,000$); por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis general alterna.

VII. Conclusiones.

- En Factores Sociodemográficos:
 - La variable Edad toma la Hipótesis nula (H0) afirmando que no tiene relación alguna con la presencia de Complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática.
 - La variable Sexo toma la Hipótesis nula (H0) afirmando que no tiene relación alguna con la presencia de Complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática.
 - La variable Procedencia toma la Hipótesis nula (H0) afirmando que no tiene relación alguna con la presencia de Complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática.

- En Factores Clínicos:
 - La variable Comorbilidad toma la Hipótesis nula (H0) afirmando que no tiene relación alguna con la presencia de Complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática.
 - La variable IMC (obesidad) toma la Hipótesis nula (H0) afirmando que no tiene relación alguna con la presencia de Complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática.

- En Factores de Capacidad Resolutiva:
 - La variable de Atenciones previas por emergencia rechaza la hipótesis nula, afirmando que existe correlación positiva baja con la presencia de Complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática.
 - La variable Hospitalizaciones rechaza la hipótesis nula, afirmando que existe correlación negativa moderada con la presencia de Complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática.
 - La variable de Colectomía previa rechaza la hipótesis nula, afirmando que existe correlación negativa moderada con la presencia de Complicaciones en pacientes con Colelitiasis sintomática.

VIII. Recomendaciones.

- Se recomienda mejorar la confección de Historias Clínicas del Hospital San Juan de Dios de Pisco, ya que la información brindada en ellas es muy resumida y no se describe a detalle todas las partes que un buen formato Historia Clínica debería de presentar. También se recomienda una pronta mejora en la sistematización de las Historias Clínicas de modo que sea más preciso y completo el obtener la información cronológicamente detallada sobre las atenciones recibidas tanto en Hospitalización, en consultorio externo y en emergencia, ya que esto nos puede dar más detalles sobre el tiempo de la enfermedad, las presunciones diagnosticas, y el tratamiento que haya recibido el paciente, cabe resaltar que esto beneficiaría a posteriores investigaciones donde se estudien problemas mucho más específicos sobre determinadas patologías.
- Sería importante tomar en consideración la digitalización de las Historias Clínicas, implementación de equipos de cómputo en cada área del Hospital y un Sistema Operativo que facilite la visualización de las Historias Clínicas, de los exámenes de laboratorio y de diagnóstico por imagen de forma directa y rápida.
- Existen artículos científicos que demuestran la seguridad, confiabilidad y posibilidad de implementación rutinaria de la realización de Colectomía Laparoscópica ambulatoria con protocolo ERAS, con una tasa de éxito adecuada, por lo que se recomendaría retomarlo en las cirugías electivas, ya que la realización de Colectomía Laparoscópica es con frecuencia muy disminuida en el Servicio de Cirugía General debido a la falta de suministros para dicha intervención, generando no solo un retraso en el nivel de atención del hospital, sino un gasto hospitalario generado por el tiempo de hospitalización que presenta un paciente colecistectomizado por técnica convencional que por laparoscopia.

IX. Referencias bibliográficas.

1. Vasconzuelo Neyra Sandra, “Factores de riesgo asociados a la colelitiasis en pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital San Juan de Dios de Pisco durante el periodo del 2019 al 2021” (TESIS), Universidad Privada San Juan Bautista, Chincha – Ica – Perú 2023. Enlace: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/4885#:~:text=Conclusi%C3%B3n%3A%20Los%20factores%20de%20riesgo,%2C%20obesidad%2C%20dislipidemia%20y%20alcoholismo.>
2. Gamboa Diaz Liz, “Factores de riesgo asociados a colecistitis crónica en pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital San Juan de Dios de pisco durante el año 2018” (TESIS), Universidad Privada San Juan Bautista, Lima – Perú 2019. Enlace: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/2187?locale-attribute=en>
3. Infante Gutiérrez Ayrton, “Pancreatitis aguda: Características epidemiológicas, clínicas y tratamiento en pacientes de la clínica Arequipa. Julio 2021 – marzo 2022” (TESIS), Universidad Católica Santa María, Arequipa – Perú 2023. Enlace: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/12280>
4. Aspajo Chávez Liliana, “Factores socioculturales y nivel de conocimiento sobre litiasis vesicular en pacientes de cirugía, Hospital III Iquitos ESSALUD Punchana 2021” (TESIS), Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Iquitos – Perú 2022. Enlace: <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/8756>
5. Villanueva Villafuerte Betsabé, “Factores de riesgo asociados a colecistitis crónica calculosa en el Hospital María Auxiliadora. 2019” (TESIS), Universidad Cesar Vallejo, Piura – Perú 2021. Enlace: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/75053>
6. Luckun Pizarro Cristina, “Factores relacionados las complicaciones en colecistitis en el Hospital Nacional Hipólito Unanue – 2019” (TESIS), Universidad Privada San Juan Bautista, Lima – Perú 2021. Enlace: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/3008>
7. Ramirez Espinoza Rosa, “Factores de riesgo asociados a litiasis vesicular en pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital de Chancay 2019” (TESIS), Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Huacho – Perú 2021. Enlace: <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/20.500.14067/4890>
8. Castro Vilchez Claudia, “Incidencia y factores de riesgo de pancreatitis aguda en el Hospital Regional Cayetano Heredia III, ESSALUD – Piura, 2015 – 2017” (TESIS), Universidad Privada Antenor Orrego, Piura – Perú 2020. Enlace: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6127>
9. Palomino Taboada Joselin, “Recurrencia de pancreatitis aguda y factores de riesgo asociados en pacientes atendidos en el Hospital Vitarte en el periodo 2016 – 2019” (TESIS), Universidad Ricardo Palma, Lima – Perú 2020. Enlace: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2985>
10. Nieto Gómez Cristhy, “Factores asociados a la ocurrencia de pancreatitis aguda en pacientes con coledocolitiasis en el Hospital Sergio E. Bernales en el año 2017 – 2019” (TESIS), Universidad Ricardo Palma, Lima – Perú 2020. Enlace: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2897>
11. Olabarrera Sifuentes Rossmery, “Factores de riesgo de la enfermedad litiásica vesicular en pacientes del HNSEB, en el periodo de enero – diciembre 2019” (TESIS), Universidad Ricardo Palma, Lima – Perú 2020. Enlace: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/3166#:~:text=Conclusi%C3%B3n%3A%20Los%20factores%20de%20riesgo,en%20Hipocondrio%20derecho%20y%20n%C3%A1useas.>
12. Reyes Florindez Abraham, “Factores de riesgo para desarrollo de litiasis vesiculares y colédoco litiasis en el Hospital III ESSALUD “José Cayetano Heredia”, 2018 – Piura” (TESIS), Universidad Privada Antenor Orrego, Piura – Perú 2019. Enlace: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/4642>

13. Acero Huamani Katherine, “Características clínico epidemiológicas en pacientes con pancreatitis aguda en el servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2014 – 2016” (TESIS), Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna – Perú 2019. Enlace: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3685?show=full>
14. Rodríguez Cruz Ruth, “Indicadores clínico – ecográficos asociados a pancreatitis aguda recurrente biliar en el Hospital Marino Molina Scippa durante el periodo 2013 – 2017” (TESIS), Universidad Ricardo Palma, Lima – Perú 2018. Enlace: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1407>
15. Lituma Paladines Gregorio, “Factores de riesgo de colangitis en pacientes con coledocolitiasis” (TESIS), Universidad de Guayaquil, Guayaquil – Ecuador 2022. Enlace: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/68040>
16. Gonzales Ronny, Gonzales Ronald y Homsy Stephani, “Incidencia de factores de riesgo para desarrollo de litiasis vesicular en pacientes menores de 40 años colecistectomizados en el Hospital Dr. Ricardo Baquero González”, Revista Venezolana de Cirugía 75(1): 24-28. 2022. Enlace: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1391599>
17. Salom Andrés, Giliberti Bruno, Miranda Andrés, et al., “Incidencia de Litiasis Vesicular Asintomática en pacientes con Complicaciones biliares”, Revista Cirugía del Uruguay Vol. 6(1), 2022: ecir.urug.6.1.12. Enlace: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rcu/v6n1/1688-1281-rcu-6-01-e202.pdf>
18. Granizo Cando Joselyn, “Factores de riesgo y complicaciones de colelitiasis. Hospital José María Velasco Ibarra, 2019-2020” (TESIS), Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba – Ecuador 2021. Enlace: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/8279>
19. Sánchez León José, “Colecistitis Aguda Severa según criterios de Tokio y Factores asociados en pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017” (TESIS), Universidad de Cuenca, Cuenca – Ecuador 2019. Enlace: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/31959>
20. Hjaltadottir Katrin, Haraldsdottir Kristin y Moller Pall, “Cálculos Biliares: Un artículo de revisión”, Laeknabladid – The Icelandic Medical Journal 2020 octubre; 106 (10): 464-472. doi:10.17992/ibl.2020.10.602. Enlace: <https://www.laeknabladid.is/tolublod/2020/10/nr/7461>
21. Townsend Courtney, Evers Mark, Beuchamp Daniel y Mattox Kenneth, “SABISTON: TRATADO DE CIRUGIA, Fundamentos Biológicos de la Practica Quirúrgica Moderna – 21° Edición” España, Elsevier 2022.
22. Bagepally Bhavani, Haridoss Madhumitha, Sasidharan Akhil, et al., “Systematic review and meta-analysis of gallstone disease treatment outcomes in early cholecystectomy versus conservative management/delayed cholecystectomy”, BMJ Open Gastroenterol. 2021; 8(1): e000675. Publicado vía online 2021 Jul 14. doi: 10.1136/bmjgast-2021-000675. Enlace: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8280848/>
23. IETSI. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y manejo de la Colelitiasis, Colecistitis aguda y Coledocolitiasis. GPC N°11. Perú, marzo 2018. Enlace: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Colelitiasis_Version_Extensa.pdf
24. Morales J., Rodrigues J., Santes O., et al., “Colecistostomía percutánea como tratamiento de colecistitis aguda: ¿qué ha pasado en los últimos 5 años? Revisión de la literatura”, Revista de Gastroenterología de México. 2019;84(4):482---491. Enlace: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-colecistostomia-percutanea-como-tratamiento-colecistitis-articulo-S0375090619301120>
25. Oficina de Gestión de Calidad del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Abdomen Agudo no Quirúrgico 2022. Lima – Perú, 21 de noviembre del 2022. Enlace: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3873043/R.D.%20N%C2%B0294-HNAL-D-2022.pdf.pdf>
26. Ovalle-Chao C, Guajardo-Nieto DA, Elizondo-Pereo RA. Rendimiento de los criterios predictivos de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal en el diagnóstico

- de coledocolitiasis en un hospital público de segundo nivel del Estado de Nuevo León, México. *Revista de Gastroenterología de México*. 2022. Enlace: <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2021.11.006>
27. Toro-Calle J, Guzmán-Arango C, Ramírez-Ceballos M, Guzmán-Arango N. ¿Son los criterios de la ASGE suficientes para la estratificación del riesgo de coledocolitiasis? *Rev Colomb Gastroenterol*. 2020;35(3):304-310. Enlace: <https://doi.org/10.22516/25007440.464>
 28. Ortiz Morales C.M., Girela Baena E.L., Olalla Muñoz J.R., et al. “Radiología de la pancreatitis aguda hoy: clasificación de Atlanta y papel actual de la imagen en su diagnóstico y tratamiento”. *Revista de la Sociedad Española de Radiología medica* Vol. 61. Núm. 6. páginas 453-466 (Noviembre - Diciembre 2019). DOI: 10.1016/j.rx.2019.04.001. Enlace: <https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-radiologia-pancreatitis-aguda-hoy-clasificacion-S0033833819300591?newsletter=true>
 29. Basurto Ona Xavier, Rigau Comas David, Urrutia Gerard. “Opiáceos para el dolor de pancreatitis aguda”. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD009179. DOI: 10.1002/14651858.CD009179.pub2. Enlace: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009179.pub2>
 30. Motta Ramírez GA, Martínez Mendoza NJ, Martínez Utrera MJ, Vite-Oliver M, Bastida-Alquicira J, Jiménez Chavarría E. La identificación y el diagnóstico oportuno del hidrocolecisto. *Anales de Radiología México* 2014;13:346-360. Enlace: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=54230>

X. Anexos.

Anexo 01: Matriz de consistencia

| Problema de Investigación | Objetivos | Hipótesis | Variables | Estrategia metodológica |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>¿Existe relación entre los factores de riesgo y las complicaciones en pacientes con coleditiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022?</p> | <p>Objetivo general.</p> <p>Determinar la relación entre los factores de riesgo y las complicaciones en pacientes con coleditiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022.</p> <p>Objetivos específicos.</p> <p>Factores sociodemográficos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar si la edad está asociada a complicaciones en pacientes con coleditiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022. ✓ Determinar si el sexo está asociado a complicaciones en pacientes con coleditiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022. ✓ Determinar si la procedencia está asociada a complicaciones en pacientes con coleditiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022. <p>Factores clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar si la presencia de comorbilidades está asociado a complicaciones en pacientes con coleditiasis sintomática | <p>Hipótesis General.</p> <p>Ha: Existe relación entre los factores de riesgo y las complicaciones en pacientes con coleditiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022.</p> <p>H0: No existe relación entre factores de riesgo y las complicaciones en pacientes con coleditiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022.</p> | <p>Variable Principal:</p> <p>Complicaciones de la Colelitiasis</p> <p>Variables Secundarias:</p> <p>Factores Sociodemográficos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad ✓ Sexo ✓ Procedencia <p>Factores Clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Índice de Masa Corporal ✓ Comorbilidades <p>Factores de Capacidad Resolutiva</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Atenciones por emergencia ✓ Hospitalizaciones ✓ Colecistectomías | <p>Tipo y diseño de la investigación.</p> <p>El tipo de estudio es de Casos y Controles cuya característica es ser de diseño Analítico, Observacional, Transversal, y Retrospectivo.</p> <p>Técnicas e instrumentos de recolección de la información.</p> <p>La recolección de datos se realizará a través de una Ficha de Recolección de Datos.</p> <p>Selección del área o ámbito de estudio.</p> <p>Hospital San Juan de Dios de Pisco.</p> <p>Población y Muestra.</p> <p>Población: Se tomó como población a pacientes que hayan presentado el diagnóstico de Colelitiasis Sintomática y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, la cual dio a un total de 430 pacientes.</p> <p>Criterio de inclusión y exclusión.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Criterios de Inclusión: Pacientes que hayan presentado el Diagnostico de Colelitiasis sintomática durante el periodo enero – diciembre del año 2022 |

| | | | | |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar si el IMC está asociado a complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022. <p>Factores de capacidad resolutive</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar si el número de atenciones por emergencia está asociado a complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022. ✓ Determinar si el número de hospitalizaciones está asociado a complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022. ✓ Determinar si la colecistectomía previa está asociado a complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022. | | | <p>en el Hospital San Juan de Dios de Pisco.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacientes atendidos por las especialidades de Cirugía General y Medicina Interna. <p>Criterios de Exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacientes que sean menores de 16 años. ✓ Historia Clínica incompleta o en mal estado. <p>Muestra:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La unidad muestral está conformada de manera individual por el paciente. ✓ El cuadro muestral está conformado por los pacientes atendidos en el Hospital San Juan de Dios desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre del año 2022. ✓ El tipo de muestreo es aleatorio simple. ✓ El tamaño muestral, para un Nivel de Confianza del 95%, con un Poder Estadístico del 80%, con un coeficiente de correlación esperado de 0.3, se obtuvo una muestra de 85 pacientes. |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Anexo 02:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Factores de riesgo asociados a complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática
atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022.

N° de Historia Clínica: _____

1. Complicación:

A. Si

B. No

Tipo de Complicación: (si la respuesta es afirmativa)

2. Edad: _____

3. Sexo:

A. Masculino

B. Femenino

4. Procedencia: _____

5. IMC: _____

6. Comorbilidades:

A. Si

B. No

Tipo de Comorbilidad: (si la respuesta es afirmativa)

a) Diabetes Mellitus.

b) Hipertensión Arterial.

c) Otras: _____

7. Atenciones por emergencia: _____

8. Hospitalización:

A. Si

B. No

9. Colectomía:

A. Si

B. No

Anexo 03:

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR
ESPECIALISTAS

TÍTULO DEL PROYECTO DE TESIS:

“Factores de riesgo asociados a complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática
atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022.”

Yo, Dr(a): Janet Valencia Ormeno

Médico Especialista del Área de Cirugía General, apruebo aplicación del instrumento de
recolección de datos, cumpliendo con los criterios de claridad, objetividad, coherencia y
metodología, con lo que se puede obtener la información de manera correspondiente establecida
según la tabla de operacionalización de variables planteada.

Pisco, 19 de octubre del 2023

GORE DIRESA - ICA
UE 404 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO

Janet Valencia Ormeno
DRA. JANET VALENCIA ORMENO
CIRUGÍA GENERAL
CMP 56400 RNE 29611

FIRMA

DNI: 43214430

NUMERO: 942099911

**VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR
ESPECIALISTAS**

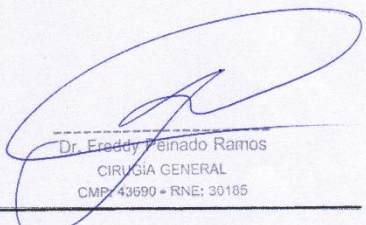
TITULO DEL PROYECTO DE TESIS:

“Factores de riesgo asociados a complicaciones en pacientes con coleditiasis sintomática
atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022.”

Yo, Dr(a): Freddy Peinado Ramos

Médico Especialista del Área de Cirugía General, apruebo aplicación del instrumento de
recolección de datos, cumpliendo con los criterios de claridad, objetividad, coherencia y
metodología, con lo que se puede obtener la información de manera correspondiente establecida
según la tabla de operacionalización de variables planteada.

Pisco, 19 de Octubre del 2023


Dr. Freddy Peinado Ramos
CIRUGÍA GENERAL
CMP: 43690 • RNE: 30185

FIRMA

DNI: 22800578

NUMERO: 956875547

**VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR
ESPECIALISTAS**

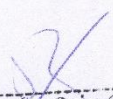
TITULO DEL PROYECTO DE TESIS:

“Factores de riesgo asociados a complicaciones en pacientes con colelitiasis sintomática
atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2022.”

Yo, Dr(a): Yaiming Martorelly Rojas Ventura

Médico Especialista del Área de Cirugía General, apruebo aplicación del instrumento de
recolección de datos, cumpliendo con los criterios de claridad, objetividad, coherencia y
metodología, con lo que se puede obtener la información de manera correspondiente establecida
según la tabla de operacionalización de variables planteada.

Pisco, 20 de octubre del 2023


Yaiming Rojas Ventura
CIRUGÍA GENERAL
CMP: 46324
RNE: 30184

FIRMA

DNI: 42075739

NUMERO: 956552444

Anexo 04: Permiso brindado por el Hospital San Juan de Dios de Pisco para el estudio de las Historias Clínicas



AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"



Pisco, 13 de Diciembre del 2023

CARTA N° 096 - 2023- GORE ICA- DIRESA-UADEI

Señor : Rafael Primi Torres Ramírez
Alumno de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Nacional San Luis Gonzaga

Asunto : Aprobación a solicitud de recabar información para elaboración de Tesis.

Referencia : Proveído No 40029

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo darle a conocer que la Dirección a mi cargo aprueba Vuestra solicitud brindándole las facilidades, para que recabe la información necesaria y realice encuestas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco para la elaboración de su Proyecto de Investigación titulado "**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN PACIENTES CON COLELITIASIS SINTOMÁTICA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO EN EL AÑO 2022**" que será utilizado para obtener el Título de Médico Cirujano .

Al respecto debo manifestarle que existe el compromiso formal que una vez concluido el trabajo deberá alcanzar una copia al Hospital San Juan de Dios de Pisco de la Tesis aprobada.

Sin otro particular, es propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi mayor consideración.

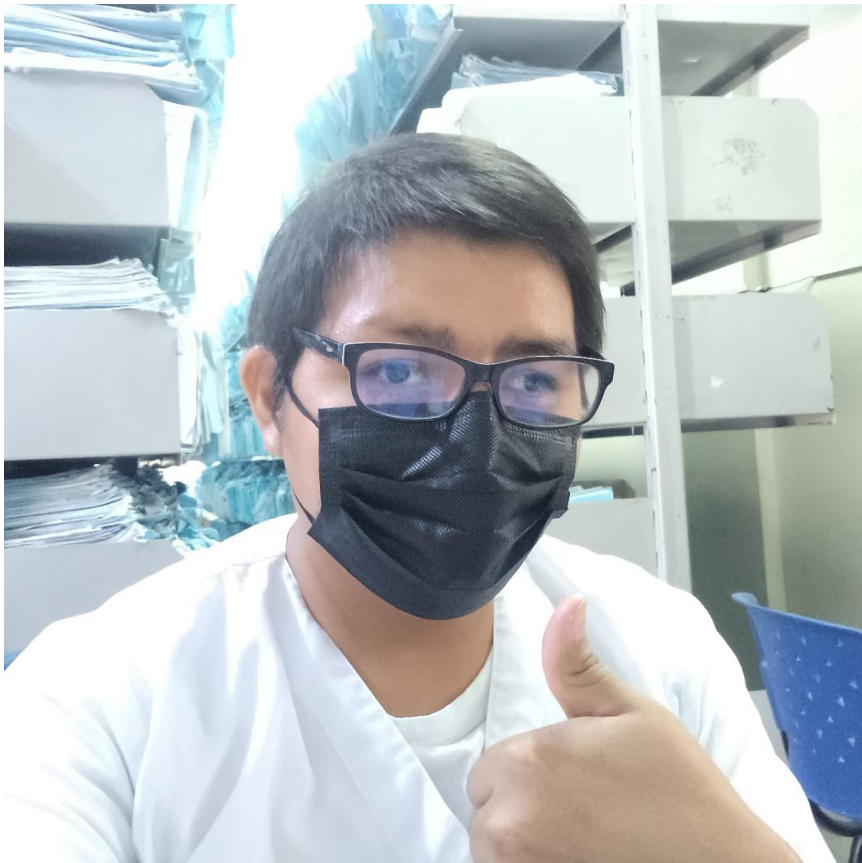
Atentamente,



GORE ICA DIRESA ICA
U.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PISCO
Julio J. de la Cruz Chipana
JULIO J. DE LA CRUZ CHIPANA
COP N° 13606
DIRECTOR EJECUTIVO

JIDLCC-DE-HSJD
AGGC-J-UADEI
C.C.
Archí

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD ICA
Hospital San Juan de Dios
Unidad Apoyo Docencia e Investigación
Fundo Alto la Luna Mz-B Lt-5
Ica - Pisco



ESTADISTICO TESIS.sav [ConjuntoDatos] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

| | Nombre | Tipo | Anchura | Decimales | Etiqueta | Valores | Perdidos | Columnas | Alineación | Medida | Rol |
|----|-------------|----------|---------|-----------|---------------------|---------------|----------|----------|------------|---------|---------|
| 1 | ID | Númerico | 8 | 0 | Numeracion del... | Ninguno | Ninguno | 6 | Derecha | Escala | Entrada |
| 2 | COMPLICA... | Númerico | 8 | 0 | Complicacion | {1, CASOS}... | Ninguno | 17 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 3 | CA | Númerico | 8 | 0 | Colecistitis Agu... | {1, SI}... | Ninguno | 6 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 4 | CCC | Númerico | 8 | 0 | Colecistitis Cro... | {1, SI}... | Ninguno | 8 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 5 | COLEDOC... | Númerico | 8 | 0 | Coledocolitiasis | {1, SI}... | Ninguno | 21 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 6 | COLANGITIS | Númerico | 8 | 0 | Colangitis | {1, SI}... | Ninguno | 14 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 7 | PA | Númerico | 8 | 0 | Pancreatitis Ag... | {1, SI}... | Ninguno | 6 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 8 | PAN | Númerico | 8 | 0 | Pancreatitis Ag... | {1, SI}... | Ninguno | 8 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 9 | POLIPOV | Númerico | 8 | 0 | Polipo Vesicular | {1, SI}... | Ninguno | 11 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 10 | PLASTRONV | Númerico | 8 | 0 | Plastron Vesic... | {1, SI}... | Ninguno | 14 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 11 | FISTBIL | Númerico | 8 | 0 | Fistula Biliar | {1, SI}... | Ninguno | 9 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 12 | PIO | Númerico | 8 | 0 | Piocolicisto | {1, SI}... | Ninguno | 7 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 13 | HIDRO | Númerico | 8 | 0 | Hidrocolecisto | {1, SI}... | Ninguno | 10 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 14 | HIDROPIO | Númerico | 8 | 0 | Hidropiocolicisto | {1, SI}... | Ninguno | 13 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 15 | GANGVES | Númerico | 8 | 0 | Gangrena Vesi... | {1, SI}... | Ninguno | 12 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 16 | EDAD | Númerico | 8 | 0 | Edad | Ninguno | Ninguno | 9 | Derecha | Escala | Entrada |
| 17 | SEXO | Númerico | 8 | 0 | Sexo | {1, MASCU...} | Ninguno | 9 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 18 | PROC | Númerico | 8 | 0 | Procedencia | {1, Pisco}... | Ninguno | 9 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 19 | IMC | Númerico | 8 | 2 | IMC | Ninguno | Ninguno | 7 | Derecha | Escala | Entrada |
| 20 | COMORB | Númerico | 8 | 0 | Comorbidades | {1, SI}... | Ninguno | 12 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 21 | DM | Númerico | 8 | 0 | Diabetes Mellitus | {1, SI}... | Ninguno | 7 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 22 | HTA | Númerico | 8 | 0 | Hipertension Ar... | {1, SI}... | Ninguno | 7 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 23 | OTRAS | Númerico | 8 | 0 | Otras enfermed... | {1, SI}... | Ninguno | 10 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 24 | EMERG | Númerico | 8 | 0 | Atenciones por ... | Ninguno | Ninguno | 10 | Derecha | Escala | Entrada |
| 25 | HOSP | Númerico | 8 | 0 | Usos Hospitalari... | {1, SI}... | Ninguno | 6 | Derecha | Nominal | Entrada |

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

28°C Mayorm. soleado 14:02 28/01/2024

ESTADISTICO TESIS.sav [ConjuntoDatos] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 29 de 29 variables

| | SEXO | PROC | IMC | COMORB | DM | HTA | OTRAS | EMERG | HOSP | COLECISTEC | OBES | ATEN | ETARIO |
|-----|-----------|---------------|-------|--------|----|-----|-------|-------|------|------------|----------|------|--------------|
| 272 | FEMENINO | Independencia | 36,00 | NO | NO | NO | NO | 3 | NO | NO | No obeso | SI | Adulto |
| 273 | MASCULINO | Pisco | 31,00 | NO | NO | NO | NO | 3 | NO | NO | No obeso | SI | Adulto |
| 274 | MASCULINO | Pisco | 25,50 | NO | NO | NO | NO | 1 | NO | NO | Obeso | SI | Adulto |
| 275 | FEMENINO | Pisco | 39,70 | NO | NO | NO | NO | 3 | NO | NO | No obeso | SI | Adulto |
| 276 | MASCULINO | San Andres | 16,00 | NO | NO | NO | NO | 0 | SI | SI | Obeso | NO | Adulto |
| 277 | FEMENINO | Pisco | 44,90 | NO | NO | NO | NO | 1 | NO | NO | No obeso | SI | Adulto |
| 278 | FEMENINO | Tupac Amar... | 30,70 | NO | NO | NO | NO | 2 | SI | NO | No obeso | SI | Joven |
| 279 | FEMENINO | Tupac Amar... | 29,90 | NO | NO | NO | NO | 5 | SI | SI | Obeso | SI | Joven |
| 280 | FEMENINO | San Clemente | 26,40 | SI | SI | SI | NO | 1 | NO | NO | Obeso | SI | Adulto Mayor |
| 281 | FEMENINO | San Andres | 31,50 | NO | NO | NO | NO | 0 | SI | SI | No obeso | NO | Adulto |
| 282 | FEMENINO | Pisco | 27,50 | NO | NO | NO | NO | 2 | NO | NO | Obeso | SI | Adulto |
| 283 | FEMENINO | Pisco | 31,20 | NO | NO | NO | NO | 1 | SI | SI | No obeso | SI | Adulto |
| 284 | FEMENINO | Pisco | 30,40 | NO | NO | NO | NO | 0 | NO | NO | No obeso | NO | Adulto |
| 285 | FEMENINO | Pisco | 26,90 | SI | SI | SI | NO | 0 | NO | NO | Obeso | NO | Adulto |
| 286 | FEMENINO | Pisco | 34,40 | NO | NO | NO | NO | 2 | NO | NO | No obeso | SI | Adulto |
| 287 | MASCULINO | Paracas | 30,90 | NO | NO | NO | NO | 1 | NO | NO | No obeso | SI | Adulto |
| 288 | FEMENINO | Pisco | 23,90 | NO | NO | NO | NO | 4 | SI | SI | Obeso | SI | Adulto |
| 289 | FEMENINO | Pisco | 26,00 | NO | NO | NO | NO | 1 | NO | NO | Obeso | SI | Adulto |
| 290 | FEMENINO | San Andres | 33,90 | SI | NO | SI | NO | 0 | NO | NO | No obeso | NO | Adulto |
| 291 | FEMENINO | San Andres | 31,20 | NO | NO | NO | NO | 0 | SI | SI | No obeso | NO | Adulto |
| 292 | FEMENINO | Pisco | 26,50 | NO | NO | NO | NO | 0 | SI | SI | Obeso | NO | Adulto |
| 293 | | | | | | | | | | | | | |
| 294 | | | | | | | | | | | | | |

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

28°C Mayorm. soleado 14:04 28/01/2024