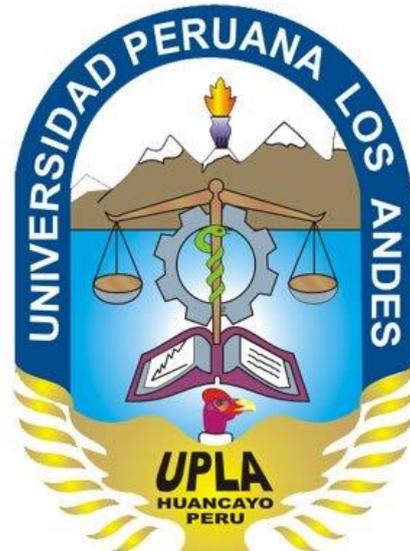


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**COLECISTITIS AGUDA EN EL HOSPITAL NACIONAL
RAMIRO PRIALE PRIALE EN EL PERIODO 2016**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR BACH. TAPIA ACOSTA Lizseth Pamella

HUANCAYO 2017

MIEMBROS DEL JURADO DE TESIS

- ❖ **Dr. Bastidas Parraga, Gustavo**
- ❖ **Mc. Baltazar Castillo, Marco**
- ❖ **Mc. Severino Broncales, José**

ASESOR:

GONZALES PALOMINO, VICTOR MARTIN

DEDICATORIA:

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado, por ello con toda mi humildad dedico en primer lugar mi trabajo a Dios.

De igual manera dedico mi tesis a mi madre que ha sabido formarme con buenos valores y sentimientos lo cual me ayudo a seguir adelante en los momentos difíciles.

A mi padre que sin llevar la misma sangre estuvo conmigo en los momentos más difíciles dándome su apoyo.

A mi familia en general porque siempre me brindaron apoyo incondicional

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Peruana Los Andes por ser mi alma mater quien vio mi desarrollo profesional.

INDICE

Carátula	i
Jurado de tesis.....	ii
Asesor.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento	v
Indice	vi
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1. PROBLEMA.....	2
1.1. Problema General:.....	2
1.2. Problemas Específicos:.....	3
2. JUSTIFICACIÓN	3
2.1. Justificación Teórica	4
2.2. Justificación Social:	5
2.3. Justificación Metodológica:.....	5
3. OBJETIVOS	8
3.1 Objetivo General.....	8
3.2 Objetivos Específicos	8

4. MARCO TEORICO.....	9
4.1. Antecedentes De La Investigación:	9
4.2. Bases Teóricas De La Investigación:	14
4.3. Definición de términos:	15
5. HIPÓTESIS	17
5.1. Hipótesis General:	17
5.2. Hipótesis Específica:	17

CAPÍTULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. METODOLOGÍA	19
2.1.2. Nivel De Investigación:	20
2.1.3 Diseño Gráfico De Investigación:.....	20
2.2. Población Y Muestra	21
2.2.1. Población:	21
2.2.2. Muestra:.....	21
2.2.3. Tamaño De La Muestra:	21
2.2.4. Tipo De La Muestra:	21
2.2.5. Criterios de inclusión	21
2.2.6. Criterios de exclusión	21
2.3. Operacionalización de variable	22
2.4. Métodos Y Técnicas De Recolección De Datos:.....	23

2.5. Instrumento Y Recolección De Datos:	23
2.6. Validez Y Confiabilidad De Los Instrumentos De Recolección De Datos:	23
2.7. Procesamiento Aplicación de Instrumento:	23
2.8. Procedimiento De Datos Obtenidos:	24
2.9. Análisis Estadísticos- Descriptivos E Inferencial:	24
2.10. Prueba de Hipótesis:	24
2.11. Aspectos Éticos De La Investigación:	24
CAPÍTULO III	
RESULTADOS	26
CAPÍTULO IV	
DISCUSIÓN	33
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES	35
CAPÍTULO VI	
RECOMEDACIONES	37
CAPÍTULO VII	
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	38
ANEXOS	43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Pacientes colecistectomizados según técnica quirúrgica en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo 2016.....	27
Tabla N° 2: Pacientes colecistectomizados que presentaron Infección de Sitio Operatorio Superficial en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo 2016.	28
Tabla N° 3: Pacientes colecistectomizados que presentaron Infección de Sitio Operatorio Profundo en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo 2016.	29
Tabla N° 4: Pacientes colecistectomizados que presentaron Infección de Sitio Operatorio Espacio Órgano según técnica quirúrgica en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo 2016.....	30
Tabla N° 5: Cuadro comparativo de días de hospitalización según técnica quirúrgica en pacientes colecistectomizados en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo 2016.....	31
Tabla N° 6: Cuadro comparativo de costo hospitalario según técnica quirúrgica en pacientes colecistectomizados en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo 2016.....	32

RESUMEN

Objetivo: Determinar la diferencia entre las complicaciones que se presentan en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica versus la colecistectomía convencional para Colecistitis Aguda en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo 2016.

Materiales Y Métodos: Estudio de diseño descriptivo comparativo de estudio de pruebas diagnósticas constituidos por 157 pacientes con diagnóstico anatómo-patológico de colecistitis aguda **atendidos en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo del 2016.**

Resultados: 157 pacientes, 54.7% fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica y 45.3% sometidos a colecistectomía convencional: donde el 3.5% de colecistectomía laparoscópica presentaron ISO SUPERFICIAL y los sometidos a colecistectomía convencional fue de 12.7%, ISO profundo solo se presentó en un 9.9% en colecistectomía convencional, los que presentaron infección de sitio operatorio espacio órgano no fueron los pacientes sometidos a colecistectomía convencional con un 3,2%. La estancia hospitalaria presentó diferencia significativa con una $P= 0.000$, el costo hospitalario $P=0.000$

Conclusiones: La colecistectomía laparoscópica presenta mejor evolución como tratamiento en la colecistitis aguda.

Palabras Clave: Colecistectomía Laparoscopia, Colecistectomía Convencional, Colecistitis Aguda.

ABSTRACT

Objective: To determine the difference between complications that occur in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy versus conventional cholecystectomy for acute cholecystitis at the Ramiro Prialé National Hospital in the period 2016.

Materials and Methods: A comparative descriptive study of the study of diagnostic tests consisting of 157 patients with an anatomopathological diagnosis of acute cholecystitis treated at the Ramiro Prialé National Hospital in the period of 2016.

Results: 157 patients, 54.7% underwent laparoscopic cholecystectomy and 45.3% underwent conventional cholecystectomy: where 3.5% of laparoscopic cholecystectomy had ISO SURFACE and those who underwent conventional cholecystectomy were 12.7%, deep ISO only presented in 9.9% of cholecystectomy Conventional, those who presented site-site operative infection were not patients undergoing conventional cholecystectomy with 3.2%. The hospital stay presented a significant difference with a $P = 0.000$, the hospital cost $P = 0.000$

Results: patients undergoing laparoscopic cholecystectomy present a lower risk of infection at the operative site, thus requiring a shorter hospital stay resulting in a lower hospital cost.

Conclusions: Laparoscopic cholecystectomy presents better evolution as treatment in acute cholecystitis.

Keywords: Cholecystectomy Laparoscopy, Conventional Cholecystectomy, Acute Cholecystitis.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La colecistitis según Patiño, es una de las patologías más comunes en el mundo; es considerada la segunda causa de abdomen agudo después de la apendicitis. Es frecuente motivo de consulta diaria en los servicios de urgencias. Corresponde aproximadamente al 25% de las cirugías de las vías biliares. Hoy en día el 15% al 20% de todas las colecistectomía se realizan por colecistitis aguda. ⁽¹⁾

En el Perú, en un estudio del 2013 se revisaron los informes operatorios de las intervenciones quirúrgicas de emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo- Arequipa, en el periodo de enero del 2007 a diciembre 2010 donde se agruparon de acuerdo a los diversos tipos de abdomen agudo. Hubo 1314 casos, de los cuales el 66.56% y la apéndice aguda el 41.5% el abdomen agudo inflamatorio fue el más frecuente, siendo

su principal causa la colecistitis aguda, en pacientes atendidos en Emergencia del Hospital nombrado.

Vasquez en el Hospital Militar Central de Lima entre los años 1984-1996, se reportaron 27570 pacientes con abdomen agudo siendo 2918 pacientes intervenidos quirúrgicamente de urgencias. De estas 2527 tuvieron causas inflamatorias y de ellas la colecistitis aguda ocupó el segundo lugar. ⁽²⁾

Bejarano, Gallego, Gómez en Colombia se evaluaron 146 pacientes que consultaron entre enero y julio del 2009 encontrándose que el dolor abdominal causó 5.1% de las consultas de urgencias y que el 23.3% de estos pacientes presentaron abdomen agudo quirúrgico. Las principales causas de intervenciones quirúrgicas fueron enfermedades biliares 35.5%, la apendicitis aguda en 26.5% y hernias de pared abdominal 11.8% entre estos pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente la principal causa fue la colelitiasis y colecistitis 35.3% seguida de la apendicitis con un 26.5%. ⁽³⁾

1. PROBLEMA

1.1. Problema General:

¿Cuál es la diferencia entre las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica y la colecistectomía convencional en tratamiento de la colecistitis aguda en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo del 2016?

1.2 Problemas Específicos:

1. ¿Cuál es la diferencia de infección de sitio operatorio incisional superficial entre la colecistectomía laparoscópica y colecistectomía convencional en el tratamiento de la colecistitis aguda en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo del 2016?
2. ¿Cuál es la diferencia de la infección de sitio operatoria incisional profunda entre la colecistectomía laparoscópica y colecistectomía convencional en el tratamiento de la colecistitis aguda en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo del 2016?
3. ¿Cuál es la diferencia de la infección de sitio operatoria espacio órgano entre la colecistectomía laparoscópica y colecistectomía convencional en el tratamiento de la colecistitis aguda en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo del 2016?
4. ¿Cuál es la diferencia de la colecistectomía laparoscópica y colecistectomía convencional respecto a la estancia hospitalaria en el tratamiento de la colecistitis aguda en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo del 2016?
5. ¿Cuál es la diferencia del costo hospitalario entre la colecistectomía laparoscópica y colecistectomía convencional con respecto al tratamiento de la colecistitis aguda en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo del 2016?

2. JUSTIFICACIÓN

2.1 Justificación Teórica

Esta investigación se justifica desde el punto de vista teórico porque contribuirá a la ciencia y a la epistemología.

La ciencia es un saber que busca leyes para poder explicar la realidad. Una mera recolección de datos o una descripción de hechos, que deben encontrar y formular relaciones constantes entre los fenómenos, a través de leyes o proposiciones universales que expresan esas conexiones que permitan explicar y predecir hechos particulares o fenómenos mediante la observación de patrones regulares de razonamiento y de experimentación en ámbitos específicos, a partir de los cuales se generan preguntas, se construyan hipótesis, se deduzcan principios. Según Bebko, Arrerte, Larrebure. Y otros manifiestan que la ciencia, es sobre todo un saber crítico, ya que ha de estimular y desarrollar las dudas todo lo posible, y no eludir la posibilidad de ser revisado y/o superado. Esto es a través de una confrontación de los mismos con la realidad ⁽⁴⁾.

La epistemología se ocupa de estudiar el conocimiento científico, encargada de analizarla y evaluarla críticamente. Es la ciencia que estudia “que y como “es este conocimiento, es decir todo saber con fundamentos. Para Nuñez; Vasquez y otros la palabra epistemología surge del griego “episteme”, que significa conocimiento autentico y verdadero, diferente al conocimiento autentico y verdadero, diferente al conocimiento

común, por su proceder metódico, riguroso, sistemático, crítico y controlado, que interpreta la realidad y toda la experiencia y toda la experiencia humana: desde los hechos científicos hasta los hechos sociales, políticos, artístico-estéticos, religiosos, técnicos.⁽⁵⁾

La esencia, procedencia y características, de este conocimiento, se centran, no en los procesos cognitivos en general, sino en uno validado racionalmente. es decir tiene como función esencial el propósito de que dichos conocimientos sean cada vez más fiables para que aporten al desarrollo de las prácticas sociales. Nuñez; Vasquez; manifiesta eso significa que la epistemología busca obtención de conocimientos situados en una rea del saber humano, para establecer relaciones entre todas las áreas.⁽⁵⁾

2.2 Justificación Social:

Esta investigación se justifica desde el punto de vista social porque beneficiara a los pacientes con el diagnóstico de colecistitis aguda para mejorar el tratamiento definitivo siendo esta una patología frecuente en el servicio de emergencia.

2.3 Justificación Metodológica:

Esta investigación se justifica desde el punto de vista metodológico porque para hacer ciencia a partir de la epistemóloga utilizaremos el método científico para que este conocimiento sea adecuado. El carácter distintivo del

conocimiento científico se centra en la forma de adquirir tal conocimiento, es decir, en el método empleado.

El método científico es un procedimiento general de actuación que consiste en formularse interrogantes sobre la realidad del mundo y de los hombres, y en las teorías ya existentes; así como en anticipar soluciones a estas cuestiones y contrastarlas, con la misma realidad. Según Kimura; Takada y otros, el método científico opera con: los conceptos, las hipótesis, variable e indicadores. El método científico establece la relación con los procesos de recolección de información, medición de propiedades, obtención de datos y el análisis e interpretación de los datos. ⁽⁶⁾

Según Yasutoshi; Tadahiro y otros, mencionan que el método científico es el proceso de aplicación del método y técnicas científicas a situaciones y problemas teóricos y prácticos en el área de la realidad social para buscar respuesta a ellos y obtener nuevos conocimientos, que se ajusten lo más posible a la realidad. ⁽⁷⁾

Así pues, las características básicas del método científico son las siguientes. Es empírico. Ya que los fenómenos que se investigan son observables medibles, es decir, presupone la existencia de un mundo exterior cognoscible. Para Perez; Perez y otros mencionan que conectados los conceptos abstractos con el mundo empírico a través de la observación e instrumentos de

medición. Su vía para reconocer un concepto requiere una definición estricta, susceptible de observación y medida que señale los procedimientos para verificar empírica un concepto.

(8)

Es objetivo. Debido a que los hechos observados deben ser obvios para distintos cumpla se circunscribe al respeto del investigador de las reglas y procedimientos establecidos, entre los que se encuentra la necesidad de analizar y no interpretar los hechos. (8)

Es verificable o replicable. Si se ha cumplido la condición anterior, cualquier otro investigador podrá repetir la experiencia con el fin de alcanzar el progreso en el conocimiento científico.

(8)

No es fiable. Ya que la ciencia pretende eliminar errores, de modo que continuamos se somete a prueba el conocimiento adquirido con anterioridad. (8)

Es acumulativo, porque el conocimiento científico necesita apoyarse en los conocimientos previos, en la teoría, en este sentido, ningún estudio científico es un producto aislado, todo investigador emplea los trabajos pendientes como materia prima.

Es público ya que el avance científico depende de la investigación disponible. Se apoya en el pasado, en

publicaciones que aportan a los investigadores teorías en las que fundamentar sus trabajos. ⁽⁸⁾

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General:

Determinar la diferencia de las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica y la colecistectomía convencional en el tratamiento de la colecistitis aguda en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo 2016.

3.2 Objetivos Específicos:

1. Determinar la diferencia en de la infección de sitio operatorio incisional superficial entre la colecistectomía laparoscópica y colecistectomía convencional en el tratamiento de la colecistitis aguda en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo del 2016.
2. Determinar la diferencia de la infección de sitio operatorio incisional profunda entre la colecistectomía laparoscópica y colecistectomía convencional en el tratamiento de la colecistitis aguda en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo del 2016.
3. Determinar la diferencia de la infección espacio órgano entre la colecistectomía laparoscópica y colecistectomía convencional en el tratamiento de la colecistitis aguda en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo del 2016.

4. Determinar la diferencia de la estancia hospitalaria entre la colecistectomía laparoscópica y colecistectomía convencional en el tratamiento de la colecistitis aguda en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo del 2016.
5. Determinar la diferencia entre el costo hospitalario en el tratamiento de la colecistitis aguda en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo del 2016.

4. MARCO TEORICO

5.1 Antecedentes De La Investigación:

En el estudio realizado en el año 2006 en la ciudad de la Habana denominado COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA FRENTE A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL realizado por los doctores Dr. Lorenzo Simon, Dr. Carlos A. Sánchez. Se obtuvo como resultado un total de 1376 pacientes quienes fueron operados por mínimo acceso 1335 pacientes (81.55% del total) y solo 302 pacientes (18.44%) por vía convencional donde la gran mayoría de forma urgente (79.13%). En la serie de rango de edades se hallaron entre 14 y 95 años con promedio de 50+/- años donde se evidenció que la estadía hospitalaria tenía relación con la cirugía realizada obteniendo un tiempo aproximado de 2 días en laparoscopia y hasta 6 días en cirugía convencional. Respecto a las complicaciones existe mayor incidencia en pacientes sometidos a la cirugía convencional con

un total de 15 pacientes mientras que en laparoscopia solo se presentaron en 4. ⁽⁹⁾

En la tesis realizada por Felipe Ulloa Gómez y Henry Vega Cuadrado en el Hospital Militar Mayor Alberto Cobos en los últimos 20 años, cuenca 2015 denominada COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA: EXPERIENCIA DE 20 AÑOS, se encuentra que un total de 468 pacientes sometidos a intervenciones por colecistectomía laparoscópica se evidencio que una de las ventajas es el tiempo hospitalario por lo que si el paciente no presenta alguna complicación puede recibir su alta en menos de 3 días pudiéndose determinar el promedio de 1.09 días, además resulta que solo 5.6% de la población presentaron complicaciones post- quirúrgicas. ⁽¹⁰⁾

Se realizó un estudio denominado ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS DE SEXO MASCULINO VS SEXO FEMENINO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DE JULIO DEL 2014 A JULIO 2015, que fue realizado por el Zoila A. Villar M. donde un total de 514 pacientes 374 (73%) fueron de sexo femenino y 140 (27%) fueron varones donde la edad promedio fue de 45 años de edad en mujeres y 49 años de edad en varones siendo la estancia hospitalaria de 2.18 días para mujeres y de 3.95 para los varones. Esto se debió a las complicaciones post operatorias que presentaron ambos sexos. ⁽¹¹⁾

En otro estudio denominado COMPORTAMIENTO CLÍNICO DE LOS PACIENTES, QUE SE LES REALIZÓ COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL Y LAPAROSCÓPICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL JOSÉ NIEBOROWSKI -BOACO, ENERO A DICIEMBRE 2013” realizado por Elisama de los Flores; Nubia Borge e obtuvo como resultado que de un total de 228 pacientes 208 (91.2%) fueron mujeres y 20 (8.8%) fueron varones realizándose a 53% del total una cirugía laparoscópica y a un 46.5% una cirugía convencional, siendo de 1 a 2 días el tiempo hospitalario del 83.4% de los pacientes y solo un 7 % permaneció más de 7 días.
(12)

Según Pérez, realizo un estudio con 468 pacientes se demostró que laparoscopia al ser mínimamente invasiva facilita la recuperación y por ende disminuye el tiempo de recuperación este estudio dio como resultado que el 90.6% de pacientes requirieron menos de 3 días de hospitalización post operatorio con un promedio de 1.09 de días. En un 94,4% de los casos no hubo ninguna complicación post operatoria solo 5,6% presento nauseas e hiperglucemia al no ser de alto riesgo fueron dados de alta en menos de 3 días. (13)

En un estudio descriptivo por Guillen a un grupo de 60 pacientes se les realizó colecistectomía abierta, mientras que al segundo grupo de 52 pacientes se les efectuó colecistectomía

laparoscópica. En los resultados se observó que las variables de edad, género, diagnóstico preoperatorio, no mostraron ninguna diferencia estadísticamente significativa, sólo cuatro variables presentaron significado estadístico; éstas fueron el tiempo quirúrgico promedio. Se llegó a la conclusión que la colecistectomía laparoscópica supera a la colecistectomía abierta en el manejo de patología vesicular aguda, debido a que presenta menor dolor postquirúrgico y un resultado estético más aceptado y preferido por los pacientes. ⁽¹⁴⁾

Requema, estudio realizado entre enero de 1991 y diciembre de 2007 en el Hospital Ramón y Cajal un total de 3.933 colecistectomías laparoscópicas. Los resultados fueron: la estancia media postoperatoria fue de 3,06 días. La tasa de conversión a cirugía abierta de 8,3% (331 pacientes) y la de complicaciones quirúrgicas mayores del 2,34%, siendo la más frecuente el hemoperitoneo (1%). Se produjeron 13 lesiones de la vía biliar durante la cirugía laparoscópica (0,3%), 51 pacientes (1,3%) fueron re intervenidos precozmente tras la cirugía (hemo-peritoneo) y fallecieron un total de 5 pacientes (0,13%). ⁽¹⁵⁾

En el estudio realizado por Perez B. en el Hospital de la Amistad Perú Corea II Santa Rosa, con un total de 105 pacientes donde el promedio de edad era de 43.35 años de edad a predominio del sexo femenino, siendo el principal diagnóstico la colecistitis crónica calculosa y su complicación más frecuente en el post-

operatorio inmediato fue la presencia de náuseas y vómitos mientras que el post-operatorio mediato fue la presencia de seroma. La estancia hospitalaria fue a predominio de 48 horas mientras que los que los que presentaron complicaciones tuvieron una estancia de 81.9 horas. ⁽¹⁶⁾

4.2 Bases Teóricas De La Investigación:

Esta investigación se basa en la teoría epidemiológica clínica.

Según Monterola, la epidemiología clínica es una disciplina médica, en la que el sujeto de estudio es un grupo de individuos, que comparten alguna característica que los reúne. Su mayor utilidad es el poder de medir y cuantifica el nivel de salud en las poblaciones; actuar sobre el control y prevención de enfermedades; y poder realizar acciones de planificación y evaluación ⁽¹⁷⁾.

Sackett; Haynes; Tugwell, siendo clave para el sistema de salud moderno ya que brinda la mejor evidencia disponible de la investigación para la atención a los problemas (diagnostico, pronostico, terapéutico y preventivos) para el paciente ⁽¹⁸⁾.

Cadiz, Blando, García; Los conceptos, herramientas y métodos de la epidemiología se han aplicado al estudio de la práctica clínica dando lugar a la epidemiología clínica. Esta disciplina pretende dar respuesta a las preguntas que surgen del contacto médico-paciente (observaciones, decisiones y evaluaciones clínicas) mediante un abordaje poblacional y no individual. Según Sacket, la práctica clínica es el origen, fuente de preguntas y destino final de la epidemiología clínica. Se trata de aplicar el método científico a la resolución de problema. ⁽¹⁹⁾

Para Sacket, la epidemiología clínica se ha definido como el estudio de las decisiones diagnósticas, pronosticas y

terapéuticas que se toman con respecto a los enfermos. Estudiando las variaciones en los desenlaces de la enfermedad y de las razones que conducen a ellos teniendo en cuenta las características epidemiológicas del paciente y su ambiente clínico externo, la patología que le concierne y los factores y maniobras a que se ve expuesto en su ambiente clínico, en especial las acciones médicas. ⁽¹⁹⁾

4.3 Definición de términos:

4.3.1 Colecistitis Aguda:

Según Núñez; Vásquez, es un proceso inflamatorio agudo de la vesícula biliar bacteriana o química. El 90-95% de los casos es causado por la presencia de cálculos biliares que obstruyen el conducto cístico, la bilis atrapada se concentra y causa irritación y acumulación de presión en la vesícula, produciendo la proliferación bacteriana, perforación llevando a una peritonitis. ⁽⁵⁾

Según Kimura, esta enfermedad inflamatoria aguda de la vesícula biliar, a menudo atribuible a los cálculos biliares, pero muchos factores, tales como la isquemia, trastornos de la mortalidad, lesión química directa, infecciones por microorganismos, protozoos y parásitos, enfermedades del colágeno, y la reacción alérgica también están involucrados. ⁽²⁰⁾

4.3.2 Colectomía Laparoscópica:

El término “laparoscopia” se refiere al examen de la cavidad abdominal utilizando un endoscopio.

Esta técnica es la más común para una colectomía simple. El cirujano hará muchas incisiones pequeñas en el abdomen. Se insertan puertos (tubos huecos) en las aperturas. Las herramientas quirúrgicas y una cámara con luz se colocan en los puertos. El abdomen se infla con gas de dióxido de carbono para que ver los órganos internos sea más fácil. La vesícula biliar se extirpa y las aperturas de los puertos se cierran con suturas, clips quirúrgicos o pegamento. Su cirujano puede comenzar con una técnica laparoscópica y tener que cambiar (convertir) a una técnica que laparotomía abierta. El procedimiento toma de 1 a 2 horas, aproximadamente. ⁽²¹⁾

4.3.3 Colectomía Convencional:

El cirujano hace un incisión de aproximadamente 6 pulgadas de largo en el lado superior derecho del abdomen y corta a través de la grasa y los músculos hasta llegar a la vesícula biliar. Se extirpa la vesícula biliar y todos los conductos son engrapados. ⁽²¹⁾

El sitio se cierra con grapas o suturas, se puede colocar un pequeño drenaje desde el interior hacia el exterior del

abdomen. Generalmente el drenaje es removido en el hospital. El procedimiento toma de 1 a 2 horas, aproximadamente. ⁽²¹⁾

5. HIPÓTESIS

5.1 Hipótesis General:

Existe diferencia entre las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica y la colecistectomía convencional en el tratamiento de la colecistitis aguda en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo del 2016.

5.2 Hipótesis Específica:

1. Existe diferencia entre las complicaciones de infección de sitio operatorio incisional superficial entre la colecistectomía laparoscópica y colecistectomía convencional en el tratamiento de la colecistitis aguda en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo del 2016.
2. Existe diferencia entre las complicaciones de infección sitio operatorio incisional profunda entre la colecistectomía laparoscópica y colecistectomía convencional en el tratamiento de la colecistitis aguda en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo del 2016.
3. Existe diferencia en las complicaciones de infección espacio órgano entre la colecistectomía laparoscópica y colecistectomía

convencional en el tratamiento de la colecistitis aguda en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo del 2016.

4. Existe diferencia entre la estancia hospitalaria respecto a la colecistectomía laparoscópica y colecistectomía convencional en el tratamiento de la colecistitis aguda en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo del 2016.
5. Existe diferencia entre el costo hospitalario respecto a la colecistectomía laparoscópica y colecistectomía convencional en el tratamiento de la colecistitis aguda en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo del 2016

CAPÍTULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 METODOLOGÍA

2.1.1 Tipo De Investigación:

- **Aplicada:**

Según Vega, es aquella que no pretende aportar nuevos conocimientos científicos, si no facilitar la aplicación práctica de los conocimientos ya existentes. ⁽²²⁾

Para Vega, la investigación aplicada busca conocer para hacer, para actuar y para construir, para modificar, le preocupa la aplicación inmediata sobre una realidad circunstancial antes que el desarrollo de un conocimiento de valor universal. Podemos afirmar que es la investigación social y en interés del investigador. ⁽²²⁾

2.1.2 Nivel De Investigación:

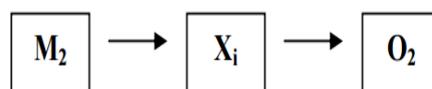
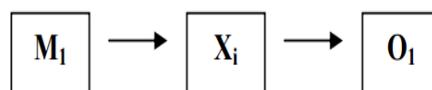
- **Descriptivo:**

Vega, menciona que permite describir un fenómeno o una situación mediante el estudio del mismo en una circunstancia temporo espacial determinada. Este tipo de investigación trata de recoger información sobre el estado actual de un fenómeno. ⁽²²⁾

2.1.3 Diseño Gráfico De Investigación:

- **Descriptivo comparativo:**

Este diseño parte de la consideración de dos o más investigaciones descriptivas simples; esto es, recolectar información relevante en varias muestras con respecto a un mismo fenómeno o aspecto de interés y luego caracterizar este fenómeno en base a la comparación de los datos recogidos, pudiendo hacerse esta comparación en los datos generales o en una categoría de ellos.



- **M₁ y M₂:** Muestras 1 y 2 ó Población 1 y 2.
- **X_i:** Variable(s) de estudio
- **O₁ y O₂:** Observaciones 1 y 2: Resultados (=, ≠, ~) de las comparaciones.

2.2 Población Y Muestra

2.2.1 Población:

Población está constituida por los pacientes con diagnóstico anatómico-patológico de colecistitis aguda atendidos en Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo 2016.

2.2.2 Muestra:

No aplica por el diseño de investigación

2.2.3 Tamaño De La Muestra:

El número de pacientes correspondientes al periodo de estudio, fue de 157.

2.2.4 Tipo De La Muestra:

No aplica por el diseño de investigación.

2.2.5 Criterios de inclusión

1. Pacientes con diagnóstico de anatomía patológica de colecistitis aguda.
2. Pacientes con historias clínicas completas para rellenar las fichas.

2.2.6 Criterios de exclusión

1. Pacientes que no tuvieron diagnóstico de colecistitis aguda por anatomía patológica.
2. Pacientes que no tengan historias clínicas completas.

2.3 Operacionalización de variable

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMESIONES	INDICADORES	ITEM	ESCALA	
COLECISTITIS AGUDA	Es el proceso inflamatorio agudo de la vesícula biliar bacteriana o química, causado por la presencia de cálculos biliares que obstruyen el conducto cístico, causando irritación y acumulación de presión en la vesícula, produciendo proliferación bacteriana, perforación y peritonitis. ⁽¹⁾	Se evaluará la diferencia en los tratamientos de la colecistectomía laparoscópica y colecistectomía convencional.			Infección superficial de sitio operatorio	NOMINAL	
				COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	Infección profunda de sitio operatorio.	NOMINAL	
					Infección espacio órgano.	NOMINAL	
					Estancia hospitalaria	RAZON	
					Costo hospitalario	NOMINAL	
						Infección superficial de sitio operatorio	NOMINAL
				COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL	Infección profunda de sitio operatorio	NOMINAL	
					Infección espacio órgano.	NOMINAL	
					Estancia hospitalaria	RAZON	
						Costo hospitalario	RAZON

2.4 Métodos Y Técnicas De Recolección De Datos:

- **Método:** Retrolectivo
- **Técnica:** Análisis Documental
- **Instrumento:** Ficha de recolección de datos de Historias Clínicas

2.5 Instrumento Y Recolección De Datos:

Encuesta, ver Anexo N° 2

2.6 Validez Y Confiabilidad De Los Instrumentos De Recolección De Datos:

La validación se realiza con KUDER RICHARDSON 20 teniendo como resultado 0.63, teniendo este resultado podemos deducir que la validación es aceptable.

2.7 Procesamiento Aplicación de Instrumento:

Se solicitó la autorización a la unidad de Capacitación Docencia e Investigación de EsSalud. Luego se presentó una solicitud para la revisión y recolección de datos de las historias clínicas a Mesa de Partes del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé. Una vez que fue aceptado la petición por la institución. Se accedió al sistema de gestión de Historias Clínicas a través del departamento de Patología, con el fin de obtener el número de estas. Luego se procedió a la revisión de las historias clínicas de pacientes diagnosticados con colecistitis aguda con el fin de seleccionar solo aquellas que cumplan los criterios de inclusión. Cumplido el proceso se procede a rellenar cada encuesta.

Para los efectos de obtener los costos de las intervenciones quirúrgicas de colecistitis aguda tuve que solicitar información a la oficina de economía y finanzas del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, quienes gentilmente me indicaron que los costos son:

- Colecistectomía laparoscópica S/. 3,450.00 Soles
- Colecistectomía convencional S/. 2480.00 Soles
- Costo por día de hospitalización S/. 308.00 Soles

2.8 Procedimiento De Datos Obtenidos:

Una vez que se culminado la recolección de datos correctamente rellenos, se procedió a la confección de una base de datos en una hoja electrónica del programa de cálculo Microsoft Excel.

2.9 Análisis Estadísticos- Descriptivos E Inferencial:

Se utilizó el paquete estadístico Excel para Window 2010 y SPSS Statics versión 22 para el análisis se utilizó Chi cuadrado para determinar la frecuencia y T Student.

2.10 Prueba de Hipótesis:

Se hizo uso de la estadista inferencial a través de pruebas de comparación de indicadores de desempeño para ambas pruebas diagnósticas.

2.11 Aspectos Éticos De La Investigación:

Por ser una investigación en epidemiología clínica se guardó los principios de la bioética, las cuales son cuatro:

- **AUTONOMÍA:** Es la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas. ⁽²³⁾
- **BENEFICIENCIA:** Es la obligación de hacer el bien. ⁽²³⁾
- **NO MALEFICENCIA:** Es el respeto de la integridad del ser humano, lo que se hace cada vez más relevante ante los avances técnicos-científicos. ⁽²³⁾
- **JUSTICIA:** Es el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. ⁽²³⁾

Este tipo de investigación no requirió consentimiento informado.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Durante el periodo de enero a diciembre del 2016 en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, 157 fueron colecistitis aguda confirmadas por anatomía patológica, predominando las mujeres con un 58% a diferencia de los varones que fueron un 42% además siendo un porcentaje más alto el número de colecistectomías laparoscopias (54.8%) realizadas en este centro hospitalario además de ser más recomendable para el tratamiento por presentar menor complicaciones.

Tabla N° 2: Pacientes colecistectomizados que presentaron Infección de Sitio Operatorio Incisional Superficial en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo 2016.

INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO			
INCISIONAL SUPERFICIAL			
TIPO DE CIRUGÍA	AUSENTE	PRESENTE	TOTAL
LAPAROSCOPIA	96.5% (83)	3.5% (3)	100%
CONVENCIONAL	87.3% (62)	12.7% (9)	100%
TOTAL	92.4% (145)	7.6% (12)	100%
X² =4.651	P=0.31		

En la tabla N°2 muestra que existe diferencia significativa en la presencia de infección de sitio operatorio superficial según técnica quirúrgica.

Tabla N° 3: Pacientes colecistectomizados que presentaron Infección de Sitio Operatorio Incisional Profundo en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo 2016.

INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO INCISIONAL PROFUNDA			
TIPO DE CIRUGÍA	AUSENTE	PRESENTE	TOTAL
LAPAROSCOPIA	100% (86)	0% (0)	100% (86)
CONVENCIONAL	90.1% (64)	9.9% (7)	100% (71)
TOTAL	95.5% (145)	4.5% (12)	100% (157)

P=0.003

En la tabla N°3 se observa que existe diferencia significativa con una P=0.003 en la presencia de Infección de Sitio Operatorio Profundo según técnica quirúrgica.

Tabla N° 4: Pacientes colecistectomizados que presentaron Infección de Sitio Operatorio Espacio Órgano según técnica quirúrgica en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo 2016.

INFECCIÓN DE SITIO ESPACIO ORGANO			
TIPO DE CIRUGÍA	AUSENTE	PRESENTE	TOTAL
LAPAROSCOPIA	100% (86)	0% (0)	100% (86)
CONVENCIONAL	93.0% (66)	7.0% (5)	100% (71)
TOTAL	96.8% (152)	3.2% (5)	100% (157)

P=0.017

En la tabla N°4 se observa que existe diferencia significativa con una P=0.017 en la presencia de Infección de Sitio Operatorio Profundo según técnica quirúrgica.

Tabla N° 5: Cuadro comparativo de días de hospitalización según técnica quirúrgica en pacientes colecistectomizados en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo 2016.

	T	GL	P
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN			
LAPAROSCOPIA (N= 16)	-6.69	155	0.000
CONVENCIONAL (N= 71)	8.167	155	0.000

En la tabla N° 5 se aprecia que existe diferencia significativa en los días de hospitalización respecto a técnica quirúrgica con un P=0.000

Tabla N° 6: Cuadro comparativo de costo hospitalario según técnica quirúrgica en pacientes colecistectomizados en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo 2016.

	T	GL	P
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN			
LAPAROSCOPIA (N= 16)	8.167	155	0.000
CONVENCIONAL (N= 71)	7.891	120.27	0.000
P=0.000			

En la tabla N° 6 se aprecia que existe diferencia significativa en los días de hospitalización respecto a técnica quirúrgica con un P=0.000

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Existe diferencia significativa en el porcentaje de complicaciones en colecistectomía convencionales y colecistectomía convencionales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo del 2016

En la presente investigación se obtuvo una diferencia significativa respecto a las complicaciones para las colecistectomías laparoscópicas y colecistectomías convencionales con un $X^2 = 20.44$. Estos resultados son semejantes a Lorenzo ⁽⁹⁾, Villar ⁽¹¹⁾. Esta semejanza se puede explicar ya que ambos estudios se utilizaron ambas técnicas quirúrgicas con criterios de inclusión similares.

La diferencia significativa para la infección de sitio operatorio incisional superficial fue de $X^2 = 4.651$. Este resultado es semejantes a Lorenzo ⁽⁹⁾ Esta semejanza se puede explicar porque ambos estudios tuvieron las

mismas características sociodemográficos. Este resultado es diferente del estudio de Pérez ⁽¹⁶⁾ se podría explicar porque los criterios de inclusión fueron diferentes.

La diferencia significativa para la infección de sitio operatorio incisional superficial fue de $P= 0.003$. este resultado es similar a Ulloa ⁽¹⁰⁾. Esta semejanza se puede explicar porque ambos estudios tuvieron las mismas condiciones hospitalarias.

La diferencia significativa en la infección de sitio operatorio incisional profundo fue de $P= 0.17$. Este resultado difiere de Requema ⁽¹⁵⁾. Esto se puede explicar porque las complicaciones descritas fueron diferentes y porque las técnicas quirúrgicas estaban sujetas a cambios. Con respecto a Pérez ⁽¹⁶⁾, existe una diferencia que se podría explicar por el tipo de presentación de la patología siendo el tratamiento de elección las cirugías programadas además de no presentarse complicaciones sino más bien sucesos como la presencia de seroma en mayor porcentaje de pacientes.

La diferencia significativa en tiempo hospitalario fue de $P= 0.000$. Este resultado es semejante a Ulloa ⁽¹⁰⁾, Flores ⁽¹²⁾, Zoila ⁽¹¹⁾. Esta semejanza se puede explicar porque los hospitales tienen un rango de tiempo hospitalario por técnica quirúrgica elegida. La diferencia respecto al estudio de Pérez ⁽¹⁶⁾ es por técnica quirúrgica utilizada.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

1. Se determina que existen diferencias en el porcentaje de complicaciones respecto a la colecistectomía laparoscópica versus la colecistectomía convencional con una $P= 0.000$
2. Se determina que existe diferencia significativa en la presencia de infección de sitio operatorio superficial según técnica quirúrgica con una $X^2= 4.651$.
3. Se determina que existe diferencia significativa en la presencia de infección de sitio operatorio profundo según técnica quirúrgica con una $P= 0.003$
4. Se determina que existe diferencia significativa en la presencia de infección de sitio operatorio espacio organo según técnica quirúrgica con una $P= 0.017$

5. Se determina que existe diferencia significativa en el tiempo hospitalario según técnica quirúrgica con una $P= 0.000$
6. Se determina que existe diferencia significativa en el costo hospitalario según técnica quirúrgica con una $P= 0.000$

CAPÍTULO VI

RECOMEDACIONES

Se recomienda al Director del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud Huancayo:

1. Promover a la colecistectomía laparoscópica como tratamiento quirúrgico de primera elección en pacientes con colecistitis aguda en el servicio de emergencia.
2. Contar con equipo quirúrgico moderno disponible exclusivamente para el servicio de emergencia.
3. difundir los resultados de esta investigación para conocimiento del personal asistencial para que el tratamiento de primera elección de la colecistitis aguda sea la colecistectomía laparoscópica ya que tiene mayor ventaja sobre la colecistectomía convencional siendo menor el tiempo hospitalario y menor costo hospitalario.

CAPÍTULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Patiño J. Lecciones de Cirugías: colecistitis aguda. Buenos Aires, Bogota.: 1° ed. : medicina panamericana;732-735; 2001.
2. Vasquez M. Abdomen agudo quirurgico. 112933rd ed.: Rev Fa Med Hum Urp.; 1999.
3. Bejarano M, Gallego C, Gomez J. Frecuencia De Abdomen Agudo Quirurgico En Pacientes Que Consultan Servicio De Urgencia.: Rev Colomn. 26:33-41; 2011.
4. Bebko S, Arrerte E, Larrebure L, Borda G, Samalvides F. Eventos intraoperatorios inesperados y conversion en pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica: Sexo masculino coo factor

- de riesgo independiente. Lima, Perú: Revista de Gastroenterología del Perú.; 2011.
5. Nuñez E, Vasquez V, Aquino H, Martinez V, Saravia C, Gomez A. Guia de paracticas clínicas de colecistitis aguda. Lima, Perú: Dep Cir HNCH.; 2008; p.33.
 6. Kimura Y, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Hirata K, Sekimoto M. Definición pathophysiology, and epidemiology of acute colangitis and cholecystitis. 1411526th ed. Tokyo.: Tokyo Guidelines.; 2007.
 7. Yasutoshi K, Tadahiro T, Strasberg S, Pitt H, Gouma D. TG13 current terminology, etiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis.. 208th ed.: journal of hepato-biliar-pancreatic sciences.; 2013.
 8. Perez M, Perez R, Hartmann A. Enfermedad litiasica biliar en pacientes embarazadas. 272nd ed. Cuba: Estudio ecográfico. revista cubana de ginecologia y obstetricia.; 2001.
 9. Lorenzo S, Sánchez C. Estudio: Colecistectomia Laparoscopica frente a colecistectomia convencional. Habana, Cuba; 2006.
 10. Ulloa F, Vega H. Colecistectomia laparoscopica. Lima, Perú: Hospital Militar Mayor Alberto Cobos; 2015.

11. Villar Z. Estancia hospitalaria en pacientes colecistectomizados de sexo masculino vs sexo femenino en el hospital nacional dos de mayo de julio del 2014 a julio 2015 Lima, Perú; 2015.
12. Flores E, Borge N. Comportamiento clínico de los pacientes, que se les realizó colecistectomía convencional y laparoscópica en el servicio de cirugía general.: Hospital José Nieborowski Boaco.; 2013.
13. Pérez D. Criterios de conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía convencional. Maracaino.; 2013.
14. Guillen O, Zaudio R. Determinar los factores de riesgo en la conversión de colelap a colecistectomía convencional en pacientes de cirugía general del HNHU.; 2015.
15. Requema A, Gutierrez Y. Causas de conversión en colecistectomía laparoscópica caja nacional de Salud H.O N° 2 2000-2005. Cochabamba: Gac Med Bol Vol.30; 2007.
16. B. P. Complicaciones del Post Operatorio en Pacientes con Colecistectomía Convencional y su Recuperación en la Estancia Hospitalaria Post Oen el Hospital deAmistad Perú Corea II-Santa Rosa. tesis. Piura: Universidad Nacional de Piura, PIIURA; 2015.
17. Monterola C. Epidemiología y Epidemiología Clínica: Int. J. Med Surg Sci.; 2015.

18. Sackett D, Haynes R, Tugwell P. *Clínical Epidemiology: a Basic Science For Clinical Medicine.*: 2da. Editorial Madrid. Dias de Santos.; 1989.
19. Cadiz JBJGARJ. *Conversion de colecistectomia laparoscopica, mas alla de la curva de aprendizaje..* 94th ed.: Acta Medica Grupo Angeles. ; 2011.
20. Kimura Y, Takada T, Kawarada Y, Nimura H, Sekimoto M. *Definitions, pathophysiology, and epidemiology of acute colangitis and cholecystitis: Guidelines, Hepatobiliary Pancreat Surg.* 1411526th ed. Tokyo Guidelines; 2007.
21. *Conversión de la Colecistectomía laparoscópica, más allá de la curva de aprendizaje.* [Online]. Available from:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2011/am114c.pdf>.
22. Vega A. *Incidencia de conversión de la colecistectomia laparoscópica en colecistectomia abierta en el HGRO No1 LIC. IGNACIO GARCIA TELLEZ.* Tesis de posgrado para obtener el grado de especialista en cirugía general.; 2014.
23. Gómez P. *Principios Basicos de la Bioética: Rev. Per. Ginecol Obstet.*; 2009.

24. Domínguez R, Bermúdez C, Herrera W. Análisis de los factores de conversión durante colecistectomía laparoscópica a abierta.. 300306th ed. España.: Cirugía Española.; 2012.
25. Pullima M. Características Clínico Epidemiológicas y Quirúrgicas de colecistectomías laparoscópicas convertidas en el Servicio de Emergencia; en pacientes con colecistitis aguda.: Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión desde 2013 al 2015.; 2015.
26. Reddick E. Historia de la Colecistectomía laparoscopia. De dónde venimos, dónde estamos y hacia dónde vamos.. 23639th ed.: Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica.; 2001.
27. Pérez R. Frecuencia de litiasis vesicular en la consulta de ultrasonido en el municipio de baracoa.. 102nd ed.: Revista española de documentación científica.; 1996.
28. Masamichi Y, Tadahiro T, Strasberg S, Solomkin J. TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. journal of HepatoBiliary-Pancreati Sciences.; 2013.

ANEXOS



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"
"Año de la Lucha contra la Corrupción"

CARTA N° 016 - CI-HNRPP-ESSALUD-2017

Huancayo, 26 de Enero del 2017

Señor:
Doctor **CRISTIAN CASTRO BONILLA**
Jefe (e) de Admisión, Registros Médicos Referencia y
Contrareferencia
Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé
EsSALUD

HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ Prialé
COMITÉ DE ADMISIÓN, REGISTROS MÉDICOS REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

PROVEIDO N°: 316

PASE A: Dr. Cristian Castro Bonilla

PARA: Dr. Cristian Castro Bonilla
04/03/17

Fs.: Huancayo, 26 de Enero del 2017

[Signature]
DR. CRISTIAN CASTRO BONILLA
 Jefe (e) de Admisión, Registros Médicos Referencia y Contrareferencia
 C.A.M.P. EsSALUD
 Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - RAJ
 EsSalud

CIUDAD.-

ASUNTO : **BRINDAR FACILIDADES A LA SEÑORITA TAPIA ACOSTA LIZSETH PAMELA - TRABAJO INVESTIGACION**

De mi especial consideración:

Por la presente me dirijo a usted para saludarlo muy cordialmente a nombre del Comité de Investigación del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – EsSalud y al mismo tiempo presentarle a la alumna de la Facultad de Medicina Humana, TAPIA ACOSTA, LIZSETH PAMELA, de la Universidad Peruana los Andes, que ha sido aprobado su trabajo de Investigación titulado : "PREVALENCIA DE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA EN CIRUGIAS DE EMERGENCIA Y ELECTIVAS EN EL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ DURANTE EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2016", para optar el título Profesional, por lo que solicito se le brinde las facilidades de acuerdo a normas, en el servicio de Admisión y historias clínicas, recolección de datos a partir del día 27 de Enero al 27 de Febrero 2017 horario de 2:00 p.m. a 6:00 p.m. de lunes a viernes.

Cabe señalar que los materiales que utilicen corren a cargo de la interesada

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

[Signature]
DR. WALTER CALDERÓN GERSTEN
 Presidente Comité de Investigación
 Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - RAJ
 EsSalud

EsSalud
 HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ Prialé

27 ENE. 2017

OFICINA DE GESTIÓN HOSPITALARIA

Hora: 10:31 Recibido por: EP

WS:CG/Mrs.
NIT: 1302.2917.641
Folios:

Av. Independencia 290

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	ESCALA	
COLECISTITIS AGUDA	Es el proceso inflamatorio agudo de la vesícula biliar bacteriana o química, causado por la presencia de cálculos biliares que obstruyen el conducto cístico, causando irritación y acumulación de presión en la vesícula, produciendo proliferación bacteriana, perforación y peritonitis ⁽¹⁾	Se evaluará la diferencia en los tratamientos de la colecistectomía laparoscópica y colecistectomía convencional.			Infección superficial de sitio operatorio	NOMINAL	
			COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA		Infección profunda de sitio operatorio.	NOMINAL	
					Infección espacio órgano.	NOMINAL	
					Estancia hospitalaria	RAZON	
					Costo hospitalario	NOMINAL	
			TRATAMIENTO QUIRURGICO		Infección superficial de sitio operatorio	NOMINAL	
				COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL		Infección profunda de sitio operatorio	NOMINAL
					Infección espacio órgano.	NOMINAL	
					Estancia hospitalaria	RAZON	
						Costo hospitalario	RAZON

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

DATOS GENERALES:

1. EDAD: _____ Años
2. Género: VARON MUJER
3. Lugar de procedencia Urbano Rural
4. Ocupación
Empleado Obrero
5. Religión Creyente no
creyente

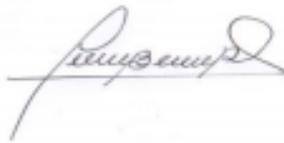
INFORMACION DE LA INVESTIGACION

1. Tipo de cirugía
 L.P. CONV.
2. infección de sitio operatorio insicional superficial
 L.P. CONV.
3. infección de sitio operatorio insicional profunda
 Ausente presente
4. infección de sitio operatorio espacio órgano
 Ausente presente
5. días de estancia hospitalización
_____ días
6. presencia de NIH
ausente presente
7. costo hospitalización
_____ soles

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO: CONFIABILIDAD

FORMULA KUDER RICHARDSON 20					
Paci	C1	C2	C3	C4	TOTAL
1	1	0	1	0	2
2	1	0	0	0	1
3	1	0	0	0	1
4	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0
8	1	0	0	0	1
9	1	0	1	1	3
10	1	1	1	1	4
11	0	0	1	0	1
12	1	0	0	1	2
13	0	1	1	1	3
14	0	0	0	0	0
15	0	1	1	0	2
16	1	0	0	0	1
17	0	1	1	1	3
18	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0
20	1	0	1	1	3

KUDER RICHARDSON 20: 0.63



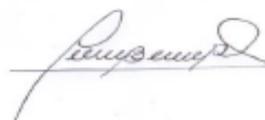
GUSTAVO BASTIDAS PÁRRAGA MD MHS PHD

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO: VALIDEZ

Pac	C1	Total	XY	Xcua	Ycua	Pac	C2	Total	XY	Xcua	Ycua	Pac	C3	Total	XY	Xcua	Ycua	Pac	C4	Total	XY	Xcua	Ycua
1	1	2	2	1	4	1	0	2	0	0	4	1	1	2	2	1	4	1	0	2	0	0	4
2	1	1	1	1	1	2	0	1	0	0	1	2	0	1	0	0	1	2	0	1	0	0	1
3	1	1	1	1	1	3	0	1	0	0	1	3	0	1	0	0	1	3	0	1	0	0	1
4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0
8	1	1	1	1	1	8	0	1	0	0	1	8	0	1	0	0	1	8	0	1	0	0	1
9	1	3	3	1	9	9	0	3	0	0	9	9	1	3	3	1	9	9	1	3	3	1	9
10	1	4	4	1	16	10	1	4	4	1	16	10	1	4	4	1	16	10	1	4	4	1	16
11	0	1	0	0	1	11	0	1	0	0	1	11	1	1	1	1	1	11	0	1	0	0	1
12	1	2	2	1	4	12	0	2	0	0	4	12	0	2	0	0	4	12	1	2	2	1	4
13	0	3	0	0	9	13	1	3	3	1	9	13	1	3	3	1	9	13	1	3	3	1	9
14	0	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0
15	0	2	0	0	4	15	1	2	2	1	4	15	1	2	2	1	4	15	0	2	0	0	4
16	1	1	1	1	1	16	0	1	0	0	1	16	0	1	0	0	1	16	0	1	0	0	1
17	0	3	0	0	9	17	1	3	3	1	9	17	1	3	3	1	9	17	1	3	3	1	9
18	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0	19	0	0	0	0	0	19	0	0	0	0	0	19	0	0	0	0	0
20	1	3	3	1	9	20	0	3	0	0	9	20	1	3	3	1	9	20	1	3	3	1	9
Total	9	27	18	9	69	Total	4	27	12	4	69	Total	8	27	21	8	69	Total	6	27	18	6	69

r de Pearson

C1	0.46
C2	0.65
C3	0.82
C4	0.85



GUSTAVO BASTIDAS PÁRRAGA MD MHS PHD