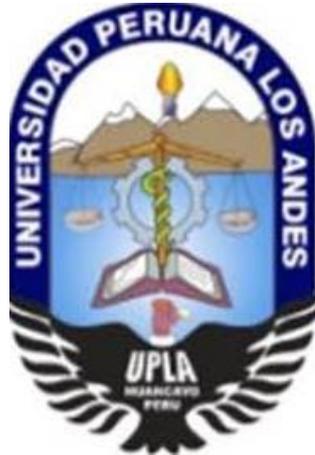


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**INCIDENCIA DE PATOLOGÍA VESICULAR EN EL
HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE,
ENERO – AGOSTO 2016**

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

AUTOR: Bach. BALDEÓN LEÓN, SUSAN JÉSSICA

ASESOR: DR. BASTIDAS PÁRRAGA, GUSTAVO

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN INSTITUCIONAL:
SALUD Y GESTIÓN DE LA SALUD**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN DE LA ESCUELA
PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA:
PATOLOGÍA MÉDICA Y QUIRÚRGICA**

**FECHA DE INICIO Y CULMINACIÓN:
ENERO - DICIEMBRE 2018**

HUANCAYO – PERÚ
2019

DEDICATORIA

A mis queridos padres y hermanos por su apoyo, esfuerzo y abnegación que hicieron posible la culminación de mi carrera profesional.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios, por bendecirme y guiarme en mi camino profesional.

En segundo lugar, a mi alma mater la Universidad Peruana Los Andes por brindarme la oportunidad de tener la carrera profesional la cual se basa de ser humanitaria, social y científica.

A los docentes de la facultad de Medicina Humana que nos dedicaron tiempo con sus enseñanzas, motivaciones para el desarrollo de mi vocación.

Al Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Essalud por permitirme la realización de esta investigación.

PRESENTACION

El presente trabajo tiene como título incidencia de patología vesicular en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Essalud en el periodo de Enero – agosto 2016; la colecistitis aguda es una patología más frecuente en el servicio de cirugía en emergencia.

Como se menciona en la guía de NICE de enfermedades de cálculos biliares que le alrededor 15% pacientes presentan cálculos en las vías biliares, de los cuales el 20% presenta afección sintomática que puede presentar un cuadro clínico leve no específico que posteriormente se puede agravar. Por tal motivo se tomó en cuenta de los Criterios de Tokio para el diagnóstico de colecistitis aguda.

Si bien existen investigaciones sobre el tipo de colecistectomía realizada, de los indicadores de desempeño para el diagnóstico de la guía de Tokio 2013 y ultrasonografías a los pacientes no existe la especificación de la incidencia de la colecistitis aguda en el nosocomio ya mencionado.

Índice de contenido

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Presentación	iv
Índice de Contenido	v
Contenido de Tablas	viii
Contenido de Figura	ix
Resumen/ Abstract	x
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1. Descripción de la realidad problemática	12
1.2. Delimitación del problema	13
1.3. Formulación del problema	13
1.3.1. Problema General	13
1.3.2. Problemas Específicos	13
1.4. Justificación	14
1.4.1. Social	14
1.4.2. Teórico	14
1.4.3. Metodológica	15
1.5. Objetivos	16

1.5.1. Objetivo General	16
1.5.2. Objetivos Específicos	16
CAPITULO II: MARCO TEORICO	17
2.1. Antecedentes de la Investigación	17
2.2. Bases Teóricas de la Investigación	22
2.3. Definición de Términos	28
CAPITULO III HIPOTESIS	30
3.1. Hipótesis General	30
3.2. Variables de Investigación	30
3.2.1. Identificación de variables	30
3.3. Criterios de Inclusión y exclusión	31
CAPITULO IV METODOLOGIA	32
4.1. Método de Investigación	32
4.2. Tipo de Investigación	32
4.3. Nivel de Investigación	32
4.4. Diseño de la Investigación	32
4.5. Población y muestra	33
4.6. Técnicas e instrumento de recolección de datos	34
4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	34

4.8. Aspectos éticos de la investigación	34
CAPITULO V RESULTADOS	35
5.1. Descripción de Resultados	35
ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	40
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	45
ANEXOS	53
ANEXO N°1 Matriz de operacionalización de variables	54
ANEXO N°2 Matriz de operacionalización de instrumento	56
ANEXO N°3 Constancia de su aplicación	58
ANEXO N°4 Ficha de recolección de datos	59
ANEXO N°5 Validez del Instrumento	61
ANEXO N°6 Confiabilidad del Instrumento	62
ANEXO N°7 La data de procesamiento de datos	63
ANEXO N°8 Fotos de la Aplicación del instrumento	69

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla N°1: Incidencia de patología vesicular en el Hospital Nacional Ramiro Priale

Priale según edad en el periodo Enero – Agosto 2016

Tabla N°2: Incidencia de patología vesicular en el Hospital Nacional Ramiro Priale

Priale según género en el periodo Enero –agosto 2016

Tabla N°3: Incidencia de patología vesicular en el Hospital Nacional Ramiro Priale

Priale Essalud según el tipo de asegurado en el periodo Enero- agosto 2016

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura N°1 Incidencia de la Patología Vesicular en el Hospital Nacional Ramiro

Priale Priale, Enero- Agosto 2016

RESUMEN

Objetivo: Determinar la incidencia de patología vesicular en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, en el periodo Enero – agosto 2016. **Material y método:** el presente trabajo es un estudio descriptivo, retrospectivo, cuantitativo; la población estaba conformada por pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía la muestra fue de 100 pacientes y cuya técnica de recolección de datos fue un instrumento un formulario ad hoc. **Resultados:** La incidencia de patología vesicular fue de colecistitis aguda con 17,07% en 8 meses, la edad media fue de 46 ± 15 años, con predominio de género femenino un 57% y el tipo de asegurado fue de titular 59%. **Conclusión:** La patología vesicular en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé la colecistitis aguda presenta mayor incidencia que coledocolitiasis, colecistitis y colecistitis crónica.

Palabras claves: Incidencia, patología vesicular

ABSTRACT

Objective: To determine the incidence of vesicular pathology in the Ramiro Priale Priale National Hospital, in the period January - August 2016. **Material and method:** the present work is a descriptive, retrospective, quantitative study; the population consisted of patients hospitalized in the surgery service, the sample was 100 patients and whose technique of data collection was an instrument an ad hoc form. **Results:** The incidence of vesicular pathology was of acute cholecystitis 17,07%, whose average age was 46 years with predominance of female gender 57% and the type of insured was 59%. **Conclusion:** Vesicular disease in the National Hospital Ramiro Priale Priale acute cholecystitis has a higher incidence than choledocholithiasis, cholecystitis and chronic cholecystitis.

Key words: Incidence, pathology of the gallblader

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA:

1. 1. Descripción de la realidad problemática:

La patología vesicular es una de las enfermedades más común del aparato digestivo; así mismo influye en la salud pública de la región, ya que afecta económicamente por su elevada frecuencia.

La incidencia de esta patología va aumentando con la edad según últimos estudios y generalmente afecta a las mujeres.

Se evidencia que los Criterios de Tokio 2018, nos ayudan para el diagnóstico de Colecistitis Aguda, pero en el servicio de emergencia solo se basa con manifestaciones clínicas, sin embargo, es necesario los criterios de diagnóstico como los exámenes de laboratorio e imágenes para evitar las complicaciones.

1.2. Delimitación del Problema:

La investigación se desarrollará en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, en el periodo de enero – agosto del año 2016, se tomará de población a los pacientes asegurados en el hospital ha mención cuyas edades son mayores de 15 años; se recolectará los datos obtenidas de las historias clínicas.

1.3. Formulación del problema:

1.3.1. Planteamiento del problema general:

¿Cuál es la incidencia de patología vesicular en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, periodo Enero – agosto 2016?

1.3.2. Planteamiento de problemas específicos:

- a) ¿Cuál es la incidencia de patología vesicular según edad en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, periodo Enero – Agosto 2016?
- b) ¿Cuál es la incidencia de patología vesicular según género en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, periodo Enero – Agosto 2016?
- c) ¿Cuál es la incidencia de patología vesicular según el tipo de asegurado en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, periodo Enero – Agosto 2016?

1.4. Justificación:

1.4.1. Social:

Los resultados de esta investigación serán útiles a nivel local en el área de salud pues se actualizará datos epidemiológicos para una mejor comprensión sobre la incidencia de la patología vesicular. Este trabajo creara un marco de referencia para poder seguir un buen diagnóstico.

1.4.2. Teoría:

La patología vesicular es aquella patología que mayormente los pacientes ingresan por emergencia que serán referidos al área de cirugía, y es uno de los tantos problemas de salud importantes que puede conllevar a complicaciones médicas, sociales y económicas como también presenta una elevada frecuencia de tratamiento quirúrgico la cual es la colecistectomía convencional así mismo complicaciones postoperatorias.

Con este estudio se pretende determinar la incidencia de patología vesicular así mismo la edad media, género y el tipo de asegurado. La importancia de poder identificar la patología vesicular frecuente para detectar las posibles complicaciones con fases iniciales, por consiguiente, podríamos modificar algunas de las patologías en intervención médica oportuna.

El aporte de estudio estará determinado por los resultados, que permitirán la incorporación de nuevos datos epidemiológicos en el sector de salud, lo cual podría reducir la morbimortalidad incidiendo directamente sobre la calidad de vida de la población con esta patología.

1.4.3. Metodológica:

Se empleará en el trabajo descriptivo, retrospectivo para lo cual se utilizará una ficha de recolección de datos para lograr esta investigación.

1.5. Objetivos:

1.5.1. Objetivo general:

Determinar la incidencia de patología vesicular en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, en el periodo Enero – Agosto 2016.

1.5.2. Objetivos específicos:

- a. Determinar la incidencia de patología vesicular según edad en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, periodo Enero – Agosto 2016.
- b. Determinar la incidencia de patología vesicular según género en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, periodo Enero – Agosto 2016.
- c. Determinar es la incidencia de colecistitis aguda según el tipo de asegurado en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, periodo Enero – Agosto 2016

CAPITULO II

MARCO TEORICO:

a. Antecedentes de la investigación:

Internacional:

El estudio observacional, descriptivo de corte transversal realizado en el Hospital Público de Atención Terciaria en Cirugía Gastroenterología en el periodo de julio de 2010 y diciembre de 2011 refiere que la colecistitis es uno de las importantes causas de morbilidad en el mundo, y también hay variedad en la presentación según regiones en Argentina, es así que la prevalencia de litiasis vesicular en la ciudad de Buenos Aires es de 21.9%, también se obtuvo una asociación de litiasis vesicular y

el sexo femenino, la edad, el índice de masa corporal, antecedente de dolor cólico, antecedentes de familiares de litiasis vesicular, tabaquismo.⁽¹⁾

En la tesis realizada en el Hospital Julius Doepfner de Zamora, un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo en el periodo de mayo- agosto de 2015 se encontró que la incidencia de litiasis vesicular en Ecuador fue de 19.75% y el grupo etario fue de 21 a 30 años con un 22.20%, el grupo étnico cultural son mestizos con el 72.02%.⁽²⁾

En la tesis de Llivicura realizada en la Fundación San Pedro Claver en la ciudad de Quito durante el periodo de octubre a diciembre 2015 en un estudio descriptivo se utilizó como método de diagnóstico para la identificación de patologías en la vesícula, la ecografía, es así que la litiasis biliar fue la patología más frecuente con un porcentaje de 23%, y la siguiente patología fue Coledocolitiasis un porcentaje de 6%. El rango de edad fue de 44 años.⁽³⁾

En la revisión bibliográfica realizada por Ceramides en el año 2012 en la ciudad de Pinar del Río la litiasis vesicular su desarrollo se debe a la asociación con factores ambientales y genéticos, la mayoría de los pacientes evaluados el síntoma más importante es dolor en hipocondrio derecho. Asimismo, se planteó como la

complicación más frecuente es la colecistitis y esta va necesitar realizar una ecografía abdominal. ⁽⁴⁾

En la tesis realizada en el Hospital General Regional N°1 Lic. Ignacio García Tellez, presentado por Vega en el periodo de enero a diciembre 2014; el tratamiento quirúrgico en la ciudad de México es la cirugía electiva la cual describe un gran porcentaje de morbilidad, pero cuando se realiza una conversión en colestectomias abiertas puesto que genera gastos en las instituciones de salud. ⁽⁵⁾

Nacional:

En un estudio del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, en el periodo de 2010-2011 la Coledocolitiasis tuvo una incidencia de 10.4%, el síntoma clínico principal que presentaban los pacientes era dolor abdominal, la complicación de Coledocolitiasis que se encontró en este estudio fue pancreatitis con 11.1%, en cambio la colangitis con una cifra de 30.6%. ⁽⁶⁾

La tesis realizada en el hospital Vitarte, las características de presentación clínica de la enfermedad alitiásica vesicular fue el cólico vesicular que se va acompañado de náuseas y vómitos; es raro la presentación de síntomas como intolerancia a las grasas, flatulencias, fiebre e ictericia con litiasis vesicular no complicada. ⁽⁷⁾

Otra tesis realizada en el Hospital Central FAP, en el periodo de enero 2007 a mayo 2012 donde se concluyó la edad media de pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica fue de 54 años y con mayor incidencia en mujeres, se realizó en 72.9% y la tasa de conversión fue de 2% sin relación estadística entre la técnica utilizada. ⁽⁸⁾

En cambio, en la tesis realizada en el Hospital Regional Docente de Trujillo en el año de estudio fue de 2005-2009, la población de pacientes intervenidos por la técnica de colecistectomía laparoscópica fue de 425, y la tasa de conversión fue del 6,8% se debió a la distorsión de la anatomía y la presencia de bridas y adherencias; la patología vesicular que con mayor frecuencia requirió la conversión fue la colecistitis crónica. ⁽⁹⁾

En la tesis realizada en el Hospital Departamental de Huancavelica, en el año 2016; se evaluó un total de 567 pacientes de los cuales fueron intervenidos por la vía abierta o convencional con un porcentaje de 23,1%, en cambio con la vía laparoscópica fue de 76,9%; así mismo la mayor frecuencia fue el sexo femenino con 78,3%. También se concluyó que ambas técnicas quirúrgicas cumplieron con el objetivo primordial de eliminar los síntomas producidos por cálculos biliares. ⁽¹⁰⁾

Regional:

En la tesis se realizó en el Hospital Nacional Ramiro Priale Prialé, periodo de 2016 este estudio obtuvo que la ultrasonografía la sensibilidad de 0,37, especificidad de 0,74 y el valor predictivo positivo fue de 0,69 y en los criterios de Tokio 2013 la sensibilidad fue de 0,71, especificidad de 0,61 y el valor productivo positivo de 0,73. Se concluye que los criterios de Tokio del 2013 sólo lo utilizaban por el 60% de cirujanos generales del hospital a mención. ^[11]

En el estudio realizado en el año 2016 en la ciudad de Huancayo denominado COLECISTITIS AGUDA EN EL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ Prialé, se obtuvo los siguientes resultados que la mayor incidencia de pacientes fueron mujeres con un porcentaje de 58%, también se realizó la técnica quirúrgica de colecistectomía laparoscópica fue de 54,8%. Así mismo, se encontró con mayor porcentaje de complicaciones en la colecistectomía convencional, como resultado se incrementó los días de hospitalización. ^[12]

En la tesis realizada por Panz Atencio y Solis Camacllanqui, los cuales realizaron un estudio en el Hospital Nacional Ramiro Priale Prialé, obtuvieron una población de 921 pacientes a quienes se le realizaron colecistectomía laparoscópica fue un 3.36% requirieron la conversión a colecistectomía abierta, el motivo más frecuente de la conversión fue la adherencia ya que dificultaba la identificación de la anatomía vesicular. También hallaron factores cualitativos que causaban la conversión como:

antecedente de cirugía abdominal previa, enfermedad vesicular aguda y el grosor de la pared vesicular. [13]

El estudio analítico, retrospectivo, histórico, observacional de corte transversal; por los bachilleres Egoavil y Ruiz en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé obtuvieron una población de 120 pacientes en un periodo de enero - junio 2011, consiguieron los siguientes resultados que la mayor prevalencia fue en mujeres 80,8% quienes fueron intervenidas en colecistectomía laparoscópica o colecistectomía convencional, la edad promedio fue de 45 años, el diagnóstico más frecuente fue colecistectomía crónica calculosa y no se estableció la existencia de la asociación directa de náuseas y vómitos postoperatorios con el tipo de cirugía realizada. [14]

b. Marco teórico o conceptual relacionado al tema de la investigación:

VESICULA BILIAR

Embriología:

Durante la cuarta semana de gestación, aparece un brote fuera de la pared ventral del intestino anterior primitivo, que se formara el duodeno. El divertículo del hígado se rompe en porción craneal y caudal, el parte craneal se convierte en

conductos biliares intrahepáticos y la porción caudal se forma la vesícula y el conducto cístico.⁽¹⁵⁾

En la quinta semana de vida intrauterina, las células entre el brote del hígado y el intestino anterior restante proliferan y comienza a formarse una conducta biliar, y la conexión entre el dos formas el conducto cístico. El páncreas va estar adyacente a estas estructuras.⁽¹⁵⁾

Anatomía:

La vesícula biliar tiene la forma de pera, cuya dimensión son aproximadamente de 7 a 10 cm de largo; su capacidad promedio es de 30-50ml, pero cuando se distiende de un grado notable puede ser de 300 ml. Su ubicación es en una fosa en la superficie inferior del hígado, en la división hepática del hígado en el lóbulo hepático derecho e izquierdo.⁽¹⁶⁾

Se divide en 4 áreas anatómicas: fondo, cuerpo, infundíbulo y cuello.

La arteria cística irriga la vesícula biliar, mediante su rama de la arteria hepática derecha (>90% de las veces). El trayecto de la arteria cística puede variar, pero casi siempre se localiza en el triángulo hepatocístico. El retorno venoso se lleva a cabo a través de venas pequeñas que penetran de manera directa en el hígado.

Fisiología:

Formación y composición de la bilis: el hígado produce de manera continua la bilis y excreta a los canalículos biliares. Esta secreción va depender de estímulos neógenos, humorales y químicos. La composición de la bilis es de agua, electrolitos, sales biliares, proteínas, lípidos y pigmentos biliares. Las concentraciones de sodio, potasio, calcio y cloro es lo mismo que en el plasma o en el líquido extracelular. El color de la bilis se debe la presencia del pigmento diglucurónico de bilirrubina, que es el producto metabólico del metabolismo de la hemoglobina y se encuentra en la bilis en una concentración 100 veces mayor que en el plasma.

Función de la vesícula biliar es de concentrar y guardar la bilis hepática y llevarla al duodeno en respuesta a la comida.

COLECISTITIS AGUDA:

La colecistitis aguda es una condición de inflamación de la vesícula biliar resultado del proceso fisiopatológico, lo más común que es el resultado de una obstrucción aguda del conducto cístico por cálculos biliares o colelitiasis.

La colecistitis aguda es una de las patologías que presenta altas incidencia en EE.UU., Chile, Bolivia y Ecuador.

La causa principal es de litiasis vesicular en 90 % a 95% y colecistitis a calculosas de 3.7 a 14% de casos ^[17].

Existen factores de riesgo que están asociados a la litiasis vesicular, se presentó en el sexo femenino con una incidencia de 87,05% en un grupo etario entre 26-45 años con una incidencia de 36,47% en zonas urbanas fue de 81,18%. [18].

El diagnóstico de los casos más típicos de colecistitis se puede lograr con un alto grado de precisión con la presentación clínica y diagnóstico por imágenes. Los signos y síntomas que sugieren el diagnóstico se debe a procesos fisiopatológicos como la contracción de la vesícula biliar contra la obstrucción a la salida biliar que causa cólico biliar y la inflamación de la vesícula biliar que ocurre secundariamente a la obstrucción.

Antiguamente, se realizaba el diagnóstico de colecistitis aguda solo se basaba con hallazgos clínicos, como por ejemplo el signo de Murphy, el cual su sensibilidad era alta. Además, exámenes bioquímicos o de sangre no eran específicos. Luego se inventa varias modalidades de imágenes como el ecógrafo, tomografía computarizada, la resonancia magnética. En el año 2007 se realiza una conferencia para consenso internacional, lo cual valida los criterios de Tokio.

Los Criterios de Tokio:

En el año 2007, sociedad de cirugía japonesa de hígado-biliar-pancreático, junto a la sociedad japonesa de medicina de emergencia abdominal se reúnen para desarrollar criterios de diagnóstico de colangitis y colecistitis. Luego volvieron a

revisar a los criterios de Tokio en el año 2013, es donde concluyen que existe la creciente importancia en el diagnóstico con las imágenes.

Componentes de los criterios de Tokio:

A. Signos de inflamación local:

- a. Signo de Murphy, tiene una sensibilidad de 50-65% y especificidad de 79%.^[19]
- b. Masa en el cuadrante abdominal superior derecha

B. Signos de inflamación sistémica:

- c. Fiebre
- d. Elevación de proteína C reactiva
- e. Elevado el conteo de leucocitos

C. Hallazgos en imágenes:

- f. Características de colecistitis aguda
- g. La ecografía es el examen inicial para el diagnóstico de colecistitis aguda. Se realizó un estudio para el uso del ecógrafo que se implica en 3 signos: Signo de Murphy, engrosamiento de la pared de la vesícula biliar y edema en la pared, cuya especificidad es 100% y sensibilidad 71% en la presentación de los tres signos^[20].

Tabla: Criterios diagnósticos de colecistitis aguda según TG18/TG13
<p>A. Signos locales de inflamación (1) Signo Murphy, (2) Masa, dolor, sensibilidad en cuadrante superior derecho</p> <p>B. Signos sistémicos de inflamación (1) Fiebre, (2) PCR elevado, (3) Leucocitos elevados</p> <p>C. Hallazgos de imágenes Hallazgos de imágenes característicos de colecistitis aguda</p>
<p>Sospecha diagnóstica: Un ítem A + un ítem B</p> <p>Diagnóstico definitivo: Un ítem A + un ítem B + C</p>
<p><i>Yokoe M, Hata J, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). Journal of hepato-biliary-pancreatic sciences. 2017.</i></p>

Manejo de cálculos biliares asintomáticos:

La litiasis biliar asintomático no es tan frecuente existe un porcentaje de 10-20% se les atribuyen que presentaran sintomatología en un periodo de 10 años. ^[21]

Manejo quirúrgico de colecistitis aguda:

El tratamiento definitivo de la colecistitis aguda es la colecistectomía, reciente se ha aceptado la colecistectomía laparoscópica. Según los criterios de Tokio 2013 lo describe de acuerdo a la gravedad de severidad, la duración de la presentación de signos y síntomas. También menciona sobre la conducta quirúrgica temprano dentro de las 72-96 horas después de la presentación de síntomas que se va asociar con la ventaja que reducirá la estancia de días de hospitalización, disminución en los gastos de atención médica. ^[22]

Existen países que no cuentan con la tecnología para realizar la colecistectomía laparoscópica, se realiza la colecistectomía convencional abierta en un 98,6% como procedimiento definitivo, en quienes los días de hospitalizaciones no fueron menos de 48 horas en el 95,9%.^[23]

La colecistectomía laparoscópica cirugía diaria comba satisfacciones de los pacientes con rentabilidad, esto también se aplica en pacientes de mayor edad; se debe analizar el estado general, ausencia de complicaciones en enfermedades para operación y bajo grado de ASA donde se diferencia de factores de riesgo.^[24]

c. Definición de términos:

Incidencia: refleja el número de casos nuevos en un periodo de tiempo, es un índice dinámico que requiere seguimiento en el tiempo de la población de interés.^[25]

Patología: rama de la medicina que estudia las enfermedades y los trastornos que producen en el organismo.^[26]

Vesícula biliar: es un saco de 4 pulgadas con una pared muscular que se encuentra debajo del hígado.^[26]

Colelitiasis: formación de cálculos biliares.^[26]

Colecistitis Aguda: Es una de las complicaciones de la colelitiasis, desencadenado por la obstrucción persistente del conducto cístico. Lo cual conlleva un aumento de un aumento de la presión intravesicular, con el consiguiente riesgo de isquemia parietal, produciendo una inflamación de la pared vesicular asociada a infección de la bilis

Coledocolitiasis: presencia de cálculos en los conductos biliares.

Colecistitis: inflamación de la vesícula biliar.^[26]

Colecistectomía: extirpación de la vesícula biliar.

CAPITULO III

HIPOTESIS:

3.1. Hipótesis general:

No aplica por ser trabajo descriptivo.

3.2. Variables de la investigación:

Patología vesicular

3.3. Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión:

- Pacientes asegurados en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé
- Pacientes desde la edad de 15 años.

- Pacientes quienes viven en el departamento de Junín.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas incompletas
- Paciente diagnosticado con patología congénita vesicular
- Pacientes con obesidad mórbida
- Pacientes con estasis biliar del embarazo

CAPITULO IV

METODOLOGIA:

4.1.Método de investigación:

El método de la investigación es descriptivo^[27]

4.2.Tipo de investigación:

El estudio es cuantitativo porque se expresará numéricamente; es retrospectivo debido que se tomara datos de los meses de enero-agosto 2016; observacional ya que no se manipulara las variables.^[27]

4.3.Nivel de Investigación:

Es una investigación descriptiva ^[27]

4.4.Diseño gráfico de la investigación

M → OX

Donde:

M: es la muestra

O: son observaciones de cada variable

X: representa la variable

4.5.Población y muestra:

Los pacientes hospitalizados por emergencia en el departamento de cirugía general del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé fueron un total de 363 pacientes.

La muestra del estudio descriptivo se informa con intervalos de confianza cuyo rango de valores sobre un ejemplo significativo o proporciones, hallado por la siguiente formula:

$$N= 4 z_{\alpha}^2 P (1-P) / W^2$$

P: Proporción esperada (0.50)

z_{α} : desviación estándar normal ($\alpha= 0.05$ para nivel de confianza 95%)

W: Ancho total del intervalo de confianza (0.20).

Cuyo resultado es 96 ± 10 , motivo por el cual se tomo una muestra de 100 pacientes.

4.6. Técnica e Instrumento de recolección de datos:

Se elaboró una hoja de recolección de datos basados en la revisión de las historias clínicas. Así mismo será codificada agrupando las variables en categorías y graficas así se aplicó las medidas descriptivas de cálculo.

Para recolectar la información de las historias clínicas se utilizó una ficha de recolección de datos.

4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos:

Para el procesamiento de los datos se utilizó Microsoft Excel 2013 y SPSS 21 para realizar los análisis estadísticos descriptivos correspondientes (obtención de frecuencias y porcentajes de variables cualitativas, medidas de desviación estándar en variables numéricas).

4.8. Aspectos éticos de la Investigación:

Desde de un punto ético, al ser un estudio retrospectivo sin participación de los pacientes. También se respetó el anonimato de la población.

CAPITULO V

RESULTADOS

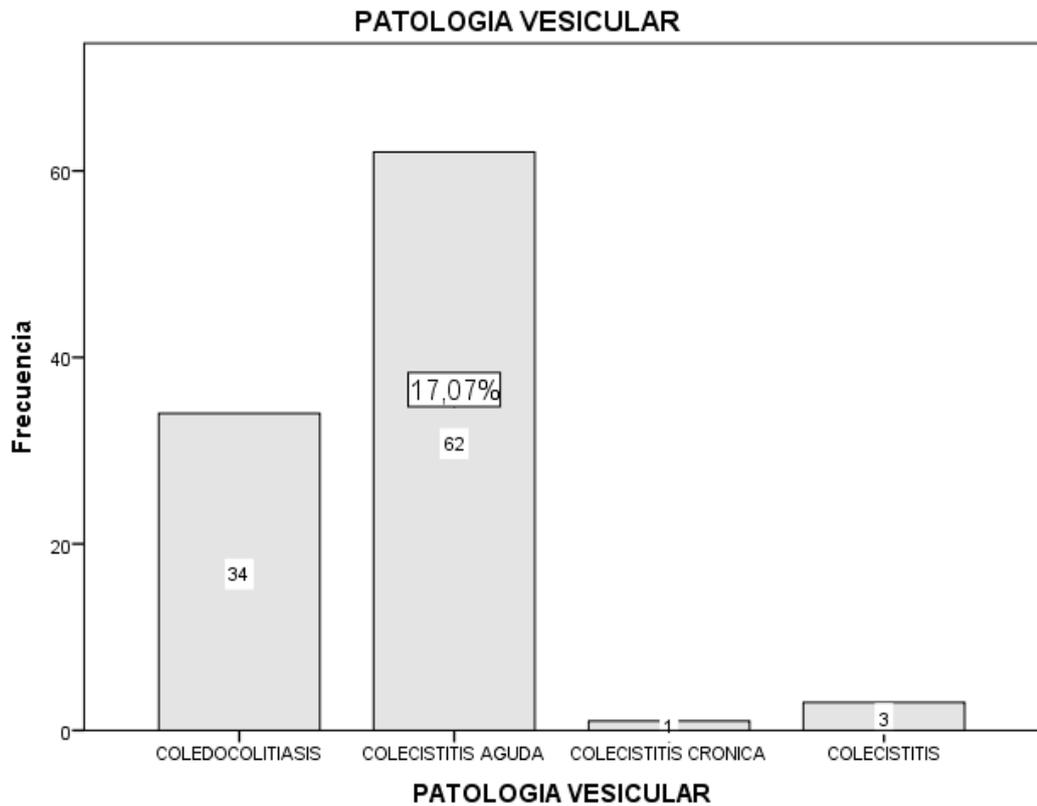
5.1. Descripción de Resultados:

La población estudiada estuvo constituida por 100 unidades de análisis. Está población presento una media de 46 ± 15 años que tuvo un 57.0% de género femenino y tipo de asegurado un 59.0% de titular en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Essalud en el periodo de enero a agosto en 2016.

La incidencia de patología vesicular fue de colecistitis aguda con 17,07%, coledocolitiasis 9,36%, colecistitis 0.82% y 0.27% con diagnóstico de colecistitis crónica durante el periodo de estudio.

Figura N°1

Incidencia de patología vesicular en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale en el periodo Enero – agosto 2016



Fuente: Base de datos

En el Figura N°1, muestra los resultados de la incidencia de colecistitis aguda 17,07%, coledocolitiasis 9,36%, colecistitis sin especificaciones 0,82% y colecistitis crónica 0,27% durante el periodo de estudio.

Tabla N° 1.

Incidencia de patología vesicular en el Hospital Nacional Ramiro Priale
Priale según edad en el periodo Enero – agosto 2016

Edad Agrupada	Patología Vesicular				Total
	Colecistitis	Colecistitis	Coledocolitiasis	Colecistitis	
	Aguda			Crónica	
5-14	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	1
15-24	3 (60%)	0 (0%)	2 (40%)	0 (0%)	5
25-34	11 (55%)	2 (10%)	7 (35%)	0 (0%)	20
35-44	17 (70,8%)	0 (0%)	7 (29,2%)	0 (0%)	24
45-54	12 (57,1%)	1 (4,8%)	8 (38,1%)	0 (0%)	21
55-64	14 (70%)	0 (0%)	5(25%)	1 (4,8%)	20
65-74	2 (33,3%)	0 (0%)	4 (66,7%)	0 (0%)	6
75-84	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3
Total	62	3	34	1	100

Fuente: Base de datos

En la Tabla N°1, se observa que los 100 pacientes que fueron evaluados que concluye que el rango de 35-45 años son 17 pacientes que presenta el diagnóstico de colecistitis aguda, además presentan una media de edad de 46 ± 15 años.

Tabla N° 2

Incidencia de patología vesicular en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale según género en el periodo Enero – Agosto 2016

Género	Patología Vesicular				Total
	Colecistitis	Colecistitis	Coledocolitiasis	Colecistitis	
	Aguda			Crónica	
Femenino	36 (63,2%)	0 (0%)	20 (35,1%)	1 (1,8%)	57
Masculino	26 (60,5%)	3 (7%)	14 (32,6%)	0 (0%)	43
Total	62	3	35	1	100

Fuente: Base de datos

En la Tabla 2 se observa que 36 pacientes son de género femenino que representa el 63,2% de la población ha estudio con diagnóstico de colecistitis aguda, asimismo el género femenino representa un 57% en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Essalud durante el periodo de Enero – Agosto.

Tabla 3

Incidencia de patología vesicular en el Hospital Nacional Ramiro Priale
Priale según tipo de asegurado en el periodo Enero – Agosto 2016

Tipo de Asegurado	Patología Vesicular				Total
	Colecistitis	Colecistitis	Coledocolitiasis	Colecistitis	
	Aguda			Crónica	
Titular	31	2	26	0	59
Conyuge	8	0	2	0	10
Familiar	23	1	6	1	31
Total	62	3	34	1	100

Fuente base de datos

En la Tabla3. Se observa que 31 pacientes cuyo tipo de asegurado es de titular,
como también este tipo de asegurado representa un 59% .

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Se concluyó de la muestra de 100 pacientes, presentaron una incidencia de 17,07% que tienen el diagnóstico de colecistitis aguda en 8 meses, este resultado no se asemeja con el estudio de investigación de Cruzado^[28] que presentó una incidencia de 28,68 (406 casos por cada 1000 pacientes) en el periodo de 2016-2017 en el Hospital Regional Docente de Cajamarca con diagnóstico de colecistitis aguda pese que presentan similares características sociodemográficas, pero hay diferencia acerca de los criterios de exclusión en ambos estudios e institucionales. En otro trabajo de investigación de Marín^[29] hallaron una incidencia de 52% en el año 2016 cuyos pacientes que habían ingresado al Hospital Regional Docente de Cajamarca con cuadro clínico de colecistitis aguda en este trabajo uno de los criterios de inclusión eran pacientes mayores de 16 años que se diferencia del trabajo presentado. En el trabajo de investigación de Villagómez^[30] cuya población fue de 104 pacientes cuya incidencia hallado fue de 57% y en el Hospital San Francisco de Quito como también en el trabajo de Vega^[31] encontró una incidencia de 96,6% de patología vesicular con 468 pacientes en el año 2015. Por otra parte, en el trabajo de investigación se obtuvo la incidencia de los siguientes diagnósticos de coledocolitiasis 9,36%, colecistitis 0,82% y colecistitis crónica de 0,27%; se puede concluir que la incidencia de patología vesicular sigue siendo elevada en Latinoamérica.

Así mismo el presente estudio demostró que los pacientes tienen una media de edad es de 46 ± 15 años las edades oscila entre 15 hasta los 84 años que presentaron

patología vesicular teniendo un mayor de números de casos de colecistitis aguda, se aproxima al estudio de Pérez ^[32] al promedio de edad de 43 años el intervalo de edades fue de 12 y 84 años en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa-Piura en el periodo de enero 2013 a diciembre del 2014, en otro estudio de Gutierrez^[33] el grupo etario más frecuente fueron adultos entre los 21 a 60 años representa un 80,2% de los pacientes a estudio y el promedio de edad fue de 43 ± 15 años Hospital III Yanahuara Essalud en el año del 2014 en el departamento de Arequipa. También en el estudio de Mora^[34] en el Hospital Teodoro Maldonado Cabos cuya media de edad fue de 42 ± 10 años pese que su criterio de exclusión se diferencia del estudio presentado; en el estudio de Javier^[35] de 233 pacientes cuya edad media fue de 45 ± 18 años de origen urbano en el servicio de cirugía del Hospital de Coquimbo con el diagnóstico de colecistitis aguda; en el estudio de Rojas^[36] se encontró una media de la edad de 48 ± 15 años en 200 pacientes en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2015. Además, en el trabajo de Eugenio^[37] encontró una incidencia de la edad de colecistitis aguda en el Hospital Universitario de Guayaquil fue de 59,20% que se diferencia de nuestro estudio que fue de 70,8% pese que presenta la misma característica demográfica. En el estudio de Simbala^[38] cuya población era de 130 pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda cuya edad de promedio fue de 50 ± 18 años con un grupo etario de 31-60 años; en el estudio de Diaz^[39] en el Hospital José Carrasco Arteaga se encuentra una incidencia de 39% de pacientes con diagnóstico de colecistitis agua cuyo rango de edad fue de 40-64 años que se diferencia al trabajo presentando en el criterio de inclusión puesto que admiten a pacientes de 10 hasta 90 años de edad. En los

estudios mencionados la media de edad tiene similitudes ya que presentan los mismos factores sociodemográficos.

Además en el estudio descriptivo se encontró mayor incidencia del género femenino de 35 pacientes cada 100 que representa el 64% de la población que se asemeja a los siguientes estudios Grover^[40] cuya incidencia de género femenino fue de 66%, Rojas^[41] de los 170 pacientes predominó el género femenino con un 81% de su muestra pese que su criterio de inclusión estaban los pacientes mayores de 10 años, en el estudio de Mendoza^[42] una incidencia de 80% en pacientes de género femenino quienes eran mayores de 40 años y multíparas. Caso contrario en los siguientes estudios; Barboza^[43] en el Hospital Militar Central hubo un predominio de género masculino 67,7% puesto que el nosocomio cuenta con predominio de pacientes titulares de este género los cuales no realizan ningún pago por la atención y el estudio de Cayetana^[44] lo realiza en el servicio de cirugía General del Hospital Militar Central “Crl. Luis Arias Schreiber” durante el periodo del 2014 con una población de 135 pacientes con patología vesicular con predominio en el género masculino de 119 representando un 88.1% porque sus criterios de inclusión eran pacientes mayores de edad que les realizaban colecistectomía laparoscópica.

Por otra parte, en el presente trabajo de investigación evaluó la incidencia de tipo de asegurado en la patología vesicular siendo titular representando el 59% de los pacientes en el servicio de cirugía no existe otros estudios que mencione, pero se ha tomado como un dato sociodemográfico.

CONCLUSIONES

Con el siguiente trabajo de investigación se llegó con las siguientes conclusiones:

- La incidencia de patología vesicular fue de 17,07% con diagnóstico de colecistitis aguda, coledocolitiasis 9,36%, colecistitis 0,82% y 0,27% de colecistitis crónica durante el periodo de estudio.
- La incidencia de patología vesicular según edad presenta una media de edad de 46 ± 15 años; la colecistitis aguda presenta 17 pacientes en rango de 35-44 años; en la coledocolitiasis, 8 pacientes en el rango de 45-54 años.
- La incidencia de patología vesicular según género fue un 57% de género femenino; de los cuales el diagnóstico de colecistitis aguda presentaron 56 pacientes y en el diagnóstico de coledocolitiasis 20.
- La incidencia de patología vesicular según el tipo de asegurado fue el titular con 59% siendo la colecistitis aguda un 52,5% y la coledocolitiasis 44,1%.

RECOMENDACIONES

1. Personal del Hospital Nacional Ramiro Priale debe considerar los resultados de este estudio como dato epidemiológico puesto que la colecistitis aguda sigue siendo una incidencia elevada en los pacientes.
2. Se debería implementar acciones que mejore el diagnóstico de la patología vesicular en el servicio de emergencia.
3. Se debería implementar campañas educativas para que la población conozca sobre las medidas preventivas para la patología vesicular.
4. Considerar el presente estudio constituye un referente para la realización de otros estudios, para mantener la vigilancia epidemiología de la patología vesicular.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Palermo M, Berkowski D, Cordoba J, Verde J, Gimenez M. Prevalence of cholelithiasis in Buenos Aires, Argentina. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, vol. 43, num 2, junio-enero, 2013, pp. 98-105.
2. Rivera-Zambrano B. Incidencia de colelitiasis en pacientes atendidos en el servicio de cirugía del hospital Julius Doepfener de Zamora Mayo-agosto. [Tesis de grado]. Ecuador: Repositorio de la Universidad Nacional de Loja, Universidad Nacional de Loja; 2016.
3. Llivicura Marca. Identificación de patologías en vesícula y vías biliares diagnosticadas por ecografía en pacientes de 25 a 70 años que acuden al área de ecografía de la fundación San Pedro Claver de la ciudad de Quito durante el periodo de octubre a diciembre de 2015. [Tesis de grado]. Quito: Repositorio Digital, Universidad Central del Ecuador; 2016.
4. Almora C, Arteaga Y, Plaza T, Prieto Y, Hernández Z. Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. *Rev. Ciencias médicas (Pinar de Rio)* 2012; 16 (1): 200-214.
5. Vega-Pérez A. Incidencia de conversión de la colecistectomía laparoscópicas en colecistectomía abierta en el HGRO N°1 Lic. Ignacio García Téllez. [Tesis de posgrado]. México: Repositorio digital. Universidad Veracruzana: 2014.
6. Llatas J, Hurtado Y, Frisancho O. Coledocolitiasis en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins (2010-2011): Incidencia, factores de riesgo, aspectos diagnósticos y terapéuticos. *Rev. Gastroenterol (Perú)*; 2011; 31 (4): 324-329.

7. Llamas-Fernández M. Características clínicas de la enfermedad litiásica vesicular en pacientes en el área de hospitalización de cirugía en el Hospital Vitarte en el periodo enero 2014- diciembre 2014. [Tesis para título]. Lima: Repositorio Institucional URP. Universidad Ricardo Palma; 2016.
8. Ziegler-Rodríguez O. Lesiones coledocianas en colecistectomías laparoscópicas [Tesis de segunda especialidad]. Lima: Repositorio Académico USMP, Universidad de San Martín de Porras; 2013.
9. Nolasco-Lacuiza KP, Cantera-Hurtado SR, Infante-Linares D. Factores clínicos y quirúrgicos de conversión de colecistectomía laparoscópica a cirugía abierta en el hospital Regional Docente de Trujillo. Acta Med. Orreguiana Hampi Rura (Trujillo) 2011;11 (2): 144-159.
10. Alanya-Pariona W., Navarro-Chávez E. Complicaciones en la colecistectomía laparoscópica comparada con la colecistectomía convencional en el Hospital Departamental de Huancavelica de los años 2013-2015. [Tesis para título]. Huancayo: Repositorio Institucional. Universidad Nacional del Centro del Perú; 2016.
11. Baltazar-García H., Blas-Arroyo E. Guías de Tokio 2016 y ultrasonografía en colecistitis aguda en un Hospital Nacional 2016. [tesis para título]. Huancayo: Repositorio Institucional. Universidad Peruana Los Andes; 2017.
12. Tapia-Acosta L. Colecistitis Aguda en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo 2016. [tesis para título]. Huancayo: Repositorio Institucional. Universidad Peruana Los Andes; 2017.

13. Panez-Atencio E, Solis-Camacllanqui C. Factores de riesgo asociado a la conversión de colecistectomía laparoscópico en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Huancayo 2012-2014. [tesis para título]. Huancayo: Repositorio Institucional. Universidad Nacional del Centro del Perú; 2015.
14. Egoavil-Santana J, Ruiz-Portilla S. Náuseas y vómitos posoperatorios en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica vs colecistectomía abierta en el Hospital Nacional Ramiro Prialé durante el año 2011. [tesis para título]. Huancayo: Repositorio Institucional. Universidad Nacional del Centro del Perú; 2012.
15. Sadler TW. Langman Embriología Médica.11^oed. España: Editorial Lippincott Williams and Wilkins. Wolters Kluwer Health;2009.
16. Brunicardi C., Anderson D., Badsar T., Hundge J.,Polock R. Schwartz Principios de Cirugía 8^{ta} edition.España: Mc Graw Hill Interamericana España S.L.;2011.
17. Yokoe M, Takada T, Hwang T, Akasawa K, Miura F, Mayumi T, Mori R, Chen M, Ker C, Wang H, Itoi T, Gomi H, Kiriya S, Wada K, Yamaue H, Miyazaki M, Yamamoto T. Descriptive review of acute cholecystitis: Japan-Taiwan collaborative epidemiological study. J. Hepatobiliary Pancreat sci (Jan) 2017; 20(1): 319-328.
18. López L, Mero J. Factores de riesgos asociados a litiasis vesicular, en usuarios operados en el subproceso de cirugía del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, marzo-agosto 2014. [tesis de pregrado]. Portoviejo: Repositorio de UTM. Universidad Técnica de Manabí; 2015.

19. Yokoe M, Takada T, Strasberg S, Solomkin J, Mayumi T, et al. Diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis: Tokyo Guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Surg (Jan)* 2013; 20 (1): 35-46.
20. Borzellino G, Motton M, Minniti F, Montemezzi S, Tomezzoli A. sonographic diagnosis of acute cholecystitis in patients with symptomatic gallstones. *Journal of clinical ultrasound (Verona)* 2015; 44 (3): 152-158.
21. Madaria E, Martínez J. Actitud ante el hallazgo de una litiasis biliar asintomática. *Medicina Guiada (España)* 2011; 10(2): 74-77.
22. Yamashita Y, Takada T, Strasberg S, Pitt H, Gouma D, James O, et al. TG13 surgical management of acute cholecystitis hepatobiliary *Pacreat Sci* 2013; 20: 89-96.
23. Estepa-Pérez JL, Santana-Pedraza T, Estepa-Torres JC. Colectomía abierta en el tratamiento quirúrgico de la litiasis vesicular. *Medisur [en línea]*. 2015. [Fecha de acceso 25 de junio 2017];Nº13 URL disponible en: <HTTP://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2922>
24. Carlomagno N, Tammaro V, Scotti A, Candida M, Calogero A, Santangelo M. Is day-surgery laparoscopic cholecystectomy contraindicated in the elderly? Results from a retrospective study and literature review. *International Journal of surgery* XXX 2016, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijssu.2016.06.024>.
25. Fernández P, Díaz P, Cadeño V. Medidas de Frecuencia de Enfermedades. En: *Metodología de la investigación*. España: Unidad de epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario-Universitario Juan Canalejo;2004.

26. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 12° ed. Mexico: Salvat;1991.
27. Hulley S., Cummings S., Browner W., Grady D., Hearst N., Newman T. Designing Clinical research An Epidemiologic Approach. USA: Editorial Lippincott Williams and Wilkins;2001.
28. Cruzado-Colorado E. incidencia y prevalencia de colecistitis en el servicio de cirugía del Hospital Regional Docente de Cajamarca periodo 2016-2017. [tesis de Título profesional]. Cajamarca: Repositorio Institucional. Universidad Nacional de Cajamarca;2018.
29. Marín-Chuquilin C. Correlación de los criterios diagnósticos de Tokio 2013(TG13) en el examen anatómico-patológico en el diagnóstico de la colecistitis aguda en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, periodo Enero-diciembre 2016. [Tesis de Título profesional]. Cajamarca: Repositorio Institucional UNC. Universidad nacional de Cajamarca;2017.
30. Villagómez-Yáñez C. Evaluación de las complicaciones de la colecistitis aguda resuelta quirúrgicamente de manera electiva y por emergencia tanto por cirugía convencional como laparoscópica en el Hospital San Francisco de Quito en el periodo de mayo a octubre 2016 [Tesis de título]. Quito: Repositorio Digital.Universidad Central de Ecuador;2017.
31. Vega-Cuadrado H, Ulloa-Gómez F. Colecistectomía laparoscópica experiencia de 20 años en el Hospital Militar Mayor Alberto Alvarado Cobos, Cuenca,2015[Tesis de título]. Cuenca: Repositorio Institucional Universidad de Cuenca. Universidad de Cuenca;2010.

32. Pérez-Benites L. Complicaciones postoperatorias en pacientes con colecistectomía convencional y su repercusión en la estancia hospitalaria en el Hospital de la Amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa- Piura enero 2013 a diciembre 2014. [tesis de Título profesional] Piura: Repositorio institucional. Universidad Nacional de Piura; 2015.
33. Gutiérrez-Vera J. Características clínico epidemiológica de los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda en el Hospital III Yanahuara Essalud,2014. [Tesis para título]. Arequipa: Repositorio institucional. Universidad Nacional de San Agustín;2015.
34. Mora-Muñoz M. Complicaciones de colecistectomía laparoscópica en pacientes de 25 a 60 años, periodo 2014-2015. [Tesis de título]. Guayaquil: Repositorio de la Universidad de Guayaquil. Universidad de Guayaquil;2016.
35. López J, Iribarren O, Hermosilla R, Fuentes T, Astudillo E, López N, González G. Resolución quirúrgica de la colecistitis aguda ¿Influye el tiempo de evolución? Rev. Chil Cir (Chile) 2017;69(2):129-134.
36. Rojas-Seminario L. Colecistectomía laparoscópica precoz y retardada en colecistitis aguda Hospital nacional Arzobispo Loayza 2015. [Tesis para título]. Lima: Repositorio Académico USMP. Universidad San Martín de Porras;2015.
37. Eugenio-Paredes Z. Factores de riesgo y complicaciones en pacientes diagnosticados con colecistitis aguda. [Tesis para título]. Guayaquil: Repositorio Institucional de la Universidad de Guayaquil. Universidad de Guayaquil;2017-2018.

38. Simbala-Jalca G. Indicaciones de desempeño diagnóstico de las guías de Tokio 2018 para colecistitis aguda en el Hospital III José Cayetano Heredia-Piura durante periodo enero a diciembre 2017. [tesis para título]. Piura: Repositorio Institucional Digital. Universidad Nacional de Piura;2018.
39. Diaz-Andrade M, Diaz-Vintimillo J. Aplicación de la guía de Tokio 2013 en el diagnóstico de colecistitis aguda, Hospital José Carrasco Arteaga 2014-2016 [Proyecto de Investigación]. Cuenca: Repositorio Institucional Universidad de Cuenca. Universidad de Cuenca;2017.
40. Rosas G, Romero C, Salazar E, Mendoza T, Vargas S. Determinar la existencia de colecistitis aguda según el sexo, edad, ocupación atendido en el Hospital Obrero N°5 de la caja nacional de salud de Potosí gestión 2011-2012. M Solís (Ed). Ciencias de la Salud, handbooks. (Sucre) 2014:357-366.
41. Rojas-Malpartida B. Índice de neutrófilos/linfocitos asociados a colecistitis aguda en pacientes adultos del servicio de cirugía del hospital II Vitarte salud de enero del 2016 a junio del 2017. [tesis para título]. Lima: repositorio Universidad Ricardo Palma. Universidad Ricardo palma;2018.
42. Mendoza-Rojas HJ. Clasificación japonesa de la colelitiasis relacionada con sus factores de riesgo. Cirujano (Perú).2014;01(11):14-19.
43. Barboza-Otárola Y, Rojas Quispe R. La colecistitis aguda litiasica como factor de riesgo en las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía del Hospital militar Central Lima 01 de Julio del 2010 al 31 de Julio del 2012. [tesis para título]. Huancayo: Repositorio UNCP. Universidad Nacional del Centro del Peru;2013.

44. Cayetano-Arana C, prevalencia de complicaciones intraoperatorias en la colecistectomía laparoscópica en el Hospital Militar Central “CRL. Luis Arias Schreiber” año 2014. [tesis de Título profesional] Lima: Repositorio Institucional. Universidad Ricardo Palma; 2016
45. Eachempati S, Lawrence R. Acute Cholecystitis. Switzerland: Springer International Publishing; 2015.
46. Corral Y. Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. Revista Ciencias de la Educación (Valencia) 2009; 19 (33): 228-247.

ANEXOS

ANEXO N°1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	MUESTRA	DISEÑO	INSTRUMENTO
<p style="text-align: center;">Pregunta General</p> <p>¿Cuál es la incidencia de patología vesicular en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé enero – agosto 2016</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar la incidencia de patología vesicular del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, enero-agosto 2016</p>	Estudio descriptivo	Variable Independiente: Patología vesicular	<p>Población:</p> <p>Los pacientes hospitalizados en el departamento de cirugía general del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé</p>	<p>Método:</p> <p>Descriptivo</p> <p>Nivel de descripción:</p> <p>Descriptivo</p> <p>Diseño gráfico de la investigación:</p>	Se elaboró una ficha de recolección de datos
<p style="text-align: center;">Preguntas Específicos</p> <p>¿Cuál es la incidencia de patología vesicular según edad en el Hospital Nacional Ramiro Prialé, periodo enero-agosto 2016?</p>	<p>Objetivos Específicos:</p> <p>Determinar la incidencia de edad</p>			<p>Muestra:</p> <p>Mediante recolección de datos</p>	<p>M → OX</p> <p>Donde:</p>	

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	MUESTRA	DISEÑO	INSTRUMENTO
<p>¿Cuál es la incidencia de patología vesicular según género en el Hospital Nacional Ramiro Priale, periodo enero-agosto 2016?</p> <p>¿Cuál es la incidencia de patología vesicular según el tipo de asegurado en el Hospital Nacional Ramiro Priale, periodo enero-agosto 2016?</p>	<p>en patología vesicular</p> <p>Conocer la incidencia en género en patología vesicular</p> <p>Determinar la incidencia según el tipo de asegurado</p>				<p>M: es la muestra</p> <p>O: observación de la variable</p> <p>X: representa la variable</p>	

ANEXO N°2 MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE INSTRUMENTO

VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADORES	MEDICION	ESCALA DE MEDICION	FUENTE INFORMATIVA
Patología vesicular	Datos del Pacientes	Edad	Años: 5-14 15-24 25-34 34-44 45-54 55-64 65-74 75-85	Razón	Historia clínica
		Genero	Femenino (0) Masculino (1)	Nominal	Historia clínica
		Tipo de asegurado	Titular (0) Cónyuge (1) Familiar (3)	Nominal	Historia clínica

VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADORES	MEDICION	ESCALA DE MEDICION	FUENTE INFORMATIVA
	Datos clínicos	Signos de inflamación local	No (0) Si (1)	Nominal	Historia clínica
		Signos de inflamación sistémica	No (0) Si (1)	Nominal	Historia clínica
		Hallazgo de imagen en ecografía	No (0) Si (1)	Nominal	Historia clínica
		¿Tiene diagnóstico de colecistitis aguda?	No (0) Si (1)	Nominal	Historia clínica
		Método quirúrgico	Colecistectomia Laparoscopica (0) Colecistectomía convencional (1)	Nominal	Historia clínica



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



CARTA N° 0190-CI-HNRPP-ESSALUD-2017

Huancayo, 20 de Noviembre del 2017

Señora:

Doctora: ELIZABETH NORMA ARAUJO SANCHEZ
Oficina de Administración Registros Médicos Referencia y Contrarreferencia
Hospital Nacional Ramiro Prialé Pralé
ESSALUD

CIUDAD: -

REFERENCIA: CARTA N°187-CI-HNRPP-ESSALUD-2017 INFORME N°079

ASUNTO : BRINDAR FACILIDADES A LA ALUMNA BALDEON LEON SUSAN
JESSICA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

De mi especial consideración:

Por la presente me dirijo a usted para saludarla muy cordialmente a nombre del Comité de Investigación del Hospital Nacional Ramiro Prialé Pralé – Essalud y al mismo tiempo solicitante tenga a bien de brindar facilidades a la alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Peruana Los Andes, quien realizará el trabajo de investigación titulado "INCIDENCIA DE PATOLOGIAS VESICUALR EN EL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRALE PRALE – ENERO A AGOSTO 2016". A partir del 10 de Noviembre al 30 de Diciembre del 2017 de 3.00p.m. a 5.00 p.m. de lunes a viernes.

Esperando contar con su apoyo, me suscribo de usted.

Atentamente,


DR. WALTER CALDERON GERSIEN
Presidente Comité de Investigación
Hospital Nacional Ramiro Prialé Pralé


WSCG/MIrs.

NIT: 1302-2017-10232

Av. Independencia 296
El Tanco Huancayo
Junín Perú
Tl: (064) 248366
www.essalud.gub.pe

ANEXO N°3 CONSTANCIA DE SU APLICACION

ANEXO N°4 FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

"INCIDENCIA DE PATOLOGIA VESICULAR EN HOSPITAL NACIONAL
RAMIRO PRIALE PRIALE PERIODO ENERO- AGOSTO 2016"

N°.....

HC:

I. Datos del Paciente:

A) Edad: años

B) Género:

C) Procedencia:

D) Tipo de seguro:

- Titular ()
- Cónyuge o concubina ()
- Familiar ()

E) Morbilidad asociada: Si () No ()

- Diabetes Mellitus tipo 2: ()
- Hipertensión arterial: ()
- Cirugías previas: ()
- Obesidad: ()
- Otros: ()

Especificar:

II. Datos Clínicos:

Criterios de Tokio 2013

A) Signos de Inflamación Local: Si () No ()

- Signo de Murphy ()
- Dolor abdominal en hipocóndrio derecho ()
- Palpación de masa en hipocóndrio derecho ()

B) Signo de Inflamación sistémica: Si () No ()

- Fiebre ($T^{\circ}>38^{\circ}C$) ()

- PCR elevado ()
 - Recuento anormal de leucocitos ()
 - C) Hallazgos de imágenes en ecografía Si () No ()
 - D) Colecistitis Aguda : Si () No ()
- Diagnostico:
- E) Método quirúrgico:
 - Colecistectomía Laparoscópica: Si ()
 - Colecistectomía Convencional: Si ()

ANEXO N°5 VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

INCIDENCIA DE PATOLOGIA VESICULAR EN EL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE, ENERO- AGOSTO 32016

Pac.	PII.A	Total	XY	Xcua	Ycua
1	0	2	0	0	4
2	1	2	2	1	4
3	1	5	5	1	25
4	0	1	0	0	1
5	1	4	4	1	16
6	0	1	0	0	1
7	1	5	5	1	25
8	1	5	5	1	25
9	1	5	5	1	25
10	1	5	5	1	25
11	0	1	0	0	1
12	1	2	2	1	4
13	1	5	5	1	25
14	1	5	5	1	25
15	1	5	5	1	25
16	1	1	1	1	1
17	0	2	0	0	4
18	0	1	0	0	1
19	1	1	1	1	1
20	0	1	0	0	1
21	1	4	4	1	16
22	1	4	4	1	16
23	0	4	0	0	16
24	1	2	2	1	4
25	0	1	0	0	1
26	0	1	0	0	1
27	1	5	5	1	25
28	0	1	0	0	1
29	1	4	4	1	16
30	1	5	5	1	25
TOTAL	19	90	74	19	360

Pac.	PII.B	Total	XY	Xcua	Ycua
1	1	2	2	1	4
2	0	2	0	0	4
3	1	5	5	1	25
4	0	1	0	0	1
5	1	4	4	1	16
6	0	1	0	0	1
7	1	5	5	1	25
8	1	5	5	1	25
9	1	5	5	1	25
10	1	5	5	1	25
11	0	1	0	0	1
12	0	2	0	0	4
13	1	5	5	1	25
14	1	5	5	1	25
15	1	5	5	1	25
16	0	1	0	0	1
17	1	2	2	1	4
18	0	1	0	0	1
19	0	1	0	0	1
20	0	1	0	0	1
21	1	4	4	1	16
22	0	4	0	0	16
23	1	4	4	1	16
24	0	2	0	0	4
25	0	1	0	0	1
26	0	1	0	0	1
27	1	5	5	1	25
28	0	1	0	0	1
29	1	4	4	1	16
30	1	5	5	1	25
TOTAL	16	90	70	16	360

Pac.	PII.C	Total	XY	Xcua	Ycua
1	0	2	0	0	4
2	0	2	0	0	4
3	1	5	5	1	25
4	1	1	1	1	1
5	0	4	0	0	16
6	1	1	1	1	1
7	1	5	5	1	25
8	1	5	5	1	25
9	1	5	5	1	25
10	1	5	5	1	25
11	1	1	1	1	1
12	0	2	0	0	4
13	1	5	5	1	25
14	1	5	5	1	25
15	1	5	5	1	25
16	0	1	0	0	1
17	0	2	0	0	4
18	1	1	1	1	1
19	0	1	0	0	1
20	1	1	1	1	1
21	0	4	0	0	16
22	1	4	4	1	16
23	1	4	4	1	16
24	0	2	0	0	4
25	0	1	0	0	1
26	1	1	1	1	1
27	1	5	5	1	25
28	1	1	1	1	1
29	0	4	0	0	16
30	1	5	5	1	25
TOTAL	19	90	65	19	360

Pac.	PII.D	Total	XY	Xcua	Ycua
1	0	2	0	0	4
2	0	2	0	0	4
3	1	5	5	1	25
4	0	1	0	0	1
5	1	4	4	1	16
6	0	1	0	0	1
7	1	5	5	1	25
8	1	5	5	1	25
9	1	5	5	1	25
10	1	5	5	1	25
11	0	1	0	0	1
12	0	2	0	0	4
13	1	5	5	1	25
14	1	5	5	1	25
15	1	5	5	1	25
16	0	1	0	0	1
17	0	2	0	0	4
18	0	1	0	0	1
19	0	1	0	0	1
20	0	1	0	0	1
21	1	4	4	1	16
22	1	4	4	1	16
23	1	4	4	1	16
24	1	2	2	1	4
25	1	1	1	1	1
26	0	1	0	0	1
27	1	5	5	1	25
28	0	1	0	0	1
29	1	4	4	1	16
30	1	5	5	1	25
TOTAL	17	90	73	17	360

Pac.	PII.E	Total	XY	Xcua	Ycua
1	1	2	2	1	4
2	1	2	2	1	4
3	1	5	5	1	25
4	0	1	0	0	1
5	1	4	4	1	16
6	0	1	0	0	1
7	1	5	5	1	25
8	1	5	5	1	25
9	1	5	5	1	25
10	1	5	5	1	25
11	0	1	0	0	1
12	1	2	2	1	4
13	1	5	5	1	25
14	1	5	5	1	25
15	1	5	5	1	25
16	0	1	0	0	1
17	1	2	2	1	4
18	0	1	0	0	1
19	0	1	0	0	1
20	0	1	0	0	1
21	1	4	4	1	16
22	1	4	4	1	16
23	1	4	4	1	16
24	0	2	0	0	4
25	0	1	0	0	1
26	0	1	0	0	1
27	1	5	5	1	25
28	0	1	0	0	1
29	1	4	4	1	16
30	1	5	5	1	25
TOTAL	19	90	78	19	360

r de Pearson	
PII.A	0.68
PII.B	0.85
PII.C	0.32
PII.D	0.85
PII.E	0.84

ANEXO N°6: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

FORMULA KUDER RICHARDSON 20						
Pac.	PII.A	PII.B	PII.C	PII.D	PII.E	TOTAL
1	0	1	0	1	0	2
2	1	0	0	1	0	2
3	1	1	1	1	1	5
4	0	0	1	0	0	1
5	1	1	0	1	1	4
6	0	0	1	0	0	1
7	1	1	1	1	1	5
8	1	1	1	1	1	5
9	1	1	1	1	1	5
10	1	1	1	1	1	5
11	0	0	1	0	0	1
12	1	0	0	1	0	2
13	1	1	1	1	1	5
14	1	1	1	1	1	5
15	1	1	1	1	1	5
16	1	0	0	0	0	1
17	0	1	0	1	0	2
18	0	0	1	0	0	1
19	1	0	0	0	0	1
20	0	0	1	0	0	1
21	1	1	0	1	1	4
22	1	0	1	1	1	4
23	0	1	1	1	1	4
24	1	0	0	0	1	2
25	0	0	0	0	1	1
26	0	0	1	0	0	1
27	1	1	1	1	1	5
28	0	0	1	0	0	1
29	1	1	0	1	1	4
30	1	1	1	1	1	5
TOT	19	16	19	19	17	90

KR-20: Coeficiente de consistencia interna, permite obtener la confiabilidad a partir de los datos obtenidos. ⁽⁴⁶⁾

KR-20 : 0,754

ANEXO N°7 DATA DE PROCEDIMIENTO

ID	Edad	Género	Procedencia	Tipo de Asegurado	Morbilidad Asociada (A)	Diag. Post. Operatorio (E)	Complicaciones (III)	PILA	PILB	PILC	Colecistitis Aguda I	Método Quirúrgico I	D.H.
1	29	F	HUANCAYO	TITULAR	NO	K80.1	NO	SI	NO	SI	NO	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
2	29	F	HUANCAYO	FAMILIAR	NO	K80.1	NO	SI	NO	SI	NO	COLECISTECTOMIA CONVECCIONAL	3
3	37	M	HUANCAYO	TITULAR	NO	K80.1	NO	SI	NO	SI	NO	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	4
4	29	M	HUANCAYO	FAMILIAR	NO	K81.9	NO	SI	SI	NO	NO	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	5
5	22	F	CHUPACA	CONYUGE	NO	K80.1	NO	NO	SI	NO	NO	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
6	64	M	HUANCAYO	TITULAR	NO	K80.1	NO	SI	SI	SI	NO	COLECISTECTOMIA CONVECCIONAL	5
7	63	M	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.0	NO	SI	NO	NO	NO	COLECISTECTOMIA CONVECCIONAL	4
8	39	M	HUANCAYO	TITULAR	NO	K80.2	NO	NO	NO	SI	NO	COLECISTECTOMIA CONVECCIONAL	3
9	36	F	HUANCAYO	TITULAR	NO	K80.1	NO	SI	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA CONVECCIONAL	5
10	74	M	HUANCAYO	FAMILIAR	HIPERTENSION ARTERIAL	K80.1	NO	NO	SI	SI	NO	COLECISTECTOMIA CONVECCIONAL	8
11	30	F	HUANCAYO	TITULAR	NO	K80.1	NO	NO	NO	SI	NO	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	4
12	60	M	HUANCAYO	TITULAR	NO	K80.3	NO	SI	SI	NO	NO	COLECISTECTOMIA CONVECCIONAL	5
13	73	M	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.0	NO	SI	SI	NO	SI	COLECISTECTOMIA CONVECCIONAL	5
14	62	F	HUANCAYO	TITULAR	NO	K80.0	NO	NO	NO	SI	NO	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	2
15	48	F	HUANCAYO	TITULAR	NO	K80.1	NO	SI	NO	SI	NO	COLECISTECTOMIA CONVECCIONAL	3

ID	Edad	Género	Procedencia	Tipo de Asegurado	Morbilidad Asociada (A)	Diag. Post. Operatorio (E)	Complicaciones (III)	PII.A	PII.B	PII.C	Colecistitis Aguda I	Método Quirúrgico I	D.H.
16	58	M	CHILCA	TITULAR	NO	K80.1	NO	NO	SI	SI	NO	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	8
17	63	F	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.0	SI	SI	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	13
18	51	F	LIMA	TITULAR	NO	K81.0	NO	SI	SI	SI	NO	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	5
19	62	M	CONCEPCION	CONYUGE	NO	K81.0	NO	SI	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	10
20	39	F	HUANCAYO	TITULAR	NO	K80.1	NO	SI	NO	SI	NO	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
21	41	F	CHUPACA	TITULAR	NO	K80.1	NO	SI	NO	SI	NO	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	24
22	49	F	HUANCAYO	TITULAR	NO	K80.1	NO	NO	NO	SI	NO	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
23	52	M	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.0	NO	SI	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	5
24	43	M	CHILCA	TITULAR	NO	K81.0	NO	SI	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
25	57	M	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.0	NO	SI	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	4
26	56	F	HUANCAYO	TITULAR	NO	K80.1	NO	NO	NO	SI	NO	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
27	34	F	HUANCAYO	TITULAR	NO	K80.1	NO	NO	NO	SI	NO	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	4
28	74	M	HUANCAYO	TITULAR	NO	K80.1	SI	SI	SI	NO	NO	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	8
29	74	M	JAUIJA	TITULAR	NO	K80.1	SI	SI	NO	SI	NO	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	6
30	58	M	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.0	NO	SI	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
31	45	M	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.0	NO	SI	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
32	53	F	HUANCAYO	TITULAR	NO	K80.1	SI	SI	NO	SI	NO	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	38
33	29	M	LIMA	TITULAR	NO	K80.1	NO	NO	NO	SI	NO	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
34	54	M	LIMA	TITULAR	NO	K80.1	SI	SI	NO	NO	NO	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	6

ID	Edad	Género	Procedencia	Tipo de Asegurado	Morbilidad Asociada (A)	Diag. Post. Operatorio (E)	Complicaciones (III)	PII.A	PII.B	PII.C	Colecistitis Aguda I	Método Quirúrgico I	D.H.
35	62	F	HUANCAYO	TITULAR	NO	K80.1	NO	NO	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	5
36	38	F	HUANCAYO	FAMILIAR	NO	K81.0	NO	SI	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	4
37	45	M	HUANCAYO	TITULAR	NO	K80.1	NO	SI	NO	NO	NO	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	5
38	48	F	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.0	NO	SI	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	5
39	25	F	HUANCAYO	FAMILIAR	NO	K81.0	NO	SI	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	4
40	54	F	HUANCAYO	REGULAR	NO	K80.1	NO	SI	NO	NO	NO	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
41	15	F	HUANCAYO	FAMILIAR	NO	K80.1	NO	SI	NO	SI	NO	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
42	54	M	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.0	NO	NO	SI	SI	NO	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	4
43	21	M	HUANCAYO	TITULAR	NO	K80.1	NO	SI	NO	NO	NO	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	10
44	72	M	HUANCAYO	TITULAR	NO	K80.1	NO	NO	NO	SI	NO	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	8
45	54	M	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.9	NO	NO	SI	NO	NO	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	5
46	27	F	HUANCAYO	CONYUGE	NO	K80.1	NO	NO	NO	SI	NO	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
47	27	F	JAUJA	TITULAR	NO	K80.1	NO	SI	NO	NO	NO	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
48	48	M	HUANCAYO	TITULAR	NO	K80.1	NO	NO	NO	SI	NO	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
49	53	F	HUANCAYO	TITULAR	NO	K80.1	NO	NO	SI	SI	NO	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	38
50	62	F	HUANCAYO	FAMILIAR	NO	K81.1	NO	NO	SI	SI	NO	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	5
51	29	M	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.9	NO	NO	SI	SI	NO	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	8
52	48	F	CONCEPCION	CONYUGE	NO	K81.0	SI	SI	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	5
53	53	M	CHUPACA	TITULAR	NO	K81.0	SI	SI	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	9

ID	Edad	Género	Procedencia	Tipo de Asegurado	Morbilidad Asociada (A)	Diag. Post. Operatorio (E)	Complicaciones (III)	PII.A	PII.B	PII.C	Colecistitis Aguda I	Método Quirúrgico I	D.H.
54	49	F	HUANCAYO	FAMILIAR	NO	K81.0	NO	SI	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
55	16	F	HUANCAYO	FAMILIAR	NO	K81.0	NO	SI	SI	NO	SI	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
56	55	M	JAUJA	TITULAR	NO	k81.0	NO	SI	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
57	83	F	HUANCAYO	FAMILIAR	NO	K81.0	SI	NO	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	9
58	74	M	HUANCAYO	FAMILIAR	NO	K81.0	SI	SI	SI	NO	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	17
59	38	F	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.0	NO	SI	SI	NO	SI	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
60	54	F	LA OROYA	CONYUGE	NO	K81.0	NO	NO	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
61	28	F	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.0	NO	SI	SI	SI	NO	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
62	31	F	HUANCAYO	CONYUGE	NO	K81.0	NO	SI	NO	SI	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	4
63	62	F	EL TAMBO	CONYUGE	NO	K81.0	NO	SI	NO	SI	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	4
64	43	M	CHILCA	TITULAR	NO	K81.0	SI	SI	SI	NO	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	29
65	59	M	JAUJA	TITULAR	NO	K81.0	SI	SI	SI	NO	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	8
66	57	F	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.0	NO	NO	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	4
67	49	M	PAMPAS	TITULAR	NO	K81.0	NO	SI	NO	SI	SI	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
68	41	F	CHILCA	CONYUGE	NO	K81.0	NO	SI	NO	NO	SI	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	2
69	56	F	HUANCAYO	FAMILIAR	NO	K81.0	NO	SI	SI	NO	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	4
70	37	F	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.0	SI	SI	SI	NO	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	5
71	33	M	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.0	NO	NO	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
72	36	F	HUANCAYO	CONYUGE	NO	K81.0	NO	SI	NO	SI	SI	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3

ID	Edad	Género	Procedencia	Tipo de Asegurado	Morbilidad Asociada (A)	Diag. Post. Operatorio (E)	Complicaciones (III)	PII.A	PII.B	PII.C	Colecistitis Aguda I	Método Quirúrgico I	D.H.
73	40	F	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.0	NO	SI	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
74	41	F	EL TAMBO	CONYUGE	NO	K81.0	NO	NO	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	4
75	77	M	HUANCAYO	FAMILIAR	NO	K81.0	NO	SI	NO	NO	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	4
76	32	M	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.0	NO	SI	NO	NO	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	4
77	21	F	CHILCA	TITULAR	NO	K81.0	NO	NO	NO	NO	SI	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
78	44	M	LA OROYA	TITULAR	NO	K81.0	NO	SI	NO	NO	SI	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	4
79	28	F	CHILCA	TITULAR	NO	K81.0	NO	SI	NO	NO	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	4
80	26	M	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.0	SI	SI	NO	NO	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	14
81	52	F	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.0	NO	NO	NO	SI	SI	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
82	43	F	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.0	NO	SI	NO	NO	SI	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
83	38	F	CHILCA	TITULAR	NO	K81.0	NO	NO	NO	SI	NO	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
84	56	M	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.0	NO	SI	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	4
85	57	M	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.0	NO	SI	NO	SI	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	4
86	80	F	HUANCAYO	FAMILIAR	NO	K81.0	NO	SI	NO	NO	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	4
87	29	F	CHILCA	FAMILIAR	NO	K81.0	NO	SI	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
88	37	F	JAUIJA	TITULAR	NO	K81.0	NO	NO	NO	SI	SI	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
89	58	F	JAUIJA	FAMILIAR	NO	K81.0	NO	SI	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	4
90	45	M	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.0	NO	NO	NO	SI	SI	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	2
91	41	F	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.0	NO	NO	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	2

ID	Edad	Género	Procedencia	Tipo de Asegurado	Morbilidad Asociada (A)	Diag. Post. Operatorio (E)	Complicaciones (III)	PII.A	PII.B	PII.C	Colecistitis Aguda I	Método Quirúrgico I	D.H.
92	32	F	JAUJA	FAMILIAR	NO	K81.0	NO	SI	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	2
93	41	F	HUANCAYO	TITULAR	NO	K80.1	NO	NO	NO	SI	NO	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	3
94	53	F	HUANCAYO	TITULAR	NO	K80.1	NO	NO	SI	SI	NO	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	5
95	32	F	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.0	NO	SI	SI	NO	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	4
96	51	M	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.0	NO	SI	NO	NO	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	4
97	36	F	JAUJA	FAMILIAR	NO	K81.0	SI	SI	SI	SI	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	8
98	32	M	HUANCAYO	TITULAR	NO	K81.0	NO	SI	NO	SI	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	6
99	29	F	HUANCAYO	FAMILIAR	NO	K81.0	SI	SI	SI	NO	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	8
100	62	M	CHILCA	TITULAR	NO	K81.0	NO	SI	NO	NO	SI	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	5

ANEXO N°8. FOTOS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

