



Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión

Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana

Características clínico-epidemiológicas y factores asociados a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 - 2023

Tesis

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autora

Sandra Stely Solano Flores

Asesor

Dr. Américo Peña Oscuvilca

Huacho – Perú

2024



Reconocimiento - No Comercial – Sin Derivadas - Sin restricciones adicionales

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

Reconocimiento: Debe otorgar el crédito correspondiente, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de ninguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso. **No Comercial:** No puede utilizar el material con fines comerciales. **Sin Derivadas:** Si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado. **Sin restricciones adicionales:** No puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros de hacer cualquier cosa que permita la licencia.



UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
LICENCIADA

Resolución de Consejo Directivo N° 012-2020-SUNEDU/CD de fecha 27/01/2020

Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana

METADATOS

DATOS DEL AUTOR (ES):		
APELLIDOS Y NOMBRES	DNI	FECHA DE SUSTENTACIÓN
Solano Flores, Sandra Stely	72678693	19/11/2024
DATOS DEL ASESOR:		
APELLIDOS Y NOMBRES	DNI	CÓDIGO ORCID
M(o). Peña Oscuvilca, Américo	43831835	0000-0003-4026-9832
DATOS DE LOS MIEMBROS DE JURADOS – PREGRADO/POSGRADO-MAESTRÍA - DOCTORADO:		
APELLIDOS Y NOMBRES	DNI	CÓDIGO ORCID
Dr. Bermejo Sánchez, Fredy Ruperto	17881275	0000-0002-5213-2318
M.C. Lázaro Dioses, Jaime Teodosio	25600263	0000-0002-2027-5226
M.C. Gomero Paredes, Rosita Violeta Fortunata	15738592	0000-0001-9644-2847

Sandra Stely 2024-080809 - Solano Flores

Características clínico-epidemiológicas y factores asociados a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital...

-  Quick Submit
-  Quick Submit
-  Facultad de Medicina Humana

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::1:3070604836

Fecha de entrega

7 nov 2024, 10:36 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

7 nov 2024, 10:59 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

TESIS_CORREGIDO_TURNITIN_-_SOLANO_FLORES_SANDRA.pdf

Tamaño de archivo

2.3 MB

108 Páginas

20,671 Palabras

119,985 Caracteres



Página 2 of 118 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trn:oid::1:3070604836

17% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...




Filtrado desde el informe

- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Exclusiones

- N.º de fuentes excluidas

Fuentes principales

- 15%  Fuentes de Internet
- 5%  Publicaciones
- 11%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FACTORES ASOCIADOS A
COLECISTECTOMÍA SUBTOTAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE HUACHO, 2021 – 2023”**

SOLANO FLORES, SANDRA STELY

TESIS DE PREGRADO

ASESOR:

AMÉRICO PEÑA OSCUVILCA

JURADO:

DR. FREDY RUPERTO, BERMEO SÁNCHEZ
(PRESIDENTE)

M.C. JAIME TEODOSIO LÁZARO DIOSES
(SECRETARIO)

M.C. ROSITA VIOLETA FORTUNATA, GOMERO PAREDES
(VOCAL)

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

HUACHO – PERÚ

2024

DEDICATORIA

A mis padres, Margarita y Elmer; mis hermanos, Brenda
y Jesús; y mi hijo perruno, Bobby gracias por ser mi
soporte día a día.

Sandra Stely Solano Flores

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor, Américo Peña Oscuvilca, gracias el conocimiento y consejos brindados; espero lograr muchas de las cosas que con esfuerzo ha alcanzado.

A los docentes de mi querida escuela de Medicina Humana, gracias por todos estos años de aprendizaje que han sentado en mí una base de conocimientos que hoy permiten que pueda desarrollar esta investigación y que en unos meses me permitirán desenvolverme como médico.

A mi jurado, gracias por su guía y apoyo durante el desarrollo de esta investigación.

A mis amigas y amigos, gracias por darle equilibrio a mis días, darme ánimos y palabras de aliento cuando lo he necesitado y por recordarme que “*todo pasa por algo*”.

Sandra Stely Solano Flores

ÍNDICE

RESUMEN.....	xvi
ABSTRACT.....	xviii
INTRODUCCIÓN	xx
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema general	3
1.2.2. Problemas específicos.....	3
1.3. Objetivos de la investigación.....	3
1.3.1. Objetivo general.....	3
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación de la investigación	4
1.4.1. Conveniencia.....	4
1.4.2. Relevancia social	4
1.4.3. Implicancias prácticas.....	5
1.4.4. Valor teórico	5
1.5. Delimitaciones del estudio.....	5
1.6. Viabilidad del estudio	5
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	7

2.1.	Antecedentes de la investigación	7
2.1.1.	Investigaciones internacionales	7
2.1.2.	Investigaciones nacionales.....	13
2.2.	Bases teóricas.....	19
2.2.1.	Colecistectomía difícil	19
2.2.2.	Colecistectomía subtotal	21
2.2.3.	Complicaciones postoperatorias	27
2.3.	Bases filosóficas.....	27
2.4.	Definición de términos básicos.....	28
2.1.1.	Síntomas.....	28
2.1.2.	Signos.....	28
2.1.3.	Edad	29
2.1.4.	Sexo.....	29
2.1.5.	Procedencia	29
2.1.6.	Nivel de instrucción	29
2.1.7.	Obesidad	29
2.1.8.	Hipertensión arterial.....	29
2.1.9.	Diabetes mellitus.....	29
2.1.10.	Cirugía abdominal.....	30
2.1.11.	Leucocitosis	30

2.1.12.	Escala ASA	30
2.1.13.	Colecistectomía.....	30
2.1.14.	Colecistectomía subtotal fenestrada.....	31
2.1.15.	Colecistectomía subtotal reconstructiva	31
2.2.	Hipótesis de la investigación	31
2.2.1.	Hipótesis general.....	31
1.5.2.	Hipótesis específicas.....	31
2.3.	Operacionalización de variables	33
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....		35
3.1.	Diseño metodológico	35
3.1.1.	Tipo de investigación.....	35
3.1.2.	Nivel de la investigación.....	35
3.1.3.	Diseño	35
3.1.4.	Enfoque	36
3.2.	Población y muestra.....	36
3.2.1.	Población.....	36
3.2.2.	Muestra	37
3.3.	Técnicas de recolección de datos	38
3.3.1.	Técnicas a emplear.....	38
3.3.2.	Descripción de los instrumentos	38

3.4. Técnicas para el procesamiento de la información	39
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	40
4.1. Análisis de resultados	40
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN	66
5.1. Discusión de resultados.....	66
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	76
6.1. Conclusiones	76
6.2. Recomendaciones	78
REFERENCIAS	80
5.1. Fuentes documentales	80
5.2. Fuentes hemerográficas	84
5.3. Fuentes electrónicas	85
ANEXO 01. Ficha de recolección de datos.....	87
ANEXO 02. Validación del instrumento por expertos.....	88
ANEXO 03. Matriz de consistencia.....	91
ANEXO 04. Solicitud de permiso institucional	93
ANEXO 05. Autorización de revisión de historias clínicas	94
ANEXO 06. Constancia de revisión de historias clínicas	95
ANEXO 07. Base de datos recolectado en Excel.....	96
ANEXO 08. Constancia de análisis estadístico y procesamiento de datos	97

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Escala de predicción de colecistectomía difícil de Nassar</i>	24
Tabla 2. <i>Sistema de puntutación de dificultad de la colecistectomía laparoscópica de Randhawa modificado</i>	25
Tabla 3. <i>Características clínicas asociadas a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023</i>	40
Tabla 4. <i>Características epidemiológicas asociadas a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023</i>	41
Tabla 5. <i>Edad como factor de riesgo para colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023</i>	43
Tabla 6. <i>Sexo como factor de riesgo para colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023</i>	44
Tabla 7. <i>Obesidad como factor de riesgo para colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023</i>	46
Tabla 8. <i>Diabetes mellitus como factor de riesgo para colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023</i>	47
Tabla 9. <i>Hipertensión arterial como factor de riesgo para colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023</i>	49
Tabla 10. <i>Antecedente quirúrgico abdominal como factor de riesgo para colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023</i>	50
Tabla 11. <i>Escala ASA como factor de riesgo para colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023</i>	52

Tabla 12. <i>Leucocitosis como factor de riesgo para colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023</i>	53
Tabla 13. <i>Tipos de colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023</i>	55
Tabla 14. <i>Régimen de ingreso de pacientes sometidos a colecistectomía en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023</i>	56
Tabla 15. <i>Diagnósticos preoperatorios en pacientes sometidos a colecistectomía en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023</i>	57
Tabla 16. <i>Diagnósticos postoperatorios en pacientes sometidos a colecistectomía en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023</i>	60
Tabla 17. <i>Complicaciones en pacientes sometidos a colecistectomía en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023</i>	63
Tabla 18. <i>Mortalidad en pacientes sometidos a colecistectomía en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023</i>	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Ilustración 1. <i>Gráfico de barras de los grupos etarios en pacientes sometidos a colecistectomía subtotal (casos) y total (control), Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023...</i>	43
Ilustración 2. <i>Gráfico de barras del sexo en pacientes sometidos a colecistectomía subtotal (casos) y total (control), Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.....</i>	45
Ilustración 3. <i>Gráfico de barras de pacientes obesos y no obesos sometidos a colecistectomía subtotal (casos) y total (control), Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023...</i>	46
Ilustración 4. <i>Gráfico de barras de pacientes diabéticos y no diabéticos sometidos a colecistectomía subtotal (casos) y total (control), Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023...</i>	48
Ilustración 5. <i>Gráfico de barras de pacientes hipertensos y no hipertensos sometidos a colecistectomía subtotal (casos) y total (control), Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023...</i>	49
Ilustración 6. <i>Gráfico de barras de pacientes con y sin antecedente quirúrgico abdominal sometidos a colecistectomía subtotal (casos) y total (control), Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.....</i>	51
Ilustración 7. <i>Gráfico de barras de la clasificación ASA en los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal (casos) y total (control), Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023...</i>	52
Ilustración 8. <i>Gráfico de barras de pacientes con y sin leucocitosis sometidos a colecistectomía subtotal (casos) y total (control), Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023...</i>	54
Ilustración 9. <i>Gráfica de pastel de los tipos de colecistectomía subtotal, Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023</i>	55
Ilustración 10. <i>Gráfica de pastel de los diagnósticos preoperatorios más comunes en los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal, Hospital Regional de Huacho 2021 – 2023</i>	58

Ilustración 11. *Gráfica de pastel de los diagnósticos preoperatorios más comunes en los pacientes sometidos a colecistectomía total, Hospital Regional de Huacho 2021 – 2023..... 59*

Ilustración 12. *Gráfica de pastel de los diagnósticos postoperatorios más comunes en los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal, Hospital Regional de Huacho 2021 – 2023 61*

Ilustración 13. *Gráfica de pastel de los diagnósticos postoperatorios más comunes en los pacientes sometidos a colecistectomía total, Hospital Regional de Huacho 2021 – 2023..... 62*

Ilustración 14. *Gráfica de barras de las complicaciones en pacientes sometidos a colecistectomía subtotal (casos) y total (control), Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023... 64*

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características clínico-epidemiológicas y los factores asociados a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023.

Materiales y métodos: Se realizó una investigación observacional, analítico, de tipo casos y controles, retrospectivo y transversal; en una muestra con 52 casos y 208 controles de pacientes sometidos a colecistectomía por cirugías abiertas y laparoscópicas en el servicio de Cirugía del Hospital Regional de Huacho. Se recolectó la información a través de una ficha de recolección de datos. El nivel de asociación fue evaluado mediante la prueba estadística de *Chi Cuadrado* (X^2) considerando un valor $p < 0,05$ indicativo de significancia estadística. Además, se calculó el *Odds Ratio* (OR) con un intervalo de confianza (IC) del 95%.

Resultados: De un total de 260 pacientes, a 52 (20%) se le sometió a colecistectomía subtotal y a 208 (80%) a colecistectomía total. La edad media de los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal y total fue de $40,74 \pm 15,04$ años para ambos grupos, siendo el sexo masculino el predominante en el grupo de pacientes sometidos a colecistectomía subtotal y el sexo femenino en el grupo de pacientes sometidos a colecistectomía total. Las características clínicas asociadas a colecistectomía subtotal son el dolor en hipocondrio derecho asociado a náuseas y/o vómitos en el 69,23% y signo de Murphy positivo en el 53,85%. Las características epidemiológicas asociadas a colecistectomía subtotal son edad adulta en el 69,23%; sexo masculino en el 57,69%; procedencia urbana en el 59,62% y nivel de instrucción secundario completo o incompleto en el 80,77%. Los factores asociados a colecistectomía subtotal son el sexo masculino afectando al 57,69% ($p=0,000$) e incrementando el riesgo 4,939 veces más (OR=4,939 IC 95%: 2,600 – 9,382); la hipertensión arterial afectando al 11,54% ($p=0,016$) e incrementando el riesgo 3,745 veces más (OR=3,745 IC 95%: 1,202 – 11,670); y la leucocitosis afectando al 69,23% ($p=0,000$)

e incrementando el riesgo 9,750 veces más (OR=9,750 IC 95%: 4,919 – 19,325) de ser sometidos a colecistectomía subtotal.

Conclusión: El dolor en cuadrante superior derecho asociado a náuseas y/o vómitos y el signo de Murphy positivo son características clínicas; la edad adulta, sexo masculino, procedencia urbana y nivel de instrucción secundario (completo o incompleto) son características epidemiológicas; y el sexo masculino, la hipertensión arterial y la leucocitosis son factores de riesgo para colecistectomía subtotal.

Palabras clave: *Colecistectomía subtotal, características clínicas, características epidemiológicas, factores asociados.*

ABSTRACT

Objective: To know the clinical, epidemiological characteristics and associated factors with subtotal cholecystectomy in patients treated at the Hospital Regional from Huacho, 2021 – 2023.

Materials and methods: An observational, analytical, case-control, retrospective and cross-sectional research was carried out; in a sample with 52 cases and 208 controls of patients undergoing cholecystectomy by open and laparoscopic surgeries in the Surgery Service of Huacho's Hospital Regional. The information was collected through a data collection form. The level of association was evaluated using the *Chi-Square* Statistical Test (X^2) considering a p value $<0,05$ indicative of statistical significance. Additionally, the *Odds Ratio* (OR) was calculated with a 95% confidence interval (CI).

Results: Of a total of 260 patients, 52 (20%) underwent subtotal cholecystectomy and 208 (80%) underwent total cholecystectomy. The mean age of patients undergoing subtotal and total cholecystectomy was $40,74 \pm 15,04$ years for both groups, with male sex predominating in the groups of subtotal cholecystectomy and female sex in the group of total cholecystectomy. The clinical characteristics associated with subtotal cholecystectomy are pain in the right upper quadrant associated with sickness and/or vomiting in 69,23% and positive Murphy sign in 53,85%. The epidemiological characteristics associated with subtotal cholecystectomy are adulthood in 69,23%; male sex in 57,69%; urban origin in 59,62% and secondary education level complete or incomplete in 80,77%. The factors associated with subtotal cholecystectomy are male sex affecting 57,69% ($p=0,000$) and increasing the risk 4,939 times more (OR=4,939 IC 95%: 2,600 – 9,382); hypertension affecting 11,54% ($p=0,016$) and increasing the risk 3,745 times more (OR=3,745 IC 95%: 1,202 – 11,670); and leukocytosis affecting 69,23% ($p=0,000$)

and increasing the risk 9,750 times more (OR=9,750 IC 95%: 4,919 – 19,325) of undergoing subtotal cholecystectomy.

Conclusion: Pain in the right upper quadrant associated with sickness and/or vomiting and positive Murphy sign are clinical characteristics; adulthood, male sex, urban origin and secondary education level (complete or incomplete) are epidemiological characteristics; and male sex, hypertension and leukocytosis are factors associated with subtotal cholecystectomy.

Keywords: *Subtotal cholecystectomy, clinical characteristics, epidemiological characteristics, associated factors.*

INTRODUCCIÓN

La colecistectomía subtotal es una intervención quirúrgica en donde se busca la resección parcial de la vesícula biliar cuando la resección total de la misma se torna difícil por alteraciones en su anatomía debido principalmente a un gran proceso inflamatorio que dificulta la visualización del triángulo crítico de seguridad (triángulo de Calot).

Diversos estudios han señalado que existen factores que predicen si una colecistectomía será difícil o no. Nassar et al. (2020) considera factores como la edad, el género, la clasificación ASA, el diagnóstico primario, hallazgos ecográficos, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) previa y el tipo de admisión. En tanto, Tongyoo et al. (2023) considera además otros factores como índice de masa corporal (IMC) y nivel de cicatriz abdominal.

El presente estudio analizó retrospectivamente los datos de pacientes sometidos a colecistectomía subtotal y total para conocer las características clínicas, epidemiológicas y qué factores se asocian con esta intervención quirúrgica incrementando así las posibilidades de ser sometidos a esta.

Los resultados del presente estudio servirán como base para futuras investigaciones que permitan la detección oportuna de pacientes candidatos a este procedimiento quirúrgico. A su vez, aporta información científica a nivel local.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.Descripción de la realidad problemática

La patología litiásica de la vesícula biliar es un trastorno frecuente que afecta a la población adulta; de acuerdo con la National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) la prevalencia de la litiasis vesicular es de 7.9% en varones y 16.6% en mujeres; dicha patología es causada por la presencia de cálculos los cuales se forman por una composición anómala de la bilis. Cuando el cálculo obstruye el conducto cístico genera inflamación aguda de la pared de la vesícula biliar, ocasionando la entidad patológica denominada colecistitis aguda (Harrison, 2019).

La colecistitis aguda es una entidad clínico quirúrgica frecuente, que representa del 20 – 25% de las patologías quirúrgicas de urgencias; el proceso inflamatorio de la vesícula biliar que la caracteriza genera manifestaciones clínicas como dolor abdominal, defensa de hipocondrio derecho, fiebre y leucocitosis (Monteses & Galindo, s. f.).

La colecistectomía laparoscópica es considerada como estándar de oro en el manejo de la colecistitis aguda. El 90% de los casos finaliza el manejo por dicha vía; sin embargo, el 10% restante presenta complicaciones como alteraciones anatómicas debidas al proceso inflamatorio, formación de adherencia, sangrado no controlable o presencia de coledocolitiasis concomitante, lo que genera una visión no adecuada del área crítica de seguridad quirúrgica incrementando el riesgo de lesión de la vía biliar; a lo que se ha denominado “colecistectomía difícil” debido a que incrementa significativamente el riesgo de lesionar la vía biliar. Frente a estos casos se plantean alternativas quirúrgicas como la colecistectomía subtotal para conservar los beneficios que proporcionaría una colecistectomía convencional (Sierra, Zapata, Mendez, et al., 2020).

Las colecistectomías subtotales son cirugías caracterizadas por la extracción de más del 50% de la vesícula biliar, pero no en su totalidad. A su vez, son divididas en reconstructiva (cuando crea un remanente de vesícula biliar) y fenestrada (cuando no crea un remanente de la vesícula biliar) (Sierra, Zapata, Mendez, et al., 2020).

A nivel mundial, un metaanálisis realizado entre 1954 y 2013 publicado por el Journal of the American Medical Association of Surgery estimó que la colecistectomía subtotal se realizaba usando la técnica laparoscópica, abierta y laparoscópica convertida a abierta en el 72.9%, 19% y 8% de los casos respectivamente (Elshaer et al., 2015).

En América Latina, Colombia registra tasas del 2.4% de colecistectomías subtotales, de las cuales el 88% son realizadas por técnica laparoscópica y el 12% requieren de conversión a cirugía abierta (Sierra, Zapata, Méndez, et al., 2020).

A nivel nacional, Aliaga-Sánchez realizó 974 colecistectomías laparoscópicas entre el año 2012 y 2019, de las cuales el 3.8% fueron colecistectomías subtotales de tipo fenestradas principalmente en pacientes diagnosticados con empiema vesicular, colecistitis subaguda, vesícula biliar escleroatrófica y en menor medida en pacientes con vesícula gangrenada, Síndrome de Mirizzi y colecistitis aguda (Aliaga-Sánchez, 2020).

A nivel local, no se cuenta con estudios, proyectos de investigación o estadísticas que brinden información veraz sobre los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal. Es por ello, que la presente investigación recaba información sobre las características clínico-epidemiológicas asociadas a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2021 a 2023.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas y factores asociados a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las características clínicas asociadas a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023?
2. ¿Cuáles son las características epidemiológicas asociadas a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023?
3. ¿Cuáles son los factores asociados a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023?
4. ¿Qué tipo de colecistectomía subtotal fue más frecuentemente realizada en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Conocer las características clínico-epidemiológicas y los factores asociados a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Determinar las características clínicas asociadas a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023.
2. Determinar las características epidemiológicas asociadas a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023.
3. Determinar los factores asociados a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023.
4. Determinar el tipo de colecistectomía subtotal fue más frecuentemente realizada en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Conveniencia

La colelitiasis es una entidad nosológica frecuente en la población adulta que requiere de manejo quirúrgico; sin embargo, frente a determinadas circunstancias dicha patología complica el manejo quirúrgico convencional requiriendo en tales casos alternativas quirúrgicas como la colecistectomía subtotal, por lo que es importante conocer cuáles son los factores que se asocian a la realización de colecistectomías subtotales.

1.4.2. Relevancia social

Este estudio pondrá a disposición una base científica que contribuirá al conocimiento del personal de salud y la población sobre las características clínico-epidemiológicas de los pacientes

sometidos a colecistectomía subtotal, contribuyendo de esta manera al reconocimiento de los factores que conllevan al manejo quirúrgico a través de colecistectomía subtotal de patologías vesiculares y de la vía biliar.

1.4.3. Implicancias prácticas

Este estudio, al ser práctico y comprensible permitirá conocer las características clínico-epidemiológicas de los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal para así contribuir a la identificación de dichos pacientes y su manejo quirúrgico oportuno.

1.4.4. Valor teórico

Debido a la inexistencia de estudios de investigación a nivel local relacionados con este tema, es importante conocer las características clínico-epidemiológicas de los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal, proporcionando así información que ayude a identificar a pacientes candidatos a dicha intervención quirúrgica.

1.5. Delimitaciones del estudio

La presente investigación tendrá como lugar de estudio el Departamento de Cirugía General, ubicado en el Hospital Regional de Huacho, donde se atiende a un gran número de pacientes con patologías vesiculares y de la vía biliar de resolución quirúrgica.

1.6. Viabilidad del estudio

El tema por investigar cuenta con un gran número de artículos de revisión, proyectos e informes que permiten mantener las variables de estudio actualizadas. Así mismo, se cuenta con los recursos necesarios para llevar a cabo su realización de manera autofinanciada. Con respecto a su ejecución, se solicitará permiso a las autoridades correspondientes para una adecuada

obtención de datos registrados en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados que fueron sometidos a colecistectomía subtotal.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Se realizó la búsqueda bibliográfica en Pubmed, Google Académico y repositorios de universidades nacionales utilizando palabras clave como: Colectomía subtotal, vía, Subtotal colecystectomy, difficult gallblader. Se encontraron los estudios detallados a continuación.

2.1.1. Investigaciones internacionales

(Salazar, 2023) en su tesis “Colecistomía Difícil: Experiencia en el Centenario Hospital Miguel Hidalgo en el periodo 2016 – 2021” para obtener el grado de especialista en Cirugía General; el cual tuvo como objetivo describir la resolución quirúrgica para colecistomías “difíciles” y las complicaciones derivadas del procedimiento e identificar las características demográficas de la población afectada. El autor realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo y analítico. De las 1258 colecistomías laparoscópicas, 145 fueron consideradas colecistomía difícil afectando a 94 mujeres (64,8%) y 51 varones (35,2%); edad promedio de 45 años; 21 pacientes (14,5%) padecían de hipertensión arterial, 14 pacientes (9,7%) de diabetes mellitus, 14 pacientes (9,7%) de diabetes mellitus e hipertensión arterial, 4 pacientes (2,8%) de tabaquismo, 21 pacientes (14,5%) otras enfermedades como hipotiroidismo, artritis reumatoide, asma, entre otras; 7 pacientes (4,9%) cursaron con colangitis concomitante, 11 pacientes (7,6%) cursaron con pancreatitis aguda concomitantes; 13 pacientes (9%) tuvieron riesgo intermedio de coledocolitiasis y 16 paciente (11%) tuvieron riesgo alto de coledocolitiasis; los hallazgos quirúrgicos fueron 36 pacientes (24,8%) con hidropiocolecisto, 49 pacientes (33,8%) con piocolecisto, 27 pacientes (18,6%) con pared necrótica, 8 pacientes (5,5%) con escleroatrofia, 10 pacientes (6,9%) con Síndrome de Mirizzi, 7 pacientes (4,8%) con perforación; la complicación más frecuente fue la disrupción de la vía biliar con 3 pacientes

(2,1%); la mortalidad fue de 1 paciente debido a shock hipovolémico. Concluyó que: *“La colecistectomía laparoscópica total para paciente con predictores de colecistectomía difícil y clasificados con un Parkland III, IV o V es segura en nuestro hospital, con un porcentaje de derivación biliodigestiva (0%) inferior al descrito en la literatura, sin incluir fuga biliar (Strangber A) y ligeramente superior (2.1%) al reportado”*.

(J. R. Hernández et al., 2021) en su artículo “Colecistectomía subtotal como opción de manejo para colecistectomía difícil” el cual tuvo como objetivo describir los riesgos asociados a la colecistectomía subtotal en pacientes con colecistectomía difícil. Realizó un estudio retrospectivo en base a una revisión de la base de datos del Hospital General León dentro del periodo de enero de 2013 a diciembre de 2015. De los 18 pacientes estudiados, 11 pacientes (61,11%) fueron del sexo femenino y el resto del sexo masculino; 11 pacientes (61,11%) padecían de enfermedades crónico-degenerativas, de los cuales 6 padecían de diabetes mellitus tipo 2 (33,3%) y 5 de obesidad (27,8%), el 100% de los pacientes evidenciaron colelitiasis ecográficamente, la media del diámetro del colédoco fue de 5.9 mm, grosor de pared de 4.1 mm, volumen de vesícula biliar 52.6 ml; 4 pacientes (22,2%) tuvieron como antecedente pancreatitis aguda y 5 pacientes (27,8%) coledocolitiasis; como diagnóstico prequirúrgico 10 pacientes (55,6%) tuvieron colelitiasis crónica, 7 pacientes (38,8%) con colelitiasis crónica reagudizada y 1 paciente (5,6%) con hidrocolecisto; como diagnóstico postquirúrgico fue de colelitiasis crónica en 4 pacientes (22,3%), 4 pacientes (22,3%) con colelitiasis crónica reagudizada, 3 pacientes (16,7%) con Síndrome de Mirizzi, 2 pacientes (11,1%) con piocolecisto, 2 pacientes (11,1%) con colecistitis xantogranulomatosa, 1 paciente (5,5%) con fístula colecistocolónica y 1 paciente (5,5%) con fístula colecistoduodenal; el tiempo quirúrgico promedio fue de 112.2 minutos; se identificaron complicaciones postoperatorias en 8 pacientes (44,4%) de los cuales 6 (33,3%)

mostraron fuga biliar, 1 (5,5%) infección del sitio operatorio y 1 (5,5%) coledocolitiasis residual. Concluyeron que: *“La colecistectomía subtotal es un método de terminación quirúrgica seguro que evita lesiones biliares; y efectivo, considerando que no requiere de un segundo tiempo quirúrgico en colecistectomías difíciles. Las complicaciones postoperatorias son leves y se resuelven con manejo no operatorio”*.

(Lasprilla & Torres, 2021) en su tesis “Factores asociados a colecistectomía difícil en adultos del Hospital Militar Central entre enero de 2018 a diciembre 2019” para obtener su título de especialista en Cirugía General, la cual tuvo como objetivo determinar las características clínicas, de laboratorio y radiológicas; determinar la prevalencia y los factores de riesgo o protección de los pacientes sometidos a colecistectomía difícil. Realizaron un estudio de tipo observacional donde analizaron 656 colecistectomías de las cuales 292 (44,5%) fueron colecistectomía difícil, de los cuales 187 pacientes (64%) fueron de sexo masculino; edad promedio de 56 años; 56 pacientes (19,2%) padecían de diabetes mellitus, 110 pacientes (37,7%) padecían de sobrepeso/obesidad, 104 pacientes (35,6%) padecían de hipertensión arterial, 16 pacientes (5,5%) padecían de enfermedad renal crónica, 98 pacientes (33,6%) se habían realizado una cirugía abdominal previa, 31 pacientes (10,7%) padecían de coledocolitiasis, 44 pacientes (15,1%) se habían realizado una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, 21 pacientes (7,2%) padecían de pancreatitis previa y 2 pacientes (0,7%) padecían de cirrosis hepática; 96 pacientes (32,9%) evidenciaron signo de Murphy, 49 pacientes (16,8%) presentaron dolor en hipocondrio derecho/masa palpable; la duración de los síntomas fue <72 horas en el 51,9% de los pacientes; el promedio de leucocitosis hallado fue de 11840 u/mm, neutrofilia de 76,4%, el nivel de plaquetas promedio fue de 244500/mm, el valor promedio de creatinina fue de 0.8 g/dL, el valor promedio de BUN fue de 14 U/dL, el valor promedio de PCR fue de 4 u/dL; 21

pacientes (7,2%) presentaron un cálculo no móvil enclavado en el cuello vesicular. Concluyeron que: *“La colecistectomía difícil suele ser común en hombres >45 años con sobrepeso u obesidad, con cuadros clínicos con una duración >72 horas asociado a signos de inflamación sistémica como leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda. La presentación de colecistitis aguda Tokio II, cálculo enclavado en la bolsa de Hartmann y síndrome de Mirizzi son hallazgos clínicos e imagenológicos que se pueden determinar como factores asociados a colecistectomía difícil”*.

(Sierra, Zapata, Méndez, et al., 2020) en su artículo “Colecistectomía subtotal: una alternativa en el manejo de la colecistectomía difícil” el cual tuvo como objetivo describir las indicaciones y complicaciones de la colecistectomía subtotal entre enero y diciembre del 2015 en la clínica CES, centro de referencia de la patología biliar en Medellín, Colombia. Realizaron un estudio de tipo descriptivo, retrospectivos, de corte transversal donde revisaron historias clínicas de 710 pacientes de los cuales a 17 pacientes (2,39%) se les realizó una colecistectomía subtotal, de los cuales 10 pacientes (58,8%) fueron mujeres y 7 (41,1%) varones; la edad promedio fue de 51 años; 15 pacientes (88,2%) fueron intervenidos quirúrgicamente de emergencia y 2 pacientes (11,7%) como cirugía electiva; los pacientes intervenidos de emergencia presentaban síntomas en promedio desde hace 6.9 días y los sometidos a cirugía electiva de 4 meses; 5 pacientes (29,4%) eran ASA II, 3 pacientes (17,6%) ASA III; el principal hallazgo quirúrgico para la realización de la colecistectomía subtotal fue la inflamación alrededor del triángulo de Calot en 11 pacientes (64,7%) con un promedio de tiempo quirúrgico de 119.5 minutos, 14 pacientes (82,3%) usaron drenaje durante un tiempo promedio de 11.6 días; 2 pacientes (11,7%) requirieron de conversión a cirugía abierta debido a obesidad mórbida; el promedio de estancia hospitalaria fue de 5.2 días; 2 pacientes presentaron fístula biliar que requirió de algún tipo de

intervención. Concluyeron que: “*La colecistectomía difícil continúa siendo una de las indicaciones más frecuentes para conversión a cirugía abierta*”.

(Roesch-Dietlen et al., 2019) en su artículo “Safety of laparoscopic subtotal cholecystectomy in acute cholecystitis. Experience in Southeast Mexico” el cual tuvo como objetivo determinar la seguridad de la colecistectomía subtotal laparoscópica en pacientes con colecistitis aguda. Realizaron un estudio retrospectivo, observacional y comparativo en pacientes con patología litiasica vesicular sometidos a colecistectomía laparoscópica. De un total de 1101 pacientes con litiasis vesicular, 223 (20,25%) presentaron colecistitis aguda, de los cuales al 82,95% (grupo A) se le sometió a colecistectomía laparoscópica total y al 17,05% (grupo B) a colecistectomía laparoscópica subtotal. Se encontraron características antropométricas similares en ambos grupos: edad media de 48.8 ± 23.45 años en el grupo A y 49.2 ± 13.47 en el grupo B ($p=0.886$); las mujeres fueron el sexo predominante representando el 77,84% de pacientes del grupo A y 71,05% de pacientes del grupo B ($p=0.368$); el IMC fue de 28.94 ± 3.96 kg/m² en pacientes del grupo A y 29.48 ± 4.28 kg/m² en pacientes del grupo B ($p=0.29$); el principal factor de riesgo fue la obesidad presente en el 21,08% de los pacientes del grupo A y el 28,95% de los pacientes del grupo B ($p=0.185$), seguido de la hipertensión arterial presente en el 12,43% de los pacientes del grupo A y 18,42% de los pacientes del grupo B ($p=0.539$), diabetes mellitus en el 7,02% de los pacientes del grupo A y 15,79% de los pacientes del grupo B ($p=0.084$); el tiempo promedio de duración de la cirugía fue de 63.36 ± 12.14 minutos en pacientes del grupo A y 139.52 ± 32.91 minutos en pacientes del grupo B ($p=0.0001$); la tasa de conversión a cirugía abierta fue de 1,62% en pacientes del grupo A y 2,63% en pacientes del grupo B ($p=0.529$); la estancia hospitalaria promedio fue de 1.81 ± 3.80 días en pacientes del grupo A y 3.80 ± 12.86 días en pacientes del grupo B ($p=0.35$); 12 pacientes del grupo A (6,49%) y 7 pacientes (18,42%)

pacientes del grupo B presentaron complicaciones ($p=0.874$); se presentaron complicaciones como herida en el sitio del puerto operatorio en el 2,7% de pacientes del grupo A y 5,26% de pacientes del grupo B ($p=0.611$) y hernia del puerto operatorio umbilical en el 0,54% de pacientes del grupo A y 2,63% de pacientes del grupo B ($p=0.312$); hubo 1 caso de mortalidad (2.63%) en el grupo B por tromboembolismo pulmonar comparado con ningún caso en el grupo A ($p=0.17$). Concluyeron que: “*Se puede recurrir a la colecistectomía subtotal en casos de colecistitis aguda para prevenir la lesión accidental de la vía biliar*”.

(Elshaer et al., 2015) en su estudio “Subtotal Cholecystectomy for Difficult Gallbladders: Systematic Review and Meta-analysis” el cual tuvo como objetivo realizar una revisión sistemática y un metaanálisis para evaluar los estudios actuales y presentar una evaluación basada en la evidencia de los resultados de las técnicas disponibles para la colecistectomía subtotal. Realizaron una búsqueda bibliográfica en PubMed y Embase, encontrando 750 artículos de los cuales se incluyeron en el estudio solo 30. De un total de 1231 pacientes sometidos a colecistectomía subtotal, 898 pacientes (72,9%) fueron sometidos a técnica laparoscópica, 234 pacientes (19%) a técnica abierta y 99 pacientes (8%) requirieron de la conversión de técnica laparoscópica a abierta; la indicación para la realización de colecistectomía subtotal en 888 pacientes (72,1%) fue colecistitis severa, la inflamación y la fibrosis del triángulo de Calot, en 224 pacientes (18,2%) fue colelitiasis en pacientes con cirrosis hepática e hipertensión portal, en 75 pacientes (6,1%) fue gangrena, empiema o perforación de la vesícula biliar; en 37 pacientes (3%) fue el Síndrome de Mirizzi y en 7 pacientes (0,6%) fue vesícula biliar intrahepática o daño accidental de la vesícula biliar; como complicaciones se presentaron en 4 pacientes (0,3%) hemorragia, en 36 pacientes (2,9%) colección subhepática, en 221 pacientes (18%) fuga biliar; se presentó en 1 paciente (0,08%) lesión de los conductos biliares; en 32 pacientes (2,6%) se

hallaron infecciones del sitio operatorio (ISO) de las cuales 5 (15,6%) se desarrollaron después de la cirugía laparoscópica, 14 (43,8%) después de la cirugía abierta y 13 (40,6%) después de que la cirugía laparoscópica se convierta en abierta. Concluyeron que *“La colecistectomía subtotal es una herramienta importante para los cirujanos que enfrentan situaciones intraoperatorias complejas con alto riesgo de complicaciones postoperatorias. La colecistectomía subtotal no es un reemplazo de la colecistectomía total; sin embargo, cuando es necesario, logra tasas de morbilidad de la vesícula biliar difícil comparadas con las reportadas para colecistectomías totales, especialmente con respecto a lesiones de la vía biliar. La colecistectomía subtotal laparoscópica generalmente produce mejores resultados en comparación con la colecistectomía subtotal abierta”*.

2.1.2. Investigaciones nacionales

(Céspedes & Araujo, 2021) en su tesis “Características clínica y epidemiológicas de los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal laparoscópica en el Hospital Cayetano Heredia durante los años 2016 – 2020” para optar por el título profesional de médico cirujano; el cual tuvo como objetivo describir las características demográficas, tiempo de estancia hospitalaria, tasa de conversión de la colecistectomía laparoscópica global a cirugía abierta y complicaciones postquirúrgicas. Los autores realizaron un estudio descriptivo y retrospectivo. Del total de 1850 colecistectomías, 20 fueron subtotales (1,08%); 6 pacientes (30%) fueron mujeres y 14 pacientes (70%) varones; la edad media fue de 59.65 ± 14.2 (hombres 59.5 ± 11.36 ; mujeres 60 ± 26.87); 7 pacientes (35%) fueron eutróficos, 10 pacientes (50%) tenían sobrepeso y 3 pacientes (15%) tenían obesidad; 19 pacientes (95%) presentó dolor abdominal, 4 pacientes (20%) solo presentó fiebre; 13 pacientes (65%) ingresaron a través de consulta externa y 7 pacientes (35%) por emergencia; la colecistectomía subtotal reconstructiva fue la más realizada en 16 pacientes

(80%); se utilizó drenaje en el 100% de los pacientes: Dren Penn Rose en 3 pacientes (15%), Dren Blake en 6 pacientes (30%) y Dren Jackson Pratt en 11 pacientes (55%); en 3 pacientes (15%) se presentaron como colecistitis aguda. El tiempo de estancia hospitalaria fue de 6.25 ± 6.1 días; sin embargo, la mayoría de los pacientes (55%, n=11) tuvo una estancia hospitalaria menor o igual a 4 días; el tiempo operativo promedio fue de 154.1 minutos. De los 8 pacientes que presentaron complicaciones, fueron de I Grado: 2 pacientes (50%) presentaron fuga biliar, 1 paciente (25%) una colección ecográfica que drenó espontáneamente, y 1 paciente (25%) atelectasia que remitió con espirómetro de incentivo, de II Grado: 1 paciente (25%) infección del tracto urinario, 1 paciente (25%) fiebre durante el post operatorio manejada con antibioticoterapia, 1 paciente (25%) tromboembolismo pulmonar manejado con anticoagulación y 1 paciente (25%) neumonía manejada con antibioticoterapia; de III Grado: 1 paciente (100%) bilioma que precisó drenaje por radiología intervencionista. Concluyeron que: *“La colecistectomía subtotal reconstitutiva fue el procedimiento más realizado (80%). La mayoría de las cirugías fueron electivas (65%). El 15% de los pacientes fueron obesos. El 70% de los pacientes fueron varones. El tiempo de estancia hospitalaria promedio fue de 6.25 días. El uso de drenaje fue del 100%. La tasa de complicación fue de 40%, y de estas, el 25% fue la fuga biliar, presentándose solo en la técnica reconstitutiva. El tiempo operatorio promedio fue de 154.1 minutos. No hubo re-intervenciones ni mortalidad”*.

(Aliaga-Sánchez, 2020) en su estudio “Experiencia en Colecistectomía Laparoscópica Subtotal Fenestrada para Colecistectomía Difícil: No Lesionar la Vía Biliar” el cual tuvo como objetivo demostrar que la colecistectomía laparoscópica subtotal fenestrada en casos de colecistectomía difícil evita la lesión de la vía biliar. El autor realizó 974 colecistectomías laparoscópicas, de las cuales 37 (3,8%) correspondieron a colecistectomía subtotal fenestrada.

Encontró que los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica subtotal fenestrada tuvieron como diagnóstico empiema vesicular (9/24,3%), colecistitis subaguda (17/46%), vesícula biliar escleroatrófica (6/16,2%), vesícula gangrenada (2/5,4%), síndrome de Mirizzi (2/5,4%) y colecistitis aguda (2/2,7%), tiempo operatorio promedio de 88 minutos (45 – 153 min), promedio de estancia de 2 días (0 – 6 días), la duración del drenaje biliar externo fue de 14.29 días (3 – 29 días). Concluyó que: *“Se presentan 37 casos de colecistectomías subtotales fenestradas cuyo propósito principal fue evitar la lesión de la vía biliar y la misma puede ser practicada con seguridad, con buenos resultados y mínima morbilidad. La fístula biliar externa es predecible y de manejo controlado. El cirujano general puede considerar este abordaje en los casos de colecistectomía difícil”*.

(Gómez, 2020) en su tesis “Prevalencia y factores asociados a la elección de la colecistectomía laparoscópica subtotal en pacientes con enfermedad litiásica biliar en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de enero del 2015 a diciembre del 2019” para optar por el título profesional de médico cirujano; tuvo como objetivo de determinar la prevalencia, los factores asociados a colecistectomía laparoscópica subtotal, determinar los hallazgos quirúrgicos, las complicaciones y la tasa de conversión de la colecistectomía laparoscópica en pacientes con enfermedad litiásica biliar. El autor realizó un estudio de tipo no experimental, retrospectivo, analítico, de corte transversal. De 48 colecistectomías laparoscópicas subtotales, 44 cumplían los criterios de inclusión, con una prevalencia de 4,95%, 19 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica subtotal (43,18%) eran de sexo masculino en comparación con pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica convencional (19,11%), con una relación hombre a mujer de 1 a 1.3; la edad promedio de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica subtotal fue de 51.57 ± 14.38 , 10 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica subtotal

(22,73%) tuvieron una edad >65 años, en comparación con 18 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica convencional (8%); 18 pacientes (40,91%) sometidos a colecistectomía laparoscópica subtotal presentaron un $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$, valor muy cercano (32%) a la de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica convencional; 13 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica subtotal (29,55%) presentaron alguna comorbilidad (hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades respiratorias, pancreatitis aguda en remisión, entre otras) en comparación a 24 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica convencional (10,67%); 6 pacientes tuvieron escala ASA III/IV (13,64%) y 7 pacientes RQCV III/IV (15,91%) de los sometidos a colecistectomía laparoscópica subtotal en comparación con el 1,33% y 2,67% de los sometidos a colecistectomía laparoscópica convencional respectivamente; 16 pacientes sometidos a la colecistectomía laparoscópica subtotal (36,36%) presentaron el antecedente de cirugía abdominal previa (apendicetomía, cesárea, quistectomía, LE por peritonitis), frente a 60 pacientes de los pacientes sometidos a la colecistectomía laparoscópica convencional (26,67%); 33 pacientes de los sometidos a colecistectomía laparoscópica subtotal (75%) presentaron leucocitosis en comparación con 32 pacientes sometidos a la colecistectomía laparoscópica convencional (14,22%); el tiempo quirúrgico promedio fue de 130.2 ± 39.2 minutos, el tamaño vesicular promedio se encontró incrementado (88,64%), pared vesicular engrosada (86,36%), tamaño del cálculo >2cm (45,45%), cálculos únicos (38,64%), complicaciones intraoperatorias como hemorragia (15,91%) en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica subtotal en comparación con 78,22%; 50,22%; 8%; 14,22% y 1,33% de pacientes sometidos a la colecistectomía laparoscópica convencional respectivamente; los principales hallazgos postquirúrgicos de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica subtotal fueron: síndrome adherencial (54,55%), plastrón vesicular (45,45%),

gangrena vesicular/bilioperitoneo (20,45%), hidropiocolécisto (20,45%), hidropiocolécisto (18,18%), entre otros. Concluyó que: *“El sexo masculino se asocia 3.22 veces más a la elección de colecistectomía laparoscópica subtotal ($p=0.001$; $OR=3.22$), pacientes con edades >65 años se asocian significativamente a la elección de colecistectomía laparoscópica subtotal ($p=0.003$; $OR=3.38$), la obesidad no se asocia significativamente a la elección de colecistectomía laparoscópica subtotal ($p=0.252$; $OR=1.47$); la presencia de alguna comorbilidad se asocia significativamente a la elección de colecistectomía laparoscópica subtotal ($p=0.001$; $OR=3.51$); la escala ASA III/IV y RQCV III/IV se asocian significativamente con la elección de colecistectomía laparoscópica subtotal ($p=0.000$ y $p=0.001$; $OR=11.92$ y $OR=6.91$); el antecedente quirúrgico no se asocia significativamente con la elección de la colecistectomía laparoscópica subtotal ($p=0.191$; $OR=6.91$); la leucocitosis se asocia significativamente a la elección de la colecistectomía laparoscópica subtotal ($p=0.000$; $OR=18.09$); el tiempo quirúrgico >120 minutos ($p=0.001$; $OR=2.89$), el tamaño vesicular incrementado ($p=0.17$; $OR=2.17$), la presencia de cálculos >2 cm ($p=0.000$; $OR=9.58$), la presencia de cálculos únicos ($p=0.000$; $OR=3.8$) se asocian significativamente con la elección de colecistectomía laparoscópica subtotal “.*

(Melgarejo, 2020) en su tesis “Prevalencia de Colecistectomía Subtotal en pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima – Perú, durante el año 2019” para optar por el título profesional de médico cirujano; tuvo como objetivo determinar la prevalencia de colecistectomía subtotal en pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica. Realizó un estudio de tipo retrospectivo, transversal y descriptivo. De 949 colecistectomías laparoscópicas, 78 (8,2%) fueron colecistectomías subtotales, de las cuales 49 (62,8%) se realizaron en pacientes de sexo femenino

y 29 (37,2%) en pacientes de sexo masculino; el promedio de edad fue de 50.7 años; la principal causa de programación de colecistectomías subtotales fue 69 casos (88,5%) de colecistitis crónica calculosa, seguido de 6 casos (7,7%) de colecistitis aguda y 3 casos (3,8%) de coledocolitiasis asociado a colecistitis crónica calculosa; en 65 casos (83,3%) se encontró que el paciente contaba con múltiples cálculos y en 13 casos (16,7%) se encontró un cálculo único; en 68 casos (87,2%) se requirió de Dren PenRose y en 10 casos (12,8%) no; los principales hallazgos operatorios fueron 60 casos (76,9%) de piocolecisto, 40 casos (51,3%) de plastrón vesicular, 36 casos (46,1%) de síndrome adherencial, 17 casos (21,8%) de vesícula escleroatrófica, 11 casos (14,1%) de Síndrome de Mirizzi y 9 casos (11,5%) de coledocolitiasis. Concluyó que: *“La colecistectomía laparoscópica subtotal es un procedimiento indicado como alternativa en casos de colecistectomía laparoscópica complicada donde su uso reduce la presencia de complicaciones y mortalidad”*.

(Fabian, 2019) en su tesis “Agentes determinantes en la elección de colecistectomía subtotal laparoscópica en adultos con colecistitis aguda litiásica en el Hospital Sergio Bernal de Enero 2013 a Diciembre 2017” para optar por el título profesional de médico cirujano; tuvo como objetivo estimar la frecuencia de colecistectomías laparoscópicas totales y subtotales, determinar la edad, el sobrepeso y obesidad son agentes determinantes para la elección de colecistectomía subtotal laparoscópica, determinar el tiempo de resolución quirúrgica y correlacionar los exámenes auxiliares o ecografía con la decisión de elegir una colecistectomía subtotal laparoscópica. Realizó un estudio de tipo observacional, analítico y retrospectivo. Analizó 295 historias clínicas de las cuales el 37.6% correspondieron a colecistectomía subtotales; el rango de edad fue mayor a 40 años ($p=0.7$; $OR=0.9$); tiempo de resolución quirúrgica mayor a 4 días ($p=0.007$; $OR=4.01$); los pacientes con sobrepeso y obesidad fueron

los que más se sometieron a colecistectomía laparoscópica subtotal ($p=0.00$; $OR=5.39$); no existe asociación entre pacientes que presentaron leucocitos >10000 y elección de colecistectomía laparoscópica subtotal ($p=0.4$; $OR=0.815$); las alteraciones ecográficas: grosor de pared ($p=0.45$) y halo perivesicular ($p=0.59$; $OR=0.873$), no mostraron ninguna asociación entre pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica subtotal. Concluyó que: *“El sobrepeso, obesidad y tiempo de resolución quirúrgica son factores de riesgo para la elección de colecistectomía laparoscópica subtotal”*.

2.2.Bases teóricas

2.2.1. Colecistectomía difícil

Resección quirúrgica de la vesícula biliar cuando hay presencia de determinadas condiciones asociadas al órgano u órganos vecinos (como procesos inflamatorios, fibrosis pericolecística, adherencias) o al paciente que dificulta la disección fácil de la vesícula biliar incrementando el riesgo de complicaciones en el paciente (López & Baquero, 2023; Núñez et al., 2023).

Factores predisponentes.

- Asistencia hospitalaria tardía
- Retraso del inicio operatorio
- Fallas de insumos o equipos y escasez de recurso humano (Núñez et al., 2023)

Factores de riesgo.

- Sexo masculino
- Edad mayor a 65 años
- Obesidad
- Diabetes Mellitus

- Colecistitis aguda
- Cirugía abdominal previa (Núñez et al., 2023)

Clasificación.

Clasificación de Parkland.

Escala que permite determinar el grado de inflamación intraoperatorio de la vesícula biliar.

- Grado 1: Apariencia normal de la vesícula biliar (sin adherencias).
- Grado 2: Presencia de adherencias menores en el cuello o la parte inferior de la vesícula biliar.
- Grado 3: Presencia de adherencias mayores en el cuello o la parte inferior de la vesícula biliar.
- Grado 4: Presencia de adherencias que oscurecen gran parte de la vesícula, anatomía hepática anormal (grado I y III), vesícula intrahepática o lito impactado (Síndrome de Mirizzi).
- Grado 5: Presencia de perforación, necrosis, adherencias que impiden la visualización de la vesícula biliar (Núñez et al., 2023).

Clasificación de Nassar.

Estima el grado de dificultad de la colecistectomía laparoscópica y clasifica a los pacientes de acuerdo con la predisposición de desarrollar lesión de la vía biliar (a mayor grado, mayor riesgo).

- Grado I: Vesícula biliar laxa y sin adherencias; pedículo cístico claro y delgado; adherencias simples en cuello y bolsa de Hartmann.

- Grado II: Vesícula biliar cargada de litos y mucocele; pedículo cístico con apéndices de grasa; adherencias simples hasta el cuerpo.
- Grado III: Fosa de la vesícula biliar profunda, colecistitis aguda, vesícula biliar contraída, bolsa de Hartmann fibrosa con presencia de adherencias en el conducto biliar común o con lito impactado; pedículo cístico corto, dilatado, oscuro o normal; adherencias densas hasta el fondo vesicular envolviendo la flexura hepática o el duodeno.
- Grado IV: Vesícula biliar completamente oscura, empiema/gangrena vesicular o tumor vesicular; pedículo cístico imposible de identificar; adherencias densas y fibrosas que envuelven la vesícula biliar, duodeno o flexura hepática difícil de separar (Núñez et al., 2023).

2.2.2. Colecistectomía subtotal

Definición

La colecistectomía subtotal o parcial es una técnica quirúrgica usada en casos de colecistectomía difícil que permite la extracción parcial de la vesícula biliar dejando una porción de la misma para evitar la disección del triángulo hepatocístico (López & Baquero, 2023).

Clasificación

Existen diversas formas de clasificar la colecistectomía subtotal según el método usado durante la cirugía. Según Strasberg, la colecistectomía subtotal puede ser:

- Tipo A: Tipo reconstructiva
- Tipo B: Tipo fenestrada
- Tipo C: Tipo fenestrada con sutura o cierre interno del conducto cístico

Henneman clasifica a la colecistectomía subtotal según las variaciones de la técnica quirúrgica en:

- Tipo 1: Escisión circular de una porción considerable de la vesícula biliar a nivel del infundíbulo o cuello.
 - 1A: Primero con fondo del cuerpo hacia abajo, segundo con sección circular de la porción proximal de la vesícula biliar.
 - 1B: Primera sección transversal de la porción proximal de la vesícula biliar, segundo con el fondo del cuerpo hacia arriba.
 - 1C: Primero la pared visceral, luego la pared hepática.
- Tipo 2: Escisión de la pared visceral.
 - 2A: Extracción de la pared visceral de la vesícula biliar.
 - 2B: Transección del conducto cístico, escisión de la pared visceral de la vesícula biliar y, en algunos casos, extracción parcial de la pared hepática.
- Tipo 3: Fundectomía del 2% o menos si hay una masa inflamatoria sólida alrededor del cuerpo y cuello de la vesícula biliar en paciente de alto riesgo.
- Tipo 4: Resección en cuña o minimalista de la pared de la vesícula biliar.

Lunevicius et al. en el 2023 clasifica a la colecistectomía subtotal según la extensión de la resección en:

- Método A: Escisión de la pared peritoneal de la vesícula biliar sin cerrar el muñón restante, deja el drenaje abierto.
- Método B: Escisión de la pared peritoneal de la vesícula biliar con cierre del muñón restante

- Método C: Resección distal de ambas paredes de la vesícula biliar desde la línea de transección hasta el cuello o la bolsa de Hartmann con cierre de la porción proximal de la vesícula biliar sin dejar drenaje.
- Método D: Resección de la porción distal de la vesícula biliar dejando la porción proximal abierta con colocación de drenaje.

Purzner et al. clasifica la colecistectomía subtotal según el tipo de disección del lecho hepático y abertura o cierre del remanente de la vesícula biliar en:

- Tipo 1A: Disección completa de la pared posterior de la vesícula biliar del lecho hepático y cierre de la bolsa de Hartmann.
- Tipo 1B: Se deja la pared posterior de la vesícula biliar y se cierra de la bolsa de Hartmann.
- Tipo 2A: Extracción de la pared posterior de la vesícula biliar y se deja abierta la bolsa de Hartmann.
- Tipo 2B: Se deja la pared posterior de la vesícula biliar y se deja abierta la bolsa de Hartmann.
- Tipo 3: Presencia de múltiples y extensas adherencias e inflamación que imposibilita la exposición de la pared anterior. Se fenestra el fondo de la vesícula biliar para vaciar el contenido y se deja abierto el remanente (colecistectomía de control de daños) (López & Baquero, 2023).

Predictores

Existen factores preoperatorios que predicen si una colecistectomía será difícil como alteraciones imagenológicas (edema de pared, líquido o absceso pericolecístico, gas en pared) y

laboratoriales (leucocitosis, alteración del perfil hepático y proteína C reactiva) (López & Baquero, 2023).

Nassar et al. (2020) estableció un sistema de puntuación con variables objetivas e independientes para predecir la dificultad de la colecistectomía en bajo riesgo: 0 – 1 punto, riesgo intermedio: 2 – 6 puntos y alto riesgo: 7 – 19 puntos.

Tabla 1.

Escala de predicción de colecistectomía difícil de Nassar.

Edad	Puntos
<40 años	0
>40 años	1
Género	Puntos
Femenino	0
Masculino	1
Clasificación ASA	Puntos
I	0
II	1
III	2
IV-V	7
Diagnóstico primario	Puntos
Pancreatitis	0
Cólico biliar	0
Piedra del conducto hepático común	1
Colecistitis	4
Vesícula biliar de paredes gruesas (≥ 3 mm)	Puntos
No	0
Si	2
Dilatación del conducto hepático común (>6 mm)	Puntos
No	0
Si	2
CPRE preoperatoria	Puntos
No	0
Si	1
Tipo de admisión	Puntos
Electivo	0
Demorado	1
Emergencia	2

Tongyoo et al. (2023) modificó el esquema de dificultad de la colecistectomía laparoscópica propuesto por Randhawa clasificando a la colecistectomía en fácil: 0 a 5 puntos, difícil: 6 a 10 puntos y muy difícil: 11 a 15 puntos.

Tabla 2.

Sistema de puntuación de dificultad de la colecistectomía laparoscópica de Randhawa modificado.

Parámetro	Puntaje
Historia	
Edad >50 años	1
Sexo masculino	1
Historia de inflamación biliar previa (colecistitis, colangitis) y procedimiento (CPRE)	4
Parámetros clínicos	
IMC 25 – 27.5 kg/m ²	1
IMC >27.5 kg/m ²	2
Cicatriz abdominal infraumbilical	1
Cicatriz abdominal supraumbilical	2
Vesícula biliar clínicamente palpable o radiológicamente contraída	1
Ecografía	
Espesor de pared ≥4 mm	2
Colección pericolecística	1
Cálculo impactado	1

Según el tiempo quirúrgico, la colecistectomía puede ser:

- Fácil: Tiempo quirúrgico <60 minutos, sin extravasación de bilis ni lesión del conducto cístico ni la arteria cística.
- Difícil: Tiempo quirúrgico 60 a 120 minutos, con extravasación de bilis/cálculos y lesión del conducto cístico ni la arteria cística.

- Muy difícil: Tiempo quirúrgico <120 minutos o con necesidad de conversión (López & Baquero, 2023).

Indicaciones

La colecistectomía subtotal solo se considera cuando la colecistectomía convencional puede ser difícil o riesgosa para el paciente. En dichas circunstancias, se indica la colecistectomía subtotal fenestrada en patologías biliares litiásicas agudas o crónicas, cirrosis o anomalías anatómicas de las vías biliares que dificulten la visualización del triángulo de Calot ya que previene el riesgo de sangrado y la secreción de moco. Por el contrario, la colecistectomía subtotal reconstructiva está indicada en situaciones donde no se logre identificar con seguridad el triángulo de Calot (vesícula difícil) y no puede realizarse en pacientes cirróticos con riesgo de sangrado hepático debido al riesgo de formación de nuevos cálculos en el remanente o muñón vesicular (López & Baquero, 2023).

Técnica quirúrgica

Colecistectomía subtotal fenestrada

Se realiza una incisión transversal en el cuerpo de la vesícula biliar, el drenaje del contenido y disección retrógrada cauterizando la pared posterior de la vesícula biliar dejándola adherida al hígado. El orificio interno del conducto cístico se cierra a través de una sutura solo cuando es visible; sin embargo, ya que en la mayoría de casos la inflamación no permite la sutura, se deja un drenaje para evitar la fuga de bilis (López & Baquero, 2023).

Colecistectomía subtotal reconstructiva

Se extirpa el 75% o más de la vesícula biliar y con el restante se formará un muñón que será suturado. Esta técnica es usada solo en casos donde hay una gran distorsión anatómica. Existe un alto riesgo de formación de nuevos cálculos biliares y posibilidad de reintervención (López & Baquero, 2023).

2.2.3. Complicaciones postoperatorias

Las complicaciones que se presentan tras una colecistectomía son:

- Traumatismo quirúrgico de la vía biliar principal (es el accidente postoperatorio más grave).
- Hemorragia.
- Lesión digestiva.
- Abertura accidental de la vía biliar y diseminación litiásica intraperitoneal (Gigot, 2005).

2.3. Bases filosóficas

La medicina y la cirugía comparten la misma finalidad de curar, disminuir o prevenir enfermedades en individuos y sociedades humanas. Por su lado, la cirugía alcanza estos objetivos a través de la manipulación directa de tejidos con instrumentos o dispositivos quirúrgicos después de haber adquirido conocimiento y haber obtenido, a través de la experiencia, habilidades quirúrgicas.

De acuerdo con el cirujano y fisiólogo Xavier Bichat el arte de operar, lo da la costumbre y práctica regular, y la destreza solo añade cierta perfección, acto que todo el mundo puede lograr; sin embargo, el conocer cuándo operar oportunamente y que casos lo requieren hace de este arte un hecho difícil que requiere, además, de conocimiento científico.

Sin embargo, la cirugía no solo está asociada al aprendizaje de habilidades y conocimiento tácito, sino también problemas sociales como la dificultad para asegurar la calidad de vida después de una cirugía, falta de acceso a procedimientos quirúrgico por costos elevado y la pertinencia al realizar una cirugía.

Es con respecto a este último punto que el uso de ensayos controlados aleatorizados quirúrgicos fueron planteados inicialmente como un criterio que permitía conocer qué tratamientos quirúrgicos funcionan; sin embargo, nunca fueron obligatorios para la aprobación de nuevos procedimientos y estos se introdujeron en la práctica diaria sin una evaluación exhaustiva sobre su seguridad y eficacia (Calderon, 2023).

Es por ello, que, la presente investigación rigiéndose por la aplicación del método científico pretende determinar las características clínicas, epidemiológicas y los factores que se asocian a la elección de colecistectomía subtotal como técnica quirúrgica para la resolución de patologías de la vesículas y vía biliar.

2.4. Definición de términos básicos

2.1.1. Síntomas

Manifestación subjetiva de una enfermedad donde las molestias son solo percibidas por la persona que la padece (Clínica Universidad de Navarra, 2023b).

2.1.2. Signos

Manifestación objetiva de una enfermedad donde las molestias son evidentes para el observador durante el examen físico (Clínica Universidad de Navarra, 2023a).

2.1.3. Edad

“Es el tiempo que ha vivido una persona” (Asociación de Academia de la Lengua Española & Real Academia Española, 2014a).

2.1.4. Sexo

Condición orgánica que clasifica a personas, animales y plantas en masculina o femenina (Asociación de Academia de la Lengua Española & Real Academia Española, 2014c).

2.1.5. Procedencia

Es el origen o punto de partida de alguna cosa o persona (Asociación de Academia de la Lengua Española & Real Academia Española, 2014b).

2.1.6. Nivel de instrucción

Es el grado más alto de estudios realizado por una persona sin importar si se han culminado o no (Instituto Vasco de Estadística, s. f.).

2.1.7. Obesidad

Acumulación excesiva de grasa que se refleja con un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30 en la población adulta (Organización Mundial de la Salud, 2024).

2.1.8. Hipertensión arterial

Elevación de la presión en las arterias que al ser medida refleja una presión sistólica de 130 mmHg o más, o una presión diastólica de 80 mmHg o más que permanece alta con el tiempo (American Heart Association, s. f.).

2.1.9. Diabetes mellitus

Nivel de glucosa en sangre superior o igual a 200 mg/dl (American Diabetes Association, s. f.).

2.1.10. Cirugía abdominal

Intervención quirúrgica de vísceras abdominales (Clínica Universidad de Navarra, s. f.-a).

2.1.11. Leucocitosis

Aumento del número de leucocitos en sangre periférica >9000/ul (Clínica Universidad de Navarra, s. f.-b).

2.1.12. Escala ASA

Escala que permite evaluar las comorbilidades presentes en una persona antes de la administración de la anestesia prediciendo junto con otros factores los riesgos perioperatorios. La escala ASA clasifica a los pacientes en seis:

- ASA I: Paciente sano, normal.
- ASA II: Paciente con enfermedad sistémica leve.
- ASA III: Paciente con enfermedad sistémica severa.
- ASA IV: Paciente con enfermedad sistémica severa que amenaza constantemente la vida.
- ASA V: Paciente agonizante, con poca probabilidad de supervivencia sin la intervención quirúrgica.
- ASA VI: Paciente con muerte cerebral (American Society of Anesthesiologists, 2020).

2.1.13. Colecistectomía

La colecistectomía es la intervención quirúrgica que permite extirpar la vesícula biliar. La técnica quirúrgica empleada puede ser laparoscópica, a través de la inserción de puertos por

pequeñas incisiones, o abierta, donde se realiza una incisión en el cuadrante superior derecho (American College of Surgeons, 2008).

2.1.14. Colectomía subtotal fenestrada

Procedimiento quirúrgico que permite la extirpación parcial de la vesícula biliar conservando una pequeña porción de la misma conocida como fenestración (López & Baquero, 2023).

2.1.15. Colectomía subtotal reconstructiva

Procedimiento quirúrgico que permite la extirpación de una porción significativa de la vesícula biliar conservando una pequeña parte con la que se formará un muñón restante (López & Baquero, 2023).

2.2. Hipótesis de la investigación

2.2.1. Hipótesis general

Hi: Existen características clínico-epidemiológicas y factores asociados a colectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023.

H0: No existen características clínico-epidemiológicas y factores asociados a colectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023.

1.5.2. Hipótesis específicas

Hi 1: Existen características clínicas asociadas a colectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023.

H0 1: No existen características clínicas asociadas a colectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023.

Hi 2: Existen características epidemiológicas asociadas a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023.

H0 2: No existen características epidemiológicas asociadas a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023.

Hi 3: Existen factores asociados a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023.

H0 3: No existen factores asociados a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023.

Hi 4: La colecistectomía subtotal reconstructiva fue más frecuentemente realizada en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023.

H0 4: La colecistectomía subtotal fenestrada fue más frecuentemente realizada en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023.

2.3.Operacionalización de variables

	Dimensión	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicadores	Instrumento
Características clínicas	Síntomas	Manifestación subjetiva de una enfermedad.	Molestias percibidas por el paciente.	Cualitativa	Nominal / Politómica	1) Dolor abdominal 2) Nauseas/Vómitos 3) Diarrea	Ficha de recolección de datos
	Signos	Manifestación objetiva de una enfermedad.	Molestias que son evidenciables o reproducibles por un observador durante el examen físico.	Cualitativa	Nominal / Politómica	1) Signo de Murphy 2) Ictericia 3) Fiebre	
Características epidemiológicas	Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Número de años que ha vivido una persona.	Cuantitativa	Razón / Discreta	1) Joven (18 a 29 años) 2) Adulto (30 a 59 años) 3) Adulto mayor (60 a más años)	Ficha de recolección de datos
	Sexo	Condición orgánica que clasifica a personas, animales y plantas en masculina o femenina.	Clasificación de las personas de acuerdo con el órgano sexual.	Cualitativa	Nominal / Dicotómica	1) Femenino 2) Masculino	
	Procedencia	Es el origen o punto de partida de alguna cosa o persona.	Lugar donde viene una persona.	Cualitativa	Nominal / Dicotómica	1) Urbano 2) Rural	
	Nivel de instrucción	Es el grado más alto de estudios realizado por una persona sin importar si se han culminado o no.	Estratificación según el año de estudio de una persona.	Cualitativa	Nominal / Politómica	1) Primaria o menos 2) Secundaria o menos 3) Técnico 4) Superior 5) Ninguno	
Factores asociados	Obesidad	Acumulación excesiva de grasa que se refleja con un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30 en la población adulta.	Índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 .	Cualitativa	Nominal / Dicotómica	1) Si 2) No	Ficha de recolección de datos
	Hipertensión arterial	Presión sistólica de 130 mmHg o más, o una presión diastólica de 80 mmHg o más.	Diagnóstico de hipertensión arterial antes de la intervención quirúrgica.	Cualitativa	Nominal / Dicotómica	1) Si 2) No	

	Diabetes mellitus	Nivel de glucosa en sangre superior o igual a 200 mg/dl.	Diagnóstico de diabetes mellitus antes de la intervención quirúrgica.	Cualitativa	Nominal / Dicotómica	1) Si 2) No	
	Antecedente de cirugía abdominal	Intervenciones quirúrgicas de vísceras abdominales previas.	Historia de cirugía de la cavidad abdominal.	Cualitativo	Nominal / Dicotómico	1) Si 2) No	
	Leucocitosis	Aumento del número de leucocitos en sangre periférica >9000/ul.	Recuento de leucocitos >9000/ul en el hemograma.	Cualitativo	Nominal / Dicotómico	1) Si 2) No	
	Escala ASA	Escala que permite evaluar las comorbilidades presentes en una persona antes de la administración de la anestesia prediciendo junto con otros factores los riesgos perioperatorios.	Estratificación que permite agrupar a las personas de acuerdo con la presencia de enfermedades que ponen en riesgo la vida durante el acto operatorio.	Cualitativa	Nominal / Politómica	1) ASA I 2) ASA II 3) ASA III 4) ASA IV 5) ASA V 6) ASA VI	
Tipo de colecistectomía	Colecistectomía total	Intervención quirúrgica que permite extirpar la vesícula biliar.	Extirpación completa de la vesícula biliar.	Cualitativa	Nominal / Dicotómica	1) Si 2) No	Ficha de recolección de datos
	Colecistectomía subtotal	Técnica quirúrgica que permite la resección parcial de la vesícula biliar.	Extirpación incompleta de la vesícula biliar.	Cualitativa	Nominal / Dicotómica	3) Reconstructiva 4) Fenestrada	

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Diseño metodológico

3.1.1. Tipo de investigación

3.1.1.1. Según la intervención del investigador.

Observacional, debido a que el objetivo es la observación y registro de las características clínicas, epidemiológicas y factores asociados con la elección de la colecistectomía subtotal (Manterola et al., 2019).

3.1.1.2. Según la toma de datos.

Retrospectivo, porque los datos clínicos, epidemiológicos y factores asociados con la elección de colecistectomía subtotal fueron tomados de registros por otros fines, como parte de la atención de los pacientes en un establecimiento de salud (Martínez & Hernández, 1970).

3.1.1.3. Según el número de ocasiones en que se mide la variable en el estudio.

Transversal, porque los datos son tomados en un único momento en el tiempo para cada sujeto de estudio (V. Hernández, 2017).

3.1.2. Nivel de la investigación

Estudio analítico, debido a que corresponde a un estudio de determinación de riesgo mediante la comparación de variables de dos grupos independientes (Soto & Cvetkovich, 2020).

3.1.3. Diseño

Estudio de casos y controles, porque se determina la asociación de determinados factores con la elección de colecistectomía subtotal (casos), teniendo, además, un grupo de contraste que fue sometido a colecistectomía convencional total (control) (Soto & Cvetkovich, 2020).

3.1.4. Enfoque

Cuantitativo, debido a que sigue un orden riguroso y usa la recolección de datos para brindar datos mediante medición numérica y análisis estadístico (R. Hernández et al., 2010).

3.2.Población y muestra

3.2.1. Población

El universo poblacional corresponde a los pacientes a quienes se les realizó una colecistectomía en el Hospital Regional de Huacho entre los años 2021 a 2023.

3.2.1.1.Criterios de inclusión.

- Pacientes que fueron sometidos a colecistectomía por colecistitis aguda, colecistitis subaguda, colecistitis crónica calculosa, colecistitis crónica calculosa reagudizada, síndrome de Mirizzi, pólipos vesiculares, y otras patologías de la vía biliar.
- Pacientes sometidos a cirugías abiertas y laparoscópicas.
- Pacientes hospitalizados en el servicio de Cirugía del Hospital Regional de Huacho.
- Pacientes >18 años.
- Pacientes con historias clínicas completas y disponibles.

Definición de casos

- Pacientes que fueron sometidos a colecistectomía y que durante el acto quirúrgico se optó por el tipo subtotal.

Definición de controles

- Pacientes que fueron sometidos a colecistectomía cuya vesícula fue extraída en su totalidad con éxito.

3.2.1.2. Criterios de exclusión.

- Pacientes con historias clínicas incompletas, no disponibles, que no contenga los datos de las variables de estudio o que no sean legibles.
- Pacientes en quienes se realizó una cirugía complementaria en la vesícula biliar o vías biliares.

3.2.2. Muestra

Se determinó el tamaño muestral para estudios de casos y controles a través del Software EpiDat 4.2, considerando una proporción de casos expuestos del 22,73% y una proporción de controles expuestos de 8% según Gómez (2020), un nivel de confianza del 95%, potencia mínima del 80% y con una proporción de casos y controles de 1:4; obteniéndose así un total de 52 casos y 208 controles.

[1] Tamaños de muestra. Estudios de casos y controles. Grupos independientes:

Datos:

Proporción de casos expuestos:	22,730%
Proporción de controles expuestos:	8,000%
Odds ratio a detectar:	3,383
Número de controles por caso:	4
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Casos	Controles	Total
80,0	52	208	260
82,0	55	220	275
84,0	59	236	295
86,0	63	252	315
88,0	67	268	335
90,0	72	288	360
92,0	79	316	395
94,0	87	348	435
96,0	98	392	490
98,0	117	468	585

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 sin corrección por continuidad.

3.3. Técnicas de recolección de datos

3.3.1. Técnicas a emplear

Se realizará la técnica del análisis documentario de la información consignada en las historias clínicas de los pacientes en el Área de Archivo de la Oficina de Estadística e Informática del Hospital Regional de Huacho.

3.3.2. Descripción de los instrumentos

El instrumento a utilizar será una ficha de recolección de datos (Anexo 01) que cuenta con secciones que recopilan información sobre las características clínicas, epidemiológicas y factores asociados a la elección de colecistectomía subtotal con espacios para marcar o rellenar los respectivos indicadores.

3.4.Técnicas para el procesamiento de la información

Se procesarán los datos de las historias clínicas digitándolos para su correspondiente recolección y organización en el programa Microsoft Excel Versión 2021 y posteriormente se procesarán y analizarán en Stata versión 16 para Windows.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. Análisis de resultados

Las características clínicas asociadas a colecistectomía subtotal fueron divididas en síntomas y signos, obteniéndose como resultado:

Tabla 3.

Características clínicas de los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.

Características clínicas	Frecuencia	%
<i>Síntomas</i>		
Dolor en HCD	12	23,08%
Dolor en HCD + náuseas/vómitos	36	69,23%
Dolor en HCD + náuseas/vómitos + diarrea	1	1,92%
Dolor en HCD + náuseas/vómitos + flatos	1	1,92%
Dolor en HCD + náuseas/vómitos + hiporexia	2	3,85%
<i>Signos</i>		
Ictericia	1	1,92%
Murphy positivo	28	53,85%
Murphy positivo + fiebre	3	5,77%
Ninguno	20	38,46%

HDC: Hipocondrio derecho

Fuente: Elaborado por el asesor estadístico.

Con relación a los síntomas, la presencia de dolor en hipocondrio derecho asociado a náuseas y vómitos fue más frecuente presentándose en el 69,23% de los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal; seguido de dolor en hipocondrio derecho como único síntoma en el 23,08%; dolor en hipocondrio derecho asociado a náuseas, vómitos e hiporexia en el 3,85% y dolor en hipocondrio derecho asociado a náuseas, vómitos y diarrea; así como, dolor en hipocondrio derecho asociado a náuseas, vómitos y flatos en el 1,92%.

Con relación a los signos, la presencia de signo de Murphy positivo fue más frecuente presentándose en el 53,85% de los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal; seguido de signo de Murphy positivo asociado a fiebre en el 5,77% e ictericia en el 1,92%. El 38,46% de los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal no presentaron ningún signo durante su evaluación previa a la intervención quirúrgica.

De las características epidemiológicas asociadas a colecistectomía subtotal se obtuvo:

Tabla 4.

Características epidemiológicas de los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.

Características epidemiológicas	Frecuencia	%
Grupo etario		
Joven	2	3,85%
Adulto	36	69,23%
Adulto mayor	14	26,92%
Sexo		
Masculino	30	57,69%
Femenino	22	42,31%
Procedencia		
Rural	21	15,38%
Urbano	31	59,62%
Nivel de instrucción		
Primaria o menos	8	15,38%
Secundaria o menos	42	80,77%
Técnico	0	0,00%
Superior	2	3,85%

Fuente: Elaborado por el asesor estadístico.

Dentro del grupo etario, la población adulta (30 – 59 años) fue más frecuente entre los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal con un porcentaje de 69,23%; seguido de la población adulta mayor (60 años a más) con un 26,92% y finalmente la población joven con un

3,85%. La edad media de los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal fue de $40,74 \pm 15,04$ años.

Con relación al sexo, el sexo masculino fue más frecuente entre los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal con un porcentaje de 57,69% en contraste con el 42,31% correspondiente al sexo femenino.

Con relación a la procedencia, la población proveniente de zonas urbanas fue más frecuente entre los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal con un porcentaje de 59,62% en contraste con el 15,38% correspondiente a la población provenientes de zonas rurales.

Con relación al nivel de instrucción, la población con nivel secundario completo o incompleto fue más frecuente con un porcentaje de 80,77% entre los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal; seguido de la población con nivel primario completo o incompleto con el 15,38% y la población con nivel superior con el 3,85%.

De los 260 pacientes sometidos a colecistectomía en el Hospital Regional de Huacho, con relación a los factores asociados a colecistectomía subtotal se encontró que:

Tabla 5.

Edad como factor de riesgo para colecistectomía subtotal en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.

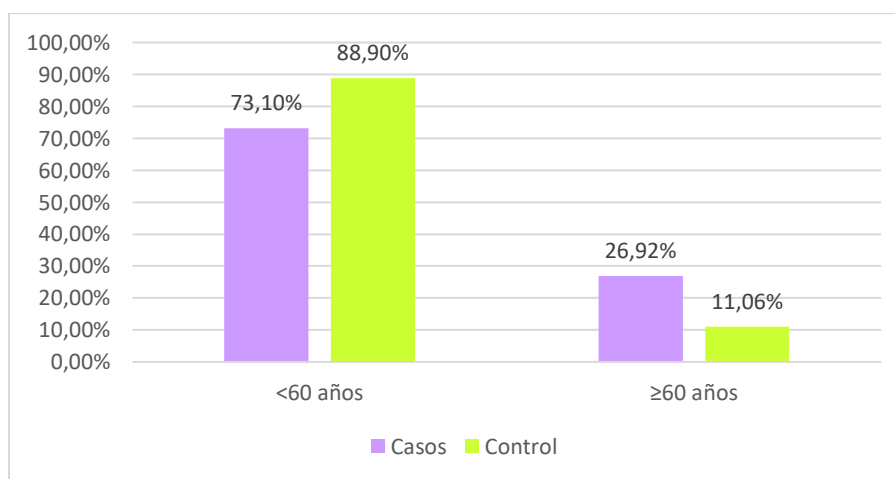
Edad	Colecistectomía			χ^2	p	OR	IC 95 %		
	Casos (n=52)	Control (n=208)	TOTAL				Inf.	Sup.	
<60 años	n	38	185	223	8.579	0.003	0.337	0.159	0.715
	%	73.1%	88.9%	85.8%					
≥60 años	n	14	23	37					
	%	26.92%	11.06%	14.23%					

OR: Odds Ratio; **IC 95 %:** Intervalo de confianza al 95 %. **χ^2 :** estadístico xi al cuadrado; **p:** valor p.

Fuente: Elaborado por asesor estadístico.

Ilustración 1.

Gráfico de barras de la edad en pacientes sometidos a colecistectomía subtotal (casos) y total (control), Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.



Con relación a la edad, la población ≥60 años sometida a colecistectomía subtotal representa el 26,92%; en contraste con la población adulta sometida a colecistectomía total, la

cual representa el 11,06%. Al aplicar el test de Chi Cuadrado para demostrar la relación, este nos arroja un valor de 8,579 con un $p=0,000$ ($<0,05$), valor estadísticamente significativo, por tal motivo, existe relación entre el grupo etario y la colecistectomía subtotal. El $OR=0,337$; IC 95% (0,159 – 0,715) señala que la población ≥ 60 años no tiene más probabilidades de ser sometida a colecistectomía subtotal en contraste con la población <60 años, debido a que este valor no es mayor a 1.

Tabla 6.

Sexo como factor de riesgo para colecistectomía subtotal en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.

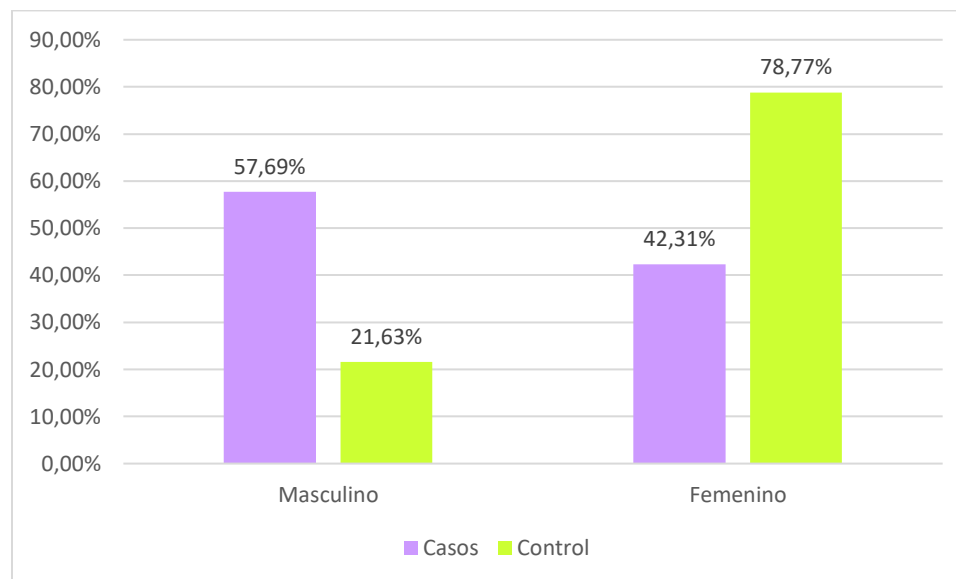
Sexo	Colecistectomía		TOTAL	χ^2	p	OR	IC 95 %		
	Casos (n=52)	Control (n=208)					Inf.	Sup.	
Masculino	n	30	45	75	26.351	0.000	4.939	2.600	9.382
	%	57.69%	21.63%	28.85%					
Femenino	n	22	163	185					
	%	42.31%	78.37%	71.15%					

OR: Odds Ratio; **IC 95 %:** Intervalo de confianza al 95 %. **χ^2 :** estadístico xi al cuadrado; **p:** valor p.

Fuente: Elaborado por asesor estadístico.

Ilustración 2.

Gráfica de barras del sexo en pacientes sometidos a colecistectomía subtotal (casos) y total (control), Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.



Con relación al sexo, la población de sexo masculino sometida a colecistectomía subtotal representa el 57,69%; en contraste con la población de sexo masculino sometida a colecistectomía total, la cual representa el 21,63%. Al aplicar el test de Chi Cuadrado para demostrar la relación, este nos arroja un valor de 26,351 con un $p=0,000$ ($<0,05$), valor estadísticamente significativo, por tal motivo, existe relación entre el sexo masculino y la colecistectomía subtotal. El $OR=4,939$; IC 95% (2,600 – 9,382) señala que la población de sexo masculino tiene 4,939 veces más probabilidades de ser sometido a colecistectomía subtotal en contraste con la población de sexo femenino.

Tabla 7.

Obesidad como factor de riesgo para colecistectomía subtotal en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.

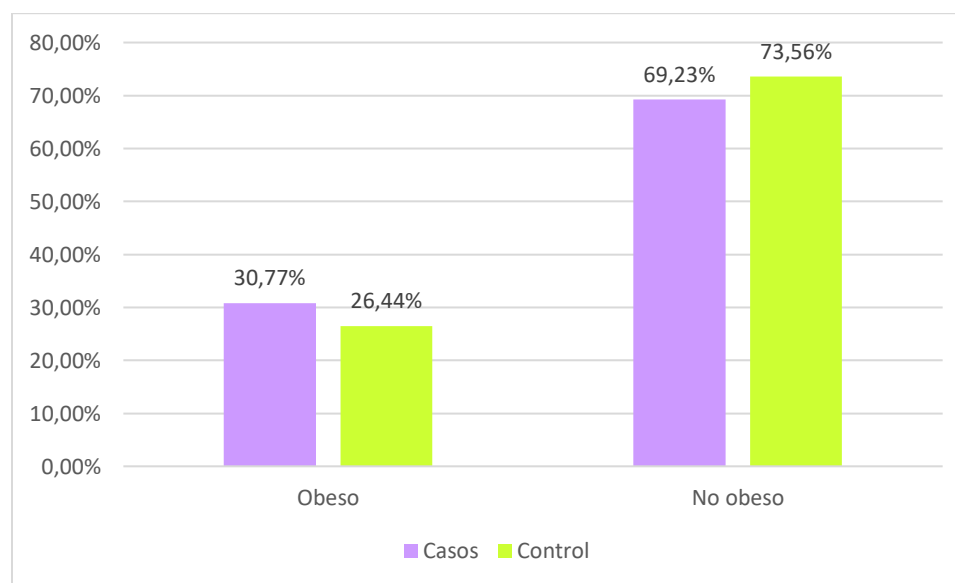
Obesidad	Colecistectomía			TOTAL	χ^2	p	OR	IC 95 %	
	Casos (n=52)	Control (n=208)						Inf.	Sup.
Si	n	16	55	71	0.392	0.531	1.236	0.636	2.403
	%	30.77%	26.44%	27.31%					
No	n	36	153	189					
	%	69.23%	73.56%	72.69%					

OR: Odds Ratio; **IC 95 %:** Intervalo de confianza al 95 %. **χ^2 :** estadístico xi al cuadrado; **p:** valor p.

Fuente: Elaborado por asesor estadístico.

Ilustración 3.

Gráfica de barras de pacientes obesos y no obesos sometidos a colecistectomía subtotal (casos) y total (control), Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.



Con relación a la obesidad, la población obesa sometida a colecistectomía subtotal representa el 30,77%; en contraste con la población obesa sometida a colecistectomía total, la cual representa el 26,44%. Al aplicar el test de Chi Cuadrado para demostrar la relación, este nos arroja un valor de 0,392 con un $p=0,531$ ($>0,05$), valor estadísticamente no significativo, por tal motivo, no existe relación entre la obesidad y la colecistectomía subtotal. El $OR=1,236$; IC 95% (0,636– 2,403) señala que la población obesa no tiene más probabilidades de ser sometida a colecistectomía subtotal en contraste con la población no obesa, debido a que este valor no es mayor a 1.

Tabla 8.

Diabetes mellitus como factor de riesgo para colecistectomía subtotal en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.

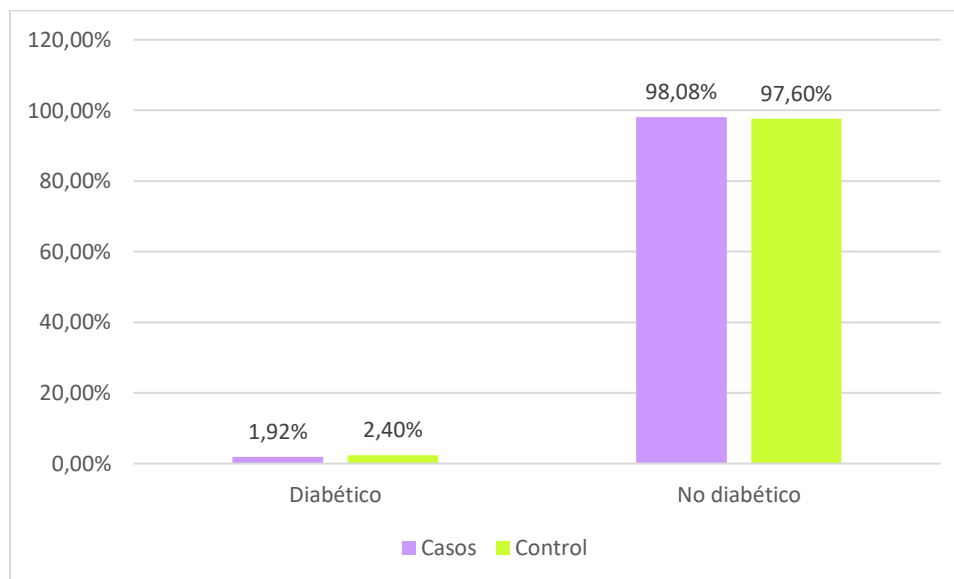
Diabetes mellitus		Colecistectomía		TOTAL	χ^2	p	OR	IC 95 %	
		Casos (n=52)	Control (n=208)					Inf.	Sup.
Si	n	1	5	6	0.043	0.836	0.796	0.091	6.964
	%	1.92%	2.40%	2.31%					
No	n	51	203	254					
	%	98.08%	97.60%	97.69%					

OR: Odds Ratio; **IC 95 %:** Intervalo de confianza al 95 %. **χ^2 :** estadístico xi al cuadrado; **p:** valor p.

Fuente: Elaborado por asesor estadístico.

Ilustración 4.

Gráfica de barras de pacientes diabéticos y no diabéticos sometidos a colecistectomía subtotal (casos) y total (control), Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.



Con relación a la diabetes mellitus (DM), la población con DM sometida a colecistectomía subtotal representa el 1,92%; en contraste con la población con DM sometida a colecistectomía total, la cual representa el 2,40%. Al aplicar el test de Chi Cuadrado para demostrar la relación, este nos arroja un valor de 0,043 con un $p=0,836$ ($>0,05$), valor estadísticamente no significativo, por tal motivo, no existe relación entre la DM y la colecistectomía subtotal. El $OR=0,796$; IC 95% (0,091– 6,964) señala que la población con DM no tiene más probabilidades de ser sometida a colecistectomía subtotal en contraste con la población sin DM, debido a que este valor no es mayor a 1.

Tabla 9.

Hipertensión arterial como factor de riesgo para colecistectomía subtotal en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.

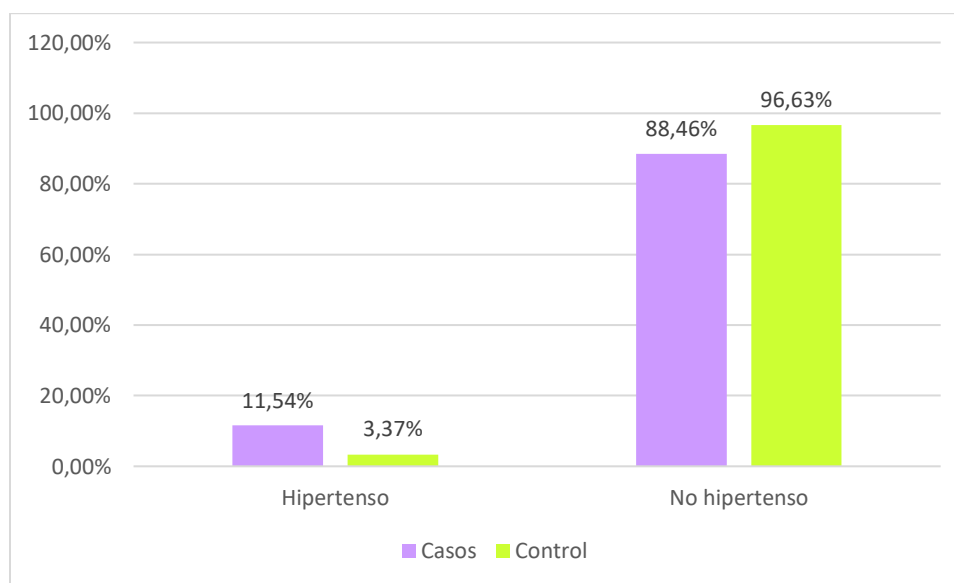
Hipertensión arterial	Colecistectomía			TOTAL	χ^2	p	OR	IC 95 %	
	Casos (n=52)	Control (n=208)						Inf.	Sup.
Si	n	6	7	13	5.850	0.016	3.745	1.202	11.670
	%	11.54%	3.37%	5.00%					
No	n	46	201	247					
	%	88.46%	96.63%	95.00%					

OR: Odds Ratio; **IC 95 %:** Intervalo de confianza al 95 %. **χ^2 :** estadístico xi al cuadrado; **p:** valor p.

Fuente: Elaborado por asesor estadístico.

Ilustración 5.

Gráfica de barras de pacientes hipertensos y no hipertensos sometidos a colecistectomía subtotal (casos) y total (control), Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.



Con relación a la hipertensión arterial (HTA), la población con HTA sometida a colecistectomía subtotal representa el 11,54 %; en contraste con la población con HTA sometida a colecistectomía total, la cual representa el 3,37%. Al aplicar el test de Chi Cuadrado para demostrar la relación, este nos arroja un valor de 5,850 con un $p=0,016$ ($<0,05$), valor estadísticamente significativo, por tal motivo, existe relación entre la HTA y la colecistectomía subtotal. El $OR=3,745$; IC 95% (1,202– 11,679) señala que la población con HTA tiene 3,745 veces más probabilidades de ser sometida a colecistectomía subtotal en contraste con la población sin HTA.

Tabla 10.

Antecedente quirúrgico abdominal como factor de riesgo para colecistectomía subtotal en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.

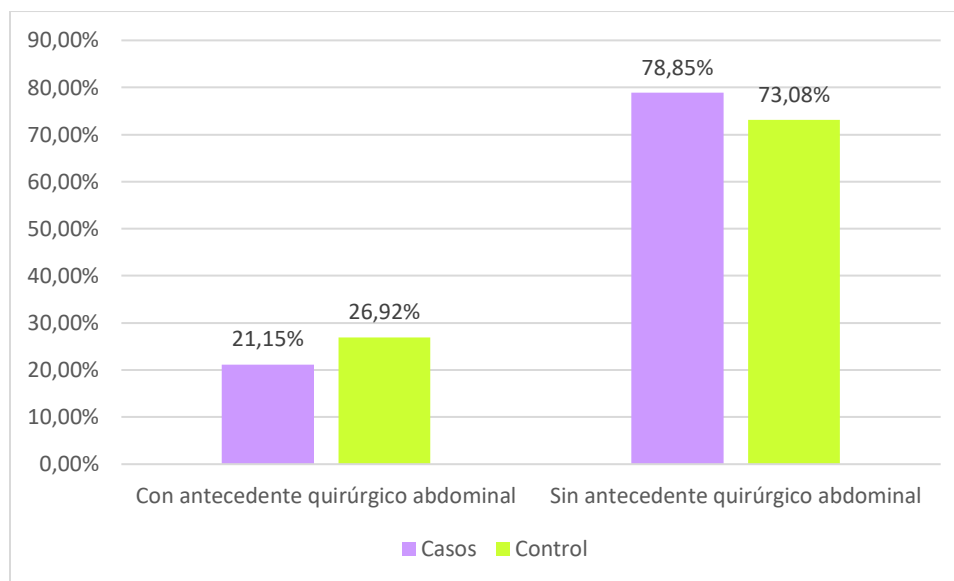
Antecedente quirúrgico abdominal		Colecistectomía			TOTAL	χ^2	p	OR	IC 95 %	
		Casos (n=52)	Control (n=208)						Inf.	Sup.
Si	n	11	56	67	0.724	0.395	0.728	0.350	1.515	
	%	21.15%	26.92%	25.77%						
No	n	41	152	193						
	%	78.85%	73.08%	74.23%						

OR: Odds Ratio; **IC 95 %:** Intervalo de confianza al 95 %. **χ^2 :** estadístico xi al cuadrado; **p:** valor p.

Fuente: Elaborado por asesor estadístico.

Ilustración 6.

Gráfica de barras de pacientes con y sin antecedente quirúrgico abdominal en los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal (casos) y total (control), Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.



Con relación al antecedente quirúrgico abdominal, la población con antecedente quirúrgico abdominal sometida a colecistectomía subtotal representa el 21,15 %; en contraste con la población con antecedente quirúrgico abdominal sometida a colecistectomía total, la cual representa el 26,92%. Al aplicar el test de Chi Cuadrado para demostrar la relación, este nos arroja un valor de 0,724 con un $p=0,395$ ($>0,05$), valor estadísticamente no significativo, por tal motivo, no existe relación entre el antecedente quirúrgico abdominal y la colecistectomía subtotal. El $OR=0,728$; IC 95% (0,350 – 1,515) señala que la población con antecedente quirúrgico abdominal no tiene más probabilidades de ser sometida a colecistectomía subtotal en contraste con la población sin antecedente quirúrgico abdominal, debido a que este valor no es mayor a 1.

Tabla 11.

Escala ASA como factor de riesgo para colecistectomía subtotal en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.

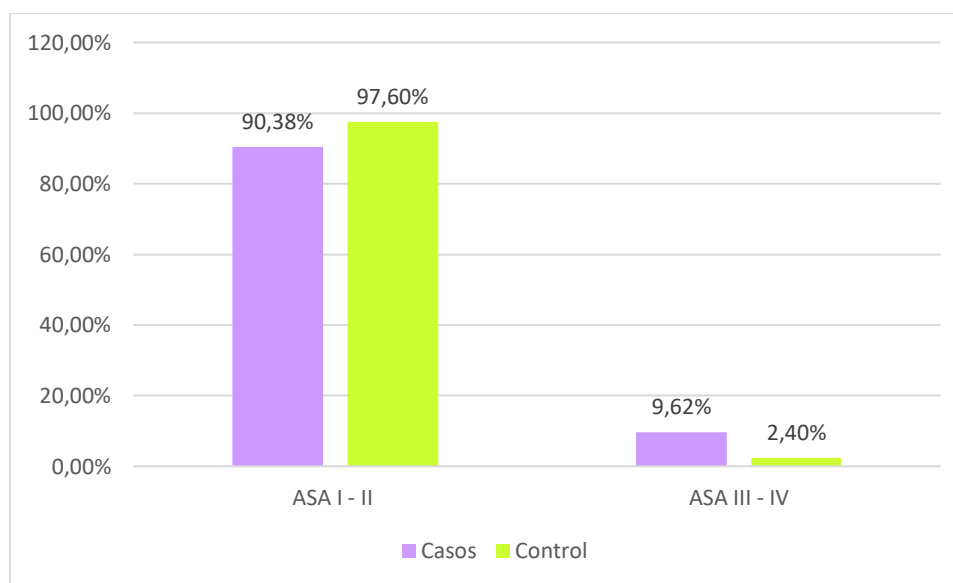
Escala ASA	Colecistectomía			χ^2	p*	OR	IC 95 %		
	Casos (n=52)	Control (n=208)	TOTAL				Inf.	Sup.	
I-II	n	47	203	250	5.850	0.016	0.232	0.064	0.832
	%	90.38%	97.60%	96.15%					
III-IV	n	5	5	10					
	%	9.62%	2.40%	3.85%					

OR: Odds Ratio; **IC 95 %:** Intervalo de confianza al 95 %. **χ^2 :** estadístico xi al cuadrado; **p:** valor p.

Fuente: Elaborado por asesor estadístico.

Ilustración 7.

Gráfica de barras de la clasificación ASA en los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal (casos) y total (control), Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.



Con relación al ASA, la población con ASA III – IV sometida a colecistectomía subtotal representa el 9,62 %; en contraste con la población con ASA III – IV sometida a colecistectomía total, la cual representa el 2,40%. Al aplicar el test de Chi Cuadrado para demostrar la relación, este nos arroja un valor de 5,850 con un $p=0,016$ ($<0,05$), valor estadísticamente significativo, por tal motivo, existe relación entre el ASA III – IV y la colecistectomía subtotal. El $OR=0,232$; IC 95% (0,064 – 8,832) señala que la población con ASA III – IV no tiene más probabilidades de ser sometida a colecistectomía subtotal en contraste con la población con ASA I – II, debido a que este valor no es mayor a 1.

Tabla 12.

Leucocitosis como factor de riesgo para colecistectomía subtotal en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.

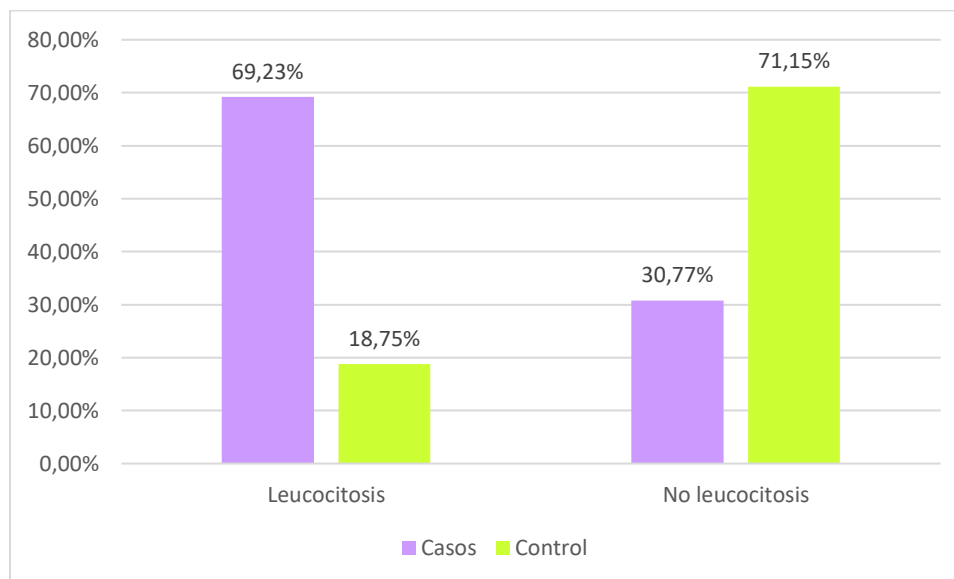
Leucocitosis		Colecistectomía		TOTAL	χ^2	p	OR	IC 95 %	
		Casos (n=52)	Control (n=208)					Inf.	Sup.
Si	n	36	39	75	51.649	0.000	9.750	4.919	19.325
	%	69.23%	18.75%	28.85%					
No	n	16	169	185					
	%	30.77%	81.25%	71.15%					

OR: Odds Ratio; **IC 95 %:** Intervalo de confianza al 95 %. **χ^2 :** estadístico xi al cuadrado; **p:** valor p.

Fuente: Elaborado por asesor estadístico.

Ilustración 8.

Gráfica de barras de pacientes con y sin leucocitosis sometidos a colecistectomía subtotal (casos) y total (control), Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.



Con relación a la leucocitosis, la población con leucocitosis sometida a colecistectomía subtotal representa el 69,23 %; en contraste con la población con leucocitosis sometida a colecistectomía total, la cual representa el 18,75%. Al aplicar el test de Chi Cuadrado para demostrar la relación, este nos arroja un valor de 51,649 con un $p=0,000$ ($<0,05$), valor estadísticamente significativo, por tal motivo, existe relación entre la leucocitosis y la colecistectomía subtotal. El $OR=9,750$; $IC\ 95\%$ (4,919 – 19,325) señala que la población con leucocitosis tiene 9,750 veces más probabilidades de ser sometida a colecistectomía subtotal en contraste con la población sin leucocitosis.

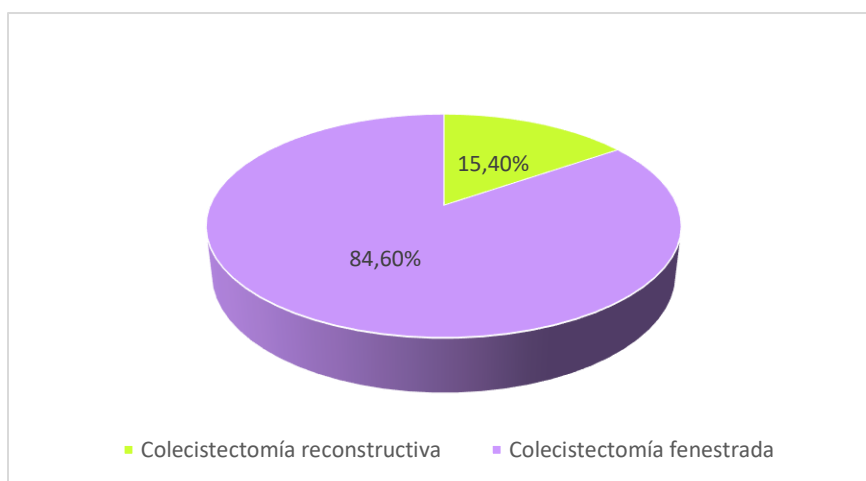
Tabla 13.

Tipos de colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.

Colecistectomía subtotal	Frecuencia	%
Reconstructiva	8	15.4%
Fenestrada	44	84.6%
Total	52	100.0%

Ilustración 9.

Gráfica de pastel de los tipos de colecistectomía subtotal, Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.



Del total de pacientes sometidos a colecistectomía subtotal, se consideraron a 52 pacientes. De estos, el 84,6% fueron sometidos a colecistectomía subtotal de tipo fenestrada y el 15,4% fueron sometidos a colecistectomía subtotal de tipo reconstructiva.

De los 260 pacientes que fueron sometidos a colecistectomía, otro de los hallazgos encontrados fue que:

Tabla 14.

Régimen de ingreso en pacientes sometidos a colecistectomía en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.

Régimen de ingreso		Colecistectomía		TOTAL	χ^2	p	OR	IC 95 %	
		Casos	Control					Inf.	Sup.
Emergencia	n	34	53	87	29.751	0.000	5.524	2.881	10.591
	%	65.4%	25.5%	33.5%					
Electiva	n	18	155	173					
	%	34.6%	74.5%	66.5%					
Total	n	52	208	260					
	%	100.0%	100.0%	100.0%					

OR: Odds Ratio; **IC 95 %:** Intervalo de confianza al 95 %. **χ^2 :** estadístico xi al cuadrado; **p:** valor p.

Fuente: Elaborado por asesor estadístico.

Con relación al régimen de ingreso, los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente por emergencia y fueron sometidos a colecistectomía subtotal representan el 65,4%; en contraste con los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente por cirugía electiva, la cual representa el 25,5%. Al aplicar el test de Chi Cuadrado para demostrar la relación, este nos arroja un valor de 29,751 con un $p=0,000$ ($<0,05$), valor estadísticamente significativo, por tal motivo, existe relación entre el régimen de ingreso y la colecistectomía subtotal. El $OR=5,524$; IC 95% (2,881– 10,591) señala que los pacientes que ingresan por emergencia tienen 5,524 veces más probabilidades de ser sometida a colecistectomía subtotal en contraste con los pacientes que ingresan por cirugía electiva.

Tabla 15.

Diagnósticos preoperatorios en pacientes sometidos a colecistectomía en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.

Diagnóstico preoperatorio	Colecistectomía		TOTAL	χ^2	p	OR	IC 95 %	
	Casos	Control					Inf.	Sup.
Colangitis moderada	n 0	1	1	36.386	0.000	-	-	-
	% 0.0%	0.5%	0.4%					
Colecistitis aguda	n 27	29	56	21.54%				
	% 51.92%	13.94%						
Colecistitis crónica calculosa	n 24	171	195	75.00%				
	% 46.15%	82.21%						
Colecistitis subaguda	n 1	3	4	1.54%				
	% 1.92%	1.44%						
Pancreatitis aguda	n 0	1	1	0.38%				
	% 0.00%	0.48%						
Poliposis vesicular	n 0	2	2	0.77%				
	% 0.00%	0.96%						
Sepsis PP biliar	n 0	1	1	0.4%				
	% 0.0%	0.5%						
Total	n 52	208	260	100.0%				
	% 100.0%	100.0%						

OR: Odds Ratio; **IC 95 %:** Intervalo de confianza al 95 %. **χ^2 :** estadístico xi al cuadrado; **p:** valor p.

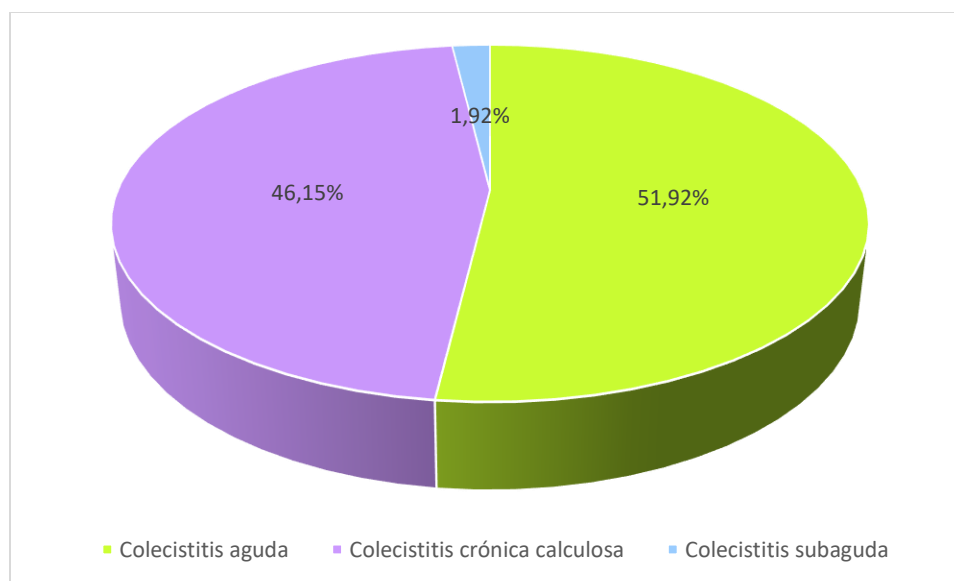
Fuente: Elaborado por asesor estadístico.

Con relación al diagnóstico preoperatorio o de ingreso, los pacientes que fueron diagnosticados con colecistitis aguda y fueron sometidos a colecistectomía subtotal representan el 51,92%; en contraste con los pacientes que fueron diagnosticados con colecistitis aguda y fueron sometidos a colecistectomía total, la cual representa el 13,94%. Al aplicar el test de Chi Cuadrado para demostrar la relación, este nos arroja un valor de 36,386 con un $p=0,000$ ($<0,05$), valor estadísticamente significativo, por tal motivo, existe relación entre el diagnóstico

preoperatorio de colecistitis aguda y la colecistectomía subtotal. No se pudo hallar el riesgo debido a que la variable “diagnóstico preoperatorio” presenta más de dos niveles.

Ilustración 10.

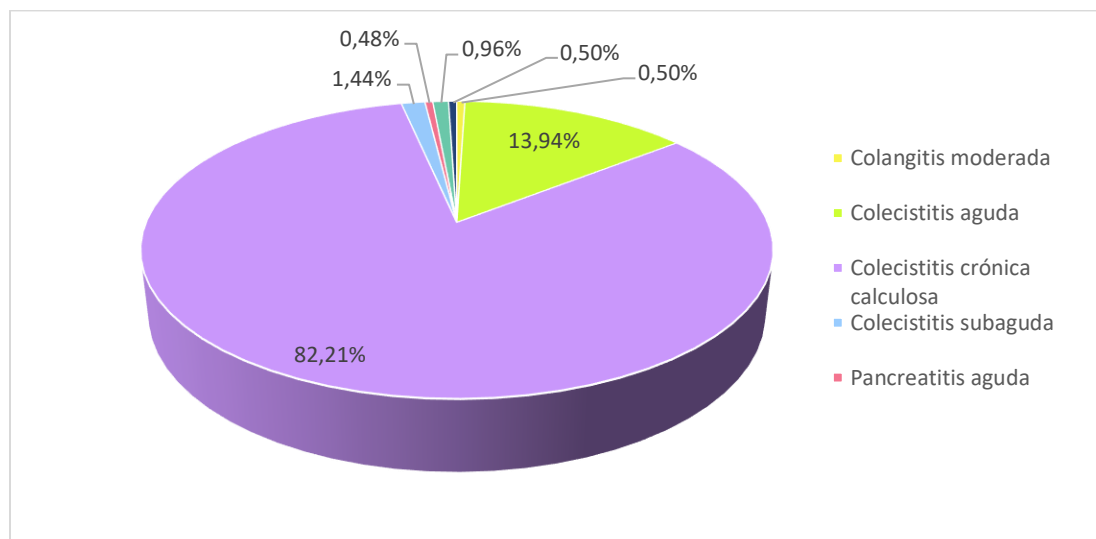
Gráfica de pastel de los diagnósticos preoperatorios más comunes en los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal, Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.



La ilustración 10 demuestra que el 51,92% de los pacientes que fueron sometidos a colecistectomía subtotal fueron diagnosticados inicialmente con colecistitis aguda, seguido del 46,15% con colecistitis crónica calculosa y el 1,92% con colecistitis subaguda.

Ilustración 11.

Gráfica de pastel de los diagnósticos preoperatorios más comunes en los pacientes sometidos a colecistectomía total, Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.



La ilustración 11 demuestra que el 82,21% de los pacientes que fueron sometidos a colecistectomía total fueron diagnosticados inicialmente con colecistitis crónica calculosa, seguido del 13,94% con colecistitis aguda, el 1,44% con colecistitis subaguda, el 0,96% con poliposis vesicular, el 0,5% con colangitis moderada al igual que con sepsis con punto de partida biliar y el 0,48% con pancreatitis aguda.

Tabla 16.*Diagnósticos postoperatorios en pacientes sometidos a colecistectomía en el Hospital**Regional de Huacho 2021 - 2023.*

Diagnóstico postoperatorio	Colecistectomía		TOTAL	χ^2	p	OR	IC 95 %	
	Casos	Control					Inf.	Sup.
Abdomen agudo médico	n 0	3	3	152.05	0.000	-	-	-
	% 0.0%	1.4%	1.2%					
Absceso perivesicular	n 1	0	1					
	% 1.92%	0.00%	0.38%					
Colecistitis crónica calculosa	n 5	170	175					
	% 9.62%	81.73%	67.31%					
Colangitis moderada	n 0	1	1					
	% 0.00%	0.48%	0.38%					
Colecistitis aguda	n 6	14	20					
	% 11.52%	6.75%	7.72%					
Colecistitis subaguda	n 5	8	13					
	% 9.62%	3.85%	5.00%					
Hidrocolecisto	n 7	4	11					
	% 13.46%	1.92%	4.23%					
Hidropiocollecisto	n 4	1	5					
	% 7.69%	0.48%	1.92%					
Necrosis vesicular	n 1	0	1					
	% 1.92%	0.00%	0.38%					
Piocollecisto	n 21	3	24					
	% 40.42%	1.4%	9.18%					
Plastron vesicular	n 0	1	1					
	% 0.00%	0.48%	0.38%					
Plastron vesicular + absceso vesicular	n 1	0	1					
	% 1.92%	0.00%	0.38%					
Poliposis vesicular	n 0	3	3					
	% 0.00%	1.44%	1.15%					
Síndrome de Mirizzi	n 1	0	1					
	% 1.92%	0.00%	0.38%					
Total	n 52	208	260					
	% 100.0%	100.0%	100.0%					

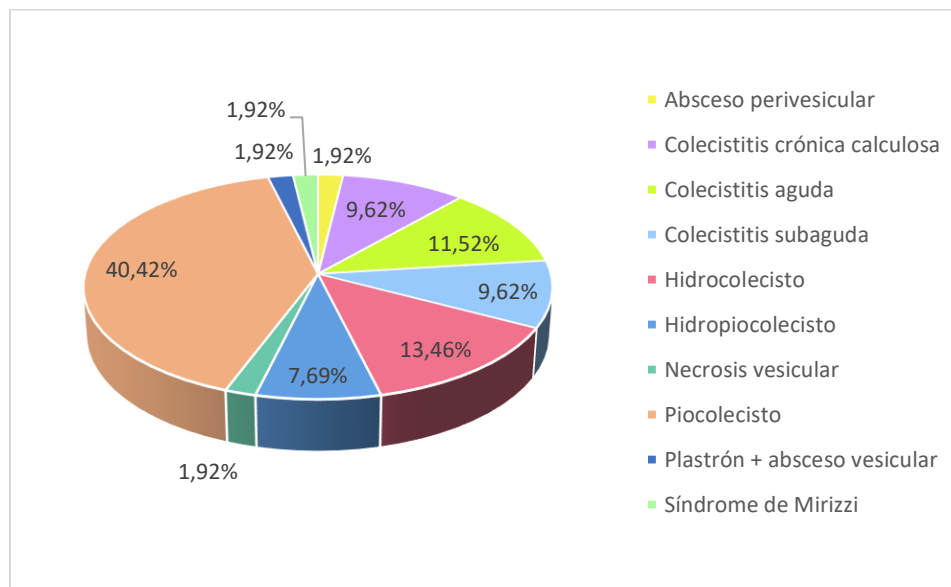
OR: Odds Ratio; **IC 95 %:** Intervalo de confianza al 95 %. **χ^2 :** estadístico xi al cuadrado; **p:** valor p.

Fuente: Elaborado por asesor estadístico.

Con relación al diagnóstico postoperatorio, los pacientes que fueron diagnosticados con piocolecisto después de ser sometidos a colecistectomía subtotal representan el 40,42%; en contraste con los pacientes que fueron diagnosticados con piocolecisto después de ser sometidos a colecistectomía total, la cual representa el 1,4%. Al aplicar el test de Chi Cuadrado para demostrar la relación, este nos arroja un valor de 152,05 con un $p=0,000$ ($<0,05$), valor estadísticamente significativo, por tal motivo, existe relación entre el diagnóstico postoperatorio de piocolecisto y la colecistectomía subtotal. No se pudo hallar el riesgo debido a que la variable “diagnóstico postoperatorio” presenta más de dos niveles.

Ilustración 12.

Gráfica de pastel de los diagnósticos postoperatorios más comunes en los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal, Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.

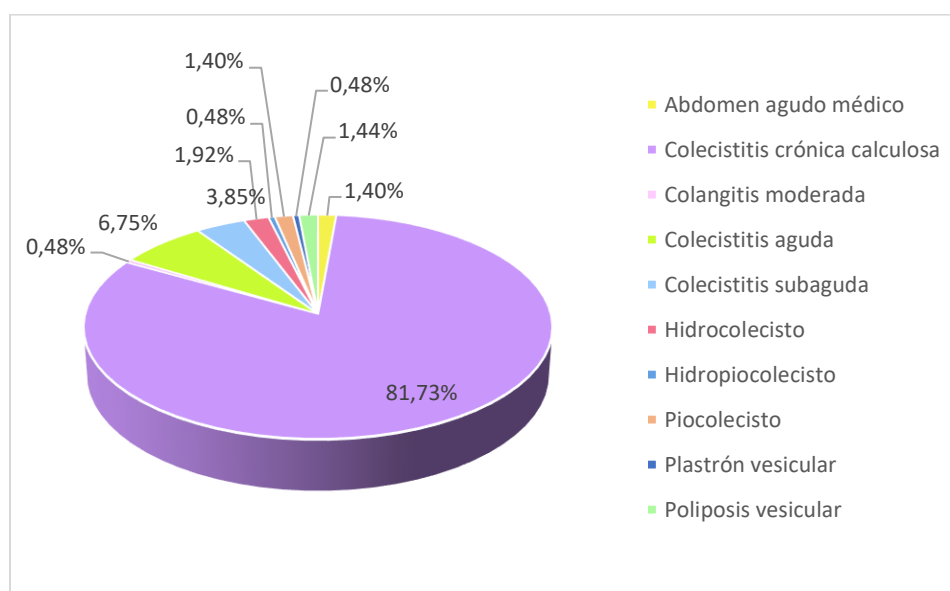


La ilustración 12 demuestra que el 40,42% de los pacientes que fueron sometidos a colecistectomía subtotal fueron diagnosticados en el postoperatorio con piocolecisto, seguido del 13,46% con hidrocolecisto, el 11,52% con colecistitis aguda, el 9,62% con colecistitis crónica

calculosa al igual que con colecistitis subaguda, el 7,69% con hidropiocollecisto, el 1,92% con absceso perivesicular al igual que con necrosis vesicular, plastrón vesicular asociado a absceso vesicular y síndrome de Mirizzi.

Ilustración 13.

Gráfica de pastel de los diagnósticos postoperatorios más comunes en los pacientes sometidos a colecistectomía total, Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.



La ilustración 13 demuestra que el 81,73% de los pacientes que fueron sometidos a colecistectomía total fueron diagnosticados en el postoperatorio con colecistitis crónica calculosa, seguido del 6,75% con colecistitis aguda, el 3,85% con colecistitis subaguda, el 1,92% con hidropiocollecisto, el 1,44% con poliposis vesicular, el 1,40% con piocollecisto al igual que con abdomen agudo médico y el 0,48% con hidropiocollecisto al igual que con plastrón vesicular y colangitis moderada.

Tabla 17.

Complicaciones en pacientes sometidos a colecistectomía en el Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.

Complicaciones	Colecistectomía		TOTAL	χ^2	p	OR	IC 95 %		
	Casos	Control					Inf.	Sup.	
Si	n	4	2	6	8.360	0.004	8.583	1.527	48.232
	%	7.7%	1.0%	2.3%					
No	n	48	206	254					
	%	92.3%	99.0%	97.7%					
Total	n	52	208	260					
	%	100.0%	100.0%	100.0%					

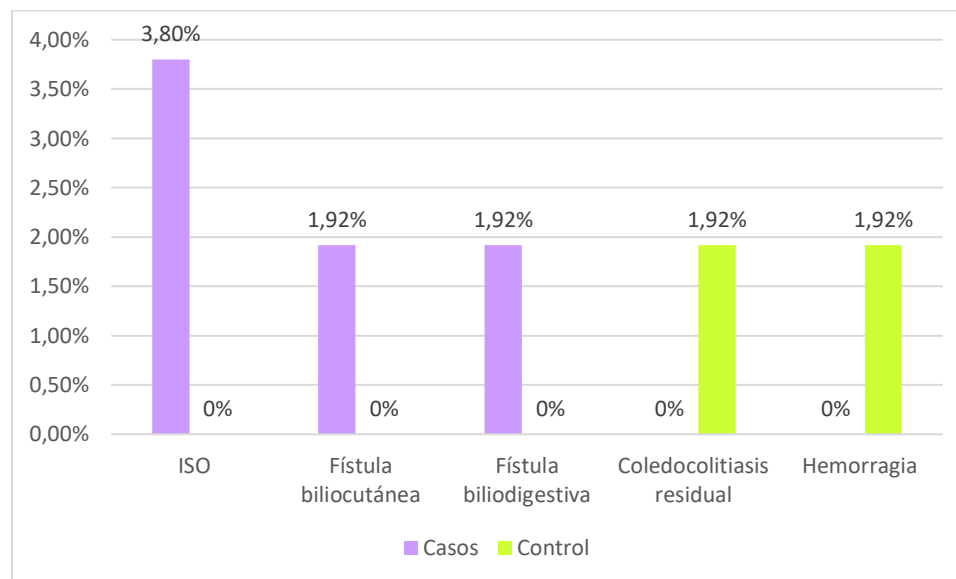
OR: Odds Ratio; **IC 95 %:** Intervalo de confianza al 95 %. **χ^2 :** estadístico xi al cuadrado; **p:** valor p.

Fuente: Elaborado por asesor estadístico.

Con relación a las complicaciones, los pacientes que presentaron complicaciones después de ser sometidos a colecistectomía subtotal representan el 7,7%; en contraste con los pacientes que presentaron complicaciones después de ser sometidos a colecistectomía total, la cual representa el 1,0%. Al aplicar el test de Chi Cuadrado para demostrar la relación, este nos arroja un valor de 8,36 con un $p=0,004$ ($<0,05$), valor estadísticamente significativo, por tal motivo, existe relación entre la presencia de complicaciones y la colecistectomía subtotal. El $OR=8,583$; IC 95% (1,527 – 48,232) señala que los pacientes que son sometidos a colecistectomía subtotal tienen 8,583 veces más probabilidades de presentar complicaciones.

Ilustración 14.

Gráfica de barras de las complicaciones en pacientes sometidos a colecistectomía subtotal (casos) y total (control), Hospital Regional de Huacho 2021 - 2023.



La ilustración 14 demuestra que en los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal (casos) se presentó como complicación más frecuente la infección del sitio operatorio en el 3,8%, seguida de fístula biliocutánea en el 1,92% y fístula biliodigestiva en el 1,92%. Por otro lado, los pacientes sometidos a colecistectomía total presentaron como complicación coledocolitiasis residual en el 1,92% y hemorragia en el 1,92% de los pacientes.

Tabla 18.

*Mortalidad en pacientes sometidos a colecistectomía en el Hospital Regional de Huacho
2021 - 2023.*

Mortalidad	Colecistectomía		TOTAL	χ^2	p	OR	IC 95 %	
	Casos	Control					Inf.	Sup.
No	n	52	208	260	-	-	-	-
	%	100.0%	100.0%	100.0%				
Total	n	52	208	260				
	%	100.0%	100.0%	100.0%				

OR: Odds Ratio; **IC 95 %:** Intervalo de confianza al 95 %. **χ^2 :** estadístico xi al cuadrado; **p:** valor p.

Fuente: Elaborado por asesor estadístico.

Con relación a la mortalidad, ni los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal ni total presentaron algún caso de mortalidad, por lo tanto, no existe relación debido a que la variable “mortalidad” presenta solo un nivel.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

5.1. Discusión de resultados

Los pacientes que fueron sometidos a colecistectomía subtotal tuvieron como principal característica clínica la presencia de síntomas como: dolor en hipocondrio derecho asociado a la presencia de náuseas y/o vómitos presentes en el 69,23% y solo dolor en hipocondrio derecho presente en el 23,08%; y signos como: signo de Murphy positivo en el 53,85%.

Este resultado concuerda con la tesis de Lasprilla & Torres (2021) donde los pacientes presentaron como principal síntoma dolor en hipocondrio derecho/masa palpable, aunque en porcentajes menores, presentándose en el 16,8% y signos como signo de Murphy positivo en el 32,9%; y con Céspedes & Araujo (2021) quienes demostraron que el principal síntomas fue solo dolor abdominal, aunque en porcentajes mayores, presentándose en el 95% y difiriendo del estudio con respecto a los signos donde el 20% de los pacientes presentó fiebre como principal signo.

Con relación a las características epidemiológicas en los pacientes que fueron sometidos a colecistectomía subtotal la población adulta (30 a 59 años) fue la más afectada representando el 69,23% con una edad media de $40,74 \pm 15,04$ años, afectando al sexo masculino en el 57,69%, con procedencia urbana en el 59,62% y con nivel de instrucción secundario completo o incompleto en el 80,77% de los casos.

Algunas características epidemiológicas como la edad y el sexo se analizan con mayor detalle párrafos más adelante. No existen estudios nacionales ni locales que describan las características epidemiológicas de pacientes sometidos a colecistectomía subtotal con quienes podemos comparar estos resultados.

Con relación a la edad como factor de riesgo a colecistectomía subtotal se encontró que la población <60 años fue el grupo más vulnerable viéndose afectado en el 73,1% de los casos, en contraste con la población ≥ 60 años, quienes representaron el 26,92%. Al analizar el Odds Ratio este nos da un valor de 0,337 valor que nos indica que no existe asociación entre la edad y la colecistectomía subtotal.

Este resultado concuerda con la tesis de Salazar (2023) donde la edad promedio de los pacientes sometidos a colecistectomías laparoscópicas difíciles fue de $45 \pm 16,7$ años teniendo como grupo más vulnerable a la población en edad adulta. A su vez, Lasprilla & Torres (2021) demostraron que la edad promedio de los pacientes sometidos a colecistectomías difíciles es de 56 años ($p=0,0001$ OR=1 IC 95% 0,94 – 1,00); con Roesch-Dietlen et al. (2019) quienes realizaron un estudio comparativo donde la edad promedio del grupo B (sometidos a colecistectomía subtotal) fue de $49,2 \pm 13,47$ años; con Céspedes & Araujo (2021) quienes demostraron que la edad media de los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal fue de $59,65 \pm 14,2$ años y con Melgarejo (2020) quien demostró que el promedio de edad de los pacientes sometidos a colecistectomías subtotales fue de 50,7 años.

Sin embargo, difiere de Gómez (2020) quien en su tesis demuestra que el 22,73% de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica subtotal tuvieron una edad >65 años (población adulta mayor) incrementando el riesgo de ser sometidos a esta intervención 3,38 veces más (OR=3,38 IC 95% 1,44 – 7,94).

Con relación al sexo como factor asociado a colecistectomía subtotal se encontró que el sexo masculino tiene mayor probabilidad de ser sometido a colecistectomía subtotal en el 57,69% en contraste con el sexo femenino, quienes presentan una probabilidad del 42,31%. Al analizar el Odds Ratio nos damos cuenta de que existe una probabilidad de 4,939 veces más con

IC 95% (2,600 – 9,382) de ser sometidos a colecistectomía subtotal en pacientes de sexo masculino.

Este resultado concuerda con Lasprilla & Torres (2021) quien demostró que el 64% de los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal son de sexo masculino ($p=0,0001$) con un riesgo 2,3 veces mayor en comparación con la población de sexo femenino (OR=2,3 IC 95% 1,7 – 3,2) y con Céspedes & Araujo (2021) quienes demostraron que el 70% de varones fueron sometidos a colecistectomía subtotal.

Sin embargo, difiere de Salazar (2023) quien evidenció que el 64,8% de las mujeres son sometidas a colecistectomía subtotal en contraste con el 35,2% que representa a los varones; con J. R. Hernández et al. (2021) quienes demostraron que el 61,11% de los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal fueron de sexo femenino; con Sierra, Zapata, Méndez, et al. (2020) quienes demostraron que el 58,8% de los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal fueron mujeres; con Roesch-Dietlen et al. (2019) quienes demostraron que el sexo predominante en el grupo B (sometidos a colecistectomía subtotal) fue el sexo femenino presentándose en el 71,05% ($p=0,368$) y con Melgarejo (2020) quien encontró que el 62,8% de pacientes sometidos a colecistectomía subtotal fueron mujeres.

Con relación a la obesidad como factor asociado a colecistectomía subtotal se encontró que solo el 30,77% de los pacientes padecía de obesidad en comparación con el 69,23% de los pacientes que no lo padecían. Al analizar el Odds Ratio este nos da un valor de 1,236 valor que nos indica ausencia de riesgo entre obesidad y colecistectomía subtotal.

Este resultado concuerda con Lasprilla & Torres (2021) donde demostró que solo el 37,7% de los pacientes sometidos a colecistectomía difícil padecían de sobrepeso/obesidad

($p=0,001$ OR=0,7 IC 95% 0,19 – 2,4); con Céspedes & Araujo (2021) quien encontró que solo el 15% padecía de obesidad y con Gómez (2020) quien, a pesar de demostrar un porcentaje mayor de afectados, donde el 40,91% de los pacientes padecía de obesidad, el riesgo se encuentra ausente ($p=0,252$ OR=1,47 IC 95% 0,76 – 2,86).

Sin embargo, difiere de Roesch-Dietlen et al. (2019) quienes mencionan que el principal factor de riesgo para colecistectomía subtotal fue la obesidad presentándose en el 20,95% de los pacientes ($p=0,185$) y con Fabian (2019) quien demostró que los pacientes con sobrepeso y obesidad tienen 5,39 mayor riesgo de ser sometidos a colecistectomía laparoscópica subtotal ($p=0,00$ OR=5,39 IC 95% 2,34 – 12,39).

Con relación a la diabetes mellitus como factor asociado a colecistectomía subtotal se encontró que solo el 1,92% de los pacientes padecía de diabetes mellitus en comparación con el 98,08% de los pacientes que no la padecían. Al analizar el Odds Ratio este nos da un valor de 0,796 valor que nos indica que no existe riesgo entre la diabetes mellitus y la colecistectomía subtotal.

Este resultado concuerda con Salazar (2023) que menciona que solo el 9,7% de los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal padecen de diabetes mellitus; con Lasprilla & Torres (2021) quienes a pesar de encontrar un porcentaje mayor de pacientes diabéticos, del 19,2%, estos no presentaban mayor riesgo para ser sometidos a colecistectomía subtotal ($p=0,005$ OR=1,8 IC 95% 1,2 – 2,9) y con Roesch-Dietlen et al. (2019) quienes mencionan que a pesar de que el 15,79% de los pacientes del grupo B (sometidos a colecistectomía subtotal) padecían de diabetes mellitus ($p=0,084$), este valor no era estadísticamente significativo y por lo tanto no implicaba riesgo.

Sin embargo, difiere de J. R. Hernández et al. (2021) quienes encontraron que el 33,3% de los pacientes con colecistectomía difícil padecían de diabetes mellitus, porcentaje mayor al encontrado en el presente estudio.

Con relación a la hipertensión arterial como factor asociado a colecistectomía subtotal se encontró que el 11,54% de los pacientes padecían de hipertensión arterial. Al analizar el Odds Ratio nos damos cuenta de que existe una probabilidad de 3,745 veces más con IC 95% (1,202 – 11,670) de ser sometidos a colecistectomía subtotal en pacientes hipertensos.

Este resultado concuerda con Salazar (2023) quien encontró que el 14,5% de los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal padecían de hipertensión; y Roesch-Dietlen et al. (2019) quienes encuentran como segundo factor de riesgo para colecistectomía subtotal a los pacientes con hipertensión arterial presentándose en el 18,42% de los pacientes ($p=0,539$).

Sin embargo, difiere con Lasprilla & Torres (2021) quienes encontraron que el 35,6% de los pacientes padecían de hipertensión, pero no implicaba incremento del riesgo para ser sometido a colecistectomía subtotal ($p=0,001$ OR=1,2 IC 95% 0,29 – 5,20).

Con relación al antecedente quirúrgico abdominal como factor asociado a colecistectomía subtotal se encontró que el 21,15% de los pacientes tenían cirugías abdominales previas. Al analizar el Odds Ratio este nos da un valor de 0,728 valor que nos indica que no existe riesgo entre el antecedente quirúrgico abdominal y la colecistectomía subtotal.

Este resultado concuerda con Lasprilla & Torres (2021) quienes encontraron que el 33,6% de los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal habían sido sometidos a una cirugía abdominal previa; sin embargo, este resultado no incrementaba el riesgo de ser sometido a dicha intervención quirúrgica ($p=0,0001$ OR=1,8 IC 95% 0,49 – 6,50) y con Salazar (2023) quien

encontró que el 37% de pacientes sometidos a colecistectomía subtotal tenían antecedentes de cirugías abdominales.

Sin embargo, difiere con Gómez (2020) quien menciona que el 36,36% de los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal tenían una cirugía abdominal previa (apendicectomía, cesárea, quistectomía, laparotomía exploratoria por peritonitis) con un riesgo 6,91 veces más de ser sometidos a esta intervención ($p=0,191$ OR=6,91 IC 95% 0,79 – 3,11).

Con relación a la escala ASA como factor asociado a colecistectomía subtotal se encontró que el 9,62% de los pacientes eran clasificados como riesgo III-IV. Al analizar el Odds Ratio este nos da un valor de 0,232 valor que nos indica que no existe riesgo entre la escala ASA y la colecistectomía subtotal.

Este resultado difiere con Gómez (2020) quien demostró que el 13,64% de los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal eran clasificados como ASA III-IV con un riesgo 11,68 veces más de ser sometidos a esta intervención ($p=0,000$ OR=11,68 IC 95% 2,80 – 48,73).

Con relación a la leucocitosis como factor asociado a colecistectomía subtotal se encontró que el 69,23% de los pacientes presentaban leucocitos elevados ($>10000 \times 10^9/L$). Al analizar el Odds Ratio nos damos cuenta de que existe una probabilidad de 9,750 veces más con IC 95% (4,919 – 19,325) de ser sometidos a colecistectomía subtotal en pacientes con leucocitosis.

Este resultado concuerda con Gómez (2020) quien evidenció que el 75% de los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal presentaban leucocitosis con un riesgo 18,09 veces más de ser sometidos a esta intervención ($p=0,000$ OR=18,09 IC 95% 8,31 – 39,40).

Sin embargo, difiere con Fabian (2019) quien demostró que la leucocitosis no era considerada un factor de riesgo para colecistectomía subtotal ($p=0,41$ OR=0,815 IC 95% 0,499 – 1,332).

Con relación al tipo de colecistectomía subtotal más común se encontró que el 84,6% de colecistectomías subtotales fueron de tipo fenestrada, en comparación con el 15,4% que fueron de tipo reconstructiva.

Este resultado difiere con Céspedes & Araujo (2021) quienes encontraron que la colecistectomía subtotal reconstructiva fue la más realizada (80%) y con Aliaga-Sánchez (2020) quien evidenció que solo el 3,8% de las colecistectomías realizadas fueron subtotales fenestradas.

Con relación al régimen de ingreso, el 65,4% de los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal ingresaron por emergencia y el 34,6% como cirugía electiva. Al analizar el Odds Ratio nos damos cuenta de que existe una probabilidad de 5,524 veces más con IC 95% (2,881 – 10,591) de ser sometidos a colecistectomía subtotal en pacientes que ingresan a sala de operaciones como cirugía de emergencia.

Este resultado concuerda con Sierra, Zapata, Méndez, et al. (2020) donde el 88,2% de los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente de emergencia en comparación con el 11,7% quienes fueron intervenidos como cirugía electiva.

Sin embargo, difiere con Céspedes & Araujo (2021) quienes mencionan que el 65% de pacientes sometidos a colecistectomía subtotal ingresaron por consulta externa y el 35% por emergencia.

Con relación a los diagnósticos preoperatorios, los pacientes que fueron sometidos a colecistectomía subtotal fueron diagnosticados inicialmente con colecistitis aguda en el 51,92% de los casos, con colecistitis crónica calculosa en el 46,15% de los casos y con colecistitis subaguda en el 1,92% de los casos.

Estudios similares como el de J. R. Hernández et al. (2021) demostraron que los diagnósticos prequirúrgicos más frecuentes fueron colelitiasis crónica en el 55,6%, colelitiasis crónica reagudizada en el 38,8% e hidrocolecisto en el 5,6%; Aliaga-Sánchez (2020) encontró como diagnósticos en el 46% colecistitis subaguda, en el 24,3% empiema vesicular, en el 5,4% vesícula gangrenada, en el 5,4% síndrome de Mirizzi y en el 2,7% colecistitis aguda; y Melgarejo (2020) encontró al 88,5% de los pacientes con colecistitis crónica calculosa, al 7,7% con colecistitis aguda y al 3,8% con coledocolitiasis asociada a colecistitis crónica calculosa.

Con relación a los diagnósticos postoperatorios, los pacientes que fueron sometidos a colecistectomía subtotal fueron diagnosticados en el postoperatorio con piocolecisto en el 40,42% de los casos, con hidrocolecisto en el 13,46% de los casos, con colecistitis aguda en el 11,52% de los casos, con colecistitis crónica calculosa al igual que con colecistitis subaguda en el 9,62% de los casos, con hidropiolecisto en el 7,69% de los casos, con absceso perivesicular al igual que con necrosis vesicular, plastrón vesicular asociado a absceso vesicular y síndrome de Mirizzi en el 1,92% de los casos.

Estudios similares como el de Salazar (2023) mencionan que el 24,8% de los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal tuvieron como diagnóstico postoperatorio hidropiolecisto, en el 33,8% piocolecisto y en el 6,9% síndrome de Mirizzi. De igual manera, J. R. Hernández et al. (2021) encontró como diagnósticos postquirúrgicos más frecuentes la colecistitis crónica calculosa en el 22,3%, colelitiasis crónica reagudizada en el 22,3%, síndrome

de Mirizzi en el 16,7% y piocolecisto en el 11,1%. A su vez, Elshaer et al. (2015) encontró que el 72,1% de pacientes sometidos a colecistectomía subtotal tuvieron como indicación colecistitis severa (72,1%), gangrena, empiema o perforación de la vesícula biliar (6,1%), síndrome de Mirizzi (3%) y vesícula biliar intrahepática o daño accidental de la vesícula biliar (0,6%); Gómez (2020) encontró al 54,55% con síndrome adherencial, al 45,45% con plastrón vesicular, al 20,45% gangrena vesicular/bilioperitoneo, al 20,45% hidropiocolecisto al 18,18% hidrocolecisto, al 13,64% piocolecisto, al 4,55% síndrome de Mirizzi; Melgarejo (2020) encontró al 76,9% con piocolecisto, al 51,3% con plastrón vesicular, al 46,1% con síndrome adherencial, al 21,8% con vesícula escleroatrófica, al 14,1% con síndrome de Mirizzi y al 11,5% con coledocolitiasis.

Con relación a las complicaciones, el 4,4% de los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal presentaron complicaciones como infección del sitio operatorio (2,2%), fístula biliocutánea (1,1%) y fístula biliodigestiva (1,1%). Al analizar el Odds Ratio nos damos cuenta de que existe una probabilidad de 8,583 veces más con IC 95% (1,527 – 48,232) de presentar complicaciones al ser sometidos a esta intervención.

Estudios similares como el de Salazar (2023) evidenciaron que la complicación más frecuente fue la disrupción de la vía biliar en el 2,1% de los pacientes. Otros estudios, como el de J. R. Hernández et al. (2021) evidenciaron complicaciones en el 44,4% de los pacientes, como fuga biliar en el 33,3%, infección del sitio operatorio en el 5,5% y coledocolitiasis residual en el 5,5%; y el estudio de Elshaer et al. (2015) donde encontró como complicaciones la fuga biliar (18%), colección subhepática (2,9%), infección del sitio operatorio (2,6%) y hemorragia (0,3%). Céspedes & Araujo (2021) encontraron la presencia de complicaciones en el 40% de los pacientes, clasificándolas en I grado: 50% (n=2) fuga biliar, 25% (n=1) colección ecográfica que

drenó espontáneamente y 25% (n=1) atelectasia; II grado: 25% (n=1) infección del tracto urinario, 25% (n=1) fiebre post operatoria, 25% (n=1) tromboembolismo pulmonar y 25% (n=1) neumonía; y III grado: 100% (n=1) bilioma.

Con relación a la mortalidad, en este estudio no se presentó ningún caso de mortalidad, no existiendo relación entre esta variable y la colecistectomía subtotal.

Este resultado difiere de Salazar (2023) quien en su estudio tuvo 1 caso de mortalidad debido a shock hipovolémico. Al igual que con Roesch-Dietlen et al. (2019) donde el 2,63% de los pacientes (1 caso) falleció por tromboembolismo pulmonar ($p=0,312$) en el grupo B (pacientes sometidos a colecistectomía subtotal).

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

- Las características clínicas como el dolor en cuadrante superior derecho asociado a náuseas y/o vómitos presentes en el 69,23%; la presencia de dolor en cuadrante superior derecho como único síntoma en el 23,08%; así como signo de Murphy positivo en el 53,85% están asociadas con mayor frecuencia a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2021 al 2023.
- Las características epidemiológicas como edad entre 30 a 59 años en el 69,23%; sexo masculino en el 57,69%; procedencia urbana en el 59,62% y nivel de instrucción secundario (completo o incompleto) en el 80,77% están asociados con mayor frecuencia a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2021 al 2023.
- La edad no es un factor de riesgo para colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2021 al 2023.
- El sexo masculino es un factor de riesgo para colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2021 al 2023 incrementando la probabilidad de sometimiento a esta intervención 4,9 veces más en comparación con el sexo femenino.
- La obesidad no es un factor de riesgo para colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2021 al 2023.

- La diabetes mellitus no es un factor de riesgo para colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2021 al 2023.
- La hipertensión arterial es un factor de riesgo para colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2021 al 2023 incrementando la probabilidad de sometimiento a esta intervención 3,7 veces más que los pacientes normotensos.
- El antecedente quirúrgico abdominal no es un factor de riesgo para colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2021 al 2023.
- La escala ASA III-IV no es un factor de riesgo para colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2021 al 2023.
- La leucocitosis es un factor de riesgo para colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2021 al 2023 incrementando la probabilidad de sometimiento a esta intervención 9,7 veces más que los pacientes con valores leucocitarios dentro de rangos de normalidad.
- La colecistectomía subtotal de tipo fenestrada es más frecuentemente realizada en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2021 al 2023.
- El régimen de ingreso por emergencia es un factor de riesgo para colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2021 al 2023 incrementando la probabilidad de sometimiento a esta

intervención 5,5 veces más en comparación con pacientes que ingresaron para cirugía electiva.

- Los diagnósticos preoperatorios más comunes en pacientes sometidos a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2021 al 2023 son colecistitis aguda en el 51,92%; colecistitis crónica calculosa en el 46,15% y con colecistitis subaguda en el 1,92%.
- Los diagnósticos postoperatorios más comunes en pacientes sometidos a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2021 al 2023 son piocolecisto en el 40,42%; hidrocolecisto en el 13,46%; colecistitis aguda en el 11,52%; colecistitis crónica calculosa al igual que con colecistitis subaguda en el 9,62%; hidropiocolecisto en el 7,69%; con absceso perivesicular al igual que con necrosis vesicular, plastrón vesicular asociado a absceso vesicular y síndrome de Mirizzi en el 1,92%.
- Las complicaciones más comunes en pacientes sometidos a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2021 al 2023 son infección del sitio operatorio en el 2,2%; fístula biliocutánea en el 1,1% y fístula biliodigestiva en el 1,1%.
- La colecistectomía subtotal no está asociada a mortalidad en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2021 al 2023.

6.2.Recomendaciones

- Realizar estudios prospectivos y multicéntricos que permitan un mejor análisis de aquellos factores que incrementan el riesgo de ser sometidos a colecistectomías

subtotales, para ampliar la información obtenida en este estudio y aplicar medidas preventivas con todos los factores modificables asociados a la misma.

- Estudiar otras características obtenidas en el entorno prequirúrgico que permitan establecer el riesgo de ser sometidos a colecistectomías subtotales.
- En pacientes que presentan factores de riesgo para colecistectomía subtotal optar por la realización de esta técnica quirúrgica como alternativa, independientemente del tipo (ya sea fenestrada o reconstructiva) que se use.

REFERENCIAS

5.1.Fuentes documentales

- Aliaga-Sánchez, S. (2020). Experiencia en Colectomía Laparoscópica Subtotal Fenestrada para Colectomía Difícil: No Lesionar la Vía Biliar. | Experience in Fenestrated Subtotal Laparoscopic Cholecystectomy for Difficult Cholecystectomy: Do Not Damage the Bile Duct. *Revista de la Sociedad Peruana de Cirugía Endoscópica*, 2(1), Article 1.
- American College of Surgeons. (2008). *Colectomía* [Review of *Colectomía*, por P. Turner, M. Malangoni, & K. Heneghan]. <https://journeytothenewyou.com/wp-content/uploads/2023/01/Colectomia.pdf>
- Blanco, M., Kou, S., & Xueqing, L. (2017). La comorbilidad y su valor para el médico generalista en Medicina Interna. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 16(1), 12-24.
- Calderon, C. (2023). *El lugar de la cirugía en la filosofía de la medicina*. 17(32), 122-149.
- Céspedes, D., & Araujo, E. (2021). *Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes sometidos a colectomía subtotal laparoscópica en el Hospital Cayetano Heredia durante los años 2016-2020*. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/9427>
- Donoso, T., Villanueva, J., Araya, I., & Yanine, N. (2015). Riesgo de infección del sitio quirúrgico, según tiempo operatorio en cirugía maxilofacial mayor limpia contaminada: Estudio observacional analítico. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 8(3), 203-207. <https://doi.org/10.1016/j.piro.2015.07.001>
- Elshaer, M., Gravante, G., Thomas, K., Sorge, R., Al-Hamali, S., & Ebdewi, H. (2015). Subtotal Cholecystectomy for “Difficult Gallbladders”: Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Surgery*, 150(2), 159-168. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2014.1219>

- Fabian, B. (2019). *Agentes determinantes en la elección de colecistectomía subtotal laparoscópica en adultos con colecistitis aguda litiásica en el Hospital Sergio Bernales de enero 2013 a diciembre 2017*. [Título Profesional de Médico Cirujano, Universidad Ricardo Palma]. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1769>
- Fajardo-Gutiérrez, A. (2017). Medición en epidemiología: Prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. *Revista alergia México*, 64(1), 109-120.
<https://doi.org/10.29262/ram.v64i1.252>
- Franco, C., Gía, L., Rodríguez, J., & Villacrés, A. (2023). Síndrome de Mirizzi: Etiología, clasificación, presentación clínica y métodos de diagnóstico. *Journal of American Health*, 6(1), Article 1. <https://doi.org/10.37958/jah.v6i1.169>
- Gigot, J.-F. (2005). *Chirurgie des voies biliaires*. Masson.
- Gómez, M. (2020). *Prevalencia y factores asociados a la elección de la colecistectomía laparoscópica subtotal en pacientes con enfermedad litiásica biliar en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de enero del 2015 a diciembre del 2019* [Título Profesional de Médico Cirujano, Universidad Nacional Jorge Basadra Grohmann].
<https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/265>
- Hernández, J. R., Rivera, G., Ramírez, É. J., Ávila, R., & Insensé, M. (2021). Colecistectomía subtotal como opción de manejo para colecistectomía difícil. *Cirujano general*, 43(2), 79-85. <https://doi.org/10.35366/106718>
- Hernández, V. (2017). Estudios epidemiológicos: Tipos, diseño e interpretación. *Enfermedad Inflamatoria Intestinal al Día*, 16(3), 98-105. <https://doi.org/10.1016/j.eii.2017.03.001>

- Lasprilla, N., & Torres, C. (2021). *Factores asociados a colecistectomía difícil en adultos del Hospital Militar Central entre Enero de 2018 a Diciembre del 2019* [Título de Especialista en Cirugía General, Universidad Militar Nueva Granada].
<http://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/37817>
- López, L., & Baquero, J. (2023). Técnicas de Colecistectomía Laparoscópica Subtotal como Estrategias de Manejo en Colecistectomías Difíciles. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(6), 5899-5923. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.9125
- Manterola, C., Quiroz, G., Salazar, P., & García, N. (2019). Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(1), 36-49. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.11.005>
- Martínez, L., & Hernández, M. (1970). *Acerca del carácter retrospectivo o prospectivo en la investigación científica About the retrospective or prospective character in scientific research*. 19(2). <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v19n2/1727-897X-ms-19-02-338.pdf>
- Melgarejo, A. (2020). *Prevalencia de colecistectomía subtotal en pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima—Perú, durante el año 2019* [Título Profesional de Médico Cirujano, Universidad Nacional Federico Villarreal].
<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4275>
- Monteses, J., & Galindo, F. (s. f.). Enciclopedia de Cirugía Digestiva—Tomo IV. SACD. Recuperado 13 de febrero de 2024, de <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/ccuarentayuno.pdf>

- Nassar, A. H. M., Hodson, J., Ng, H. J., Vohra, R. S., Katbeh, T., Zino, S., Griffiths, E. A., Vohra, R. S., Kirkham, A. J., Pasquali, S., Marriott, P., Johnstone, M., Spreadborough, P., Alderson, D., Griffiths, E. A., Fenwick, S., Elmasry, M., Nunes, Q. M., Kennedy, D., ... the CholeS Study Group, W. M. R. C. (2020). Predicting the difficult laparoscopic cholecystectomy: Development and validation of a pre-operative risk score using an objective operative difficulty grading system. *Surgical Endoscopy*, *34*(10), 4549-4561. <https://doi.org/10.1007/s00464-019-07244-5>
- Núñez, B., De Angelis, B., & Rodríguez, E. (2023). Colecistectomía Laparoscópica difícil: Tratamiento quirúrgico. *Revista Digital de Postgrado*, *12*(1). <https://doi.org/10.37910/RDP.2023.12.1.e354>
- Roesch-Dietlen, F., Pérez-Morales, A. G., Martínez-Fernández, S., Díaz-Roesch, F., Gómez-Delgado, J. A., & Remes-Troche, J. M. (2019). Safety of laparoscopic subtotal cholecystectomy in acute cholecystitis. Experience in Southeast Mexico. *Revista de Gastroenterología de México (English Edition)*, *84*(4), 461-466. <https://doi.org/10.1016/j.rgm xen.2018.11.007>
- Salazar, A. (2023). *Colecistectomía difícil: Experiencia en el Centenario Hospital Miguel Hidalgo en el periodo 2016—2021* [Para obtener el grado de especialista en Cirugía General, Universidad Autónoma Aguascalientes]. <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/2398>
- Sierra, S., Zapata, F., Mendez, M., Portillo, S., & Restrepo, C. (2020). Colecistectomía subtotal: Una alternativa en el manejo de la colecistectomía difícil. *Revista Colombiana de Cirugía*, *35*(4), 593-600. <https://doi.org/10.30944/20117582.565>

- Sierra, S., Zapata, F., Méndez, M., Portillo, S., & Restrepo, C. (2020). Colectistomía subtotal: Una alternativa en el manejo de la colecistomía difícil. *Revista Colombiana de Cirugía*, 35(4), 593-600. <https://doi.org/10.30944/20117582.565>
- Soto, A., & Cvetkovich, A. (2020). Estudios de casos y controles. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(1), 138-143. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v20i1.2555>
- Tongyoo, A., Liwattanakun, A., Sriussadaporn, E., Limpavitayaporn, P., & Mingmalairak, C. (2023). *The Modification of a Preoperative Scoring System to Predict Difficult Elective Laparoscopic Cholecystectomy*. 33(3). <https://doi.org/10.1089/lap.2022.0407>
- Yokoe, M., Hata, J., Takada, T., Strasberg, S. M., Asbun, H. J., Wakabayashi, G., Kozaka, K., Endo, I., Deziel, D. J., Miura, F., Okamoto, K., Hwang, T., Huang, W. S., Ker, C., Chen, M., Han, H., Yoon, Y., Choi, I., Yoon, D., ... Yamamoto, M. (2018). Tokyo Guidelines 2018: Diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*, 25(1), 41-54. <https://doi.org/10.1002/jhbp.515>

5.2.Fuentes hemerográficas

- Harrison, T. R. (2019). *Harrison principios de medicina interna* (J. L. Jameson, D. L. Kasper, D. L. Longo, A. Fauci, S. L. Hauser, & J. Loscalzo, Eds.; 20^a ed). McGraw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5a ed). McGraw-Hill.
- Townsend, C. M., Beauchamp, R. D., Evers, B. M., Mattox, K. L., & Sabiston, D. C. (Eds.). (2022). *Sabiston textbook of surgery: The biological basis of modern surgical practice* (21st edition). Elsevier.

5.3.Fuentes electrónicas

American Diabetes Association. (s. f.). *Diabetes mellitus*. Recuperado 5 de agosto de 2024, de <https://diabetes.org/espanol/diagnostico>

American Heart Association. (s. f.). *Hipertensión arterial*. American Heart Association. Recuperado 5 de agosto de 2024, de <http://newsroom.heart.org/news/redefinicion-de-la-hipertension-arterial-por-primera-vez-en-14-anos-130-es-el-nuevo-valor-para-la-presion-alta>

American Society of Anesthesiologists. (2020, diciembre 13). *Statement on ASA Physical Status Classification System*. American Society of Anesthesiologists. <https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/statement-on-asa-physical-status-classification-system>

Asociación de Academia de la Lengua Española, & Real Academia Española. (2014a). *Edad / Diccionario de la lengua española 23ª edición*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. <https://dle.rae.es/edad>

Asociación de Academia de la Lengua Española, & Real Academia Española. (2014b). *Procedencia / Diccionario de la lengua española 23ª edición*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. <https://dle.rae.es/procedencia>

Asociación de Academia de la Lengua Española, & Real Academia Española. (2014c). *Sexo / Diccionario de la lengua española 23ª edición*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. <https://dle.rae.es/sexo>

Clínica Universidad de Navarra. (s. f.-b). *Leucocitosis*. <https://www.cun.es>. Recuperado 5 de agosto de 2024, de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/leucocitosis>

Clínica Universidad de Navarra. (s. f.-a). *Cirugía abdominal. Diccionario médico.*

<https://www.cun.es>. Recuperado 27 de abril de 2024, de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/cirugia-abdominal>

Clínica Universidad de Navarra. (s. f.-b). *Complicación. Diccionario médico.*

<https://www.cun.es>. Recuperado 26 de abril de 2024, de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/complicacion>

Clínica Universidad de Navarra. (2023a). *Qué es signo.* <https://www.cun.es>.

<https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/signo>

Clínica Universidad de Navarra. (2023b). *Qué es síntoma.* <https://www.cun.es>.

<https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/sintoma>

Instituto Nacional de Estadística. (s. f.). *Glosario de Conceptos: Factor de riesgo.* Recuperado

26 de abril de 2024, de <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4583>

Instituto Vasco de Estadística. (s. f.). *Definición Nivel de instrucción.* Recuperado 27 de abril de

2024, de https://www.eustat.eus/documentos/opt_1/tema_80/elem_2376/definicion.html

Organización Mundial de la Salud. (2024, marzo 1). *Obesidad y sobrepeso.*

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Real Academia Nacional de Medicina. (2012). *Intraoperatorio.*

https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=intraoperatorio

ANEXO 01. Ficha de recolección de datos

“UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN”
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA

**“Características clínico-epidemiológicas y factores asociados a colecistectomía subtotal en
pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023”**

Ficha N°: _____		N° de HC: _____		
Régimen de ingreso				
<i>Emergencia</i>	()	<i>Electivo</i>	()	
Caso / Control				
<i>Caso</i>	()	<i>Control</i>	()	
Características clínicas				
<i>Síntomas</i>	Dolor abdominal	()		
	Nauseas/Vómito	()		
	Diarrea	()		
<i>Signos</i>	Signo de Murphy	()		
	Ictericia	()		
	Fiebre	()		
Características epidemiológicas				
<i>Edad</i>	_____ años	Joven (18 a 29 años)	()	
		Adulto (30 a 59 años)	()	
		Adulto mayor (≥60 años)	()	
<i>Sexo</i>	Femenino	()		
	Masculino	()		
<i>Procedencia</i>	Urbano	()	<i>Nivel de instrucción</i>	
	Rural	()		
				Primaria o menos
			Secundaria o menos	()
			Técnico	()
			Superior	()
			Ninguno	()
Factores asociados				
<i>Peso</i>	_____ kg	<i>Talla</i>	_____ cm	
<i>Obesidad</i>	Si	()		
	No	()		
		Grado I	()	
		Grado II	()	
		Grado III	()	
		Mórbida	()	
<i>Hipertensión arterial</i>	Si	()		
	No	()		
<i>Antecedente de cirugía abdominal</i>	Si	()		
	No	()		
<i>Escala ASA</i>	ASA I	()		
	ASA II	()		
	ASA III	()		
	ASA IV	()		
	ASA V	()		
	ASA VI	()		
Colecistectomía subtotal (solo aplica para los casos)				
<i>Tipo</i>	Reconstructiva	()		
	Fenestrada	()		

ANEXO 02. Validación del instrumento por expertos



Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión

JUICIO DE EXPERTOS

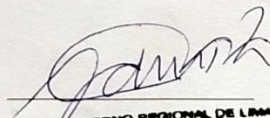
Estimado(a) Dr(a). Jose De los Rios Cabanillas, se presenta a usted el instrumento de recolección de datos del proyecto de investigación "Características clínico-epidemiológicas y factores asociados a la elección de colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023" para su revisión y sugerencias.

Agradeceré se sirva a marcar con un aspa su respuesta de acuerdo con lo que considere conveniente, así como, proporcionar aportes y observaciones. A continuación, la lista de cotejo con los criterios para su consideración.

CRITERIOS Y/O ÍTEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. El instrumento responde al planteamiento del problema	X		
2. El instrumento responde a los objetivos a investigar	X		
3. Las preguntas planteadas miden el problema planteado	X		
4. La estructura que presenta el documento es secuencial	X		
5. El diseño del instrumento facilita el análisis y procesamiento de los datos	X		
6. Las preguntas son claras y concisas	X		
7. El número de ítems es adecuado	X		
8. La redacción es buena	X		
9. Eliminaría algún ítem en el instrumento		X	
10. Agregaría algún ítem en el instrumento		X	

Sugerencias:

Firma y sello:


 GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE LIMA
 HOSPITAL HUACHO HUASNA, SPOSA, S.A.
 M.C. JOSÉ DE LOS RÍOS CABANILLAS
 C.M.P. N° 1487 R.H.E. N° 13290
 SERVICIO DE CIRUGÍA



Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión

JUICIO DE EXPERTOS

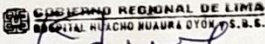
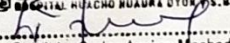
Estimado(a) Dr(a). Wilder Aguirre Machado, se presenta a usted el instrumento de recolección de datos del proyecto de investigación "Características clínico-epidemiológicas y factores asociados a la elección de colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023" para su revisión y sugerencias.

Agradeceré se sirva a marcar con un aspa su respuesta de acuerdo con lo que considere conveniente, así como, proporcionar aportes y observaciones. A continuación, la lista de cotejo con los criterios para su consideración.

CRITERIOS Y/O ÍTEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. El instrumento responde al planteamiento del problema	X		
2. El instrumento responde a los objetivos a investigar	X		
3. Las preguntas planteadas miden el problema planteado	X		
4. La estructura que presenta el documento es secuencial	X		
5. El diseño del instrumento facilita el análisis y procesamiento de los datos	X		
6. Las preguntas son claras y concisas	X		
7. El número de ítems es adecuado	X		
8. La redacción es buena	X		
9. Eliminaría algún ítem en el instrumento		X	
10. Agregaría algún ítem en el instrumento		X	

Sugerencias:

Firma y sello:



 M.C. Wilder Carlos Aguirre Machado
 C.M.F. N° 33088 R.N.E. N° 17201
 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA



Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrion

JUICIO DE EXPERTOS


Estimado(a) Dr(a). Gladys Montoya Giraldo, se presenta a usted el instrumento de recolección de datos del proyecto de investigación "Características clínico-epidemiológicas y factores asociados a la elección de colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023" para su revisión y sugerencias.

Agradeceré se sirva a marcar con un aspa su respuesta de acuerdo con lo que considere conveniente, así como, proporcionar aportes y observaciones. A continuación, la lista de cotejo con los criterios para su consideración.

CRITERIOS Y/O ÍTEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. El instrumento responde al planteamiento del problema	X		
2. El instrumento responde a los objetivos a investigar	X		
3. Las preguntas planteadas miden el problema planteado	X		
4. La estructura que presenta el documento es secuencial	X		
5. El diseño del instrumento facilita el análisis y procesamiento de los datos	X		
6. Las preguntas son claras y concisas	X		
7. El número de ítems es adecuado	X		
8. La redacción es buena	X		
9. Eliminaría algún ítem en el instrumento		X	
10. Agregaría algún ítem en el instrumento		X	

Sugerencias:

Firma y sello:


 GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
 HOSPITAL REGIONAL HUACHO IVIR Y S. S.
 GLADYS L. MONTAYA GIRALDO
 CIRUJANO GENERAL
 C.M.P. N° 20130 R.N.E. 14244

ANEXO 03. Matriz de consistencia

“Características clínico-epidemiológicas y factores asociados a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021 – 2023”

Problemas	Objetivos	Variables	Hipótesis	Metodología
<i>Problema general</i>	<i>Objetivo general</i>	<i>Variable independiente</i>	<i>Hipótesis general</i>	<i>Diseño metodológico</i>
¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas y factores asociados a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023?	Conocer las características clínico-epidemiológicas y los factores asociados a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023.	Colecistectomía subtotal: Reconstructiva Fenestrada	Hi: Existen características clínico-epidemiológicas y factores asociados a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023. H0: No existen características clínico-epidemiológicas y factores asociados a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023.	<i>Tipo:</i> Observacional, retrospectivo, transversal <i>Nivel:</i> Estudio analítico <i>Diseño:</i> Casos y controles
<i>Problemas específicos</i>	<i>Objetivos específicos</i>	<i>Variables dependientes</i>	<i>Hipótesis específicas</i>	<i>Población y muestra</i>
1) ¿Cuáles son las características clínicas asociadas a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023?	1) Determinar las características clínicas asociadas a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023.	Características clínicas: Síntomas Signos	Hi 1: Existen características clínicas asociadas a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023. H0 1: No existen características clínicas asociadas a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023.	Nuestra población serán los pacientes sometidos a colecistectomía en el Hospital Regional de Huacho entre los años 2021 a 2024.
2) ¿Cuáles son las características epidemiológicas asociadas a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023?	2) Determinar las características epidemiológicas asociadas a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023.	Características epidemiológicas: Edad Sexo Procedencia Nivel de instrucción	Hi 2: Existen características epidemiológicas asociadas a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023. H0 2: No existen características epidemiológicas asociadas a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023.	Se seleccionará una muestra de 52 casos y de 208 controles mediante muestreo aleatorio simple; siendo los casos: los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal; y los controles: los pacientes sometidos a colecistectomía convencional obtenidos mediante muestreo aleatorio simple.
3) ¿Cuáles son los factores asociados a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional	3) Determinar los factores asociados a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023.	Factores asociados: Obesidad Hipertensión arterial Diabetes mellitus Antecedente de cirugía abdominal Escala ASA	Hi 3: Existen factores asociados a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023. H0 3: No existen factores asociados a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023.	Técnicas de recolección de datos Se usará como instrumento una ficha de recolección de datos.

<p>de Huacho, 2021 – 2023? 4) ¿Qué tipo de colecistectomía subtotal fue más frecuentemente realizada en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023?</p>	<p>4) Determinar el tipo de colecistectomía subtotal fue más frecuentemente realizada en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023.</p>	<p>Hi 4: La colecistectomía subtotal reconstructiva fue más frecuentemente realizada en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023. H0 4: La colecistectomía subtotal fenestrada fue más frecuentemente realizada en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023.</p>	<p>Técnicas para el procesamiento de la información Para el procesamiento de datos se hará uso de programas como Microsoft Excel versión 2021 y Stata versión 16.</p>
--	---	--	--

ANEXO 04. Solicitud de permiso institucional**CARGO**

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

SOLICITO: Autorización para acceso a historias clínicas para realización de tesis

SEÑOR:

Dr. Edwin E. Suárez Alvarado
Director Ejecutivo
 Hospital Huacho Huaura Oyón y SBS

**Presente.-**

Yo, Solano Flores Sandra Stely, identificada con DNI N°72678693, con domicilio en AA.HH. Los Pinos Mx.W Lt.03 me presento respetuosamente ante Ud y expongo lo siguiente:


Que en mi condición de egresada de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión y ex - interna de Medicina Humana del Hospital Regional de Huacho, solicito a Ud. permiso para la revisión de historias clínicas y libro de registro de operaciones para la elaboración de mi tesis titulada “**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FACTORES ASOCIADOS A COLECISTECTOMÍA SUBTOTAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2021 – 2023**” para optar por el título profesional de Médico – Cirujano.

Adjunto:

1. Plan de tesis
2. Resolución Decanato N° 0273-2024-UGyT/FMH-UNJFSC - Designación de Jurado Evaluador
3. Documento de aprobación de proyecto de investigación
4. Matriz de consistencia
5. Instrumento de recolección de datos
6. Copia de DNI

Por lo expuesto, ruego acceda a mi solicitud.

Huacho, 20 de septiembre 2024


 SOLANO FLORES SANDRA STELY
 DNI N° 72678693
 Celular: 990198566
 Correo: esthreeef2@gmail.com

ANEXO 05. Autorización de revisión de historias clínicas



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

MEMORANDO N°363-2024-GRL-DIRESA-HHHO-SBS-UDEI

Unidad de Estadística e Informática
DOC.: 5738286
EXP: 3424407

A : M.I. LEONARDO VALLADARES ESPINOZA
 Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

ASUNTO : AUTORIZACION REVISION DE HISTORIAS CLINICAS

REF. : DOC.: 5697841/ EXP.: 5697841

FECHA : Huacho, 04 de octubre del 2024

Me dirijo a Usted, para saludarlo y en atención al documento de la referencia, emito opinión favorable para la revisión de historias clínicas a Doña: SOLANO FLORES SANDRA STELY identificada con DNI N° 72678693, egresado de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, con el fin de recopilar información para realizar su tesis.

Las coordinaciones se harán directamente con la interesada, sobre los días viables para la revisión de historias clínicas.

Sin otro particular, es todo cuanto tengo a bien informar para su conocimiento y fines.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
 HOSPITAL HUACHO HUACURA OTUN Y S.B.S.

[Signature]

LEONARDO VALLADARES ESPINOZA
 JEFE UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
 HOSPITAL HUACHO HUACURA OTUN Y S.B.S.

Ing. EDSON ANORE DGNAYRE UCHUYA
 C.I.P. N° 242703
 JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL HUACHO - RED HUACHO DE
 UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

04 OCT 2024

SECRETARÍA

[Signature]

UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

ANEXO 06. Constancia de revisión de historias clínicas



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

CONSTANCIA

REVISIÓN HISTORIAS CLÍNICAS

El que suscribe, jefe de la Unidad de Estadística e Informática del HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO-HUAURA OYÓN Y SBS, hace constar.

Mediante el presente hago constar que los datos registrados en el proyecto de tesis titulado **“Características clínico-epidemiológicas y factores asociados a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 - 2023”**, elaborado por la Bachiller de Medicina Humana SOLANO FLORES, SANDRA STELY, con DNI: 72678693, aspirante al título profesional de Médico Cirujano, fueron obtenidos de los archivos de Historias Clínicas del Hospital Regional de Huacho, los cuales son válidos y confiables para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Se expide la presente solicitud de la interesada para los fines que se estime pertinentes.

Huacho, 20 de septiembre del 2024.

Atte:


 GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
 HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO OYÓN Y S.B.S.
 Ing. EDSON ANDRADE DONAYRE UCHUYA
 D.N.I. N° 222783
 JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

ANEXO 07. Base de datos recolectado en Excel

Archivo Inicio Insertar Dibujar Disposición de página Fórmulas Datos Revisar Vista Ayuda PDFelement Comentarios Compartir

Portapapeles Pegar Fuente Alineación Número Estilos Celdas Edición

D267

Características clínico-epidemiológicas y factores asociados a colestectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 - 2023

Nº	Año	Muestra	Características epidemiológicas				Características clínicas		Factores asociados							Comorbilidades		
			Edad	Grupo etario	Sexo	Procedencia	Nivel de instrucción	Síntomas	Signos	Ingreso	T.E. (horas)	Leucocitosis	Diagnóstico pre-operatorio	Colestectomía	Peso (kg)	Talla (m)	IMC	DM2
1	2021	Caso	51	Adulto	F	Urbano	Secundaria	Dolor abdom Murphy +	Emergencia	3 meses	No	Colec. Crónica c	Subtotal reconstr.	80,00	1,55	33,30	No	No
2	2023	Caso	36	Adulto	F	Urbano	Secundaria	Dolor abdom Ninguno	Electiva	3 meses	Si	Colec. Crónica c	Subtotal reconstr.	63,00	1,58	25,24	No	No
3	2022	Control	29	Joven	F	Urbano	Secundaria	Dolor abdom Ninguno	Electiva	1 mes	No	Colec. Crónica c	Total	90,00	1,61	34,72	No	No
4	2021	Control	32	Adulto	F	Urbano	Secundaria	Dolor abdom Ninguno	Emergencia	1 mes	No	Colec. Crónica c	Total	74,00	1,60	28,91	No	No
5	2021	Control	34	Adulto	F	Urbano	Secundaria	Dolor abdom Ninguno	Emergencia	2 años	No	Colec. Crónica c	Total	91,00	1,53	38,87	No	No
6	2023	Control	41	Adulto	F	Urbano	Secundaria	Dolor abdom Ninguno	Electiva	15 meses	No	Colec. Crónica c	Total	69,00	1,57	27,99	No	No
7	2022	Control	40	Adulto	F	Urbano	Secundaria	Dolor abdom Ninguno	Electiva	2 meses	No	Colec. Crónica c	Total	93,00	1,52	40,25	No	No
8	2023	Control	40	Adulto	F	Urbano	Primaria	Dolor abdom Ninguno	Electiva	1 mes	No	Colec. Crónica c	Total	62,00	1,48	28,31	No	No
9	2023	Control	67	Adulto mayor	M	Rural	Ninguno	Dolor abdom Murphy +	Emergencia	2 semanas	Si	Colec. Aguda	Total	67,00	1,68	23,74	No	No
10	2023	Control	24	Joven	F	Urbano	Secundaria	Dolor abdom Ninguno	Emergencia	1 día	No	Colec. Crónica c	Total	56,00	1,50	24,89	No	No
11	2021	Control	27	Joven	F	Urbano	Secundaria	Dolor abdom Ninguno	Emergencia	3 años	No	Colec. Crónica c	Total	60,00	1,50	26,67	No	No
12	2023	Control	74	Adulto mayor	F	Urbano	Ninguno	Dolor abdom Murphy +	Emergencia	6 años	No	Pancreatitis agud	Total	45,00	1,40	22,96	No	No
13	2022	Control	32	Adulto	F	Urbano	Secundaria	Dolor abdom Ninguno	Electiva	2 meses	Si	Colec. Crónica c	Total	67,00	1,50	29,78	No	No
14	2022	Caso	44	Adulto	F	Rural	Ninguno	Dolor abdom Ninguno	Electiva	8 años	Si	Colec. Crónica c	Subtotal reconstr.	66,00	1,41	33,20	No	No
15	2022	Control	39	Adulto	M	Urbano	Secundaria	Dolor abdom Ninguno	Emergencia	1 mes	Si	Colec. Aguda	Total	70,00	1,74	23,12	No	No
16	2023	Control	27	Joven	F	Urbano	Superior	Dolor abdom Ninguno	Electiva	7 meses	No	Colec. Crónica c	Total	49,00	1,46	22,89	No	No
17	2021	Control	33	Adulto	F	Urbano	Ninguno	Dolor abdom Ninguno	Emergencia	1 año	No	Colec. Crónica c	Total	55,00	1,50	24,44	No	No
18	2021	Caso	48	Adulto	M	Urbano	Secundaria	Dolor abdom Ninguno	Emergencia	3 meses	No	Colec. Crónica c	Subtotal reconstr.	70,00	1,68	24,80	No	No
19	2021	Control	44	Adulto	M	Urbano	Secundaria	Dolor abdom Murphy +	Emergencia	3 semanas	No	Colec. Crónica c	Total	68,00	1,60	26,56	No	No
20	2022	Control	31	Adulto	F	Urbano	Secundaria	Dolor abdom Ninguno	Electiva	7 meses	No	Colec. Crónica c	Total	55,00	1,67	19,72	No	No
21	2021	Caso	45	Adulto	F	Rural	Secundaria	Dolor abdom Murphy +	Emergencia	3 días	Si	Colec. Aguda	Subtotal reconstr.	72,00	1,60	28,13	No	No

Hoja1

Accesibilidad: es necesario investigar 78%

Archivo Inicio Insertar Dibujar Disposición de página Fórmulas Datos Revisar Vista Ayuda PDFelement Comentarios Compartir

Portapapeles Pegar Fuente Alineación Número Estilos Celdas Edición

AA49

Características clínico-epidemiológicas y factores asociados a colestectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 - 2023

Ingreso	T.E. (horas)	Leucocitosis	Diagnóstico pre-operatorio	Colestectomía	Peso (kg)	Talla (m)	IMC	Factores asociados			Diagnóstico postoperatorio	Complicaciones	Mortalidad
								DM2	HTA quirúrgico abdominal	Antecedente ASA			
Emergencia	3 meses	No	Colec. Crónica c	Subtotal reconstr.	80,00	1,55	33,30	No	No	Si (apendicectomía)	2 Hidrocolecisto	Ninguna	No
Electiva	3 meses	Si	Colec. Crónica c	Subtotal reconstr.	63,00	1,58	25,24	No	No	Ninguno	2 CCC	Ninguna	No
Electiva	1 mes	No	Colec. Crónica c	Total	90,00	1,61	34,72	No	No	Ninguno	2 CCC	Ninguna	No
Emergencia	1 mes	No	Colec. Crónica c	Total	74,00	1,60	28,91	No	No	Si (cesarea)	2 CCC	Ninguna	No
Emergencia	2 años	No	Colec. Crónica c	Total	91,00	1,53	38,87	No	No	Si (cesarea)	2 CCC	Ninguna	No
Electiva	15 meses	No	Colec. Crónica c	Total	69,00	1,57	27,99	No	No	Ninguno	1 CCC	Ninguna	No
Electiva	2 meses	No	Colec. Crónica c	Total	93,00	1,52	40,25	No	No	Ninguno	2 CCC	Ninguna	No
Electiva	1 mes	No	Colec. Crónica c	Total	62,00	1,48	28,31	No	No	Ninguno	2 CCC	Ninguna	No
Emergencia	2 semanas	Si	Colec. Aguda	Total	67,00	1,68	23,74	No	No	Ninguno	2 Colectistitis subaguda	Ninguna	No
Emergencia	1 día	No	Colec. Crónica c	Total	56,00	1,50	24,89	No	No	Ninguno	1 CCC	Ninguna	No
Emergencia	3 años	No	Colec. Crónica c	Total	60,00	1,50	26,67	No	No	Ninguno	2 CCC	Ninguna	No
Emergencia	6 años	No	Pancreatitis agud	Total	45,00	1,40	22,96	No	No	Ninguno	2 CCC	Ninguna	No
Electiva	2 meses	Si	Colec. Crónica c	Total	67,00	1,50	29,78	No	No	Ninguno	1 CCC	Ninguna	No
Electiva	8 años	Si	Colec. Crónica c	Subtotal reconstr.	66,00	1,41	33,20	No	No	Si (cesarea)	2 Sd. Mirizzi	Ninguna	No
Emergencia	1 mes	Si	Colec. Aguda	Total	70,00	1,74	23,12	No	No	Ninguno	2 Colectistitis aguda	Ninguna	No
Electiva	7 meses	No	Colec. Crónica c	Total	49,00	1,46	22,89	No	No	Si (cesarea)	1 CCC	Ninguna	No
Emergencia	1 año	No	Colec. Crónica c	Total	55,00	1,50	24,44	No	No	Si (cesarea)	1 CCC	Ninguna	No
Emergencia	3 meses	No	Colec. Crónica c	Subtotal reconstr.	70,00	1,68	24,80	No	No	Ninguno	2 CCC	Ninguna	No
Emergencia	3 semanas	No	Colec. Crónica c	Total	68,00	1,60	26,56	No	No	Si (apendicectomía)	1 CCC	Ninguna	No
Electiva	7 meses	No	Colec. Crónica c	Total	55,00	1,67	19,72	No	No	Ninguno	1 CCC	Ninguna	No
Emergencia	3 días	Si	Colec. Aguda	Subtotal reconstr.	72,00	1,60	28,13	No	No	Si (splenectomía)	2 Hidrocolecisto	Ninguna	No

Hoja1

Accesibilidad: es necesario investigar 78%

ANEXO 08. Constancia de análisis estadístico y procesamiento de datos

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA
CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

HUACHO, 25 DE SETIEMBRE DEL 2024.

INFORME DE ASESORIA Y PROCESAMIENTO DE DATOS

DE: LIC. ESTD. MELVIN MICHAEL BARZOLA QUICHIZ

ASUNTO: ASESORIA ESTADÍSTICA DE TESIS

PRESENTE. -

Por medio de la presente hago mención que YO, El Lic. Melvin Michael Barzola Quichiz, con DNI 09612608 de Profesión Licenciado en Estadística declaro haber asesorado la tesis de Doña Sandra Stely Solano Flores, "Características clínico-epidemiológicas y factores asociados a colecistectomía subtotal en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Huacho, 2021 – 2023".

Los datos se codificaron en todas sus variables y se ingresaron en el Software Estadístico SPSS v25 para su procesamiento y análisis para la investigación del Tesista.

Atentamente,

Cc Archivo


COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERU
CONSEJO NACIONAL
MELVIN MICHAEL BARZOLA QUICHIZ
LIC. EN ESTADÍSTICA
C.O.F.E.P.E. 1297