

Factores asociados a
complicaciones postquirúrgicas
de colecistectomía en el
Hospital MINSA II - 1
Moyobamba, enero 2021 a
junio 2022

por Tonny Bryan Luis Tavera Villena

Fecha de entrega: 06-ene-2023 11:34a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1989253379

Nombre del archivo: TESIS_TAVERA_parafraseado.docx (3.82M)

Total de palabras: 12508

Total de caracteres: 72392



Esta obra está bajo una [Licencia
Creative Commons Atribución -
4.0 Internacional \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Vea una copia de esta licencia en
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>



Obra publicada con autorización del autor



1
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Tesis

**Factores asociados a complicaciones
postquirúrgicas de colecistectomía en el Hospital
MINSA II - 1 Moyobamba, enero 2021 a junio 2022**

8
Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autor:

Tonny Bryan Luis Tavera Villena
<https://orcid.org/0000-0002-0973-3732>

1

Asesor:

Blgo. Mblgo. M. Sc. Heriberto Arévalo Ramírez
<https://orcid.org/0000-0002-3252-6301>

Coasesor:

Dr. M.C. Chávez Castillo Brayain Admerly
<https://orcid.org/0000-0000-0000-0000>

Tarapoto, Perú

2022



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Tesis

**Factores asociados a complicaciones
postquirúrgicas de colecistectomía en el Hospital
MINSA II - 1 Moyobamba, enero 2021 a junio 2022**

8
Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autor

Tonny Bryan Luis Tavera Villena

17
Sustentado y aprobado el 03 de enero del 2023 por los jurados:

Presidente de Jurado

Méd. Mg. Raúl Pablo Alegre
Garayar

Secretario de Jurado

Méd. Manuel Isaac Pérez Kuga

Vocal de Jurado

Méd. Fredy Huamán Hidalgo

26

Asesor

Blgo. Mblgo. M. Sc. Heriberto
Arévalo Ramírez

Coasesor (opcional)

M.C. Chávez Castillo Brayain
Admerly

Tarapoto, Perú
2022

³²
Constancia de asesoramiento

El que suscribe el presente documento, hace constar

Que, se ha ¹revisado y corregido el proyecto de tesis titulado: Factores asociados a complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, enero 2021 a junio 2022; al bachiller Tonny Bryan Luis Tavera Villena

Por lo que doy conformidad para los trámites correspondientes.

Tarapoto 6 de enero del 2023

Blgo. Mblgo. M. Sc. Heriberto
Arévalo Ramírez
Docente adscrito al DAMH
asesor

M.C. Chávez Castillo Brayain Admerly
Co-Asesor

Declaratoria de autenticidad

Tonny Bryan Luis Tavera Villena, con DNI N° 70818082, egresado de la Escuela Profesional de medicina humana de la Universidad Nacional de San Martín, autor de la tesis titulada: **Factores asociados a complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, enero 2021 a junio 2022**

Declaramos bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de mi autoría.
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencia de las fuentes bibliográficas consultadas
3. Toda información que contiene la tesis no ha sido plagiada;
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumo bajo responsabilidad las consecuencias que deriven de mi accionar, sometiéndome a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín.

Tarapoto, 06 de enero del 2023.



Tonny Bryan Luis Tavera Villena
DNI N° 70818082

Ficha de identificación

| | |
|--|--|
| <p>Título del proyecto</p> <p>Factores asociados a complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba enero 2021 a junio 2022</p> | <p>21</p> <p>Área de investigación: Ciencia</p> <p>Línea de investigación: Servicios de salud pública</p> <p>Sublínea de investigación: Enfermedades transmisibles y no transmisibles.</p> <p>Grupo de investigación (indicar resolución): Adultos</p> <p>Tipo de investigación: Básica</p> <p>Básica <input checked="" type="checkbox"/>, Aplicada <input type="checkbox"/>, Desarrollo experimental <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Autor:</p> <p>Tonny Bryan Luis Tavera Villena</p> | <p>Facultad de Medicina Humana</p> <p>Escuela Profesional de Medicina Humana</p> <p>https://orcid.org/0000-0002-0973-3732</p> |
| <p>Asesor:</p> <p>Blgo. Mblgo. M. Sc. Heriberto Arévalo Ramírez</p> | <p>Dependencia local de soporte:</p> <p>Facultad de Medicina Humana</p> <p>Escuela Profesional de Medicina Humana</p> <p>Unidad o Laboratorio Medicina Humana</p> <p>https://orcid.org/0000-0002-3252-6301</p> |
| <p>Coasesor:</p> <p>M.C. Chávez Castillo Brayain Admerly</p> | <p>Contraparte científica:</p> <p>Facultad o Institución: Medicina humana</p> <p>Unidad o Laboratorio: Medicina humana</p> <p>País: Perú</p> <p>https://orcid.org/0000-0000-0000-0000</p> |

Dedicatoria

Mis padres han sido un apoyo firme y constante en mi desarrollo personal y profesional, consejos en los buenos y malos momentos de la vida, quienes siempre estarán conmigo con su sabiduría, y mi hija siempre ha sido mi gran motivación.

Agradecimiento

Dios, ya que todo comienza y termina en ti, ninguna meta se lograría sin tu bondad.
Gracias por el amor, la salud y los sueños realizados, gracias por las maravillosas experiencias, por ser el guía y la guía definitiva en nuestras vidas.

Mi familia, que siempre me ha apoyado en cada nueva etapa de mi vida, mis padres, mi hermano y mi amada hija, son las personas muy importantes para mí, me han dado grandes e importantes enseñanzas, son los principales protagonistas de este sueño logrado.

1 Índice general

| | |
|---|-----------|
| Ficha de identificación | 6 |
| Dedicatoria | 7 |
| Agradecimiento | 8 |
| Índice general | 9 |
| Índice de tablas | 11 |
| Índice de imagen | 12 |
| RESUMEN | 13 |
| ABSTRACT | 14 |
| CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN | 15 |
| 1.1. Marco general del problema | 15 |
| 1.2. Formulación del problema de investigación | 16 |
| 1.3. Hipótesis de investigación | 16 |
| 1.4. Objetivos | 17 |
| 2 CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO | 18 |
| 2.1. Antecedentes de la investigación | 18 |
| 2.2. Fundamentos teóricos | 21 |
| CAPÍTULO III MATERIALES Y MÉTODOS | 32 |
| 3.1. Ámbito y condiciones de la investigación | 32 |
| 3.1.1 Contexto de la investigación | 32 |
| 3.1.2 Periodo de ejecución | 32 |
| 3.1.3 Autorizaciones y permisos | 32 |
| 3.1.4 Aplicación de principios éticos internacionales | 32 |
| 3.2. Sistema de variables | 33 |
| 3.2.1 Variables principales | 33 |
| Descripción de variables del objetivo específico N°1 | 33 |
| 2 Descripción de variables del objetivo específico N°2 | 33 |
| Descripción de variables del objetivo específico N°3 | 33 |

| | |
|---|----|
| | 10 |
| 2 3.3. Diseño de la investigación..... | 34 |
| 3.3.1 Tipo y nivel de la investigación | 34 |
| 3.3.2 Población y muestra | 35 |
| 3.3.3 Diseño muestral | 35 |
| 3.4. 17 Procedimientos de la investigación | 36 |
| CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 39 |
| CONCLUSIONES | 48 |
| RECOMENDACIONES | 49 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 50 |
| ANEXOS | 57 |

Índice de tablas

| | |
|---|----|
| Descripción de variables del objetivo específico N°1 | 33 |
| Descripción de variables del objetivo específico N°2 | 33 |
| Descripción de variables del objetivo específico N°3 | 33 |
| Tabla 1. Complicaciones postoperatorias frecuentes en colecistectomía laparoscópicas | 39 |
| Tabla 2. Complicación postquirúrgica en colecistectomía laparoscópica con el grupo etario. | 40 |
| Tabla 3. Complicación postquirúrgica en colecistectomía laparoscópica con el sexo. | 41 |
| Tabla 4. Complicación postquirúrgica en colecistectomía laparoscópica con las comorbilidades..... | 42 |
| Tabla 5. complicación postquirúrgica en colecistectomía laparoscópica con el tiempo operatorio..... | 44 |
| Tabla 6. complicación postquirúrgica en colecistectomía laparoscópica con su condición de la vesícula..... | 45 |
| Tabla 7. complicación postquirúrgica en colecistectomía laparoscópica con el tipo de herida..... | 46 |
| Operacionalización de variables..... | 59 |

Índice de imagen

| | | |
|----------|---|----|
| Imagen1. | Escala de dolor EVA (escala visual análoga) | 21 |
|----------|---|----|

RESUMEN

1 Factores asociados a complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, enero 2021 a junio 2022

6 La enfermedad litiasica vesicular es una de las patologías más frecuentes del aparato digestivo, y afecta a una gran población del mundo, por lo que la colecistectomía es una de las intervenciones que se practica con mayor frecuencia en los hospitales.

La presente investigación tiene por objetivo **1** determinar los factores asociados a complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía laparoscópica en el Hospital II - 1 Moyobamba, enero 2021 a junio 2022.

La investigación que se llevó a cabo es **18** de tipo básico, correlacional porque mide el grado de relación que exista entre dos o más variables, no experimental y **8** transversal, la muestra estuvo constituido por los pacientes con diagnóstico de patología biliar post colecistectomizados laparoscópicamente.

Los resultados fueron que el dolor moderado postoperatorio es la complicación inmediata más frecuente y representa la mayoría (63.6%), seguido por náuseas y/o vómitos (19.7%), ictericia (6.1%); eventración (4.5%) y finalmente coledocolitiasis residual e ISO (3%); el factor que se relacionó con el paciente fue el género con predominio de náuseas y/o vómitos en mujeres, su chi cuadrado 0,022 y su v de Cramer 0,281; ictericia en varones con un chi cuadrado de 0.010 y un v de Cramer 0,317. **1** Los factores relacionados con la cirugía fueron la condición de la vesícula en predominio de supurada por ISO con un chi cuadrado de 0.001 y un v de Cramer 0,559 y el tipo de herida operatoria que predominó la limpia contaminada por ISO con un chi cuadrado de 0.001 y su v de Cramer 0.568.

1 Conclusión: las complicaciones postoperatorias de colecistectomía dependen en menor grado de factores relacionados con el paciente y en gran medida de los factores relacionados con la cirugía.

Palabras clave: Asociación, paciente, cirugía, colecistectomía, complicaciones postoperatorias.

ABSTRACT

Factors associated with postsurgical complications of cholecystectomy at MINSA II Hospital - 1 Moyobamba, January 2021 to June 2022

⁶ Vesicular lithiasic disease is one of the most frequent pathologies of the digestive system, and affects a large population of the world, so cholecystectomy is one of the interventions that is practiced most frequently in hospitals.

This research ⁴ aims to determine the factors associated with postsurgical complications of laparoscopic cholecystectomy at Hospital II - 1 Moyobamba, January 2021 to June 2022.

⁴⁷ The research that was carried out is of a basic type, correlational because it measures the degree of relationship that exists between two or more variables, non-experimental and cross-sectional, ³³ the sample was constituted by patients with a diagnosis of biliary pathology post cholecystectomizados laparoscopically.

The results were that moderate postoperative pain is the most frequent immediate complication and represents the majority (63.6%), followed by nausea and/or vomiting (19.7%), jaundice (6.1%); eventration (4.5%) and finally residual choledocholithiasis and ISO (3%); the factor that was related to the patient was the gender with a predominance of nausea and/or vomiting in women, its chi square 0.022 and its v of Cramer 0.281; Jaundice in males with a chi square of 0.010 and Cramer's v 0.317. The factors related to surgery were the condition of the gallbladder, predominantly suppurated by ISO with a chi square of 0.001 and Cramer's v 0.559, and the type of surgical wound that was predominantly clean contaminated by ISO with a chi square of 0.001 and his Cramer's v 0.568.

¹ Conclusion: Postoperative complications of cholecystectomy depend to a lesser degree on patient-related factors and to a large extent on factors related to surgery.

Key words: Association, patient, surgery, cholecystectomy, postoperative complications.

2 CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN

1.1. Marco general del problema

1 Una **colecistectomía** es un procedimiento quirúrgico comúnmente utilizado como **tratamiento** en **litiasis biliar** y otras afecciones que requiera ²³ la **extracción de la vesícula biliar** (1).

El procedimiento operatorio se realiza de dos formas o técnicas: la colecistectomía laparoscópica (CL), que requiere solo cuatro pequeñas incisiones que utilizan un trocar y una diminuta cámara para guiar al cirujano durante todo el proceso (2) y la colecistectomía convencional, no se consideró en el estudio. La colecistectomía laparoscópica es muy utilizada en el Hospital II-1 Moyobamba.

La complicación postoperatoria tiene factores de riesgo relacionados, factores intrínsecos o propios del paciente, el sexo femenino predomina su frecuencia en esta enfermedad de la vesícula (3). Al contrario del sexo masculino, son los menos frecuentes en intervenciones quirúrgicas y complicaciones; los ancianos o pacientes geriátricos, menciona la literatura que tienen el mayor número de comorbilidades, por ejemplo: las enfermedades cardiovasculares, problema hepático o neoplasias. Igualmente hay factores extrínsecos o externos que se asocian al acto quirúrgico, el tiempo operatorio, la condición de la vesícula (normal, edematoso, fibrosado, supurado y gangrenado) y según la herida operatoria (limpia, limpia contamina, sucia y contaminada) (4).

Las complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía laparoscópica son poco frecuentes, siendo algunas tenues y otras más graves (5). En la actualidad, las complicaciones después de la colecistectomía laparoscópica todavía ocurren en una parte de las personas que se someten a cirugía, inmediatamente o, a menudo, unos días, incluso semanas después del procedimiento (6).

14 Las complicaciones postoperatorias son comunes en la **colecistectomía laparoscópica**, realizada en el Hospital II-1 Moyobamba, debido principalmente a esta técnica, que es la más utilizada en este hospital (7).

Estas complicaciones quirúrgicas se han conocido por su invaluable investigación internacional y nacional más no locales y se clasifican en niveles del I al V de

acuerdo con las clasificaciones de Claven y Dindo (8). La más común y frecuente son de grado tipo I y tipo II, cataloga (dolor moderado – intenso) y los vómitos que se puede controlar fácilmente. Los niveles siguientes como el tipo III, tipo IV y tipo V, encontramos fuga de contenido biliar, sangrado, infección en sitio de operación (ISO), traumatismo anatómico cercano al hígado, al conducto biliar, arterias de irrigación sanguíneo, a nivel de los intestinos y otros que comprometan la vida del paciente e incluso dejar secuelas (9).

Asimismo, las complicaciones posteriores a la anestesia también se clasifican como complicaciones posteriores a la cirugía, esto va depender del tipo de anestesia utilizada (general o raquídea), se puede esperar una lesión en medula, cefalea, traumatismo respiratorio, neumonía, etc (9).

Hoy en día carecemos de estudios que se relacionen los factores del paciente y la cirugía con las complicaciones posteriores de colecistectomía laparoscópica en el Hospital II-1 Moyobamba y existen muy pocos estudios a nivel nacional; el motivo de realizar este trabajo es que las complicaciones se observan en el hospital con relativa frecuencia y así contribuir a la salud general de la población, una mejor y más rápida recuperación del paciente después de su cirugía.

1.2. Formulación del problema de investigación

¿Cuáles son los factores asociados a complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía laparoscópica en el Hospital II - 1 Moyobamba, enero 2021 a junio 2022?

1.3. Hipótesis de investigación

1.3.1. Hipótesis general

H_i: Existen factores asociados a complicaciones postquirúrgicas en colecistectomía laparoscópica en el Hospital II - 1 Moyobamba, enero 2021 a junio 2022.

H₀: No existen factores asociados a complicaciones postquirúrgicas en colecistectomía laparoscópica en el Hospital II - 1 Moyobamba, enero 2021 a junio 2022.

1.3.2. Hipótesis específicas

H₁: El dolor moderado a severo es el tipo de complicación postoperatoria más frecuente de colecistectomía laparoscópica.

H₂: Los factores relacionados con el paciente (género, edad y comorbilidades) están asociados a complicaciones postoperatorias de colecistectomía laparoscópica.

H₃: Los factores relacionados con la cirugía (tiempo operatorio, hallazgos de la vesícula biliar y tipo de herida) están asociados a complicaciones postoperatorias de colecistectomía laparoscópica.

14

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Conocer los factores asociados a complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía laparoscópica en el Hospital II - 1 Moyobamba, enero 2021 a junio 2022.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Determinar si el dolor moderado es la complicación inmediata más frecuente de colecistectomía laparoscópica en el Hospital II - 1 Moyobamba, enero 2021 a junio 2022.
2. Identificar los factores relacionados con el paciente (género, edad y comorbilidades) asociados a complicaciones postoperatorias de colecistectomía laparoscópica en el Hospital II - 1 Moyobamba, enero 2021 a junio 2022.
3. Identificar los factores relacionados con la cirugía (tiempo operatorio, condición de la vesícula y tipo de herida) asociados a complicaciones postoperatorias de colecistectomía laparoscópica en el Hospital II - 1 Moyobamba, enero 2021 a junio 2022.

34 CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Antecedentes Internacionales.

Cajas (2018), llevo a cabo su investigación titulada "Factores asociados a la complicación de heridas postquirúrgicas. Cirugía General, Hospital General IESS Milagro 2018", con el propósito de describir los factores asociados a las complicaciones de herida postquirúrgica, realizó un estudio tipo cuantitativo, que es de tipo descriptiva y correlacional, con un diseño no experimental, de corte transversal, empleando como técnica la observación, en donde se mostró que el principal tipo de herida fue la de cirugía general, y en donde concluye que una mala higiene de manos es la principal complicación que provoca infección (10).

Romero (2018), presento su investigación titulado "Cuáles son las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica electiva en el hospital salvador bienvenido Gautier en el periodo noviembre 2017 – abril 2018", cuyo objetivo fue dedicado a los pacientes que luego de realizarse una colecistectomía laparoscópica de forma electiva, mostraron complicaciones, en donde de encontró que el 88% de estas complicaciones fueron en el sexo femenino, el 83.3% con una edad oscilante entre 26 y 35 años ; por último el 88.8% fueron complicaciones por un tiempo quirúrgico mediato (11).

Zambrano (2019), realizo un estudio titulado "Complicaciones postquirúrgicas tempranas en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica electiva en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo enero 2017 a enero 2019", con el objetivo de fijar aquellas complicaciones postquirúrgicas tempranas que se dan en forma reiterada y factores que se asocian a la colecistectomía laparoscópica, con un método de estudio retrospectivo, descriptivo, observacional con un enfoque cuantitativo no experimental, en donde se concluye que la hemorragia fue la complicación que más prevaleció

en aquellos pacientes que presentaron una pared de vesícula engrosada, al presentar $p < 0.05$ (12).

Henríquez et al. (2020), presentó un estudio titulado "Complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía laparoscópica, Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, junio 2018-junio 2019" cuyo objetivo fue señalar la frecuencia y motivos de complicaciones posteriores a la cirugía de tipo colecistectomía laparoscópica, en donde utilizo un estudio observacional descriptivo, con un corte transversal, y una fuente retrospectiva en donde se mostró como conclusión que 19 pacientes tuvieron complicaciones, con una tasa de 3.1%. así como que los pacientes femeninos fueron las que más presentaron dichas complicaciones con edad oscilante de 26 y 30 años (13).

Romero (2021), realizó un estudio titulado "asociación entre los factores socioeconómicos y las complicaciones post operatorias de la colecistectomía"; en donde tomo en cuenta a los factores sociales y factores económicos influyen en las posibles complicaciones posteriores a una colecistectomía, en el que obtuvo que los pacientes de sexo femenino presentan mayor riesgo de mostrar alguna complicación posterior a la cirugía, con una similitud en pacientes con edad mayor. Fue un estudio observacional, analítico con un enfoque cuantitativo (4).

Yegros et al. (2021), publicó un artículo titulado "Complicaciones de las colecistectomías video laparoscópicas en adultos en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional – Itauguá" con la finalidad de ¹⁰identificar las complicaciones que se ²⁴presentan en forma repetitiva en el tipo de cirugía ya mencionado. Empleando un estudio observacional, tipo descriptivo, con un corte transversal y retrospectivo. En donde ^{de}determina que los ^{pacientes}femeninos presentan complicaciones por presentar una mayor proporción en el universo, también dio a conocer que los residentes presentan levemente mayor tasa de complicaciones que los cirujanos especialistas (14).

Antecedentes Nacionales

Choque (2019), realizó un estudio de investigación sobre "complicaciones post operatorias en pacientes colecistectomizados del servicio de cirugía general del hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo de enero a diciembre del 2018", este estudio tuvo como objetivo agrupar diversos factores como lo son el sexo, edad, factores de riesgo, tipo de operación y operación realizada, se revisaron 433 historias clínicas, en donde se determina a la edad como factor que se relaciona con las complicaciones posteriores a la cirugía $p < 0,5$ (15).

Venegas (2020), publicó un estudio titulado "Factores asociados a complicaciones post colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar en el Servicio de cirugía general del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, enero a diciembre del 2019", teniendo como finalidad identificar los factores que se asocian a complicaciones posteriores a colecistectomía tipo laparoscópica, con un estudio retrospectivo, descriptivo, analítico, observacional. En donde se determina a la edad, estado nutricional y factores de riesgo como elementos asociados a complicaciones posteriores a la cirugía (16).

Ramos (2020), publicó su estudio titulado "Factores asociados a complicaciones post Colecistectomía laparoscópica en el Hospital San José del Callao, 2018", de tipo observacional, analítico, retrospectivo de tipo caso y controles, analizando 43 casos y 86 controles, en donde se determina que la edad de los pacientes, su estado nutricional, factores de riesgo, la misma cirugía (tipo de cirugía y complicaciones dentro del ambiente operatorio) se asocian con las complicaciones posteriores a Colecistectomía laparoscópica (17).

Ellis, Gálvez (2021), llevaron a cabo la investigación en Lima denominada "factores asociados a colecistectomía laparoscópica difícil y evaluación del score de spreclad en pacientes atendidos en el hospital militar central desde 2017 al 2020", cuya finalidad fue identificar los factores asociados a una colecistectomía de tipo laparoscópica considerada difícil y estimar la exactitud diagnóstica utilizando el score spreclad (predecir dicha intervención en pacientes atendidos), con un estudio observacional, analítico, de cohorte

histórica y evaluación de test diagnóstico, determinando que la prevalencia de la colecistectomía laparoscópica considerada difícil fue baja con un 8.51%. No se encontraron factores asociados al desarrollo de la misma. El score de spreclad es un instrumento utilizado para determinar la predicción de casos de colecistectomía considerado difícil, en donde sus puntos de corte deben ser reevaluados (18).

Antecedentes Locales.

No se pudo encontrar trabajos relacionados con el tema en la región de San Martín

2.2. Fundamentos teóricos

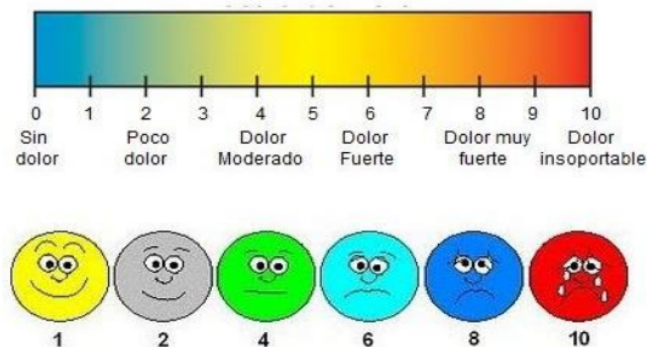
COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS.

Es la posibilidad de que ocurra una respuesta local (en la herida) o sistémica (generalizado) posterior a un procedimiento quirúrgico que pueda dilatar el tiempo de recuperación, así como también poner en riesgo la vida.

Dolor postoperatorio

Se utiliza la escala visual análoga, es un instrumento que consiste en medir el dolor utilizando una línea recta con dos extremos, en una se coloca la ausencia de dolor y en el otro el peor dolor, divididos desde el número 1 al número 10.

Imagen1. Escala de dolor EVA (escala visual análoga)



Según la sociedad americana de anestesiología, el dolor post operatorio es el dolor que le ocurre al paciente en relación con la cirugía laparoscópica y sus complicaciones, o una combinación de ambos, caracterizada comúnmente por un dolor agudo, limitado en el tiempo, predecible y evitable (19). La incidencia de dolor postoperatorio es variable, según estudios el 20% de los pacientes sometidos a una cirugía laparoscópica presentan dolor considerado moderado – severo dentro de las primeras 24 y 48 horas considerado un dolor postoperatorio inmediato, así como un 2.7% presentan un dolor persistente, al alta y después del alta (19). Un buen alivio del dolor es un indicador de buena atención clínica y calidad médica; esto es importante como parte de la atención postoperatoria (20).

Vómitos

El vómito postoperatorio es una complicación común de la cirugía. En muchos casos se resuelven solos y rara vez se acompañan de complicaciones graves como deshidratación, alteraciones hidroelectrolíticas, dehiscencia de herida, aspiración pulmonar, etc.; provocando un impacto en la calidad de vida de los pacientes, costos de medicamentos y estancias prolongadas hospitalarias para el sistema de salud. Suceden en un 20 a 30%, y esto hace que dilate la salida del paciente en 20 minutos, en algunos casos el reingreso de aquellos que tuvieron una cirugía de tipo ambulatoria (21).

Los vómitos aumentan el riesgo de aspiración y pueden estar asociados con eventración, separación de suturas y algunas otras complicaciones (21).

Infección de sitio operatorio

Las infecciones del sitio operatorio (ISO) se denominan así a las posibles infecciones que se relacionen con la atención médica y contribuyen a aumentar las estadías hospitalarias y los costos de atención médica. su incidencia es más alta después de la colecistectomía a cielo abierto que la colecistectomía laparoscópica, presentando tasas que van del 1,1 % y 8,4 % frente a 0,3 % - 3,4 % después de la colecistectomía laparoscópica (22).

El riesgo de infección posterior a la colecistectomía es mayor en aquellos pacientes de sexo masculino > 60 años, con nivel socioeconómico bajo y con comorbilidades como diabetes, enfermedad cardiopulmonar, cirrosis, inmunodeficiencia y desnutrición (22).

Ictericia Postquirúrgica

La ictericia colestásica después de la colecistectomía es una enfermedad muy peligrosa, la más común es la obstrucción del drenaje biliar debido a una de las siguientes causas (en orden de frecuencia): espasmo papilar, litiasis coledociana impactada y lesión de la vía biliar principal. Sobre todo, cuando la colecistectomía laparoscópica se realiza de manera urgente en el contexto de una colecistitis aguda (20).

Eventraciones

la eventración a nivel de los orificios de los trocares laparoscópicos (EOT) es quizás la complicación más común, asociada con todos los tipos de cirugía laparoscópica y hay poca literatura sobre cómo evitarla o minimizarla (23).

Coledocolitiasis residual

La relación entre la colecistitis crónica por litiasis y coledocolitiasis es de alrededor del 15%. La relación que se da entre colecistitis aguda y coledocolitiasis podrían llegar a 25 %. Por lo general, los cálculos biliares se forman en la vesícula biliar (24).

En un paciente después de una colecistectomía, coledocolitiasis pueden detectarse en el período posoperatorio tardío, lo cual es relevante la sospecha o el diagnóstico de coledocolitiasis coexistentes durante la cirugía. En este caso, estamos hablando de coledocolitiasis residual cerrado. Si se detectan coledocolitiasis en el postoperatorio en un paciente que se sometió a una colecistectomía además de una coledocostomía, y por lo tanto lleva un tubo en forma de T puesto en el colédoco, es llamado coledocolitiasis residual abierta. Se habla de coledocolitiasis cerrada de neoformación a aquel paciente que se someto a un procedimiento en el cual han pasado varios años. También se asocia ictericia o colangitis como complicación a aquellas relacionadas con obstrucción (24).

FACTORES ASOCIADOS

se dividen:

FACTORES INTRÍNSECOS.

Factores relacionados con el paciente, como lo son:

Género

Según diversos estudios, los pacientes de sexo femenino son los que presentan patología biliar con litiasis con mayor frecuencia, porque sus cuerpos producen más estrógeno; por lo tanto, este género tiene un mayor factor de riesgo para la colecistectomía, y también será la causa más común de complicaciones después de la colecistectomía (25).

Edad

El paciente anciano mayor de 60 años se ha descrito como un factor asociado a complicaciones intraoperatorias y postoperatorias, agregándose con comorbilidades o antecedentes médicos (26).

Comorbilidades y antecedentes patológicos

Es un factor que llega a afectar en muchos aspectos al paciente en relación con las comorbilidades (diabetes, obesidad, embarazo múltiple, alcoholismo), antecedentes familiares (con enfermedad de vías biliares), aumenta el riesgo de padecer factor asociado a complicación post quirúrgica (27).

FACTORES EXTRÍNSECOS.

Factores relacionados con la cirugía como lo son:

Tiempo operatorio

La duración o el tiempo de la intervención influye el riesgo operativo. Todo esto va a depender de la técnica quirúrgica para sacar pus, abscesos, tejido muerto, manipular órganos sin causar más daño, es importante en la cirugía. Otro factor importante es la experiencia del cirujano para tomar la decisión más adecuada

durante la cirugía o en caso de una emergencia que pueda presentar durante ese procedimiento (28).

¹⁸
Condición de la vesícula biliar.

En algunos pacientes sintomáticos que se sometieron a colecistectomía, los hallazgos laparoscópicos fueron similares a los observados en casos electivos, como inflamación leve y adherencias. Por el contrario, algunos pacientes asintomáticos tienen un gran componente inflamatorio acompañado de un edema severo que dificulta la cirugía, es decir, una colecistitis aguda "súbita". Dentro de la colecistectomía laparoscópica están incluidas los siguientes diagnósticos: colecistitis aguda severa, pielocolecisto, hidrocolecisto, gangrena vesicular, la vesícula escleroatrófica, así como también a aquel paciente cirrótico con hipertensión o insuficiencia portal, que son factores que de alguna u otra forma podrían interferir en que se produzcan complicaciones posteriores a la cirugía, ya que se relacionan con ella. La colecistectomía laparoscópica considerada difícil está incluyen a la perforación de la vesícula biliar, colecistitis granulomatosa xantogranulomatosa, vesícula en porcelana, síndrome de Mirizzi, fistula vesicoenterica y por último la colecistectomía en el sexo masculino debida a cambios anatómicos (29).

Tipo de herida operatoria

Cirugía limpia: aquella en la que no se extiende a ningún órgano o sistema (respiratorio, digestivo, genitourinario, etc.), en forma general se trata de cirugías en su mayoría electivas (mastectomía, tiroidectomía, hernias, etc.) y son heridas quirúrgicas que no se infectan (30).

Cirugía limpia – Contaminada: aquella en la que se evidencia invasión en un órgano o sistema con mínima contaminación. Por ejemplo: cirugía de vías biliares, apendicitis no purulenta, cesárea, cirugía vaginal, etc (30).

Cirugía contaminada: aquellas en las que han realizado apertura de órganos o sistemas de forma traumática (arma de fuego, punzocortantes) o de forma accidental sin técnica estéril, que tienen un tiempo de evolución menor a 4 horas (30).

Cirugía sucia: Operaciones que encuentran secreción purulenta o tejido muerto. La formación de procesos infecciosos con exudado purulento provoca la formación de fístulas o uniones de rafia por falta de tejido. La hiperosmolaridad de las bacterias y los tejidos inflamados provocan acumulación de líquido en la cavidad (30).

Colecistitis.

Considerado como ²³ una inflamación de la vesícula biliar, pudiendo ser aguda o crónica (31).

Colecistitis aguda

⁸ Es la inflamación en la pared vesícula biliar, siendo considerada la causa más común de dolor abdominal agudo, presentándose su manifestación frecuente en el grupo de edad mayor a 50 años y en mayor porcentaje en mujeres. La presentación más frecuente de colecistitis aguda es la litiasis biliar (90%) (32).

Existen factores que pueden estar relacionados con el avance de esta patología, como la obstrucción (grado y duración). Si se presenta solo con un cólico biliar, se relación con una obstrucción breve y parcial. En el caso de un aumento de presión en las venas, irritación de mucosas, la reacción inflamatoria aguda se activada, elongando la pared vascular y como resultado reduce el flujo de sangre en la pared, se trata de una obstrucción completa y prolongada (31).

Colecistitis Crónica

Se presenta en su mayoría secundaria a la presencia de cálculos biliares y relacionado con episodios previos a colecistitis aguda (a veces leve). Puede presentar desde una inflamación ¹² leve de las células inflamatorias crónicas y progresar a fibrosis de la vesícula biliar (reducción del tamaño). se denomina vesícula biliar de porcelana a la calcificación extensa de la vesícula debido a la fibrosis (32).

Anatomía de la Vesícula Biliar.

La vesícula biliar es un pequeño órgano situado justo debajo del hígado, concretamente en los segmentos 4b y 5 del hígado. La vesícula biliar puede llegar a medir hasta 10 centímetros de largo con un líquido digestivo llamado bilis, que se secreta en el intestino delgado y puede contener hasta 50 mililitros de líquido biliar, expandiéndose considerablemente para acomodar hasta 300 mililitros. La vesícula biliar se divide en cuatro regiones anatómicas: fondo, cuerpo, infundíbulo y cuello (33).

El suministro de sangre a la vesícula biliar proviene de la arteria cística, alrededor del 90 % originada en la arteria hepática derecha, y el retorno venoso a través de la vena cística, que lleva la sangre de regreso a la vena porta. (33) El triángulo hepatocístico (triángulo de Calot) es un punto de referencia quirúrgico formado por el conducto cístico lateralmente, el conducto hepático común medialmente y el borde superior del hígado (31).

Epidemiología.

La incidencia más alta de cálculos biliares se presenta en los nativos americanos y afecta aproximadamente al 10 % de la población. (34) se ha demostrado con el aumento de edad de evidencia la presencia de cálculos en la vesícula biliar. Con un 20% en adultos >40 años y con un 30% adultos >70 años tienen cálculos biliares. Con una proporción de mujeres y hombres es de aproximadamente 4:1, y la brecha de género se está reduciendo a un nivel casi igual en el envejecimiento de la población (35). Los factores de riesgo para la formación de cálculos biliares son la obesidad, la diabetes, el estrógeno y el embarazo, la enfermedad hemolítica y la cirrosis hepática. Por otro lado, están los pacientes con una drástica pérdida de peso o en ayuno prolongado son más propensos a desarrollar cálculos biliares secundarios a estasis biliar. "Latinoamérica es una región con alta incidencia (35).

Las tasas de complicaciones según estudios internacionales oscilan entre el 1,3 y el 11,2 % con la colecistectomía laparoscópica y según estos estudios, la tasa de lesión laparoscópica de las vías biliares principales es del 0,5 % en comparación con la colecistectomía abierta, es decir, 0,1 hasta 0,2% (35).

Etiopatogenia.

La presencia de cálculos suelen ocurrir cuando la bilis llega al límite de su solubilidad. Se forman cristales al acumular bilis en la vesícula biliar al sobresaturar y luego de precipitarse. Estos cristales, a su vez, se asientan en la mucosidad de la vesícula biliar, lo que da lugar a la formación de sedimentos biliares, que luego se convierten en cálculos. Con el tiempo, crecen y forman grandes litos. Las complicaciones de los cálculos biliares son una consecuencia directa de la obstrucción del árbol hepático. La causa más común de cálculos biliares es la precipitación de colesterol, que luego se convierte en cálculos de colesterol. La segunda forma es la formación de cálculos biliares de pigmento, que son el resultado de una destrucción de glóbulos rojos en el sistema intravascular, lo que provoca un aumento de la bilirrubina, que luego se deposita en la bilis, estos cálculos suelen ser de color negro. El tercer tipo de cálculo biliar es el cálculo mixto de pigmentos, que es una mezcla de sustratos de calcio como carbonato de calcio o fosfato de calcio, colesterol y bilis. El cuarto tipo consiste principalmente en calcio y se encuentra comúnmente en pacientes con hipercalcemia. Los hallazgos relacionados incluyen cálculos renales (37).

Cada piedra tiene un conjunto único de factores de riesgo. Algunos factores de riesgo para desarrollar cálculos biliares de colesterol son: la alimentación, obesidad, la edad, el sexo femenino, el embarazo, la genética, la nutrición parenteral completa, la pérdida rápida de peso y ciertos medicamentos (38).

Clínica.

Los pacientes con cálculos biliares a menudo se presentan con cólico biliar (dolor agudo recurrente en el cuadrante superior derecho, a menudo acompañado de náuseas y vómitos), generalmente debido a la contracción de la vesícula biliar en respuesta a los cálculos biliares que están obstruyendo el conducto cístico, tracto biliar o ambos (cuando un cálculo queda atrapado en el conducto cístico antes de que se dilate y se retraiga hacia la vesícula biliar) causa dolor en la vesícula biliar, pero generalmente es de corta duración y desaparece entre 30 y 90 minutos (26). Los alimentos grasos son un desencadenante común de las contracciones de la vesícula biliar. El inicio de

dolor por lo general comienza una hora después de comer una comida rica en grasas. Sin embargo, la asociación con la ingesta de alimentos es poco común y una proporción significativa de pacientes experimenta dolor durante la noche (26).

La obstrucción a largo plazo del conducto cístico (cuando un cálculo grande se aloja permanentemente en el cuello de la vesícula biliar) podría ocasionar colecistitis aguda. Muy pocas veces los cálculos biliares pueden atravesar el conducto cístico y alojarse en el conducto biliar común, llegando a obstruir e ictericia. Esta complicación, conocida como coledocolitiasis, en un 18% de pacientes con cálculos biliares (3).

La colangitis es causada por colonización de bacterias que invaden y causan inflamación purulenta del árbol biliar. La tríada de Charcot consiste en dolor abdominal intenso acompañado de fiebre e ictericia y es típica de colangitis. La patología puede progresar rápidamente y conducir a la sepsis (12). Si los cálculos biliares atraviesan el conducto cístico, el conducto biliar común y se desprenden de la ampolla a la porción distal del conducto biliar, puede ocurrir una pancreatitis aguda debido a la retención de líquidos y al aumento de la presión en el conducto pancreático, así como a la activación de las enzimas pancreáticas. En ocasiones, los cálculos biliares grandes perforan la pared de la vesícula biliar y forman una fístula entre la vesícula biliar y el intestino delgado o grueso, lo que provoca una obstrucción intestinal o íleo (38).

Diagnóstico

Los pacientes con cálculos biliares con síntomas presentan dolor en parte superior derecho del abdomen posterior a la ingesta de alimentos de contenido graso o picantes, pudiendo asociarse náuseas y vómitos. El signo clínico clásico es el signo de Murphy, dolor a la palpación del hipocondrio derecho durante la inspiración profunda. Los signos ultrasonográficos de cálculos biliares pueden incluir engrosamiento de la pared de la vesícula biliar (más de 3 mm), ancho del conducto biliar común (el rango normal es menos de 6 mm, pero 1 mm puede aumentar cada década de vida después de los 50 años o gestantes), líquido pericolecístico y signo de Murphy positivo en ecografía. Los cálculos biliares en la ecografía aparecen como estructuras hiperecogénicas en la vesícula biliar

con sombras acústicas. Los cálculos biliares también se pueden detectar mediante tomografía computarizada y resonancia magnética, pero no es sensible en la colecistitis aguda (40).

se pueden solicitar exámenes de laboratorio como Hemograma completo (pudiendo evidenciarse leucocitosis), perfil hepático (bilirrubina total elevada, fosfatasa alcalina y posible transaminasas elevadas), Amilasa / Lipasa (la elevación puede indicar pancreatitis) (32).

Colecistectomía

Definido como el tratamiento de los cálculos biliares divididos: cálculos biliares asintomáticos y cálculos biliares sintomáticos. Los cálculos biliares asintomáticos requieren brindar consejería sobre el dolor (cólico biliar) y el momento en el que se debe buscar atención médica. La colelitiasis no complicada considerada como una urgencia que puede ser tratada con analgésicos orales o parenterales en tópicos de emergencia. La colecistectomía es el tratamiento definitivo, también se puede realizar colecistectomía abierta (41).

La colecistectomía es la cirugía que más se realiza en los países occidentales. la colecistectomía tradicional sigue siendo un tratamiento seguro y eficaz para la colecistitis aguda y crónica. En 1987, Philippe Mouret introdujo en Francia la colecistectomía laparoscópica, como alternativa a la colecistectomía abierta por ser menos invasiva (42).

Las complicaciones postoperatorias inmediatas incluyen complicaciones que surgen dentro de las 48 y 72 horas posteriores a la cirugía en las que se incluyen: pancreatitis aguda. Ictericia, peritonitis biliar, ligadura de la arteria hepática, hemobilia y dehiscencia de la sutura en las derivaciones biliointestinales. las complicaciones tardías ocurren después de la cirugía (semanas o meses después): consideradas como iatrogénicas como estenosis cicatrizal del colédoco, presencia de cálculo residual del colédoco, papilitis u oditis y otras causas relacionadas con los drenajes, colangitis supurada aguda

obstructiva, colangitis secundaria esclerosante, colecciones intrabdominales (subfrénicas, supra hepáticas, infra hepáticas) y/o fístula biliar (41).

CLASIFICACION DE TECNICAS OPERATORIAS.

Colecistectomía Laparoscópica

Consiste en realizar cuatro incisiones en la región abdominal. Se introduce un tubo y a través de ella una cámara de video en una de las incisiones. El cirujano mira una pantalla de video en la sala de operaciones, utilizando instrumentos quirúrgicos insertados a través de otras incisiones en la región abdominal para extraer la vesícula biliar (41).

Luego, es posible que le hagan pruebas de diagnóstico por la imagen, como radiografías o ecografías, si a su cirujano le preocupa la posibilidad de cálculos biliares u otros problemas de las vías biliares. Luego se cosen las incisiones y lo llevan a la sala de recuperación. La colecistectomía laparoscópica tiene una duración de una o dos horas (44).

Colecistectomía Convencional

En una colecistectomía abierta, se realiza una incisión de 15 cm (6 pulgadas) de largo en el abdomen por debajo de la costilla derecha. Los músculos y tejidos se tiran hacia atrás para exponer el hígado y la vesícula biliar. Luego, el cirujano extrae la vesícula biliar. Se cose la incisión y se le transfiere a un área de recuperación. La colecistectomía abierta dura de una a dos horas (45).

² CAPÍTULO III MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Ámbito y condiciones de la investigación

3.1.1 Contexto de la investigación ³⁷

La investigación se realizó en el Hospital II-1 Moyobamba, en el distrito de Moyobamba, en la provincia de Moyobamba, región San Martín - Perú.

3.1.2 Periodo de ejecución

Esta investigación se ejecutó en el periodo octubre – diciembre 2022

3.1.3 Autorizaciones y permisos

Para la siguiente investigación se envió una solicitud dirigida al Hospital II – 1 Moyobamba solicitando acceso al área de estadística e informática del nosocomio y archivos (ANEXO 4), posterior a ello se obtuvo el permiso y autorización de dirección del Hospital II – 1 Moyobamba (ANEXO 5).

¹⁷ 3.1.4 Aplicación de principios éticos internacionales

Esta investigación se realizó teniendo en cuenta los principios éticos básicos del proceso investigativo, respetando la intimidad, la confidencialidad, la participación voluntaria de la persona, e informando los alcances de la investigación según lo establecido en la Declaración de Helsinki (46), en los artículos 8, 24, 25 y 31; la Ley General de Salud N.º 26842 (47), Art. 15 y 25; así como el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú. en los artículos 63 y 89 (48) .

Además, también se respetarán los cuatro principios fundamentales de la ética médica:(48).

Autonomía: La población del estudio lo conformaron todos los archivos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Beneficencia: Los resultados de la investigación serán usados en beneficio de la población de estudio.

No maleficencia: La presente investigación no compromete de ninguna manera la vida, la salud o el honor de la población de estudio

Justicia: La población de estudio no tendrá en cuenta las identidades y será tratada por igual sin diferencias de ningún tipo.

2

3.2. Sistema de variables

3.2.1 Variables principales

Descripción de variables del objetivo específico N°1

Objetivo Especifico N° 01. Determinar si el dolor moderado es la complicación más frecuente de colecistectomía laparoscópica en el Hospital II - 1 Moyobamba, enero 2021 a julio 2022

| Variable abstracta | Variable concreta | Medio de registro | Unidad de medida |
|---|--|-------------------|---------------------|
| Complicaciones postquirúrgicas en colecistectomía | Tipos de complicaciones post quirúrgica. | Historia clínica | Cualitativa Nominal |

Descripción de variables del objetivo específico N°2

2.- Objetivo Especifico N° 02. Identificar los factores relacionados con el paciente (género, edad y comorbilidades) asociados a complicaciones postoperatorias de colecistectomía laparoscópica en el Hospital II - 1 Moyobamba, enero 2021 a julio 2022

| Variable abstracta | Variable concreta | Medio de registro | Unidad de medida |
|---------------------------------------|-------------------|-------------------|------------------------|
| Factores relacionados con el paciente | Edad | | Cualitativa Ordinal |
| | Género | Historia clínica | Cualitativa Dicotómica |
| | Comorbilidades | | Cualitativa Nominal |

Descripción de variables del objetivo específico N°3

Objetivo Especifico N° 03. Identificar los factores relacionados con la cirugía (tiempo operatorio, hallazgos de la vesícula biliar y tipo de herida) asociados a complicaciones postoperatorias de colecistectomía laparoscópica en el Hospital II - 1 Moyobamba, enero 2021 a julio 2022.

| Variable abstracta | Variable concreta | Medio de registro | Unidad de medida |
|--------------------------------------|----------------------------|-------------------|---------------------|
| Factores relacionados con la cirugía | Tiempo Operatorio | | Cualitativa Nominal |
| | Condición de la vesicular | Historia clínica | Cualitativa Nominal |
| | Tipo de herida operatoria. | | Cualitativa Nominal |

Variables independientes

- ✓ Factores asociados al paciente (sexo, edad y comorbilidad)
- ✓ Factores asociados en cirugía (periodo de intervención quirúrgica, condición de vesícula y tipo de herida)

Variables dependientes

- ✓ Complicaciones postquirúrgicas en colecistectomía

2

3.3. Diseño de la investigación

3.3.1 Tipo y nivel de la investigación

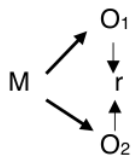
La presente investigación es de tipo **básica**, según su naturaleza que tiene como objetivo mejorar el conocimiento (49).

El nivel de investigación es **correlacional**, definida por Hernández et al. como un “tipo de estudio que tiene como propósito **medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables**” (50).

Asimismo, el diseño **es no experimental**, al respecto Hernández afirma que es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente las variables, es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlo (50).

De **corte transversal** porque es una observación sin seguimiento, en un momento del tiempo (49).

Diseño de estudio



Donde:

M = Muestra

O₁ = Factor relacionado con el paciente y la cirugía.

O₂ = Complicaciones post quirúrgicas

r = relación entre variables

3.3.2 Población y muestra

Universo

Está conformado por las personas con diagnósticos de patología biliar del Hospital II – 1 Moyobamba.

Población

Está constituida por los pacientes colecistectomizados en el Hospital II – 1 Moyobamba que presentaron alguna complicación postoperatoria, en el periodo enero 2021 a junio 2022.

Muestra o unidad de análisis

La muestra ⁸ estuvo constituida por los pacientes diagnosticados de patología biliar según el CIE 10: k80, k81, k82, k83 y k87 que recibieron atención por el Hospital II – 1 Moyobamba, enero 2021 a junio 2022, cumpliendo con los respectivos ⁴¹ criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión:

- Paciente mayor de 18 años.
- Pacientes sometidos por colecistectomía laparoscópica.
- Paciente con diagnóstico de patología biliar.
- Paciente con Historia Clínica completa y legible

Criterios de Exclusión:

- Paciente menor de 18 años.
- Pacientes sometidos por colecistectomía convencional.
- Historias clínicas incompletas.

3.3.3 Diseño muestral

Tamaño de muestra

Se tomó como referencia el estudio de **Montes Portillo, L F**, lo cual la frecuencia esperada de complicaciones postquirúrgicas es del 10% (9).

Donde:

$Z_{\alpha^2} = 1.962$ (si la seguridad es del 94%)

$N = 256$ (según datos de estadística de Hospital)

$p =$ Proporción esperada (0,10)

$q = 1 - p$ (1-0,10 = 0,90)

$d =$ precisión (6%)

$n = 66$

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha^2}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha^2}^2 \times p \times q}$$

Muestreo

muestreo no probabilístico por conveniencia ²¹ se escogieron las historias clínicas que cumplieron los criterios establecidos (inclusión y exclusión). El tamaño muestral experimental es de 66 pacientes atendidos por colecistectomía, según la fórmula utilizada.

3.4. Procedimientos de la investigación

a) Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La investigación se llevó a cabo mediante la técnica de guía de recolección de datos a los pacientes con diagnóstico de patología biliar (CIE k80, k81, k82, k83 y k87) atendidos en el Hospital II – 1 Moyobamba.

Esta técnica consiste en examinar los datos presentes en documentos ya existentes, como bases de datos, actas, informes, registros de asistencia, entre otros. (51)

Para la recolección de datos se utilizó una ficha de recolección (ANEXO 01) que fue validado por juicio de expertos (ANEXO 3) que incluyeron datos de factores asociados a complicaciones postquirúrgicas.

La sección de la ficha contiene tres dimensiones:

- a) Factores relacionados con el paciente.
- b) Factores relacionados con la cirugía.
- c) Complicaciones postoperatorias.

b) Validez y confiabilidad

El instrumento fue revisado y validado por 3 expertos: Los tres son cirujanos generales y laparoscópicos (ANEXO 03).

Se realizó una prueba piloto con una muestra de 10 pacientes con diagnóstico de patología biliar y post colecistectomizados que cumplieron los criterios en el Hospital II – 1 Moyobamba, utilizando la ficha de recolección de datos, escogiendo 10 historias clínicas al azar.

c) Descripción de procedimientos de recolección de datos

En primer lugar, se solicitó permiso a la dirección del hospital para la ejecución del estudio (ANEXO 4).

Luego de obtener la autorización (ANEXO 5) se coordinó con el personal de informática y estadística del Hospital II – 1 Moyobamba para que pueda facilitarme los números de historias clínicas.

Posterior a ello se acudió al archivo de las historias clínicas para solicitar su entrega en físico y así pude llenar la ficha de recolección de datos (ANEXO 1).

d) Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para la elaboración de la base de datos se utilizó el programa Excel, posterior a esto se realizó el análisis de los datos con el programa estadístico SPSS v27.

En el análisis descriptivo se han utilizado tablas de distribución de frecuencias y porcentajes.

Para el análisis bivariado se utilizó tablas de contingencia y la prueba de χ^2 para las variables cualitativas, donde se obtuvo los valores “p” para la determinación de la asociación estadística y valores de Phi de Pearson o V de Cramer para determinar el grado de asociación. Se consideró a los valores de $p < 0,05$ como estadísticamente significativos.

Esquema para probar la hipótesis

Paso 1: Plantear la hipótesis de asociación

H_0 : No existe asociación entre las variables categóricas "x" e "y"

H_1 : Existe asociación entre las variables categóricas "x" e "y"

Paso 2: Establecer el nivel de significancia

NC: 0.95

α : 0.05 (Margen de error)

Paso 3: Estadístico de prueba: Chi cuadrado

Paso 4: Regla de decisión

- ¹⁹ Si p-valor < 0.05 se rechaza la H_0
- Si p-valor \geq 0.05 se acepta la H_0 y se rechaza la H_1

Paso 5: Toma de decisión

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1 Frecuencia de complicaciones postoperatorias de colecistectomía laparoscópica en el Hospital II-1 Moyobamba, enero 2021 a junio 2022

Tabla 1. Complicaciones postoperatorias frecuentes en colecistectomía laparoscópicas

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido |
|---------------------------|------------|------------|-------------------|
| Dolor moderado | 41 | 62.1 | 62.1 |
| Náuseas y/o Vómitos | 14 | 21.2 | 21.2 |
| Ictericia | 4 | 6.1 | 6.1 |
| Eventración | 3 | 4.5 | 4.5 |
| Coledocolitiasis residual | 2 | 3 | 3 |
| ISO | 2 | 3 | 3 |
| Total | 66 | 100 | 100 |

Fuente: Ficha de recolección de datos del Hospital II – 1 Moyobamba

En la tabla 1 podemos observar que el dolor moderado es la complicación postoperatoria inmediata más frecuente conformado por 41 pacientes (62.1%), náuseas y/o vómitos también considerables en 14 pacientes (21.2%); las complicaciones tardías como la ictericia en 4 pacientes (6.1%); eventración umbilical en 3 pacientes (4.5%), coledocolitiasis residual en 2 pacientes (3%) y finalmente ISO en 2 pacientes (3%).

Montes, encontró en su estudio a náuseas y vómitos como la complicación de mayor frecuencia, ocasionado por un estímulo vagal del peritoneo parietal al insuflar o desinflar el neumoperitoneo (9); si bien los dolores abdominales se ven amenorados en cirugía laparoscópica, si no hay una correcta extracción del CO₂ este se acumulará en el espacio sub diafragmático ocasionando que el nervio frénico se irrite provocando dolor a nivel dorsal y hombro del paciente (9).

1 Factores relacionados con el paciente (género, edad y comorbilidades) asociados a complicaciones postoperatorio de colecistectomía laparoscópica

Tabla 2. Complicación postquirúrgica en colecistectomía laparoscópica con el grupo etario.

| | | años | | Total | chi - cuadrado | V de Cramer |
|---------------------------|----|---------------|---------|-------|----------------|-------------|
| | | entre 18 - 60 | > de 60 | | | |
| Dolor moderado | Nº | 29 | 12 | 41 | 0,404 | |
| | % | 43,9 | 18,2 | 62,1 | | |
| Náuseas y/o Vómitos | Nº | 12 | 2 | 14 | 0,269 | |
| | % | 18,2 | 3,0 | 21,2 | | |
| Coledocolitiasis residual | Nº | 1 | 1 | 2 | 0,426 | |
| | % | 1,5 | 1,5 | 3,0 | | |
| Ictericia | Nº | 4 | 0 | 4 | 0,224 | |
| | % | 6,1 | 0,0 | 6,1 | | |
| ISO | Nº | 1 | 1 | 2 | 0,426 | |
| | % | 1,5 | 1,5 | 3,0 | | |
| Eventración | Nº | 2 | 1 | 3 | 0,759 | |
| | % | 3,0 | 1,5 | 4,5 | | |
| Total | Nº | 49 | 17 | 66 | 0,559 | |
| | % | 74,2 | 25,8 | 100,0 | | |

9 Fuente: Ficha de recolección de datos del Hospital II – 1 Moyobamba

En la Tabla 2 se relacionó los tipos de complicaciones postoperatorios laparoscópicos con el grupo etario, los pacientes entre 18 – 60 años fueron en total 49 (74,2%), de ellos 29 pacientes (43.9%) presentaron dolor moderado postoperatorio, 12 pacientes (18.2%) presentaron náuseas y/o vómitos, 4 pacientes (6.1%) presentaron ictericia, 2 pacientes (3%) presentaron eventración, 1 paciente (1.5%) presentó coledocolitiasis residual y finalmente 1 paciente (1.5%) presentó ISO; con respecto a los pacientes > 60 años fueron en total 17 (25.8%), de ellos 12 pacientes (18.2%) presentaron dolor moderado postoperatorio, 2 pacientes (3%) presentaron náuseas y/o vómitos, 1 paciente (1.5%) presentó coledocolitiasis residual, 1 paciente (1.5%) presentó ISO y finalmente 1 paciente (1.5%) presentó eventración.

Se observa que el valor de chi – cuadrado fue 0,559 (¹⁶ $P > 0,05$) no rechaza la hipótesis nula ya que no hay asociación estadísticamente significativa. Romero (2018), realizó su estudio en el hospital salvador bienvenido Gautier, llegando a coincidir a los resultados obtenidos (11)

Por lo contrario, el estudio de Choque (2018), en el Hospital Goyeneche de Arequipa, manifestó que del total de ancianos (mayor a 60 años) intervenidos un 40% presentó complicación postoperatoria (15), Concuero con este estudio porque la bibliografía menciona disminución de reservas fisiológicas, incapacidad de compensar el estrés quirúrgico y agregando a ello las comorbilidades que padezca el paciente, representando así riesgo en poder presentar alguna complicación postoperatoria aumentando a mayor edad. No se encontró asociación alguna porque la población con mayor número de complicaciones es menor a 60 años.

Tabla 3. Complicación postquirúrgica en colecistectomía laparoscópica con el sexo.

| | | Sexo | | Total | chi - cuadrado | V de Cramer |
|----------------------|---------------------------|-----------|----------|-------|----------------|-------------|
| | | Masculino | Femenino | | | |
| Tipo de complicación | Dolor moderado | N° 10 | 31 | 41 | 0,680 | 0,281 |
| | % | 15,2 | 47,0 | 62,1 | | |
| | Náuseas y/o Vómitos | N° 0 | 14 | 14 | 0,022 | |
| | % | 1,5 | 21,2 | 21,2 | | |
| | Coledocolitiasis residual | N° 0 | 2 | 2 | 0,436 | |
| | % | 0,0 | 3,0 | 3,0 | | |
| | Ictericia | N° 3 | 1 | 4 | 0,010 | |
| | % | 4,5 | 1,5 | 6,1 | | |
| | ISO | N° 1 | 1 | 2 | 0,350 | |
| | % | 1,5 | 1,5 | 3,0 | | |
| Eventración | N° 1 | 2 | 3 | 0,654 | | |
| % | 1,5 | 3,0 | 4,5 | | | |
| Total | N° 15 | 51 | 66 | 0,034 | 0,427 | |
| % | 22,7 | 77,3 | 100,0 | | | |

9 Fuente: Ficha de recolección de datos del Hospital II – 1 Moyobamba

En la Tabla 3 se relacionó los tipos de complicaciones postoperatorios laparoscópicos con el género (sexo), los pacientes del sexo masculino fueron en total 15 (22.7%), de ellos 10 pacientes (15.2%) presentaron dolor moderado postoperatorio, 3 pacientes (4.5%) presentaron ictericia, 1 paciente (1.5%) presentó eventración y finalmente 1 paciente (1.5%) presentó ISO. Con respecto a los pacientes del sexo femenino fueron en total 51 (77.3%), de ellos 31 pacientes (47%) presentaron dolor moderado postoperatorio, 14 pacientes (21.2%) presentaron náuseas y/o vómitos, 2 pacientes (3%) presentaron coledocolitiasis residual, 2 pacientes (3%) presentaron eventración, 1 pacientes (1.5%) presentó ictericia y finalmente 1 pacientes (1.5%) presentó ISO.

Se observa que el valor de chi – cuadrado fue 0,034 ($P < 0,05$) rechazo la hipótesis nula ya que si hay asociación estadísticamente significativa. Yegros et al. da conocer en su estudio realizado en el Hospital Nacional de Itauguá de Paraguay, que las complicaciones por colecistectomía laparoscópica son mayores en el sexo femenino (88 casos, 68%) frente a los de sexo masculino (41 casos, 32%) por su frecuencia(14), el estudio de Henríquez et al. Realizado en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora también coincide con estos hallazgos (13). Las náuseas y/o vómitos en el sexo femenino se asociaron porque esos pacientes no presentaron un ayuno adecuado por lo que ingresaron por emergencia a sala, otro factor agregado a esta complicación es el tiempo prolongado de anestesia > 60 min (52), con un grado de asociación débil según v de Cramer; la ictericia en los varones va relacionado a un tiempo operatorio $>$ de 120 min ocasionando en ellos colestasia benigna con un grado de asociación moderado según v de Cramer (53).

Tabla 4. Complicación postquirúrgica en colecistectomía laparoscópica con las comorbilidades.

| | | Comorbilidades | | | | Total | chi - cuadrado | V de Cramer |
|---------------------------|----|-------------------|-----------------------|-------|---------|-------|----------------|-------------|
| | | Diabetes mellitus | Hipertensión arterial | Otros | Ninguna | | | |
| Dolor moderado | Nº | 9 | 4 | 5 | 23 | 42 | 0,260 | |
| | % | 13,6 | 6,1 | 7,6 | 34,8 | 62,1 | | |
| Náuseas y/o Vómitos | Nº | 1 | 2 | 1 | 9 | 14 | 0,662 | |
| | % | 1,5 | 3,0 | 1,5 | 15,2 | 21,2 | | |
| Coledocolitiasis residual | Nº | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0,388 | |
| | % | 0,0 | 0,0 | 1,5 | 1,5 | 3,0 | | |
| Ictericia | Nº | 0 | 0 | 0 | 4 | 4 | 0,458 | |
| | % | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 6,1 | 6,1 | | |
| ISO | Nº | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0,304 | |
| | % | 0,0 | 1,5 | 0,0 | 1,5 | 3,0 | | |
| Eventración | Nº | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0,575 | |
| | % | 0,0 | 0,0 | 1,5 | 3,0 | 4,5 | | |
| Total | Nº | 10 | 7 | 8 | 41 | 66 | 0,559 | |
| | % | 15,2 | 10,6 | 12,1 | 62,1 | 100,0 | | |

Fuente: Ficha de recolección de datos del Hospital II – 1 Moyobamba

En la Tabla 4 se relacionó los tipos de complicaciones postoperatorios laparoscópicos con las comorbilidades, los pacientes que presentaron diabetes mellitus fueron en total 10 (15.2%), de ellos 9 pacientes (13.6%) presentaron dolor moderado postoperatorio y 1 paciente (1,5%) presentó náuseas y/o vómitos; los pacientes que presentaron hipertensión arterial fueron en total 7 (10.6%), de ellos 4 pacientes (6.1%%) presentaron dolor moderado postoperatorio, 2 pacientes (3%)

presentaron náuseas y/o vómitos y 1 paciente (1,5%) presentó ISO; los pacientes que presentaron otras comorbilidades (obesidad, hipertiroidismo, artrosis, asma) fueron en total 8 (12,1%), de ellos 5 pacientes (7,6%) presentaron dolor moderado postoperatorio, 1 paciente (1,5%) presentó náuseas y/o vómitos, 1 paciente (1,5%) presentó coledocolitiasis residual y finalmente 1 paciente (1,5%) presentó eventración; los pacientes que no presentaron alguna comorbilidad fueron en total 41 (62.1%), de ellos 23 pacientes (34.8%) presentaron dolor moderado postoperatorio, 9 pacientes (13.6%) presentaron náuseas y/o vómitos, 4 pacientes (6.1%) presentaron ictericia, 2 pacientes (3%) presentaron eventración, 1 paciente (1.5%) presentó coledocolitiasis residual y finalmente 1 paciente (1.5%) presentó ISO.

Según datos obtenidos se puede interpretar que el valor de chi – cuadrado fue 0,559 ($P > 0,05$) no rechaza la hipótesis nula ya que no hay asociación estadísticamente significativa. Choque (2018)¹⁶, realizó un estudio en el Hospital Goyeneche de Arequipa, donde observó a la hipertensión arterial como la comorbilidad más frecuente (3.9%), seguido de la diabetes mellitus tipo 2 (3.2%), llegando a concluir que la hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 se pueden asociar a complicaciones postoperatorias (15); Venegas con su estudio realizado en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna consideró como la comorbilidad más frecuente es la mellitus tipo 2 (5,37%)³⁶, seguidos de hipertensión arterial (4,36%)⁴² (16). La literatura menciona que estas son las enfermedades crónicas más frecuentes en nuestro medio, además de considerarse factor de riesgo para colecistitis aguda, presentando probabilidad alta de poder complicarse. No se encontró correlación porque la frecuencia de complicaciones es mayor en pacientes sin comorbilidades, los pacientes complicados que presentan diabetes mellitus e hipertensión arterial son aquellos que no llevaron un buen control en sus tratamientos, siendo minoría en la ciudad de Moyobamba.⁹⁶

1 Los factores relacionados con la cirugía (tiempo operatorio, hallazgos de la vesícula biliar y tipo de herida) están asociados a complicaciones postoperatorias de colecistectomía laparoscópicas.

Tabla 5. complicación postquirúrgica en colecistectomía laparoscópica con el tiempo operatorio

| | | Tiempo operatorio | | Total | chi - cuadrado | V de Cramer |
|---------------------------|----|-------------------|-------------|-------|----------------|-------------|
| | | < de 60 min | > de 60 min | | | |
| Dolor moderado | N° | 3 | 38 | 41 | 0.584 | |
| | % | 4,5 | 57.6 | 62,1 | | |
| Náuseas y/o Vómitos | N° | 1 | 13 | 14 | 0.848 | |
| | % | 1,5 | 19.7 | 21,2 | | |
| Coledocolitiasis residual | N° | 0 | 2 | 2 | 0.715 | |
| | % | 0 | 3 | 3 | | |
| Ictericia | N° | 0 | 4 | 4 | 0.6 | |
| | % | 0 | 6.1 | 6,1 | | |
| ISO | N° | 0 | 2 | 2 | 0.715 | |
| | % | 0 | 3 | 3 | | |
| Eventración | N° | 0 | 3 | 3 | 0.652 | |
| | % | 0 | 4.5 | 4,5 | | |
| Total | N° | 4 | 62 | 66 | 0.974 | |
| | % | 6,1 | 93.9 | 100 | | |

9 Fuente: Ficha de recolección de datos del Hospital II – 1 Moyobamba

En la Tabla 5 se relacionó los tipos de complicaciones postoperatorios laparoscópicos con el tiempo operatorio, los pacientes que presentaron un tiempo operatorio < de 60 min fueron en total 4 (6.1%), de ellos 3 pacientes (4,5%) presentaron dolor moderado postoperatorio y solo 1 paciente (1,5%) presentó náuseas y/o vómitos; los pacientes que presentaron un tiempo operatorio > 60 min fueron en total 62 (93.9%), de ellos 38 pacientes (57.7%) presentaron dolor moderado postoperatorio, 13 pacientes (19.7%) presentaron náuseas y/o vómitos, 4 pacientes (6,1%) presentaron ictericia, 3 pacientes (4.5%) presentaron eventración, 2 pacientes (3%) presentaron coledocolitiasis residual y finalmente 2 pacientes (3%) presentaron ISO.

Según datos obtenidos se puede interpretar que el valor de chi – cuadrado fue 0,974 ($P > 0,05$), no rechaza la hipótesis nula ya que no hay asociación estadísticamente significativa. Romero menciona su importancia al tiempo quirúrgico, mientras en menor tiempo se realice y de forma correcta el paciente presentará menos injuria (11). Coincidió que debe ir de la mano con las habilidades del cirujano; No se encontró correlación porque el tiempo operatorio no influye

directamente con el paciente y este a su vez pueda presentar una complicación, ya que el promedio en operar es 100 min dentro del servicio, lo que si se debe considerar y tener en cuenta es la capacidad del personal que las realiza.

Tabla 6. complicación postquirúrgica en colecistectomía laparoscópica con su condición de la vesícula.

| | | Condición de la vesícula | | | | | Total | chi - cuadrado | V de Cramer | |
|----------------------|---------------------------|--------------------------|-----------|-----------|----------|-----------|-------|----------------|-------------|-------|
| | | Normal | Edematosa | Necrosada | Supurada | Fibrosada | | | | |
| Tipo de complicación | Dolor moderado | Nº | 5 | 26 | 3 | 3 | 4 | 41 | 0,791 | |
| | | % | 7.6 | 39.4 | 4.5 | 4.5 | 6.1 | 62.1 | | |
| | Náuseas y/o Vómitos | Nº | 3 | 8 | 1 | 0 | 1 | 14 | 0,410 | |
| | | % | 6.1 | 12.1 | 1.5 | 0 | 1.5 | 21.2 | | |
| | Coledocolitiasis residual | Nº | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0.185 | |
| | | % | 1.5 | 0 | 0 | 0 | 1.5 | 3 | | |
| | Ictericia | Nº | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0,680 | |
| | | % | 0 | 4.5 | 0 | 0 | 1.5 | 6.1 | | |
| | ISO | Nº | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0.001 | 0,559 |
| | | % | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | | |
| | Eventración | Nº | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0,547 | |
| | | % | 0 | 3 | 0 | 1.5 | 0 | 4.5 | | |
| | Total | Nº | 10 | 39 | 4 | 6 | 7 | 66 | 0.021 | 0,727 |
| | | % | 15.2 | 59.1 | 6.1 | 9.1 | 10.6 | 100 | | |

Fuente: Ficha de recolección de datos del Hospital II – 1 Moyobamba

En la Tabla 6 se relacionó los tipos de complicaciones postoperatorios laparoscópicos con la condición de la vesícula, los pacientes que presentaron una vesícula normal fueron en total 10 (15.2 %), de ellos 5 pacientes (7,6%) presentaron dolor moderado postoperatorio, 3 pacientes (6.1%) presentaron náuseas y/o vómitos y solo 1 paciente (1,5%) presentó coledocolitiasis residual; los pacientes que presentaron una vesícula edematosa fueron en total 39 (59.1%), de ellos 26 pacientes (39.4%) presentaron dolor moderado postoperatorio, 8 pacientes (12.1%) presentaron náuseas y/o vómitos, 3 pacientes (4.5%) presentaron ictericia y finalmente 2 pacientes (3%) presentaron eventración; los pacientes que presentaron una vesícula necrosada fueron en total 4 (6.1%), de ellos 3 pacientes (4.5%) presentaron dolor moderado postoperatorio y solo 1 paciente (1.5%) presentó náuseas y/o vómitos; los pacientes que presentaron una vesícula

supurada fueron en total 6 (9.1%), de ellos 3 pacientes (4.5%) presentaron dolor moderado postoperatorio, 2 pacientes (3%) presentaron ISO y solo 1 paciente (1.5%) presentó eventración; los pacientes que presentaron una vesícula fibrosada fueron en total 7 (10.6%), de ellos 4 pacientes (6.1%) presentaron dolor moderado postoperatorio y 1 paciente (1.5%) presentó náuseas y/o vómitos, 1 paciente (1.5%) presentó coledocolitiasis residual y finalmente 1 paciente (1.5%) presentó ictericia.

Según datos obtenidos se puede interpretar que el valor de chi – cuadrado fue 0,021 (P < 0,05) rechazo la hipótesis nula ya que si hay asociación estadísticamente significativa. Ellis menciona que la ISO presenta un gran factor de riesgo en vesículas supuradas porque es un tipo de herida sucia (18), presentando un grado de asociación alto según v de Cramer. Domínguez et al. informa que la dificultad en la cirugía aumente al encontrar una vesícula edematizada ya que su anatomía varía (36); Zambrano menciona que el 33% de las vesículas edematosas se relaciona con el dolor postoperatorio en su estudio realizado el 2019 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo (12).

Tabla 7. complicación postquirúrgica en colecistectomía laparoscópica con el tipo de herida.

| | | Tipo de herida | | Total | Chi - cuadrado | V de Cramer | |
|----------------------|---------------------------|--------------------|-------|-------|----------------|-------------|-------|
| | | Limpia contaminada | Sucia | | | | |
| Tipo de complicación | Dolor moderado | Nº | 35 | 6 | 41 | 0.801 | |
| | | % | 53 | 9.1 | 62.1 | | |
| | Náuseas y/o Vómitos | Nº | 13 | 1 | 14 | 0.346 | |
| | | % | 19.7 | 1.5 | 21.2 | | |
| | Coledocolitiasis residual | Nº | 2 | 0 | 2 | 0.544 | |
| | | % | 3 | 0 | 3 | | |
| | Ictericia | Nº | 4 | 0 | 4 | 0.383 | |
| | | % | 6.1 | 0 | 6.1 | | |
| | ISO | Nº | 0 | 2 | 2 | 0.001 | 0.418 |
| | | % | 0 | 3 | 3 | | |
| Eventración | Nº | 2 | 1 | 3 | 0.369 | | |
| | % | 3 | 1.5 | 4.5 | | | |
| Total | Nº | 56 | 10 | 66 | 0.017 | 0.456 | |
| | % | 84.8 | 15.2 | 100 | | | |

Fuente: Ficha de recolección de datos del Hospital II – 1 Moyobamba

En la Tabla 7 se relacionó los tipos de complicaciones postoperatorios laparoscópicos con el tipo de herida, los pacientes con herida limpia contaminada fueron en total 56 (84.8%), de ellos 35 pacientes (53%) presentaron dolor

moderado postoperatorio, 13 pacientes (19.7%) presentaron náuseas y/o vómitos, 4 pacientes (6.1%) presentaron ictericia, 2 pacientes (3%) presentaron eventración, y finalmente 2 pacientes (3%) presentaron coledocolitiasis residual; los pacientes con herida sucia fueron en total 10 (15.2%), de ellos 6 pacientes (9.1%) presentaron dolor moderado postoperatorio, 2 pacientes (3%) presentaron ISO, 1 paciente (1.5%) presentó náuseas y/o vómitos y finalmente 1 paciente (1.5%) presentó eventración.

Según datos obtenidos se puede interpretar que el valor de chi - cuadrado fue 0,017 ³⁹ (P<0,05) se rechaza la hipótesis nula por lo que si hay asociación estadísticamente significativa. Morán et al. menciona que el procedimiento de colecistectomía es limpia contaminada por el mismo hecho de aperturar ¹² un órgano o cavidad que se encuentra colonizado por microorganismos (ya sean de tracto respiratorio, digestivo, biliar o genitourinario), el procedimiento quirúrgico se realiza bajo un estricto control de sepsis con ambientes estériles, pero muchas veces puede llegar ocurrir contaminación por las propias bacteria endógenas del paciente, esto no quiere decir que durante el procedimiento no pueda ocurrir una transgresión mínima de la técnica aséptica o un derrame no significativo de contenido, todo esto conlleva en poder presentar una complicación postquirúrgica inmediatas o tardía. Así como también menciona que hay un riesgo del 2% al 10% de poder presenta ISO (54). Ellis et al. da a conocer que una herida sucia presenta un riesgo del 40% en presentar ISO (18).

CONCLUSIONES

1. Los factores que llegaron asociarse con el género del paciente fueron náuseas y/o vómitos e ictericia, en cambio en relación con la cirugía fue la condición de la vesícula biliar y el tipo de herida operatoria.
2. El dolor moderado es la complicación inmediata más frecuente seguido de náuseas y/ o vómitos.
3. Los factores asociados con el paciente, como el sexo o género si están asociados a complicaciones postoperatorias de náuseas y/ o vómitos con chi cuadrado de 0,022 con un grado de asociación débil (0,281) por v de Cramer y la ictericia con un chi cuadrado 0.010 con un grado de asociación moderado (0,317) por v de Cramer.
4. Los factores que se relacionan con la cirugía, como condición de la vesícula biliar y el tipo de herida operatoria fue la infección de sitio operatorio con un chi cuadrado de 0.001 con un grado de asociación de moderado a fuerte (0,418 – 0,559) por v de Cramer.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al jefe de cirugía tomar en cuenta los hallazgos de esta investigación para mejorar los protocolos pre – post operatorios.
2. El servicio de cirugía debe protocolizar un mejor esquema en relación con su terapia analgésica y antiemética en el postoperatorio inmediato y medio.
3. Se recomienda al servicio de cirugía el poder capacitar a su personal en mejorar sus tiempos operatorios.
4. Los especialistas del área de cirugía deben programar colecistectomías de manera temprana al encontrar condiciones de vesículas complicadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chama Naranjo A, Farell R J, Cuevas O VJ. Colecistectomía segura: ¿Qué es y cómo hacerla? ¿Cómo lo hacemos nosotros? Rev Colombia [Internet]. 2021;36:32–3. Available from: <https://doi.org/10.30944/20117582.733>
2. Poggi Machuca L. Cirugía Laparoscópica [Internet]. Cirugía General. [cited 2022 Nov 4]. Available from: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_07_cirug%C3%ADa%20Laparosc%C3%B3pica.htm
3. Cedano Baca JJ. Grado de severidad y factores prequirúrgicos asociados a complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en la colecistitis aguda [Internet]. [Trujillo]: UPAO; 2022. Available from: <https://orcid.org/0000-0003-4145-2225>
4. Romero Ramírez H, Muñoz Albán N, Albán Meneses C, Escobar Torres A. Asociación entre los factores socioeconómicos y las complicaciones post operatorias de la colecistectomía. International Journal of Medical and Surgical Sciences. 2021 Jan 2;8(20):1–13.
5. Carolina Concha G EU, Edith Rivas R EU. CLASIFICACIÓN DE LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS. [cited 2022 Oct 28]; Available from: www.schcp.cl
6. Romero Jerez R. Cuáles son las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica electiva en el hospital salvador bienvenido gautier en el periodo noviembre 2017 – abril 2018. [Republica Dominicana]: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; 2018.
7. Caruajulca Diaz LE. Complicaciones intra y postoperatorias en pacientes colecistectomizados en el servicio de emergencia del Hospital regional docente de Cajamarca durante el periodo enero – diciembre del 2018 [Investigación]. [Cajamarca]: Universidad Nacional de Cajamarca; 2019.
8. Joseph M, Phillips MR, Farrell TM, Rupp CC. Cirugía laparoscópica y riesgo de lesión de la vía biliar [Internet]. Artículos - IntraMed. 2013 [cited 2022 Nov 5]. p. 256. Available from: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=76925>

9. Montes Portillo LF, Villatoro Bonilla MA. Complicaciones más frecuentes de la colecistectomía laparoscópica electiva en el Hospital médico quirúrgico en el período de enero a diciembre 2015 [Investigación]. [San Salvador]: Universidad de el Salvador; 2018.
10. Johana C, Bejarano C. Factores asociados a la complicación de heridas postquirúrgicas. *Cirugía General, Hospital General IESS, Milagro*. 2018. RECIAMUC [Internet]. 2019 Jun 4 [cited 2022 Jul 14];3(1):464–82. Available from: <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/245/515>
11. Romero Jerez R. Cuáles son las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica electiva en el hospital salvador bienvenido Gautier en el periodo noviembre 2017 – abril 2018. República Dominicana; 2018.
12. Zambrano Barahona C. Complicaciones postquirúrgicas tempranas en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica electiva en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo enero 2017 a enero 2019. 2019.
13. Henríquez Jiménez AV, Peña Rodríguez R, Peña Lorenzo ME, Hernández Castillo Y, Montesano Jiménez Y, Sánchez Orbe JO, et al. Complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía laparoscópica, Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, junio 2018-junio 2019. *Ciencia y Salud*. 2020 Sep 17;4(3):115–21.
14. Yegros Ortiz CD, Velázquez Caballero VA, Ferreira Bogado M, Montiel Alfonso MA. Complicaciones de las colecistectomías videolaparoscópicas en adultos en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional – Itauguá. 2021 Aug 29;
15. Choque Cajia FC. Factores asociados a complicaciones post operatorias en pacientes colecistectomizados del servicio de cirugía general del Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo de enero a diciembre del 2018 [investigación]. [Arequipa]: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa; 2019.
16. Venegas Quenta JA. Factores asociados a complicaciones post colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar en el Servicio de cirugía general del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, enero a diciembre del 2019. [Tacna]: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2020.

17. Ramos Vilchez LA. Factores asociados a complicaciones post Colectomía laparoscópica en el Hospital San José del Callao, 2018. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2020.
18. Ellis Ortiz MD, Gálvez Gallegos BP. Factores asociados a colecistectomía laparoscópica difícil y evaluación del score de spreclad en pacientes atendidos en el Hospital militar central desde 2017 al 2020. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2021.
19. Teoyotl Martínez A. Calidad de la atención del dolor postoperatorio en pacientes adultos sometidos a colecistectomía laparoscópica bajo anestesia general. [Mexico]: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2019.
20. del Aguila Hoyos L, Vargas Carbajal E, Angulo Espinoza H. Complicaciones Postoperatorias [Internet]. Cirugía General. [cited 2022 Oct 28]. Available from: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/cap_26_complicaciones%20postoperatorias.htm
21. F. Crovari. Postoperatorio Normal y Complicaciones Postoperatorias [Internet]. Cirugía General. [cited 2022 Oct 28]. Available from: <https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/profesionales/informacion-para-profesionales/medicina/condiciones-clinicas2/cirugia/cirugia-general-y-anestesia/1756-postoperatorio-normal-y-complicaciones-postoperatorias>
22. Dr. Yuste García P. Infecciones quirúrgicas. 03. 2014;420.
23. Figueroa Custodio W. Riesgos y complicaciones en el post operatorio inmediato de adultos intervenidos de colecistectomía laparoscópica vs convencional [Investigación]. [Chiclayo]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2021.
24. Miguel G, Darío N, Leticia S, Inés L, Elena M. Predictores de Coledocolitiasis en pacientes con litiasis vesicular sintomática tratados en la Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica, Hospital de Clínicas, San Lorenzo año 2017-2019. An Fac Cienc Méd (Asunción) [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 11];54(1):2021. Available from: <http://dx.doi.org/10.18004/anales/2021.054.01.101>

25. Torres López K. Colectomía como factor de riesgo para desarrollo de síndrome metabólico [Internet]. UPAO. [Trujillo]: UPAO; 2020 [cited 2022 Jul 14]. Available from: <https://orcid.org/0000-0002-2109-6430>
26. Salam F, Zakko MFA. Descripción general de la enfermedad de cálculos biliares en adultos [Internet]. UptoDate. USA; 2022. Available from: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gallstone-disease-in-adults/print?search=colecistitis&source=search_result&selectedTitle=1~15...1/23
27. Herrera Chabert L, León Quintero N, Llamas Prieto E, Rico Guzmán MG, Ávila Toscano A. La discinesia vesicular continúa siendo una incógnita a resolver en problemas médicos, revisión de la literatura. *Cirujano General*. 2020 May 30;42(4):288–99.
28. Campoverde Cárdenas AD, López Laaz SA, Correa Quinto WP, Cárdenas Rodríguez JD. Complicaciones de la cirugía laparoscópica. *RECIAMUC*. 2019 Apr 30;3(1):597–613.
29. de La Cruz LlamboMaura B. Fístula colecisto gástrica como complicación de colecistitis crónica [investigación]. [Ambato]: UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO; 2021.
30. Duchimaza Peñaranda JV. Principales indicaciones de colectomía laparoscópica, estancia hospitalaria y complicaciones en pacientes internados. Hospital moreno vasquez. Gualaceo. Periodo enero 2018-2020. [Investigación]. UNIVERSIDAD DE CUENCA. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2021.
31. Courtney M, Townsend R, Daniel Beauchamp B, Mark Evers., Kenneth L., Mattox. Sabiston. Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. 20 edición [Internet]. Sistema biliar. 2018 [cited 2022 Jul 15]. p. 1482–518. Available from: https://books.google.com.pe/books?id=DFtgDwAAQBAJ&pg=PA2114&lpg=PA2114&dq=sabiston+pagina+1492&source=bl&ots=4rT9BdaKN2&sig=ACfU3U2gpAHZwVUk29JyHfqg8g_xJw8VrA&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKewiGucbI5_34AhVdBLkGHTBSDgIQ6AF6BAgiEAM#v=onepage&q&f=false

32. Hospital de emergencias “José casimiro ulloa.” Guía de práctica clínica: diagnostico y manejo de la colecistitis. Departamento de cirugía. 2021 Nov;
33. H. Rouvière, A. Delmas. Anatomía humana; Descriptiva, Topográfica y funcional [Internet]. 10th ed. Vol. 2. Barcelona: MASSON; [cited 2022 Sep 7]. 404–409 p. Available from: <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/terapia-ocupacional/ANATOMIA%20TO/Anatomia%20Humana%20-%20Descriptiva,%20topografica%20y%20funcional%20-Tomo%20II%20Tronco%20-%20Rouviere%20y%20Delmas.pdf>
34. Nezam H. Afdhal MFSFZMFA. Cálculos biliares: epidemiología, factores de riesgo y prevención. UptoDate. 2020. p. 2–19.
35. Ernesto Quiroga Meriño L, Estrada Brizuela Y, Hernández Agüero M, Consuegra Román G. Factores epidemiológicos en la conversión de la colecistectomía videolaparoscópica. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. 2020;49(2):262–73. Available from: <http://scielo.sld.cuhttp://www.revmedmilitar.sld.cuhttps://orcid.org/0000-0002-5085-0340YusmeIFuentesFerrales1https://orcid.org/0000-0002-2911-535Xhttp://scielo.sld.cuhttp://www.revmedmilitar.sld.cu>
36. Henriquez Castañeda F, Flisfisch Fernandez Humberto. Conceptos actuales de la etiopatogenia de la litiasis biliar. Chile; 2021.
37. Nezam H Afdhal, MD FrcpisFZ, MD FA. Gallstones: Epidemiology, risk factors and prevention [Internet]. UpToDate. 2022 [cited 2022 Jul 14]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/gallstones-epidemiology-risk-factors-and-prevention/print?search=epidemiolog%C3%ADa%20de%20litiasis%20biliar&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
38. Dr. L. Michael Brunt, Dr. Nathaniel Stoikes. Manejo de la vesícula biliar difícil [Internet]. UptoDate. USA; 2022. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/managing-the-difficult-gallbladder/print?search=epidemiologiacomplejacionespostquirurgicasvesiculabiliar...1/27>
39. Martínez Salas A de J, Cázares García V, Martínez-Oñate A de J. Colecistectomía laparoscópica por puerto único. Cirujano General [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov

- 6];43(2):86–96. Available from:
www.medigraphic.com/cirujanogeneralwww.medigraphic.org.mx
40. Alvaro Gomez D; Complicaciones de cirugía laparoscópica y abierta en pacientes con colecistitis en el Hospital Domingo Olavegoya 2017-2021. 2022;
 41. Jara G, Rosciano J, Barrios W, Vegas L, Rodríguez O, Sánchez R, et al. Colecistectomía laparoscópica subtotal como alternativa quirúrgica segura en casos complejos. *Cir Esp*. 2017 Oct 1;95(8):465–70.
 42. González Villegas EM. Estado macroscópico intraoperatorio de la vesícula biliar y complicaciones post quirúrgicas en la colecistectomía laparoscópica hospital regional docente Cajamarca, Abril 2019 – Marzo 2020 [Investigación]. [Cajamarca]: Universidad Nacional de Cajamarca; 2021.
 43. Coronel Portugal KJ. Resultados perioperatorios de la colecistectomía precoz en pacientes geriátricos con colecistitis aguda. [Trujillo]: UPAO; 2019.
 44. Declaración de Helsinki de la AMM principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.
 45. Ley N° 26842-ley general de salud.
 46. Colegio médico del Perú. Principios éticos en la medicina. 2021 Sep 10;
 47. Tam Málaga J, Giovanna Vera, Oliveros Tamos R. Tipos, métodos y estrategias de investigación científica. 2008;5:146–9.
 48. Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar. Metodología de la investigación. McGraw-Hill; 1991. 505 p.
 49. Bastis Consultores. Técnicas de recolección de datos para realizar un trabajo de investigación [Internet]. Metodología. 2020 [cited 2022 Nov 3]. Available from: <https://online-tesis.com/tecnicas-de-recoleccion-de-datos-para-realizar-un-trabajo-de-investigacion/>
 50. Díaz Campanero P, Pretus Rubio S, Morales Cayuela M, Mariscal Flores M. Las náuseas y los vómitos constituyen una complicación habitual en el periodo postoperatorio. Los pacientes que sufren este tipo de eventos adversos suelen percibir como deficiente la asistencia sanitaria recibida. El ejemplar de Diciembre de 2020 de

la revista Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology revisa de manera minuciosa el conocimiento presente acerca de las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO). [Internet]. AnestesiaR. 2021 [cited 2022 Dec 5]. Available from: <https://anesthesiar.org/2021/actualizacion-en-nauseas-y-vomitos-postoperatorios/>

51. Catán F, Núñez J, Astudillo C, Uribe M, Uribe-Echevarría S. Ictericia post-operatoria Post-operative jaundice. Vol. 25, Gastroenterol. latinoam. 2014.
52. Domínguez LC, Rivera A, Bermúdez C, Herrera W. Análisis de los factores de conversión durante colecistectomía laparoscópica a abierta en una cohorte prospectiva de 703 pacientes con colecistitis aguda. Cir Esp. 2011 May;89(5):300–6.
53. Laura Morán EU Valeria González L Hospital Luis Calvo Mackenna EC. Clasificación de las heridas operatorias herida quirúrgica. [cited 2022 Nov 4]; Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/act/vol8_1_98/act15198.htm.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE HISTORIAS CLÍNICAS.

| | |
|--|--------------------------|
| Factores asociados a complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, enero 2021 a julio 2022 | |
| N° DE FICHA: | FECHA DE ATENCIÓN: |
| I. FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE | |
| 1. Edad | |
| a. Adulto: 18 a 60 años | |
| b. Anciano: >60 años | |
| 2. Sexo | |
| a. Masculino | b. Femenino |
| 3. Comorbilidades | |
| a. Diabetes mellitus | b. Hipertensión arterial |
| c. Otros | d. Ninguno |
| II. FACTORES RELACIONADOS CON LA CIRUGÍA: | |
| 4. Tiempo operatorio | |
| a. Corto: < 60 min | |
| b. Medio: > 60 min | |
| 5. Hallazgos | |
| a. Normal | b. Edematosa |
| c. Necrosada | d. Supurativa |
| e. Perforada | f. Fibrosada |
| 6. Tipo de herida | |
| a. Limpia | b. Limpia contaminada |
| c. Contaminada | d. Sucia |
| III. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS | |
| 7. Presentó complicación: | |
| a. Si () | |
| b. No () | |
| 8. Tipo de Complicación: | |
| a. 1Dolor postoperatorio moderado/severo () | |
| b. Vómitos y / o vómitos () | |
| c. Íleo adinámico () | |
| d. Ictericia () | |

| | |
|--|---|
| | e. Lesión de vesícula () |
| | f. ISO () |
| | g. Coledocolitiasis residual () |
| | h. Eventración () |

·Se hace uso del Instrumento validado por la investigación realizada por Álvaro Gómez et al; Complicaciones de cirugía laparoscópica y abierta en pacientes con colecistitis en el Hospital Domingo Olavegoya 2017-2021.Universidad Continental (15), por ajustarse a las variables que se están utilizando en la presente investigación, además de contar con la validación producto de la infestación antes mencionada.

Operacionalización de variables

| VARIABLE | | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIÓN | ESCALA DE MEDICIÓN | INDICADORES |
|-----------------------|---|---|---|------------------------------------|---|--------------|
| INDEPENDIENTES | Factores asociados al paciente | Son elementos o circunstancias que influyen con el paciente y aumenten la posibilidad de causar un problema de salud. | Uso de historias clínicas para poder extraer la información, según mi instrumento de recolección de datos | Género | Nominal 1. Masculino 2. Femenino | Cualitativa |
| | | | | Edad | Intervalo 1. Adulto: De 18 a 60 años 2. Anciano: > 60 años | Cuantitativa |
| | | | | comorbilidad | Nominal 1. Diabetes mellitus 2. Hipertensión arterial 3. Otros 4. Ninguna | Cualitativa |
| | Factores asociados en cirugía | Son elementos o circunstancias que influyen con el cirujano y aumenten la posibilidad de causar un problema de salud. | Uso de historias clínicas para poder extraer la información, según mi instrumento de recolección de datos | Periodo de intervención quirúrgica | Nominal 1.- 60 min 2.- 120 min 3.- > 120 min | Cualitativa |
| | | | | Condición de la vesícula | Nominal 1. Normal 2. Edematosa 3. Necrosada 4. Supurativa 5. Perforada 6. Fibrosada | Cualitativa |
| | | | | Tipo de herida | Nominal 1. Limpia 2. Limpia contaminada 3. Contaminada 4. Sucia | Cualitativa |
| DEPENDIENTES | Complicaciones postquirúrgicas en colecistectomía | Es un problema de salud ocasionado por un procedimiento quirúrgico ya finalizado. | Uso de historias clínicas para poder extraer la información, según mi instrumento de recolección de datos | Tipo de complicación | Nominal 1. Dolor postoperatorio moderado/severo 2. Vómitos y / o náuseas > 1 vez. 3. Coledocolitias residual. 4. Lesión de vesícula. 5. Ictericia 6. ISO 7. Eventración 8. Íleo adinámico | Cualitativa |

VALIDACIÓN POR EXPERTOS

INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: Dr. *César Suárez Leyva*
 Institución donde labora : *Hospital II-1 Moyobamba*
 Especialidad : *Cirujano General y laparoscópico*
 Instrumento de evaluación :

Autor (s) del instrumento (s) : *Tamara Bryson Las Torres Villena*

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

| CRITERIOS | INDICADORES | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| CLARIDAD | Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales. | | | | | X |
| OBJETIVIDAD | Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales. | | | | X | |
| ACTUALIDAD | El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable. | | | | | X |
| ORGANIZACIÓN | Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación. | | | | | X |
| SUFICIENCIA | Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores. | | | | X | |
| INTENCIONALIDAD | Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio. | | | | | X |
| CONSISTENCIA | La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación. | | | | | X |
| COHERENCIA | Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable. | | | | | X |
| METODOLOGÍA | La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación. | | | | X | |
| PERTINENCIA | La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento. | | | | | X |
| PUNTAJE TOTAL | | | | | | |

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)


III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

.....

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

47

Tarapoto 10 de setiembre de 2022


Dr. César Suárez Leyva
 CIRUJANO GENERAL
 CPM 36701 RNE 33978
 Sello personal y firma

INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: Dr. *Jose Luis Herencia Gallegos*
 Institución donde labora : *Hospital #1 Moyabamba*
 Especialidad : *Quirujano general y laparoscópico*
 Instrumento de evaluación :
 Autor (s) del instrumento (s) : *Tamara Bryan Luis Torres Villano*

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

| CRITERIOS | INDICADORES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|
| CLARIDAD | Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales. | | | | X | |
| OBJETIVIDAD | Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales. | | | | X | |
| ACTUALIDAD | El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable. | | | | | X |
| ORGANIZACIÓN | Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación. | | | | | X |
| SUFICIENCIA | Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores. | | | | X | |
| INTENCIONALIDAD | Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio. | | | | X | |
| CONSISTENCIA | La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación. | | | | | X |
| COHERENCIA | Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable. | | | | | X |
| METODOLOGÍA | La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación. | | | | | X |
| PERTINENCIA | La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento. | | | | | X |
| PUNTAJE TOTAL | | | | | | X |

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

.....

PROMEDIO DE VALORACIÓN: 46

Tarapoto 21 de setiembre de 2022


 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN
 OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALMOBANDÓ

Dr. José Luis Herencia Gallegos
 QUIRURJANO GENERAL Y LAPAROSCÓPICO
 INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA ESPECIALIZADA
 Sede Provincial Tarapoto

INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: Dr. *Allan Pepe Vásquez Tejeda*
 Institución donde labora : *Hospital #1 Moyobamba*
 Especialidad : *Cirujano general y laparoscópico*
 Instrumento de evaluación :
 Autor (s) del instrumento (s) : *Tommy Bryan Luis Torres Villano*

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

| CRITERIOS | INDICADORES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|
| CLARIDAD | Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales. | | | | | X |
| OBJETIVIDAD | Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales. | | | | X | |
| ACTUALIDAD | El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable. | | | | | X |
| ORGANIZACIÓN | Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación. | | | | | X |
| SUFICIENCIA | Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores. | | | | | X |
| INTENCIONALIDAD | Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio. | | | | X | |
| CONSISTENCIA | La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación. | | | | | X |
| COHERENCIA | Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable. | | | | | X |
| METODOLOGÍA | La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación. | | | | | X |
| PERTINENCIA | La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento. | | | | | X |
| PUNTAJE TOTAL | | | | | | |

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

.....

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

48

Tarapoto 10 de setiembre de 2022

Allan Pepe Vásquez Tejeda
Dr. Allan Pepe Vásquez Tejeda
 JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
 C.M.P. 47381 R.N.E 27626
 Sello personal y firma

Solicitud al Hospital II-1 Moyobamba para autorización de registro de datos

SOLICITA: Autorización para realizar estudio de investigación

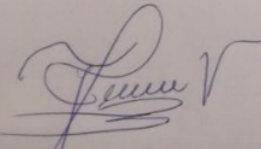
SEÑOR: DR. Cristhian Eduardo Córdova Roque
Director del Hospital II - 1 Moyobamba

Yo, Tonny Bryan Luis Tavera Villena, con D.N.I. N° 70818082, ex interno del nosocomio, egresado de la Universidad Nacional de San Martín, Domicilio circunvalación cumbaza N°170 Morales, celular N° 949963457 ante Usted con todo respeto me presento y expongo:


Que, deseando realizar la recolección de información para la elaboración de mi tesis de pregrado que lleva como título: Factores asociados a complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, enero 2021 a julio 2022, solicito muy comedidamente me permita poder acceder a información estadística y acceso a revisión de Historias clínicas para poder ejecutar mi proyecto.

Por lo expuesto SOLICITO a Ud. ordene a quien corresponda atender a mi solicitud por ser de justicia.

Moyobamba, 19 de setiembre 2022



Tonny Bryan Luis Tavera Villena
D.N.I. 70818082



Autorización de la dirección del Hospital II-1 Moyobamba para el registro de datos



UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

Reg. N° 011-2022145117

Moyobamba, 26 de setiembre 2022

CARTA N° 030-2022- DIRESA-OGESS-AM/DHII-M-UCDeI

Señor:
TONNY BRYAN LUIS TAVERA VILLENA
 Egresado de Medicina Humana
 Universidad Nacional de San Martín
CIUDAD.-

ASUNTO : SE AUTORIZA RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN PARA ELABORACIÓN DE PROYECTO DE TESIS.

REFERENCIA : Solicitud S/N Exp. 011-2022118846

Reciba un saludo cordial y por el presente se comunica que, visto el documento de la referencia y contando con el visto bueno de la Dirección del Hospital II-1 Moyobamba, se **AUTORIZA** a usted en su condición de Egresado de la Universidad Nacional de San Martín, pueda realizar la **recopilación de información** para la elaboración de proyecto de tesis titulado "**Factores Asociados a Complicaciones Post quirúrgicas de Colectectomía en el Hospital II-1 Moyobamba de enero 2021 a julio 2022**".

También se comunica que, para acceder a las Oficinas donde va recopilar la información necesaria, debe presentar este documento ante el Jefe o Responsable, a fin de que les brinde las facilidades; asimismo se informa que ante su ingreso al Hospital deberá hacerlo por la Puerta N.° 01 portando su documento de identificación-DNI, su Carnet de Vacunación contra el COVID-19 (mínimo 03 dosis) y se recomienda tener en cuenta todas las medidas de bioseguridad durante su permanencia en las instalaciones de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo de Usted.

Atentamente;


 MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA

 Dr. Alexander Pérez Tavara
 JEFE DE LA UNIDAD DE
 CAPACITACION Y DOCENCIA
 C.M.P. 83210 R.N.E. 32107

C.c.
 INTERESADO
 UCADef
 APTIvaf

Av. Grau Cdra 04 - Moyobamba-San Martín
 Teléfono: 042-787590 (Anexo 1052) (SAMU)-042-351806 (Anexo 1132) (Emergencia)-042-787593 Anexo (1174) (REFERENCIAS) - 042-351826
 Anexo (1046) (CALL CENTER)
 Correo: hospitalmoyobamba@hotmail.com

Factores asociados a complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, enero 2021 a junio 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

21%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|---|----|
| 1 | repositorio.unsm.edu.pe Fuente de Internet | 5% |
| 2 | Submitted to Universidad Nacional de San Martín Trabajo del estudiante | 2% |
| 3 | repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet | 2% |
| 4 | repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet | 1% |
| 5 | ri.uaemex.mx Fuente de Internet | 1% |
| 6 | repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet | 1% |
| 7 | repositorio.unphu.edu.do Fuente de Internet | 1% |
| 8 | hdl.handle.net Fuente de Internet | 1% |

| | | |
|----|--|------|
| 9 | redi.unjbg.edu.pe Fuente de Internet | 1 % |
| 10 | repositorio.upse.edu.ec Fuente de Internet | <1 % |
| 11 | Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante | <1 % |
| 12 | Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante | <1 % |
| 13 | cybertesis.urp.edu.pe Fuente de Internet | <1 % |
| 14 | 1library.co Fuente de Internet | <1 % |
| 15 | reciamuc.com Fuente de Internet | <1 % |
| 16 | Submitted to Ponce Health Sciences University Trabajo del estudiante | <1 % |
| 17 | tesis.unsm.edu.pe Fuente de Internet | <1 % |
| 18 | es.scribd.com Fuente de Internet | <1 % |
| 19 | repositorio.ulasalle.edu.pe Fuente de Internet | <1 % |

| | | |
|----|--|------|
| 20 | www.mayoclinic.org Fuente de Internet | <1 % |
| 21 | renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet | <1 % |
| 22 | repositorio.uncp.edu.pe Fuente de Internet | <1 % |
| 23 | Stephen W. Moore. "C", Elsevier BV, 2011 Publicación | <1 % |
| 24 | search.bvsalud.org Fuente de Internet | <1 % |
| 25 | Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Ecuador - PUCE Trabajo del estudiante | <1 % |
| 26 | alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet | <1 % |
| 27 | dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet | <1 % |
| 28 | repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet | <1 % |
| 29 | Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante | <1 % |
| 30 | hablandodenutricion.com Fuente de Internet | <1 % |

| | | |
|----|--|------|
| 31 | pt.slideshare.net Fuente de Internet | <1 % |
| 32 | www.revistaaquatic.com Fuente de Internet | <1 % |
| 33 | cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet | <1 % |
| 34 | repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet | <1 % |
| 35 | scielo.iics.una.py Fuente de Internet | <1 % |
| 36 | vsip.info Fuente de Internet | <1 % |
| 37 | www.lumensoft.pe Fuente de Internet | <1 % |
| 38 | www.slideshare.net Fuente de Internet | <1 % |
| 39 | Submitted to Universidad Europea de Madrid Trabajo del estudiante | <1 % |
| 40 | repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet | <1 % |
| 41 | tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet | <1 % |
| 42 | notipress.mx Fuente de Internet | <1 % |

43 womenandinfants.org <1 %
Fuente de Internet

44 www.enfamil.es <1 %
Fuente de Internet

45 healthinfo.uclahealth.org <1 %
Fuente de Internet

46 livrosdeamor.com.br <1 %
Fuente de Internet

47 tesis.unap.edu.pe <1 %
Fuente de Internet

48 www.medicalnewstoday.com <1 %
Fuente de Internet

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 10 words

Excluir bibliografía

Activo