

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



Correlación entre el diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico de colecistectomía en el HN. LNS. PNP durante el año 2016

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

Saavedra Curi, John Smith

Moises E. Morales Rezza

Asesor de Tesis

Jhony A. De La Cruz Vargas

Director de Tesis

LIMA – PERÚ

2017

AGRADECIMIENTO

A mis padres, hermanos, familiares, en especial al departamento de cirugía del HN LNS PNP por todo lo aprendido y por las facilidades dadas para la realización del presente trabajo también a aquellas personas que han estado presentes de manera directa e indirecta en este largo camino que, aunque tortuoso, no deja de maravillarme.

DEDICATORIA

Dedico la presente tesis a mis padres por apoyarme en todo momento, por haberme dado la oportunidad de estudiar esta prestigiosa carrera. A mis hermanos gracias por su confianza y aquellas personas que con sus consejos y apoyo incondicional, hicieron que llegue a la culminación de mi carrera. A mi Asesor de tesis Dr. Moisés Morales por la ayuda y asesoría brindada para el desarrollo y culminación del presente trabajo. A la Universidad Ricardo Palma y a los docentes de la carrera de Medicina Humana que supieron compartir sus conocimientos y experiencias.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la correlación entre el diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico de colecistectomías realizadas en los pacientes del HN LNS PNP durante el año 2016. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio de tipo observacional - retrospectivo - analítico. Se revisaron 310 reportes quirúrgicos y anatomopatológicos de las colecistectomías realizadas en los pacientes del HN LNS PNP durante el año 2016. Se excluyeron las historias que se encontraban incompletas y no cumplían con criterios de inclusión. El método para la recolección de información fue una ficha de recolección de datos. Se analizaron los datos con el software estadístico SPSS v. 22 y para la correlación se usó el índice de kappa de Cohen. **Resultados:** El grado de correlación entre el diagnóstico quirúrgico y el anatomopatológico utilizando el índice de kappa de Cohen fue de $\kappa = 0,33$ con una significancia aproximada de $p: 0,000$ pero al correlacionar por subgrupos en la colecistitis crónica y pólipo vesicular se obtuvieron un grado de correlación mediante el índice de kappa de Cohen de $\kappa = 0,57$ y $\kappa = 0,51$ respectivamente con una significancia aproximada de $p: 0,000$ en ambos casos. **Conclusiones:** La correlación entre diagnóstico quirúrgico y el realizado por anatomía patológica de las colecistectomías demostraron tener una baja concordancia en los casos evaluados mediante estos dos tipos de mediciones pero en el análisis por subgrupos la colecistitis crónica y el pólipo vesicular tienen una concordancia de moderada fuerza en los casos evaluados.

Palabras claves: Correlación, Colecistectomías, colecistitis.

SUMMARY

Objective: To determine the correlation between the surgical and anatomopathological diagnosis of cholecystectomies performed in HN LNS PNP patients during the year 2016. **Material and Methods:** An observational - retrospective - analytical study was carried out. We reviewed 310 surgical and anatomopathological reports of cholecystectomies performed in HN LNS PNP patients during the year 2016. We excluded histories that were incomplete and did not meet inclusion criteria. The method for collecting information was a data collection form. Data were analyzed with the SPSS v. 22 and for the correlation the kappa Cohen index was used. **Results:** The degree of correlation between the surgical and anatomopathological diagnosis using the Cohen kappa index was $\kappa = 0.33$ with an approximate significance of $p: 0.000$. However, when correlating subgroups in chronic cholecystitis and vesicular polyps, a degree of correlation was obtained by the Cohen kappa index of $\kappa = 0.57$ and $\kappa = 0.51$, respectively, with an approximate significance of $p: 0.000$ in both cases. **Conclusions:** The correlation between surgical diagnosis and that performed by pathological anatomy of the cholecystectomies showed a low concordance in the cases evaluated by these two types of measurements, but in the subgroup analysis, chronic cholecystitis and the vesicular polyp have a concordance of moderate force In the cases evaluated.

Key words: Correlation, Cholecystectomies, Cholecystitis.

INTRODUCCIÓN

La patología vesicular es una de las principales patologías digestivas la cual ha incrementado la incidencia en los últimos años tanto en nuestro país como a nivel mundial. Quienes en la mayoría de casos fueron sometidos quirúrgicamente a colecistectomía, la cual tiene altos costos económicos para el paciente como del estado.

La principal patología vesicular es la colelitiasis, la cual en la mayoría de las personas con litos en la vesícula biliar permanecen asintomáticos y sin tratamiento. La presentación clínica generalmente es con dolor abdominal en el cuadrante superior derecho exacerbado por ingerir alimentos o debido a una complicación como la inflamación de la vesícula biliar (Colecistitis). El tratamiento definitivo de las colelitiasis sintomáticas es quirúrgico siendo sometidos a colecistectomía. Estos litos pueden pasar de la vesícula biliar hacia el conducto biliar común y al encontrarse ahí pueden presentar síntomas de ictericia, colangitis o pancreatitis, o ser asintomático. Todos los litos del conducto biliar común deben recibir tratamiento debido al riesgo de graves complicaciones.

El diagnóstico quirúrgico, como el diagnóstico de anatomía patológica, son elementos que dirigen la conducta terapéutica; y los pronóstico funcional y vital relacionados con la patología vesicular es así, que la evaluación de la pieza anatómica realizada por el cirujano y el patólogo, deben mostrar cierto grado de concordancia. Cuando esto no sucede, debe pensarse en una serie de factores que influyen en la elaboración de un diagnóstico preciso.

Por lo tanto la presente investigación tiene como objetivo principal determinar la correlación entre el diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico de colecistectomías realizadas en los pacientes del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú en el año 2016.

CONTENIDO

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	9
1.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN:	9
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.4. OBJETIVOS.....	13
1.4.1 Objetivo General.....	13
1.4.2Objetivos Específicos.....	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	15
2.1 ANTECEDENTES.....	15
2.2 REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	20
2.2.1 VESICULA BILIAR.....	20
2.2.2 ANOMALIAS CONGENITAS.....	21
2.2.3 COLELITIASIS.....	21
2.2.4 COLECISTITIS.....	22
2.2.5 COLECISTITIS AGUDA.....	22
2.2.6 COLECISTITIS CRÓNICA.....	24
2.2.7 CARCINOMA VESICULAR.....	25
2.2.8 TRATAMIENTO QUIRURGICO.....	25
CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES.....	28
3.1. HIPÓTESIS.....	28
3.2. VARIABLES.....	28
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	30

4.1. DISEÑO DE ESTUDIO Y TIPO DE ESTUDIO.....	30
4.2. POBLACIÓN ESTUDIO.....	30
4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	31
4.4. PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	31
4.5. INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODOS PARA EL CONTROL DE LA CALIDAD DE DATOS.....	32
4.6. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN.....	32
4.7. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	33
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	34
5.1. RESULTADOS.....	34
5.5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	54
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS.....	60
ANEXOS.....	62

CAPITULO I:

1.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN Y LUGAR DE EJECUCIÓN

El trabajo tiene un carácter clínico-quirúrgico y se estudiarán pacientes con diagnóstico de colecistitis en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP durante el periodo de enero a diciembre 2016 en el servicio de Cirugía General. El Hospital nacional Luis N. Sáenz PNP tiene el nivel III, se encuentra ubicado en el distrito de Jesús María, en la provincia de Lima, departamento de Lima en la Av. Brasil cdra. 26 S/N. Cuenta con 508 camas de hospitalización, 27 camas de emergencia, 8 ambulancias T-II, 5 quirófanos, 1 helipuerto. Constituye un centro de referencia y contra referencia. A él se llega por referencia de los niveles inferiores, y casi siempre del nivel II, cuenta con desarrollada complejidad arquitectónica, con cobertura mayor a 100,000 habitantes.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las alteraciones de la vía biliar afectan a una importante proporción de la población mundial. Siendo uno de los problemas de salud más importantes y antiguos que afecta al hombre; con serias implicaciones médicas, sociales y económicas, por su elevada frecuencia y complicaciones. Más del 95% de las enfermedades de la vía biliar se pueden atribuir a colelitiasis (cálculos de la vesícula) siendo estudiada exhaustivamente durante décadas¹. La primera descripción de la enfermedad por cálculos biliares para varios investigadores se remonta al siglo IV a. C. y corresponde a los últimos días en la vida de Alejandro el Grande, quien murió en el año 323 a. C. probablemente por las complicaciones de un episodio de colecistitis aguda o crónica agudizada². Theodor Emil Kocher (1841-1917) realizó la primera colecistectomía con éxito. El 12 de septiembre de 1985, Erich Mühe, cirujano

general de la ciudad de Böblingen, cercana a Stuttgart, en Alemania, efectuó la primera colecistectomía por laparoscopia².

En la actualidad se estima que aproximadamente la colelitiasis afectan entre el 10 a 20 % de la población adulta en países desarrollados. Se estima que más de 20 millones de personas en EE.UU tienen colelitiasis. Aproximadamente 1 millón de nuevos pacientes son diagnosticados cada año como portadores de cálculos vesiculares, de los cuales la mitad son sometidos a cirugía¹. En el Perú se encuentra dentro de las patologías de morbilidad más frecuentes en el grupo etario de 20 – 59 años de edad³.

La afección por colelitiasis es uno de los problemas más comunes que lesionan el tubo digestivo. Informes de necropsias muestran una prevalencia de cálculos biliares de 11 a 36%. Esta frecuencia se relaciona con muchos factores que incluyen edad, género y antecedente étnico. Ciertos estados predisponen el desarrollo de cálculos biliares. La obesidad, embarazo, factores dietéticos, enfermedad de Crohn, resección ileal terminal, operación gástrica, esferocitosis hereditaria, enfermedad de células falciformes y talasemia se acompañan de un riesgo mayor de formación de cálculos biliares. Es tres veces más probable que las mujeres formen cálculos biliares y los familiares de primer grado de pacientes con estos últimos tienen una prevalencia dos veces mayor⁴.

La Colecistitis aguda es una enfermedad multifactorial cuyo origen y patogénesis no se conocen con precisión que pueden ocasionar cuadros clínicos muy severos y dolorosos, pero entre un 65 a 80% de las litiasis son asintomáticas siendo diagnosticadas de forma casual en exploraciones ecográficas realizadas por otros motivos, siendo el cólico biliar la manifestación clínica más habitual, aunque el 10% pueden debutar como un episodio de colecistitis aguda⁵.

Entre las complicaciones de la litiasis vesicular se encuentran: colecistitis aguda, hidrocolecisto, piocolecisto, colangitis ascendente y pancreatitis coledociana⁵

La ecografía es un estudio de imagen inicial útil para las hepatopatías por su bajo costo, amplia disponibilidad, no implica exposición a radiación y es bien tolerado por los pacientes. Es excelente para el diagnóstico de enfermedades biliares y para lesiones hepáticas focales⁴.

El diagnóstico final es el estudio anatomopatológico. Sin embargo, el reporte del patólogo generalmente se emite entre el quinto a décimo día postoperatorio por diferentes factores (carga del trabajo, preparación de la muestra y otros) en contraste con la estancia hospitalaria postoperatoria de los pacientes que es de dos a tres días en promedio. De tal manera que en la mayoría de las ocasiones el cirujano ya no alcanza a revisar este reporte para compararlo con su hallazgo macroscópico.

1.2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

De acuerdo a los detalles que se mencionaron en el planteamiento del problema, se formuló la siguiente pregunta de investigación: **¿Existe correlación entre el diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico de colecistectomía en el Hospital Nacional “Luis N. Sáenz” PNP durante el año 2016?**

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La patología vesicular es una de las principales patológicas cuyo diagnóstico se plantea más frecuente en los servicios de emergencia de un hospital y ocupando una buena parte de las intervenciones quirúrgicas practicadas donde al paciente se le realiza colecistectomía. La laparoscopia considerada como el estándar de oro

para las colecistectomías^{6, 7}; desplazando a la colecistectomía abierta al segundo lugar⁶.

La Colecistectomía laparoscópica en comparación con la colecistectomía abierta tiene ventajas por presentar menos dolor postoperatorio, disminución en la angustia del paciente, menor estancia hospitalaria, pronto retorno a las actividades de la vida diaria, cicatriz postoperatoria mínima⁸. Esta, a pesar de que es considerado un procedimiento básico, en ocasiones debe convertirse a un procedimiento abierto⁹.

La colecistitis es una de las enfermedades más comunes del tracto digestivo y la principal patología de la vesícula biliar por lo cual constituye un importante problema de salud en países desarrollados. Se estima que el 10 – 15 % de la población adulta que representa 20 a 25 millones de estadounidenses tiene o tendrá cálculos biliares. La tercera Evaluación Nacional de Salud y Nutrición que se realizó en EEUU estima que 6,3 millones de hombres y 14,2 millones de mujeres entre 20 y 74 años en los Estados Unidos tenían enfermedad de la vesícula biliar. Además de los problemas relacionados con la salud, la colelitiasis también trae costos significativos, estimados en alrededor de 6,2 millones de dólares anuales en EEUU¹⁰.

El cáncer de vesícula es una de las neoplasias más frecuentes de la enfermedad biliar maligna y corresponde el 1,0 % de las neoplasias en general. Algunos autores lo ubican entre el cuarto o quinto de los cánceres del aparato digestivo. La incidencia del carcinoma de vesícula biliar es extremadamente variable según las regiones geográficas y los grupos étnicos; las tasas más altas se registran en Chile, entre los habitantes del noreste de Europa, Israel e indios americanos. En un estudio publicado en el 2014 informa que el cáncer de vesícula biliar es la principal causa de muerte entre las mujeres chilenas¹¹. Las tasas más bajas se han observado en habitantes de piel negra de Zimbawe, América y de países como España e India¹². El diagnóstico clínico de los pacientes con esta neoplasia, a menudo resulta difícil, debido a la localización de la vesícula biliar, que dificultan la exploración física, y los síntomas inespecíficos. La ictericia es uno de los signos más comunes, pero cuando aparece ya la enfermedad se encuentra en un estadio

avanzado¹². Actualmente no existe ningún análisis de sangre, ni otras pruebas, que detecten de forma confiable los cánceres de vesícula biliar lo suficientemente temprano que pueda ser útil como prueba de detección¹¹. En varias oportunidades el diagnóstico de esta neoplasia se realiza en el intraoperatorio o postoperatorio siendo corroborado en la anatomía patológica de la pieza operatoria.

Según estudio; En el 77% de los casos existe relación entre el diagnóstico postoperatorio y anatomopatológico. Encontrándose que la colecistitis crónica litiásica es la patología biliar quirúrgica con mayor frecuencia 64%, seguida de la colecistitis crónica reagudizada 8% y colelitiasis 5%. El diagnóstico anatomopatológico más reportado es el de colecistitis crónica inespecífica 42.5% y en segundo lugar el de colecistitis crónica con colesterosis 14.7%. El sexo más afectado de patología biliar es el femenino con una relación de incidencia de 3:1 mujeres-varones. La patología asociada que se encontró con mayor frecuencia es la hipertensión arterial sistémica 14.9% y el principal factor de riesgo, la edad avanzada 20.2%. El hallazgo microscópico del reporte anatomopatológico es en la mayoría de los casos la infección inflamatoria mononuclear 559 reportes, la fibrosis intersticial 225 reportes y la metaplasia 226 reportes¹³.

Actualmente no existen suficientes estudios en los cuales correlacionan los diagnósticos quirúrgicos y anatomopatológicos por lo cual se planteó este estudio con el objetivo de determinar la correlación entre el diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico de las colecistectomías realizadas por el departamento de cirugía, Hospital Nacional Luis N Sáenz PNP; en pacientes con patología vesicular que fueron intervenidos quirúrgicamente.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la correlación entre el diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico de colecistectomías realizadas en los pacientes del HN LNS PNP durante el año 2016.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el grado de correlación con el índice de kappa Cohen entre el diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico de las colecistectomías.
- Determinar la patología vesicular más frecuente de acuerdo al diagnóstico quirúrgico.
- Determinar la patología vesicular más frecuente de acuerdo al diagnóstico anatomopatológico.
- Determinar la distribución por sexo y edad de las colecistectomías.
- Determinar el abordaje quirúrgico de predilección para las colecistectomías.
- Determinar el tiempo operatorio promedio de las colecistectomías.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Rodrigo M. Murillo Álvarez, Estefan A. Navarro Claros, Univ. Lorena Núñez Mendivil, Bárbara V. Murillo Maldonado. Correlación diagnóstica postquirúrgica y anatomopatológico de colecistectomía laparoscópica. Revisaron 781 historias clínicas de pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica, de ambos sexos, mayores de 15 años y con otras patologías asociadas. Los resultados fueron que en el 77% de los casos hay relación entre el diagnóstico postoperatorio y reporte anatomopatológico. La colecistitis crónica litiásica es la patología biliar quirúrgica con mayor frecuencia 64%, seguida de la colecistitis crónica reagudizada 8% y colelitiasis 5%. El diagnóstico anatomopatológico más reportado es el de colecistitis crónica inespecífica 42.5% y en segundo lugar el de colecistitis crónica con colesterosis 14.7%. El sexo más afectado de patología biliar es el femenino con una relación de incidencia de 3:1 mujeres-varones. La patología asociada que se encontró con mayor frecuencia es la hipertensión arterial sistémica 14.9% y el principal factor de riesgo, la edad avanzada 20.2%. El hallazgo microscópico del reporte anatomopatológico es en la mayoría de los casos la infección inflamatoria mononuclear 559 reportes, la fibrosis intersticial 225 reportes y la metaplasia 226 reportes.

Eduardo E. Montalvo-Javé, Sergio Kurt Rojas, Abraham Pulido Cejudo, Ramón Vázquez Ortega, Erick Basurto Kuba. Hallazgos de anatomía patológica en una serie Clínica de colecistectomía electiva. ¿Es frecuente el cáncer in situ. El estudio comprende a 200 pacientes sometidos a colecistectomía de con resultados del estudio histopatológico, se encontró a dos pacientes con diagnóstico de carcinoma de vesícula in situ más colelitiasis, ambas fueron mujeres. Del total de pacientes estudiados, 167 fueron mujeres (83.5%) y 33 hombres (16.5%). En relación al

diagnóstico de anatomía patológica, en 158 pacientes se reportó colecistitis crónica y litiasis vesicular (79% del total), siendo 148 mujeres y 9 hombres; con colelitiasis se encontraron nueve casos, siete correspondieron a mujeres y dos a hombres. Respecto a colecistitis crónica sin litiasis, se encontraron nueve casos, siendo ocho mujeres y un hombre.

Teresa Castellanos, Beatriz Ulloa, José E. González, Deisy Marañón, Jesús Díaz. Hallazgos anatomopatológicos en pacientes con disfunción biliar. El cual es un estudio de 84 pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, del 2010 al 2011, a quienes se realizó colecistectomía por presentar manifestaciones clínicas de disfunción biliar; pero posterior a extirpación de la vesícula, acudieron a la consulta externa de la especialidad con dolor abdominal y cuadros diarreicos, entre otros síntomas y signos. En busca de datos más precisos, se comparó el diagnóstico preoperatorio con los hallazgos anatomopatológicos, de donde se derivó que a pesar de que en muchos casos no coincidían, ello no obstaculizó la obtención de resultados satisfactorios en los integrantes de la casuística.

West, W; James, K y Brady-West, D. Colelitiasis asintomático detectado por ultrasonido: un protocolo basado en la edad para el tratamiento. El estudio fue realizado para examinar la correlación entre edad y género, y los hallazgos en ultrasonidos de colecistitis aguda o crónica en pacientes adultos con colelitiasis. el estudio fue de 500, mujeres (74.6%) y varones (25.4%) - fueron diagnosticados con colelitiasis durante el periodo de cinco años. Las edades en rango de 18 a 94 con una edad mediana de 47 años. El diagnóstico de colecistitis fue erróneo en 11 pacientes. De los restantes 489, 22.1% (108) fueron diagnosticados positivos a la colecistitis por ultrasonido, resultando los restantes 7.9% (381) negativos. No se halló ninguna asociación entre el género y la colecistitis. Se halló una relación estadísticamente significativa entre la categoría del grupo etario y la condición de

colecistitis determinada por el ultrasonido. Las proporciones más altas de personas en los grupos de edad de 20 - 39 años (40.9%) y 40 - 59 años (20.4%) tenían colecistitis al ser examinadas con ultrasonido, comparadas a otras categorías de edad en las que las tasas correspondientes fueron aproximadamente 11% o menos. Se concluyó que los pacientes de 60 o más años de edad, a quienes se les diagnosticó colelitiasis en el examen de ultrasonido, presentaban menos probabilidad de tener colecistitis que los pacientes más jóvenes.

José Castillo, Catalina Romo, Jorge Ruiz, Jesús Escrivá, Víctor Córdova. Cáncer de vesícula biliar como hallazgo histopatológico posterior a la colecistectomía. Prevalencia e incidencia en el Hospital Ángeles Pedregal. Revisaron historias clínicas de pacientes sometidos a colecistectomía, incluyendo 3,420 colecistectomías durante seis años. Se analizaron los resultados del estudio histopatológico, se recolectaron para obtener la prevalencia e incidencia del cáncer de vesícula biliar obtuvieron como resultado que el diagnóstico más frecuente en pacientes postcolecistectomía fue colecistitis 1,557 casos (45.5%), colelitiasis 1,450 casos (42.4%), otras enfermedades de la vesícula biliar 404 casos (11.8%), cáncer de vesícula biliar 9 casos (0.26%), con prevalencia de 0.26 casos por cada 100 colecistectomías e incidencia de 2.6 por cada 1,000 pacientes sometidos a este procedimiento. El tipo histológico más común fue adenocarcinoma con 8 casos y 1 caso de carcinoma neuroendocrino. Sólo en uno de los 9 casos (11.1%), se sospechó cáncer de vesícula biliar en forma preoperatoria.

Zoila villar Manosalva. Estancia hospitalaria en pacientes colecistectomizados de sexo masculino vs sexo femenino en el hospital nacional dos de mayo de julio del 2014 a julio del 2015. Revisaron 514 historias clínicas de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica. Obteniendo como resultado de los 514 pacientes 374 (73 %) fueron de sexo femenino y 140 (27 %) de sexo masculino con una relación de 2.7:1, el grupo etáreo que predominó fue de 47-62 años para ambos sexos y la edad promedio para el sexo femenino fue de 45 años y 49 años para el masculino. La estancia hospitalaria promedio para ambos sexos fue de 2.66 días, 2.18 días para mujeres y 3.95 días para varones. El tiempo operatorio promedio fue de 86.97

minutos, 103.43 minutos en el sexo masculino y 80.80 minutos en el femenino. La complicación más frecuente fue la disección compleja, 4.5 % en el sexo masculino y 3.7 % en el femenino. 1 de cada 13 mujeres y 1 de cada 5 hombres presentaron alguna complicación postoperatoria. El diagnóstico post operatorio más frecuente fue colecistitis crónica litiásica (79.2 %), le sigue la colecistitis subaguda (6 %), colecistitis aguda (5.6 %), piocolecisto (2.5 %), Pólipo vesicular (1.9 %), hidrocolecisto (9 %), plastrón vesicular (5 %), Hidropiocolecisto (5 %) y síndrome de Mirizzi (5 %). Donde concluyen que la estancia hospitalaria es mayor en el sexo masculino, así mismo tienen mayor tiempo operatorio por mayor dificultad en la disección y diagnósticos más complejos.

Nilthon L. Verde Aredo. Resultados quirúrgicos de la colecistectomía laparoscópica en pacientes con colecistitis litiásica intervenidos de manera electiva en el Hospital Regional Docente de Trujillo. 2008-2009". Revisaron 157 historias clínicas de pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica. Los resultados fueron 89.8% tuvieron colecistitis crónica litiásica y el 10.2% tuvieron el diagnóstico de colecistitis aguda litiásica. 128 (81.5%) fueron mujeres y 29 (18.5%) hombres, con edades de los 18 años a los 83 años, un promedio de edad de 46 ± 15.6 años. Se requirió de conversión en 3 casos. Las complicaciones mayores fueron: hemorragia = 4 casos (2.50%), lesión de conductos biliares = 3 casos (1.90%), coledocolitiasis residual = 3 casos (1.90%), bradicardia = 1 caso (0.64%). En cuanto a las complicaciones menores: la infección de herida operatoria se presentó en 2 casos (1.27%). El Tiempo Operatorio promedio fue de $90,6 \pm 30.75$ minutos, y la Estancia Hospitalaria promedio fue de $1,2 \pm 0.55$ días. Concluyendo que la frecuencia de complicaciones mayores y menores fueron del 7.64%, la frecuencia de conversiones del 1.9%, con un tiempo operatorio promedio de 90,9 min y una estancia hospitalaria corta (1-2 días).

Kiyoshi Kawaguchi, Nobuo Seo, Keiji Ohota, Masahiro Urayama, Ryo Toya, Wataru Kimura. Early Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Cholecystitis in Accordance with the Tokyo Guidelines for the Management of Acute Cholangitis and Cholecystitis. Se compararon las dificultades quirúrgicas, los cursos clínicos y las

complicaciones entre 32 pacientes sometidos a Colectomía laparoscópica retrasada y 30 sometidos a colectomía laparoscópica temprana. La Colectomía laparoscópica tardía se asoció con más dificultades quirúrgicas que la colectomía laparoscópica temprana, incluyendo la adhesión severa del omento mayor (15/32 vs. 1/30), cicatrización severa del triángulo de Calot (15/32 vs. 3/30), incapacidad para identificar o esqueletizar el conducto cístico (18/32 vs. 3/30) y cicatrización severa del lecho de la vesícula biliar (27/32 vs. 1/30). Retrasado Colectomía laparoscópica también se asoció con tiempos de operación más largos (163 frente a 93 minutos), más conversiones a cirugía abierta (7/32 vs 0/30), más complicaciones (3/32 vs. 1/30), y hospitalización más larga (30.5 vs. 10.2 días). La mayoría de las Colectomía laparoscópica tempranas fueron durante las horas extraordinarias.

Arellano Perez, Carlos et al. Prevalencia y factores de riesgo de colelitiasis en pacientes menores de 18 años en un hospital de segundo nivel. Revisaron 706 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de colelitiasis en el periodo de enero de 2003 a diciembre de 2008. Las variables estudiadas fueron: edad menor de 18 años, sexo, antecedentes familiares de litiasis vesicular, enfermedades hemolíticas, uso de hormonales, embarazos, índice de masa corporal, síntoma predominante, complicaciones (coledocolitiasis y pancreatitis), tiempo de estancia hospitalaria y estudio histopatológico vesicular. Se identificaron 26 casos con promedio de 12.8 años, todas mujeres, 16 pacientes (61.5%) con antecedente de embarazo. Sólo una paciente presentó peso normal, sobrepeso en siete pacientes, obesidad grado I en ocho pacientes, grado II en seis pacientes, grado III en cuatro pacientes, el 100% con antecedentes de litiasis vesicular materna. Conclusión: La prevalencia de colelitiasis en menores de 18 años fue de 3.6%. Los factores de riesgo asociados a pacientes mayores de 18 años fueron similares en la población estudiada menor de 18 años.

Jhon Andrés González Macas. Causas y complicaciones de colectomía laparoscópica en pacientes ingresados en el hospital regional isidro ayora de Loja 2015. El objeto del estudio fue caracterizar a las personas que son sometidas a

Cirugía Laparoscópica, identificar las causas de Colectomía, determinar las complicaciones que se presentaron en los pacientes Colectomizados y brindar un informe adecuado para de una manera ayudar a prevenir cualquier complicación. Para el estudio se seleccionaron los pacientes del servicio de Cirugía que fueron sometidos a Colectomía Laparoscópica en el periodo de Junio a Diciembre del 2015. Se evaluaron a 85 pacientes. Lo que permitió conocer que el género femenino fue el más afectado con el 80%, mientras que el 20% correspondió a los hombres, el rango de edad fue de 19 a 39 años que representan el 56,47%. La causa más común de Colectomía fue la Colelitiasis en un 68.23%, seguido de la Colectitis aguda en un 17.64%, y con un porcentaje menor Coledocolitiasis 7.05%. Las complicaciones de la Colectomía fueron mínimas con tan solo 5 casos de los 85 pacientes, el 40% (n=2) presento Lesión de Vía biliar, el 40% Fuga Biliar (n=2) y un 1 paciente presento Hemorragia representando un 20%. Con estos resultados se concluye que el género femenino es el más afectado, el periodo de edad en que se presenta es entre 19 a 39 años, la colelitiasis es la causa más común y que las complicaciones de esta técnica son mínimas.

2.2 REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.2.1 VESICULA BILIAR

La vesícula biliar es un órgano pequeño, cuya forma se asemeja a la de una pera que está debajo del lóbulo derecho del hígado. El hígado y la vesícula biliar están debajo de las costillas inferiores derechas. La vesícula biliar normalmente tiene entre 3 y 4 pulgadas de longitud y no más de una pulgada de ancho.

2.2.2. ANOMALIAS CONGÉNITAS

Aunque las alteraciones congénitas graves son raras, las variaciones anatómicas son suficientemente frecuentes como para presentar ocasionales sorpresas durante la cirugía. La vesícula puede estar congénitamente ausente o puede haber duplicación, con conductos císticos independientes o uno común. Un septo longitudinal o trasverso puede dar a una vesícula bilobulada. El 5 a 10 % de la población presenta localizaciones aberrantes de la vesícula, la mayoría de las veces dentro del parénquima hepático. La anomalía más común es un plegamiento en el fundus de la vesícula, dando lugar al llamado gorro frigio (vesícula acodada). La agenesia de una parte o todo el conducto biliar hepático o el común y el estrechamiento (hipoplasia) de los canales biliares (verdadera atresia biliar) representan un abanico de malformaciones hepatobiliares ¹.

2.2.3. COLELITIASIS

Es una patología que se caracteriza por la presencia de cálculos en el interior de la vesícula biliar y es una de las patologías más comunes dentro de las enfermedades digestivas¹⁴. (Los cálculos afectan al 10 – 20% de la población adulta de los países desarrollados. Se estima que más de 20 millones de personas en EEUU tienen cálculos¹, y en países como Argentina y Chile se calculan tasas similares a las de Estados Unidos, siendo Chile el país que tiene la prevalencia más alta de litiasis biliar

en el mundo: cerca de 44% de las mujeres y 25% de los hombres mayores de 20 años de edad⁹. Aproximadamente 1 millón de nuevos pacientes son diagnosticados cada año como portadores de cálculos vesiculares de los cuales la mitad son sometidos a cirugía¹. Sin embargo la gran mayoría de los cálculos (>80%) son silentes y muchos individuos permanecen asintomáticos para dolor de tipo biliar o complicaciones relacionadas durante décadas. Hay dos tipos de cálculos: en occidente aproximadamente el 80% de los cálculos están formados por colesterol y contienen más del 50% de cristales de monohidrato de colesterol; los restantes están compuesto principalmente de sales cálcicas de bilirrubina y se denomina cálculos pigmentados¹.

2.2.4. COLECISTITIS

La inflamación de la vesícula biliar ocasionada principalmente por cálculos y con menor frecuencia por barro biliar puede ser aguda, crónica o una forma aguda sobreimpuesta a una colecistitis crónica. En estados unidos, la colecistitis es una de las indicaciones más frecuentes de cirugía abdominal¹.

2.2.5. COLECISTITIS AGUDA

La colecistitis aguda es una complicación de la colelitiasis, que afecta más de 20 millones de personas. La mayoría de pacientes con colelitiasis son asintomáticos, y solo el 20% de los pacientes llegan a desarrollar una colecistitis aguda. Aproximadamente el 60% de los pacientes son mujeres, sin embargo dicha enfermedad tiende a ser más severa en el género masculino¹⁵.

FISIOPATOLOGIA

La colecistitis aguda es una inflamación de la vesícula biliar que ocurre en la mayoría de las veces por una obstrucción del conducto cístico en presencia de una bilis supersaturada de colesterol. La inflamación al inicio es estéril en la mayoría de los casos, sin embargo la infección bacteriana ocurre como un evento secundario. Aproximadamente el 50% de los pacientes tiene cultivos de bilis positivos por E. coli y de la familia de las enterobacterias y anaerobios. En los casos más severos (5% a 18%) el proceso inflamatorio puede causar isquemia, necrosis y la perforación de la vesícula biliar. Cuando parte de la infección bacteriana secundaria está constituida por microorganismos que forman gas, puede reconocerse en la pared de la vesícula biliar en radiografías y TAC de abdomen en una entidad que se denomina vesícula biliar enfisematosa¹⁵.

CLASIFICACIÓN SEGÚN FISIOPATOLOGIA

a) Colecistitis edematosa (1° fase): Duración entre 2 a 4 días, caracterizado por edema de la pared vesicular con presencia de líquido intersticial o perivesicular desencadenando dilatación de los vasos linfáticos y capilares y posteriormente isquemia¹⁶.

b) Colecistitis supurada (2° fase): Duración entre 3 a 5 días, existe un aumento en la fórmula leucocitaria con desviación izquierda, con proliferación fibrosa de la vesícula y en algunos casos presencia de abscesos intramurales y a nivel pericolecístico¹⁶.

c) Colecistitis necrosada (3° fase): Duración entre 7 a 10 días, se presenta áreas de hemorragia y necrosis en la vesícula biliar¹⁶.

d) Colecistitis crónica: Dada por colecistitis leves a repetición, siendo la principal causa la litiasis vesicular, usualmente presenta atrofia de la mucosa y fibrosis de la pared vesicular¹⁶.

CLÍNICA

Un episodio de colecistitis aguda empieza con dolor progresivo en el cuadrante superior derecho o en epigastrio, asociado con frecuencia fiebre moderada, anorexia, taquicardia, sudoración, náuseas y vómitos.

El abdomen superior es doloroso, y en algunas ocasiones puede palparse una vesícula distendida y dolorosa aunque usualmente no es evidente. La mayoría de los pacientes están ictericos, y la presencia de hiperbilirrubinemia sugiere obstrucción del colédoco. Pueden encontrarse elevaciones leves o moderadas de leucocitos y fosfatasa alcalina sérica.

Los pacientes con colecistitis aguda calculosa casi siempre presentan una historia de episodios previos de cólicos biliares¹.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Según los criterios de la guía de Tokio del 2013 se establecen los siguientes criterios para el diagnóstico de colecistitis aguda.

Criterios de Tokio 2013
A. Signos locales de inflamación
A-1. Signo de Murphy
A-2. Masa/Dolor/Hipersensibilidad en CSD
B. Signos sistémicos de inflamación
B-1. Fiebre > 38°C
B-2. PCR > 3 mg/dL
B-3 Glóbulos blancos > 10,000
C. Imágenes: USG
C-1. Hallazgos ultrasonográficos de colecistitis aguda
Sospecha diagnóstica: Un ítem en A + Un ítem en B
Diagnóstico definitivo: Un ítem de A. B v C

Cuadro 1. Fuente: Kiriya S et al. TG13 guidelines for diagnosis and severity grading of acute cholangitis 2013.¹⁷

2.2.6. COLECISTITIS CRONICA

La colecistitis crónica puede ser una secuela de repetidos brotes de colecistitis aguda de intensidad leve a grave, pero en muchos casos se desarrolla en ausencia aparente de estos episodios previos. Debido a que en más del 90% de los casos se asocia a colelitiasis, las poblaciones de pacientes se superponen en ambos casos. La evolución de la colecistitis crónica es dudosa, y no está claro si los cálculos juegan un papel directo en el inicio de la inflamación o en el desarrollo del dolor, debido a que la colecistitis acalculosa crónica presenta síntomas e histología similares a la forma calculosa. Además, la sobresaturación de la bilis predispone a la inflamación crónica y, en la mayoría de los casos, a la formación de cálculos¹.

CLÍNICA

La colecistitis crónica no tiene los síntomas llamativos de las formas agudas y es caracterizado por ataques recurrentes de dolor tipo continuo o cólico, en le epigastrio o cuadrante superior derecho. Las náuseas, vómitos, y la intolerancia a las comidas grasas suelen ser síntomas acompañantes.

COMPLICACIONES

El diagnóstico de las formas agudas y crónicas de las colecistitis es importante por la posibilidad de las siguientes complicaciones.

- Sobreinfección bacteriana
- Perforación vesicular y formación de absceso locales
- Rotura vesicular y peritonitis difusa
- Fístula bilioenterica, con drenaje de la bilis a órganos adyacentes, entrada de aire y bacterias en el árbol biliar, y potencial obstrucción intestinal por cálculos (Ileo)¹.

2.2.7 CARCINOMA VESICULAR

El carcinoma de la vesícula biliar es ligeramente más frecuente en mujeres y alcanza su mayor incidencia en la séptima década de la vida. Este tumor se detecta en estadios resecables solo en raras ocasiones y la supervivencia a los 5 años ha permanecido durante años alrededor del 1%, a pesar del tratamiento quirúrgico. En el 60-90% de los de los casos los cálculos están presentes.¹

2.2.8. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

El tratamiento de elección actualmente para la extirpación de la vesícula es la colecistectomía laparoscópica. En los Estados Unidos se realizaban 500 000

colecistectomías antes de la era laparoscópica. Actualmente el número de colecistectomías anuales es de 1 100 000, de las cuales 935 000 se realizan por laparoscopia⁹.

TECNICA QUIRURGICA LAPAROSCOPICA

Posición del equipamiento del paciente Para la realización de colecistectomía vía laparoscópica existen dos modalidades a la hora de colocarse paciente y cirujanos. Una es la técnica francesa (más utilizada) y otra es la técnica americana. La decisión de utilizar una u otra técnica dependerá de las preferencias de cada cirujano. Dependiendo de la técnica utilizada, así se posicionará el equipamiento. Dependiendo de la modalidad elegida, el enfermo y el resto del equipo se posicionarán de una manera u otra.

En la técnica francesa el paciente se coloca en decúbito supino, con el brazo izquierdo extendido a 90° y el derecho apoyado a lo largo del cuerpo. Las extremidades inferiores se colocan en abducción. Durante la intervención, el paciente se coloca levemente en posición antiTrendelemburg y rotado ligeramente hacia la izquierda. El cirujano se coloca entre las piernas del paciente, el primer ayudante a la izquierda del enfermo y la instrumentista a su lado. Si se necesitara un segundo ayudante, este se colocaría a la derecha del paciente.

La técnica americana básicamente difiere de la francesa en la colocación del enfermo y cirujanos. En este caso el paciente se coloca en decúbito supino con las piernas cerradas. El cirujano se coloca a la izquierda del paciente, el primer ayudante a su izquierda. La enfermera se coloca al otro lado de la mesa, a la derecha del paciente⁹.

VENTAJAS DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

- El dolor es menor luego de la intervención quirúrgica.
- Recuperación más rápida del paciente.

- Heridas quirúrgicas más pequeñas lo que tiene que ver con la parte estética del paciente.
- La tolerancia a la ingesta de alimentos es más rápida.
- Menor tiempo de estadía en el hospital⁹.

DESVENTAJAS DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

- El edema puede producir aumento de la luminosidad, dificultando la visión clara del campo operatorio.
- Gran dependencia de la tecnología.
- Alto costo de instrumentos y equipos biomédicos⁹.

COLECISTECTOMÍA ABIERTA

A pesar de la laparoscópica, la colecistectomía convencional sigue siendo un método muy útil sobre todo en la litiasis biliar complicada; se señalan algunas situaciones en las que este procedimiento está indicado, ejemplo la obesidad mórbida, la cirrosis, la hipertensión portal, la enfermedad pulmonar obstructiva grave, cirugía previa, embarazo, colecistitis grave, empiema vesicular, colangitis aguda, perforación vesicular, fístulas colecisto-entéricas o sospecha de neoplasia vesicular⁹.

CAPÍTULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL:

- El diagnóstico quirúrgico tiene buena correlación con el diagnóstico anatomopatológico de colecistectomías realizadas en los pacientes del HN. LNS. PNP. durante el año 2016.

HIPÓTESIS NULA:

- El diagnóstico postoperatorio no tiene buena correlación con el diagnóstico anatomopatológico de colecistectomías realizadas en los pacientes del HN. LNS. PNP. durante el año 2016.

HIPÓTESIS ALTERNA:

- El diagnóstico postoperatorio tiene poca correlación con el diagnóstico anatomopatológico de colecistectomías realizadas en los pacientes del HN. LNS. PNP. durante el año 2016.

3.2. VARIABLES:

Se utilizaron las siguientes variables para el estudio.

VARIABLE DEPENDIENTE

- Diagnostico quirúrgico.
- Diagnostico anatomopatológico.

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Edad.
- Sexo.
- Tiempo operatorio.
- Tipo de abordaje quirúrgico.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Se encuentran en el Anexo 2.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. DISEÑO DE ESTUDIO Y TIPO DE ESTUDIO

- Observacional: No existe intervención del investigador.
- Retrospectivo: Los datos necesarios para el estudio serán recogidos a partir de eventos que ya fueron dados.
- Analítico: Se buscará si existe algún grado de correlación entre las variables de estudio.

4.2. POBLACION Y MUESTRA

POBLACIÓN ESTUDIO

Todos los pacientes mayores de 14 años de edad del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú quienes ingresaron con el diagnóstico de patología vesicular y fueron intervenidos quirúrgicamente durante el año 2016.

MUESTRA DEL ESTUDIO

La muestra del estudio estará compuesta por toda la población de estudio que cumpla los criterios de selección, por lo que no habrá la necesidad de utilizar calculo muestral alguno.

4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico postoperatorio de patología vesicular, en quienes se realizó colecistectomía.
- Pacientes \geq 14 años de edad.
- Reportes anatomopatológicos con datos completos.
- Reportes operatorios con datos completos.
- Estar dentro del periodo de estudio
- Haber sido operado por el servicio de cirugía general del HN LNS PNP

CRITERIOS EXCLUSIÓN:

- Pacientes con diagnóstico postoperatorio distinto a patología vesicular.
- Pacientes menores de 14 años de edad.
- Reportes operatorios con datos incompletos
- Estar fuera del periodo de estudio

4.4. PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos será realizada exclusivamente por el investigador donde se empleará una ficha de recolección de datos la cual contendrá información de los reportes operatorios e informes anatomopatológicos de pacientes con diagnóstico postoperatorio de patología vesicular que fueron intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú en el año 2016.

4.5. INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODOS PARA EL CONTROL DE LA CALIDAD DE DATOS

Para un mejor orden en la obtención de los datos se utilizará una ficha de recolección diseñada para los fines de investigación. (Anexo 1) y se elaborara una base de datos en el programa estadístico SPSS v. 22

Luego de dicha recolección de datos se verificará el total de fichas registradas y se revisará que toda la información obtenida se haya registrado adecuadamente.

4.6. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN

Al ser un estudio observacional de tipo retrospectivo, se utilizara los informes de reportes postoperatorios y anatomopatológicos, no siendo necesario el consentimiento informado.

El trabajo corresponde a una investigación en la cual no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos participantes.

En este estudio no se divulgará nombres de pacientes ni cualquier dato o información que pueda permitir la identificación del mismo, de esta manera se garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos.

4.7. ANÁLISIS DE RESULTADO

MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

-El análisis estadístico es descriptivo, donde se realizará medidas descriptivas en frecuencia, porcentajes, media. El análisis de la concordancia entre el diagnóstico postoperatorio y anatomopatológico se realizará por el estadígrafo no paramétrico índice kappa de Cohen, que va de -1 (discordancia total) a 1 (concordancia total). El índice kappa mide el grado de acuerdo inter-observador para variables categóricas, tomándose la existencia de una baja concordancia con valores $<0,40$ y buena con valores $>0,60$.

Valor de kappa	Fuerza de concordancia
<0	Pobre
0 - 0.20	Leve
0.21 - 0.40	Baja
0.41 - 0.60	Moderada
0.61 - 0.80	Buena
>0.81	Casi perfecta

PROGRAMAS A UTILIZAR PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

- Se utilizó el programa estadístico SPSS v. 22 donde se tabulo y analizo los datos obtenidos.

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

Se evaluaron 310 pacientes colecistectomizados según los criterios de inclusión y exclusión con diagnóstico quirúrgico de patología vesicular confirmada por anatomía patológica en el cual se obtuvieron los siguientes resultados:

El análisis descriptivo reveló que la patología vesicular, de acuerdo al diagnóstico quirúrgico en colecistectomía laparoscópica, más frecuente fue la colecistitis crónica ya que representó aproximadamente el 60% de los casos analizados (310).

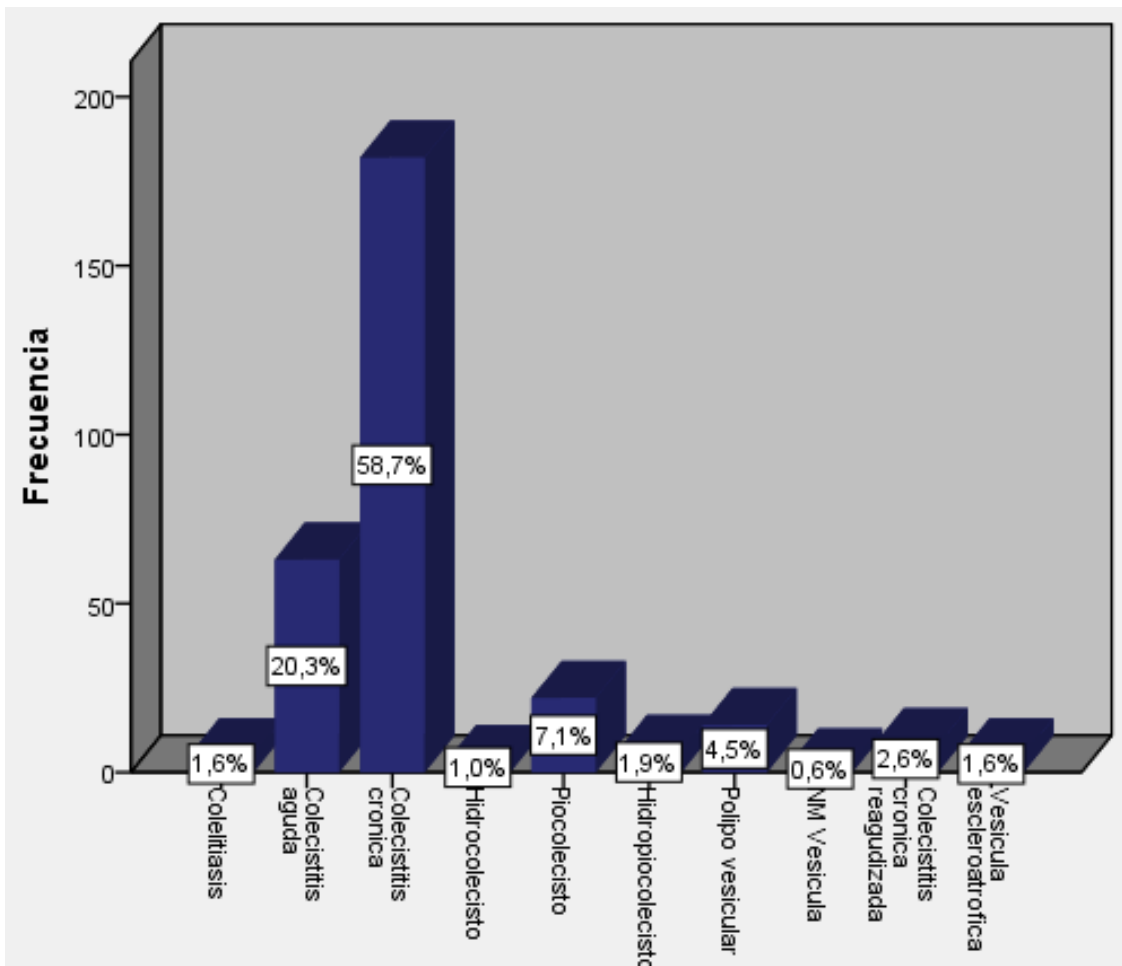
La segunda patología vesicular que más se reportó, de acuerdo al diagnóstico quirúrgico fue la colecistitis aguda con una frecuencia de 20% de los casos; seguida de otros cuadros menos frecuentes como el Píocolocisto y el Pólipo vesicular con un 7% y 4,5% respectivamente.

TABLA N° 1: Patología vesicular más frecuente de acuerdo al diagnóstico quirúrgico en las colecistectomías en el Hospital Nacional. Luis N. Sáenz. PNP durante el año 2016.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Colelitiasis	5	1,6
	Colecistitis aguda	63	20,3
	Colecistitis crónica	182	58,7
	Hidrocolecisto	3	1,0
	Píocolocisto	22	7,1
	Hidropíocolocisto	6	1,9
	Pólipo vesicular	14	4,5
	NM Vesícula	2	,6
	Colecistitis crónica reanudizada	8	2,6
	Vesícula escleroatrófica	5	1,6
	Total	310	100,0

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

GRAFICO N° 1: Patología vesicular más frecuente de acuerdo al diagnóstico quirúrgico en las colecistectomías en el Hospital Nacional. Luis N. Sáenz. PNP durante el año 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

En lo que respecta a la patología vesicular, de acuerdo al diagnóstico anatomopatológico en las colecistectomías realizadas, el cuadro más frecuente también fue la colecistitis crónica constituyendo aproximadamente el 60% de los casos analizados.

La segunda patología vesicular por anatomopatología fue la colecistitis crónica reagudizada con una frecuencia de 15% de los casos; seguida de otros cuadros

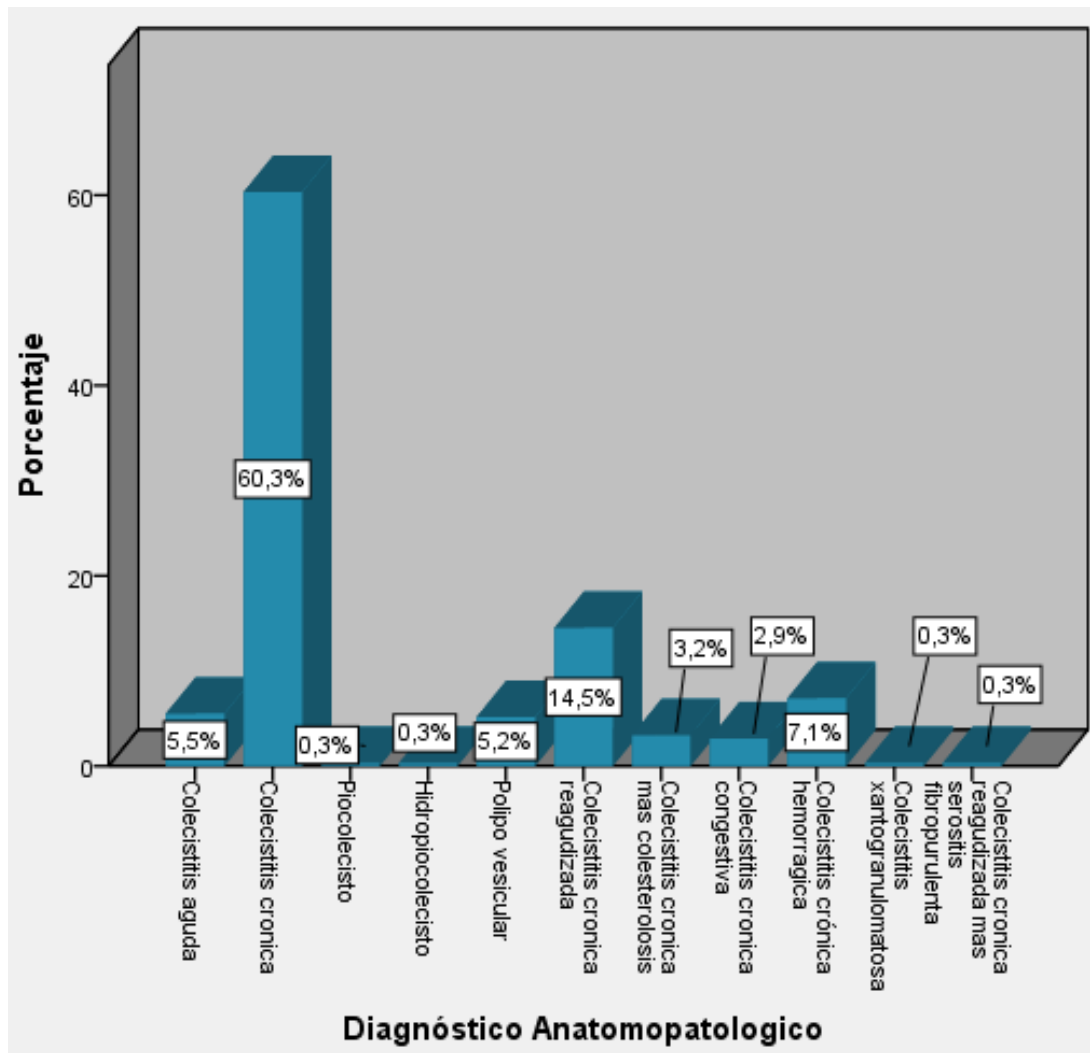
menos frecuentes como la Colecistitis crónica hemorrágica y la colecistitis aguda con un 7% y 5,5% respectivamente.

TABLA N° 2: Patología vesicular más frecuente según el diagnóstico anatomopatológico en las colecistectomías en el Hospital Nacional. Luis N. Sáenz. PNP durante el año 2016.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Colecistitis aguda	17	5,5
	Colecistitis crónica	187	60,3
	Piocollecisto	1	,3
	Hidropiocollecisto	1	,3
	Pólipo vesicular	16	5,2
	Colecistitis crónica reagudizada	45	14,5
	Colecistitis crónica mas colesterosis	10	3,2
	Colecistitis crónica congestiva	9	2,9
	Colecistitis crónica hemorrágica	22	7,1
	Colecistitis xantogranulomatosa	1	,3
	Colecistitis crónica reagudizada mas serositis fibropurulenta	1	,3
	Total	310	100,0

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

GRAFICO N° 2: Patología vesicular más frecuente de acuerdo al diagnóstico anatomopatológico en las colecistectomías en el Hospital Nacional. Luis N. Sáenz. PNP durante el año 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

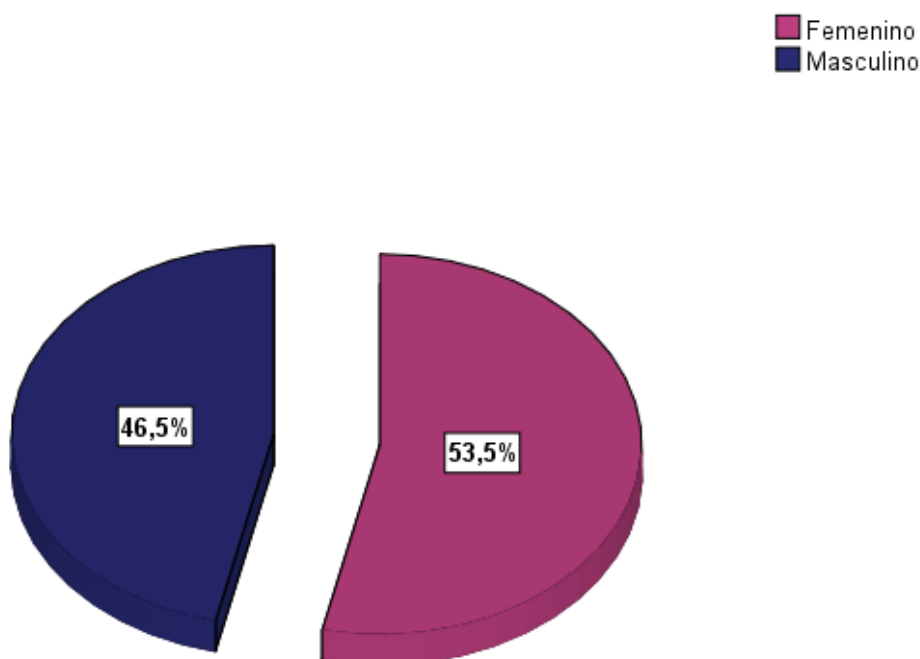
La distribución de las patologías vesiculares según el sexo demostró una mayor frecuencia en el sexo femenino con una frecuencia de 53% de los casos analizados.

TABLA N° 3: Distribución de las colecistectomías según sexo en el Hospital Nacional. Luis N. Sáenz. PNP durante el año 2016.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Femenino	166	53,5
	Masculino	144	46,5
	Total	310	100,0

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

GRAFICO N° 3 : Distribución de las colecistectomías según sexo en el Hospital Nacional. Luis N. Sáenz. PNP durante el año 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

En la distribución por grupo etario y sexo se obtuvo que el rango de edades donde son más frecuentes las patologías vesiculares estuviera comprendido entre los 50-59 años con una frecuencia de 34% del total. Dentro de esta categoría el sexo que prevaleció fue el sexo masculino con aproximadamente 40% de los casos. En segundo lugar, el grupo comprendido entre los 40-49 años de edad tuvo una frecuencia de 17% del total, donde el sexo femenino prevaleció aportando un 17% de todos los casos.

En tercer lugar, las edades comprendidas entre los 60-69 años de edad represento aproximadamente el 16% de los casos, donde el sexo femenino tuvo mayor frecuencia ya que representó el 16% del total.

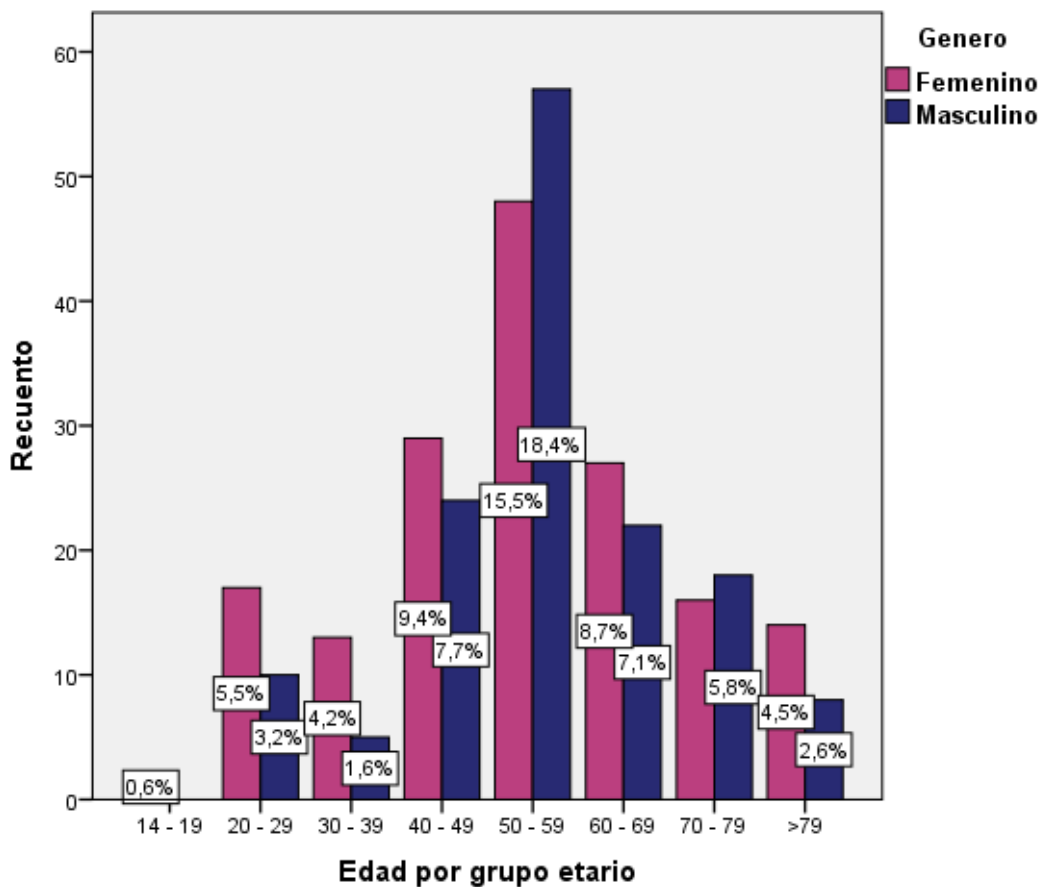
Llama la atención que en el grupo etario que presento mayor número de casos de patología vesicular prevaleció el sexo masculino.

TABLA N° 4: Distribución de las colecistectomías según sexo y grupo etario en el Hospital Nacional. Luis N. Sáenz. PNP durante el año 2016.

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
Grupo etario	14 - 19	Recuento	2	0	2
		% dentro de Genero	1,2%	0,0%	0,6%
		% del total	0,6%	0,0%	0,6%
	20 - 29	Recuento	17	10	27
		% dentro de Genero	10,2%	6,9%	8,7%
		% del total	5,5%	3,2%	8,7%
	30 - 39	Recuento	13	5	18
		% dentro de Genero	7,8%	3,5%	5,8%
		% del total	4,2%	1,6%	5,8%
	40 - 49	Recuento	29	24	53
		% dentro de Genero	17,5%	16,7%	17,1%
		% del total	9,4%	7,7%	17,1%
	50 - 59	Recuento	48	57	105
		% dentro de Genero	28,9%	39,6%	33,9%
		% del total	15,5%	18,4%	33,9%
	60 - 69	Recuento	27	22	49
		% dentro de Genero	16,3%	15,3%	15,8%
		% del total	8,7%	7,1%	15,8%
	70 - 79	Recuento	16	18	34
		% dentro de Genero	9,6%	12,5%	11,0%
		% del total	5,2%	5,8%	11,0%
>79	Recuento	14	8	22	
	% dentro de Genero	8,4%	5,6%	7,1%	
	% del total	4,5%	2,6%	7,1%	
Total	Recuento	166	144	310	
	% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	53,5%	46,5%	100,0%	

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

GRAFICO N° 4: Distribución de las colecistectomías según sexo y grupo etario en el Hospital Nacional. Luis N. Sáenz. PNP durante el año 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

Con relación al tiempo operatorio promedio de las intervenciones quirúrgicas de colecistectomía se obtuvo que el 41%(128) de las intervenciones tuvo una duración entre 60-100 minutos. Las operaciones cuya duración fue más de 100 minutos representaron el 34% seguido de las que duraron menos de 60 minutos que tuvieron una frecuencia de aproximadamente 25% del total de casos.

TABLA N° 5: Abordaje quirúrgico de predilección para las colecistectomías en el Hospital Nacional. Luis N. Sáenz. PNP durante el año 2016.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Laparoscopia	310	100,0

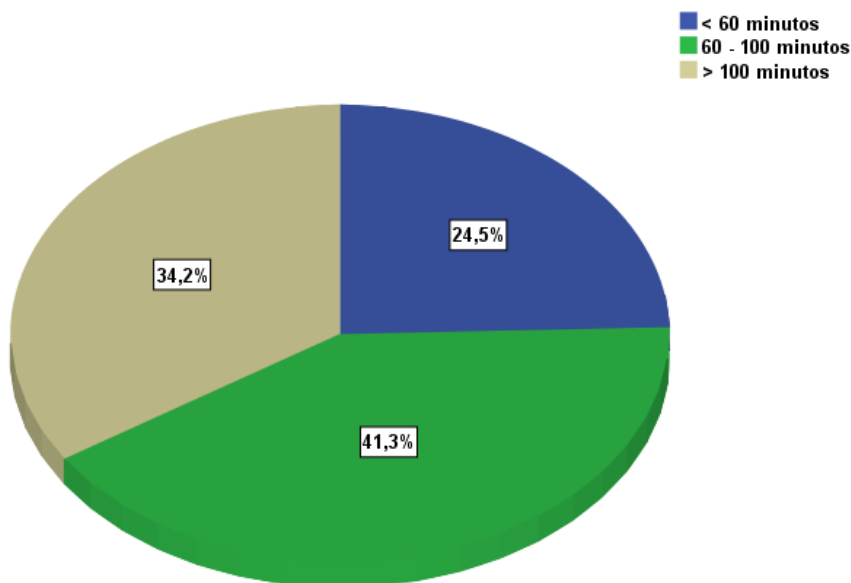
FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

TABLA N° 6: Tiempo operatorio promedio de las colecistectomías en el Hospital Nacional. Luis N. Sáenz. PNP durante el año 2016.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	< 60 minutos	76	24,5
	60 - 100 minutos	128	41,3
	> 100 minutos	106	34,2
	Total	310	100,0

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

GRAFICO N° 5: Tiempo operatorio promedio de las colecistectomías en el Hospital Nacional. Luis N. Sáenz. PNP durante el año 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

El grado de correlación entre el diagnóstico quirúrgico y el realizado por anatomía patológica utilizando el índice de kappa de Cohen fue de $\kappa = 0,33$ con una

significancia aproximada de p: 0,000, lo que revelo que el diagnostico quirúrgico formulado y el realizado por anatomía patológica demostraron tener una baja concordancia en los casos evaluados mediante estos dos tipos de mediciones.

TABLA N° 7: Distribución de las patologías según diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico en las colecistectomías en el Hospital Nacional. Luis N. Sáenz. PNP durante el año 2016.

		Diagnóstico Anatomopatológico (D. A.)											Total	
		CA	CC	PI	HPI	PV	CCR	CCCO	CCCG	CCH	CX	CCRS		
D X. Q X	Colestiasis	Recuento	0	2	0	0	1	1	1	0	0	0	0	5
		% de D.A.	0,0%	1,1%	0,0%	0,0%	6,3%	2,2%	10%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%
		%del total	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%
	Colecistitis aguda	Recuento	13	16	0	0	2	7	7	7	11	0	0	63
		%de D. A.	76,5%	8,6%	0,0%	0,0%	12,5%	15,6%	70%	77,8%	50%	0,0%	0,0%	20,3%
		%del total	4,2%	5,2%	0,0%	0,0%	0,6%	2,3%	2,3%	2,3%	3,5%	0,0%	0,0%	20,3%
	Colecistitis crónica	Recuento	3	153	0	0	5	19	0	0	1	1	0	182
		%de D. A.	17,6%	81,8%	0,0%	0,0%	31,3%	42,2%	0,0%	0,0%	4,5%	100%	0,0%	58,7%
		%del total	1,0%	49,4%	0,0%	0,0%	1,6%	6,1%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	0,0%	58,7%
	Hidrocolecisto	Recuento	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
		%de D. A.	0,0%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
		%del total	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
	Piolecistitis	Recuento	0	5	1	0	0	11	0	0	5	0	0	22
		%de D. A.	0,0%	2,7%	100%	0,0%	0,0%	24,4%	0,0%	0,0%	22,7%	0,0%	0,0%	7,1%
		%del total	0,0%	1,6%	0,3%	0,0%	0,0%	3,5%	0,0%	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%	7,1%
	Hidropiocollecisto	Recuento	1	0	0	1	0	1	0	0	3	0	0	6
		%de D. A.	5,9%	0,0%	0,0%	100%	0,0%	2,2%	0,0%	0,0%	13,6%	0,0%	0,0%	1,9%
		%del total	0,3%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	1,9%
	Pólipo vesicular	Recuento	0	3	0	0	8	0	1	1	1	0	0	14
		% de D.A.	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%	50%	0,0%	10%	11,1%	4,5%	0,0%	0,0%	4,5%
		%del total	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	2,6%	0,0%	0,3%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%	4,5%
NM Vesícula	Recuento	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	
	% de D.A.	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,5%	0,0%	0,0%	0,6%	
	%del total	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,6%	
C.C.R.	Recuento	0	2	0	0	0	4	1	1	0	0	0	8	
	% de D.A.	0,0%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	8,9%	10%	11,1%	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%	
	%del total	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%	
V.E.	Recuento	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	1	5	
	%de D. A.	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%	1,6%	
	%del total	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	1,6%	
Total	Recuento	17	187	1	1	16	45	10	9	22	1	1	310	
	% de D.A.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	%del total	5,5%	60,3%	0,3%	0,3%	5,2%	14,5%	3,2%	2,9%	7,1%	0,3%	0,3%	100%	

CA: Colecistitis aguda
CC: Colecistitis crónica
PI: Píocolecisto
HPI: Hidropíocolecisto
PV: Pólipo vesicular
CCR: Colecistitis crónica reagudizada
CCCO: Colecistitis crónica colesterolosa
CCCG: Colecistitis crónica congestiva
CCH: Colecistitis crónica hemorrágica.
CX: Colecistitis xantogranulomatosa
CCRS: Colecistitis crónica reagudizada con serositis fibropurulenta.
VA: Vesícula escleroatfóica

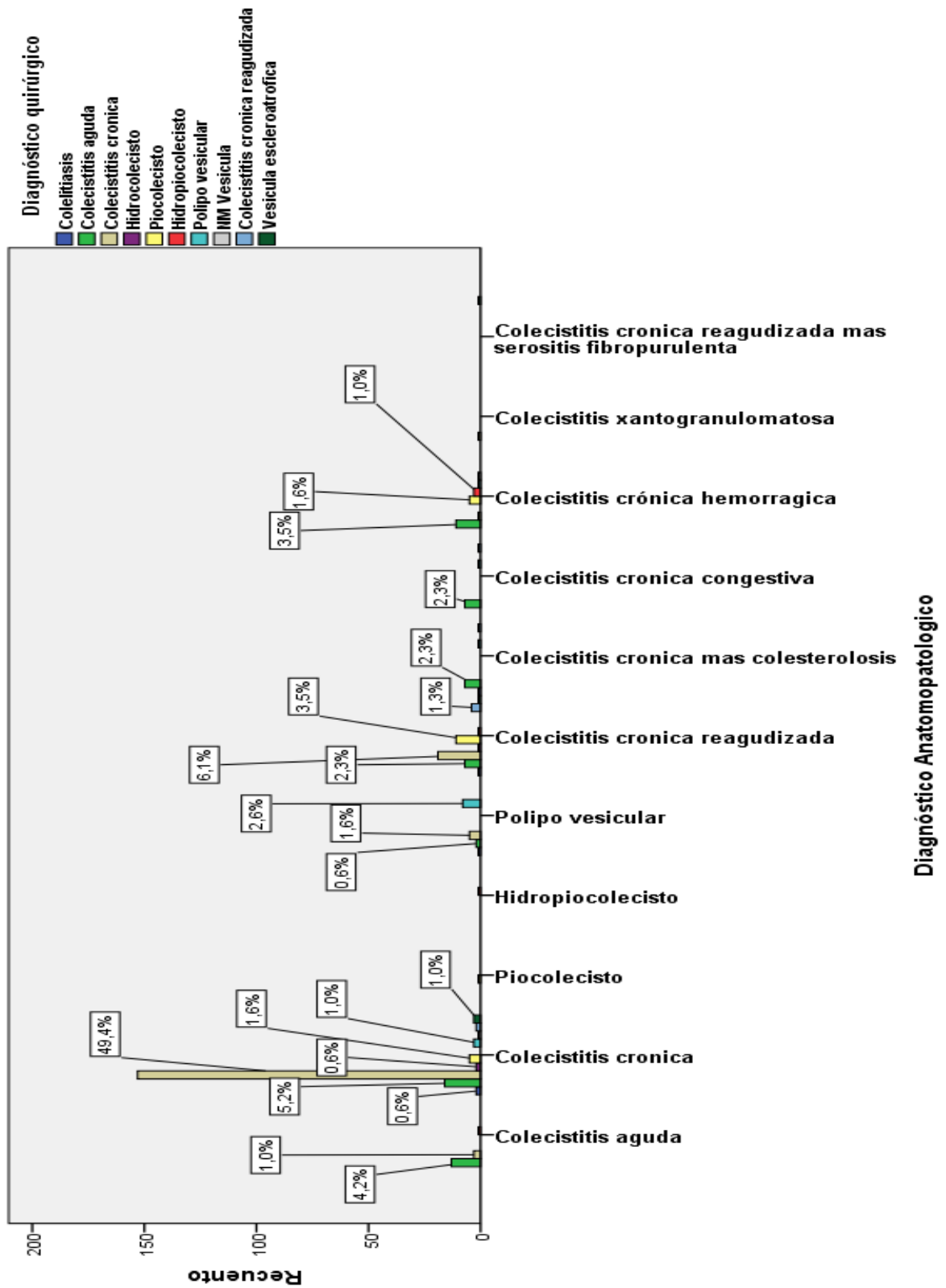
FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

TABLA N° 8: Grado de correlación con el índice de kappa Cohen entre el diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico de las colecistectomías en el Hospital Nacional. Luis N. Sáenz. PNP durante el año 2016.

	Valor	Error típico asintótico.	T aproximada	Sig. aproximada
Medida de Kappa acuerdo	,333	,031	12,659	,000
N de casos válidos	310			

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

GRAFICO N° 6: Grado de correlación con el índice de kappa Cohen entre el diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico en las colecistectomías en el Hospital Nacional. Luis N. Sáenz. PNP durante el año 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

Dentro del grupo de las patologías diagnosticadas por ambos de tipos de evaluaciones se obtuvieron las más frecuentes y se calcularon los índices kappa de Cohen correspondientes para estimar la fuerza de concordancia.

Con respecto a la patología de colecistitis aguda fueron 63 los casos reportados mediante el diagnóstico quirúrgico los que representaron el 20% del total pacientes intervenidos y fueron 17 los diagnósticos por anatomía patológica constituyendo cerca del 6% de las evaluaciones, de los cuales en el 76% (13) se diagnosticaron con los dos métodos. No obstante, fueron 50 casos diagnosticados quirúrgicamente como colecistitis aguda que fueron confirmados por anatomía patológica como otras entidades, asimismo 4 (1,3%) casos correspondientes a otras patologías tuvieron confirmación de colecistitis aguda por anatomía patológica.

TABLA N° 9: Tabla de contingencia de la colecistitis aguda en colecistectomías según el diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico en el Hospital Nacional. Luis N. Sáenz. PNP durante el año 2016.

			Diagnostico Anatomopatológico		Total
			Colecistitis aguda	otros	
Diagnostico quirúrgico	Colecistitis aguda	Recuento	13	50	63
		% dentro de Diagnostico anatomopatológico	76,5%	17,1%	20,3%
		% del total	4,2%	16,1%	20,3%
	otros	Recuento	4	243	247
		% dentro de Diagnostico anatomopatológico	23,5%	82,9%	79,7%
		% del total	1,3%	78,4%	79,7%
Total	Recuento		17	293	310
	% dentro de Diagnostico anatomopatológico		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		5,5%	94,5%	100,0%

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

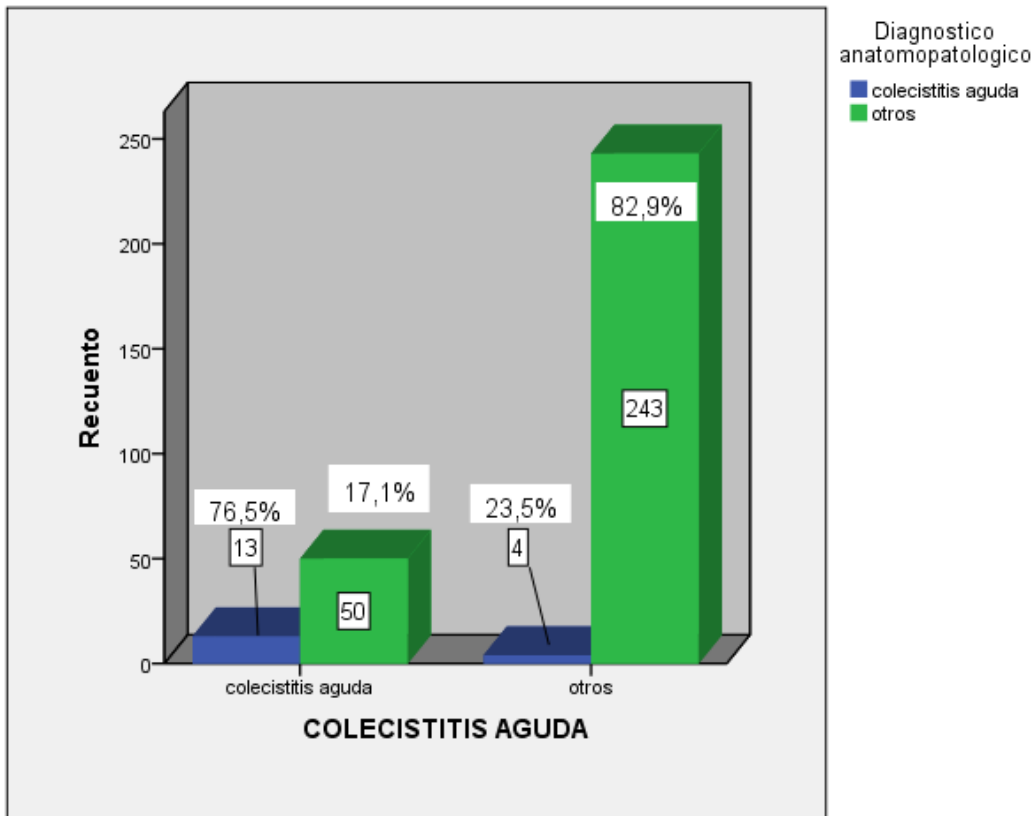
Se obtuvo un grado de correlación mediante el índice de kappa de Cohen el que arrojó un valor de $\kappa = 0,26$ y con una significancia aproximada de $p: 0,000$, lo que permite afirmar que el diagnóstico quirúrgico formulado y el diagnóstico anatomopatológico tiene una concordancia de baja fuerza en los casos investigados.

TABLA N° 10: Grado de correlación con el índice de kappa Cohen entre el diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico de colecistitis aguda en colecistectomías en el Hospital Nacional. Luis N. Sáenz. PNP durante el año 2016.

	Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
					Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Medida de Kappa acuerdo N de casos válidos	,261 310	,065	5,918	,000	,000 ^c	,000	,000

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

GRAFICO N° 7 : Grado de correlación con el índice de kappa Cohen entre el diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico de colecistitis aguda en colecistectomías en el Hospital Nacional. Luis N. Sáenz. PNP durante el año 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

En cuanto a la patología de colecistitis crónica fueron 182 los casos reportados mediante el diagnóstico quirúrgico los que representaron aproximadamente el 60% del total pacientes intervenidos y fueron 187 los diagnósticos por anatomía patológica constituyendo cerca del 60% de las evaluaciones. En este grupo en el 82% (153) se diagnosticaron con los dos métodos. No obstante, fueron 29 casos catalogados quirúrgicamente como colecistitis crónica que resultaron por anatomía patológica como otras entidades, asimismo 34 casos correspondientes a otras patologías fueron cuadros de colecistitis aguda por anatomía patológica con una representación del 18,2% de todas las patologías.

TABLA N° 11: Tabla de contingencia de la distribución de colecistitis crónica según diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico en colecistectomías en el Hospital Nacional. Luis N. Sáenz. PNP durante el año 2016.

			Diagnostico anatomopatológico		Total
			Colecistitis crónica	otros	
Diagnostico quirúrgico	colecistitis crónica	Recuento	153	29	182
		% dentro de Diagnostico anatomopatológico	81,8%	23,6%	58,7%
		% del total	49,4%	9,4%	58,7%
	otros	Recuento	34	94	128
		% dentro de Diagnostico anatomopatológico	18,2%	76,4%	41,3%
		% del total	11,0%	30,3%	41,3%
Total	Recuento		187	123	310
	% dentro de Diagnostico anatomopatológico		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		60,3%	39,7%	100,0%

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

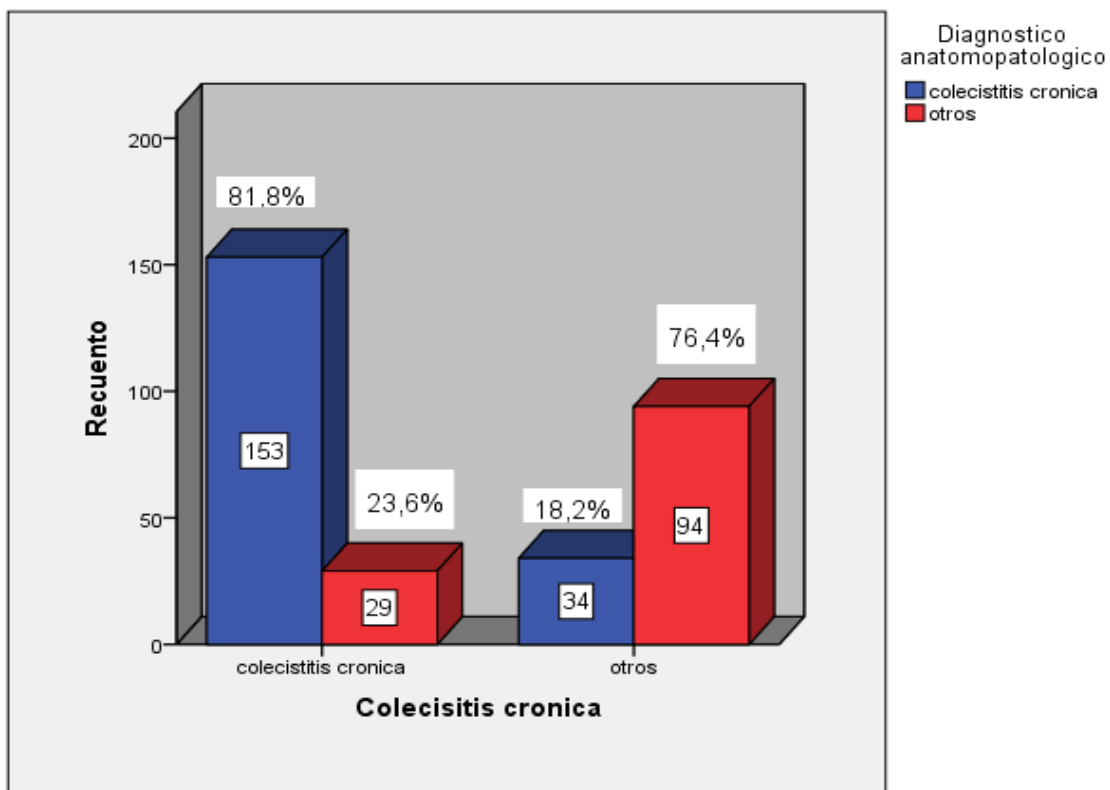
Se obtuvo un grado de correlación mediante el índice de kappa de Cohen del que se obtuvo un valor de $\kappa = 0,578$ y con una significancia aproximada de $p: 0,000$, por lo que se concluyó que el diagnóstico quirúrgico formulado y el diagnóstico anatomopatológico tiene una concordancia de moderada fuerza en los casos evaluados.

TABLA N° 12: Grado de correlación con el índice de kappa Cohen entre el diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico de colecistitis crónica en colecistectomías en el Hospital Nacional. Luis N. Sáenz. PNP durante el año 2016.

	Valor	Error tí. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
					Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Medida de acuerdo Kappa	,578	,047	10,189	,000	,000 ^c	,000	,000
N de casos válidos	310						

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

GRAFICO N° 8 : Grado de correlación con el índice de kappa Cohen entre el diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico de colecistitis crónica en las colecistectomías en el Hospital Nacional. Luis N. Sáenz. PNP durante el año 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

En cuanto al cuadro de Pícolecisto fueron 22 los casos reportados mediante el diagnóstico quirúrgico los que representaron aproximadamente el 7% del total pacientes intervenidos y fue solo 01 diagnosticado por anatomía patológica constituyendo cerca del 0,3% de las evaluaciones. En este grupo en el 100% (01) se diagnosticaron con los dos métodos. No obstante, fueron 21 casos catalogados quirúrgicamente como pícolecisto que resultaron por anatomía patológica como otras entidades constituyendo el 6,8% del total de evaluaciones.

TABLA N° 13: Tabla de contingencia de la distribución de pícolecisto según diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico en colecistectomías en el Hospital Nacional. Luis N. Sáenz. PNP durante el año 2016.

			Diagnostico anatomopatológico		Total
			pícolecisto	otros	
Diagnostico quirúrgico	pícolecisto	Recuento	1	21	22
		% dentro de Diagnostico anatomopatológico	100,0%	6,8%	7,1%
		% del total	0,3%	6,8%	7,1%
	otros	Recuento	0	288	288
		% dentro de Diagnostico anatomopatológico	0,0%	93,2%	92,9%
		% del total	0,0%	92,9%	92,9%
Total	Recuento	1	309	310	
	% dentro de Diagnostico anatomopatológico	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	0,3%	99,7%	100,0%	

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

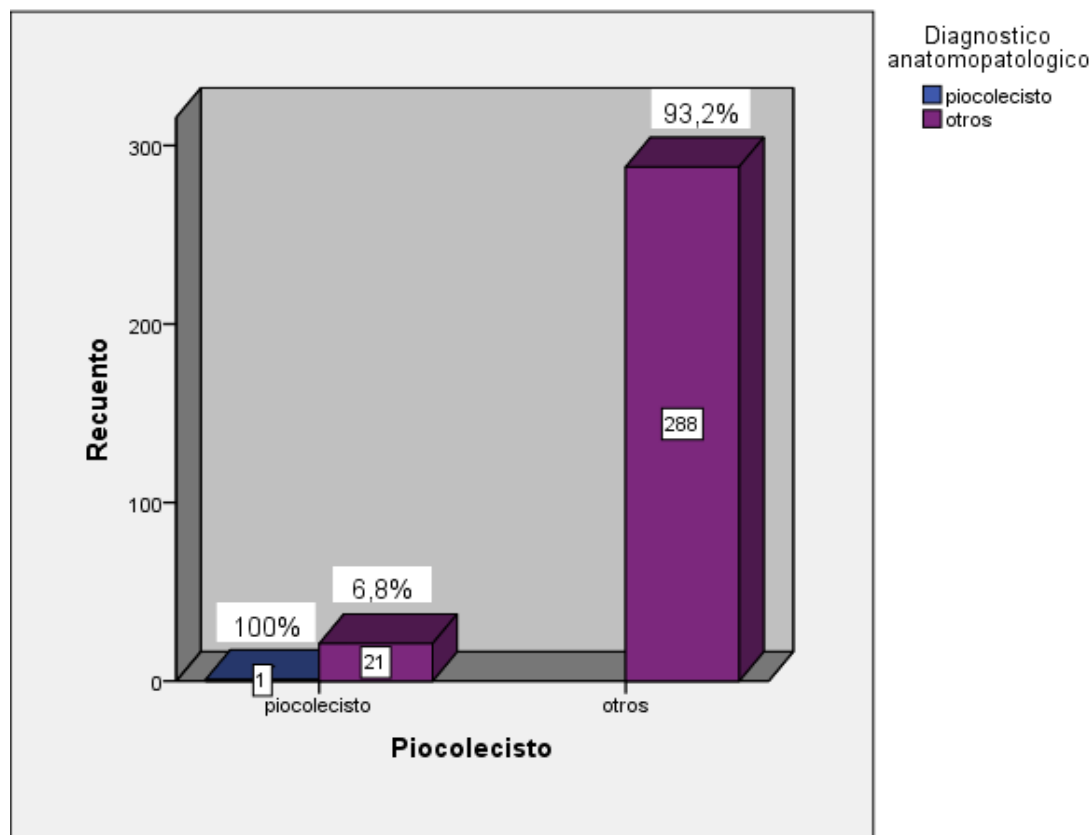
Se obtuvo un grado de correlación mediante el índice de kappa de Cohen del que se obtuvo un valor de $\kappa = 0,081$ y con una significancia aproximada de $p: 0,000$, por lo que se concluyó que el diagnóstico quirúrgico formulado y el diagnóstico anatomopatológico tiene una concordancia de leve fuerza en los casos evaluados.

TABLA N° 14: Grado de correlación con el índice de kappa Cohen entre el diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico con relación al cuadro de piocolecisto en colecistectomías en el Hospital Nacional. Luis N. Sáenz. PNP durante el año 2016.

	Valor	Error típic. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
					Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Medida de acuerdo Kappa	,081	,076	3,624	,000	,068 ^c	,063	,073
N de casos válidos	310						

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

GRAFICO N° 9 : Grado de correlación con el índice de kappa Cohen entre el diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico de piocolecisto en las colecistectomías en el Hospital Nacional. Luis N. Sáenz. PNP durante el año 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

En cuanto al cuadro de Pólipo vesicular fueron 14 los casos reportados mediante el diagnóstico quirúrgico los que representaron aproximadamente el 4,5% del total pacientes intervenidos y fueron 16 casos diagnosticados por anatomía patológica constituyendo cerca el 5,2% de las evaluaciones. En este grupo el 50% (08) se diagnosticaron con los dos métodos. No obstante, fueron 06 casos catalogados quirúrgicamente que resultaron por anatomía patológica como otras entidades representando el 2% del total.

TABLA N° 15: Tabla de contingencia de la distribución de pólipo vesicular según diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico en colecistectomías en el Hospital Nacional. Luis N. Sáenz. PNP durante el año 2016.

			Diagnostico anatomopatológico		Total
			Pólipo vesicular	otros	
Diagnostico quirúrgico	Pólipo vesicular	Recuento	8	6	14
		% dentro de Diagnostico anatomopatológico	50,0%	2,0%	4,5%
		% del total	2,6%	1,9%	4,5%
	otros	Recuento	8	288	296
		% dentro de Diagnostico anatomopatológico	50,0%	98,0%	95,5%
		% del total	2,6%	92,9%	95,5%
Total	Recuento		16	294	310
	% dentro de Diagnostico anatomopatológico		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		5,2%	94,8%	100,0%

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

Se obtuvo un grado de correlación mediante el índice de kappa de Cohen con un valor de $\kappa = 0,51$ y con una significancia aproximada de $p: 0,000$, por lo que se puede afirmar que el diagnóstico quirúrgico formulado y el diagnóstico

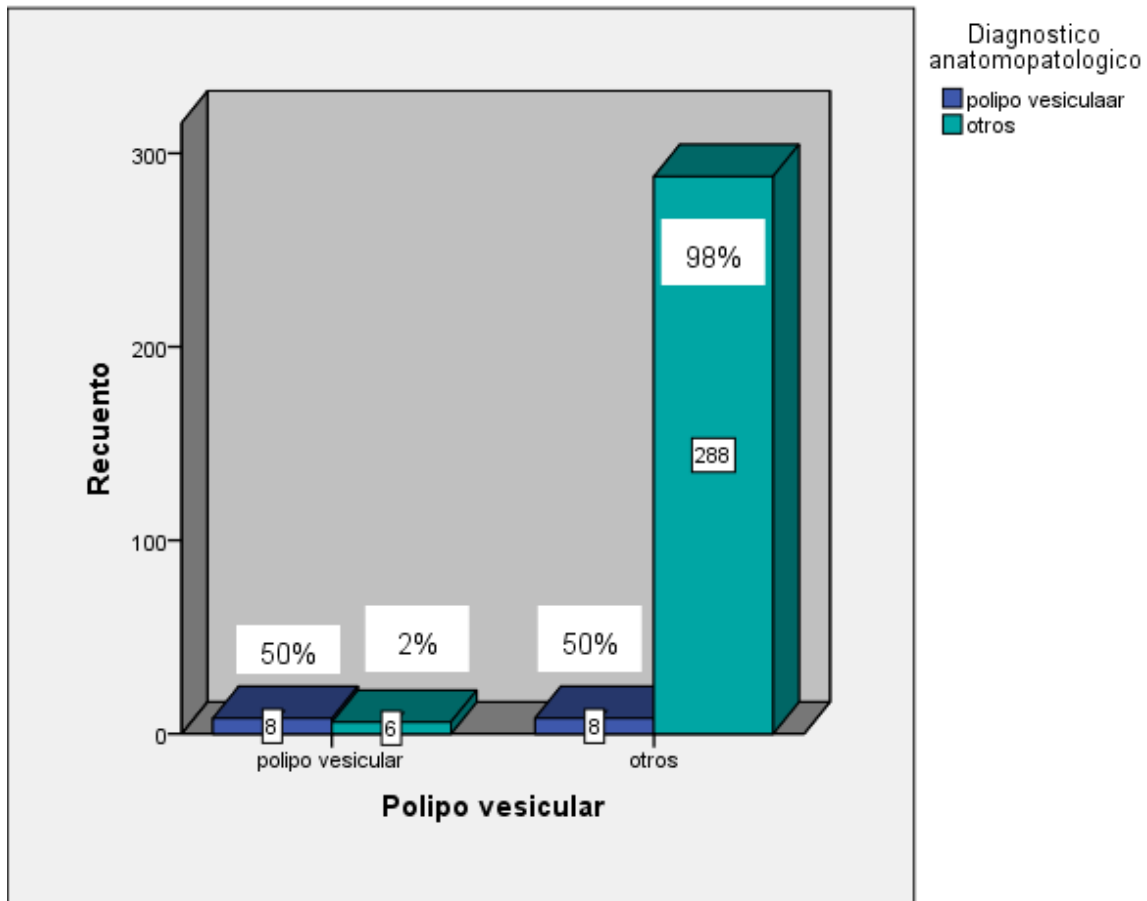
anatomopatológico tiene una fuerza de moderada concordancia en los casos evaluados.

TABLA N° 16: Grado de correlación con el índice de kappa Cohen entre el diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico con relación al cuadro de pólipo vesicular.

	Valor	Error típic. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
					Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Medida de acuerdo de Kappa	,510	,114	8,997	,000	,000 ^c	,000	,000
N de casos válidos	310						

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

GRAFICO N° 10: Grado de correlación con el índice de kappa Cohen entre el diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico de pólipo vesicular en las colecistectomías en el Hospital Nacional. Luis N. Sáenz. PNP durante el año 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El análisis descriptivo reveló que la patología vesicular, de acuerdo al diagnóstico quirúrgico en colecistectomía laparoscópica, más frecuente fue la colecistitis crónica ya que representó aproximadamente el 60% de los casos analizados (310) resultados que fueron similares a los encontrados por **Murillo et al¹** quienes reportaron que la colecistitis crónica litiasica es la patología biliar quirúrgica con mayor frecuencia con un 64%.

La segunda patología vesicular que más se reportó, de acuerdo al diagnóstico quirúrgico fue la colecistitis aguda con una frecuencia de 20% de los casos; seguida

de otros cuadros menos frecuentes como el Píocolicisto y el Pólipo vesicular con un 7% y 4,5% respectivamente.

En lo que respecta a la patología vesicular, de acuerdo al diagnóstico anatomopatológico en las colecistectomías realizadas, el cuadro más frecuente también fue la colecistitis crónica constituyendo aproximadamente el 61% de los casos analizados frecuencia mayor a lo reportada por **Murillo et al**¹ quienes encontraron una frecuencia aproximada de 42%.

En la presente investigación, la segunda patología vesicular por anatomopatología fue la colecistitis crónica reagudizada con una frecuencia de 15% de los casos; seguida de otros cuadros menos frecuentes como la Colecistitis crónica hemorrágica y la colecistitis aguda con un 7% y 5,5% respectivamente.

El grado de correlación entre el diagnóstico quirúrgico y el realizado por anatomía patológica utilizando el índice de kappa de Cohen fue de $\kappa = 0,33$ con una significancia aproximada de $p: 0,000$, lo que reveló que el diagnóstico quirúrgico formulado y el realizado por anatomía patológica demostraron tener una fuerza leve de concordancia en los casos evaluados mediante estos dos tipos de mediciones en contraste con lo formulado por **Murillo et al**¹ quienes revisaron 781 historias clínicas de pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica, de ambos sexos, mayores de 15 años y con otras patologías asociadas. Los resultados fueron que en el 77% de los casos hay relación entre el diagnóstico postoperatorio y reporte anatomopatológico, teniendo en cuenta tratándose de un estudio descriptivo en el que no se demostró asociación ni correlación alguna.

Con respecto a la patología de colecistitis aguda fueron 63 los casos reportados mediante el diagnóstico quirúrgico los que representaron el 20% del total pacientes intervenidos y fueron 17 los diagnósticos por anatomía patológica constituyendo cerca del 6% de las evaluaciones, de los cuales en el 76% (13) se diagnosticaron con los dos métodos. No obstante, fueron 50 casos diagnosticados quirúrgicamente como colecistitis aguda que fueron confirmados por anatomía patológica como otras entidades, asimismo 4 (1,3%) casos correspondientes a otras patologías tuvieron confirmación de colecistitis aguda por anatomía patológica.

Se obtuvo un grado de correlación mediante el índice de kappa de Cohen el que arrojó un valor de $\kappa = 0,26$ y con una significancia aproximada de $p: 0,000$, lo que permite afirmar que el diagnóstico quirúrgico formulado y el diagnóstico anatomopatológico tiene una concordancia de escasa fuerza en los casos investigados.

En cuanto a la patología de colecistitis crónica fueron 182 los casos reportados mediante el diagnóstico quirúrgico los que representaron aproximadamente el 60% del total pacientes intervenidos y fueron 187 los diagnósticos por anatomía patológica constituyendo cerca del 60% de las evaluaciones. En este grupo en el 82% (153) se diagnosticaron con los dos métodos. No obstante fueron 29 casos catalogados quirúrgicamente como colecistitis crónica que resultaron por anatomía patológica como otras entidades, asimismo 34 casos correspondientes a otras patologías fueron cuadros de colecistitis aguda por anatomía patológica con una representación del 18,2% de todas las patologías.

Se obtuvo un grado de correlación mediante el índice de kappa de Cohen del que se obtuvo un valor de $\kappa = 0,578$ y con una significancia aproximada de $p: 0,000$, por lo que se concluyó que el diagnóstico quirúrgico formulado y el diagnóstico anatomopatológico tiene una concordancia de moderada fuerza en los casos evaluados.

En cuanto al cuadro de Píocolecisto fueron 22 los casos reportados mediante el diagnóstico quirúrgico los que representaron aproximadamente el 7% del total pacientes intervenidos y fue solo 01 diagnosticado por anatomía patológica constituyendo cerca del 0,3% de las evaluaciones. En este grupo en el 100% (01) se diagnosticaron con los dos métodos. No obstante fueron 21 casos catalogados quirúrgicamente como píocolecisto que resultaron por anatomía patológica como otras entidades constituyendo el 6,8% del total de evaluaciones.

Se obtuvo un grado de correlación mediante el índice de kappa de Cohen del que se obtuvo un valor de $\kappa = 0,081$ y con una significancia aproximada de $p: 0,000$, por lo que se concluyó que el diagnóstico quirúrgico formulado y el diagnóstico anatomopatológico tiene una concordancia de leve fuerza en los casos evaluados.

En cuanto al cuadro de Pólipo vesicular fueron 14 los casos reportados mediante el diagnóstico quirúrgico los que representaron aproximadamente el 4,5% del total pacientes intervenidos y fueron 16 casos diagnosticados por anatomía patológica constituyendo cerca el 5,2% de las evaluaciones. En este grupo el 50% (08) se diagnosticaron con los dos métodos. No obstante, fueron 06 casos catalogados quirúrgicamente que resultaron por anatomía patológica como otras entidades representando el 2% del total.

Se obtuvo un grado de correlación mediante el índice de kappa de Cohen con un valor de $\kappa = 0,51$ y con una significancia aproximada de $p: 0,000$, por lo que se puede afirmar que el diagnóstico quirúrgico formulado y el diagnóstico anatomopatológico tiene una fuerza de moderada concordancia en los casos evaluados.

La distribución de las patologías vesiculares según el sexo demostró una mayor frecuencia en el sexo femenino con una frecuencia de 53% de los casos analizados lo que demuestra una afectación menor a lo encontrado por **Montalvo et al²** quienes reportaron una frecuencia de aproximadamente 84% en el sexo femenino y a lo encontrado por **Murillo et al¹** quienes describen una relación de 3:1 mujeres-varones.

En la distribución por grupo etario y sexo se obtuvo que el rango de edades donde fue más frecuente las patologías vesiculares fue el comprendido entre los 50-59 años con una frecuencia de 34% del total. Dentro de esta categoría el sexo que prevaleció fue el masculino con aproximadamente 40% de los casos. En segundo lugar el grupo comprendido entre los 40-49 años de edad tuvo una frecuencia de 17% del total, donde el sexo femenino prevaleció aportando un 17% de todos los casos.

En tercer lugar, las edades comprendidas entre los 60-69 años de edad represento aproximadamente el 16% de los casos, donde el sexo femenino tuvo mayor frecuencia ya que representó el 16% del total.

El resultado de la presente investigación contrasta por lo reportado por **West et al⁴** quienes encontraron que las proporciones más altas de personas se encontraron en los grupos de edad de 20 - 39 años (40.9%) y 40 - 59 años (20.4%) comparadas a

otras categorías de edad en las que las tasas correspondientes fueron aproximadamente 11%, no obstante, el método diagnóstico utilizado fue el ultrasonido. Otro hallazgo fue que no se demostró ninguna asociación entre el género y la colecistitis, lo cual llama la atención ya que en el grupo etario que presentó mayor número de casos de patología vesicular prevaleció el sexo masculino como única excepción ya que en el resto de grupos hubo predominancia del sexo femenino.

West et al⁴ concluyeron que los pacientes de 60 o más años de edad, a quienes se les diagnosticó colelitiasis en el examen de ultrasonido, presentaban menos probabilidad de tener colecistitis que los pacientes más jóvenes sin embargo en esta investigación el grupo predominante se ubicó dentro del rango de 50-59 años de edad.

Con relación al tiempo operatorio promedio de las intervenciones quirúrgicas de colecistectomía se obtuvo que el 41%(128) de las intervenciones tuvo una duración entre 60-100 minutos lo que es similar a lo encontrado por **Nilthon et al**⁷ quienes encontraron una media alrededor de los 90 minutos y que tenía una repercusión en la estancia hospitalaria además de las complicaciones mayores y menores. Las operaciones cuya duración fue más de 100 minutos representaron el 34% seguido de las que duraron menos de 60 minutos que tuvieron una frecuencia de aproximadamente 25% del total de casos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

- Existe una baja correlación según el índice de Kappa Cohen entre el diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico de las colecistectomías realizadas en el HN. LNS. PNP durante el año 2016 pero en el análisis por subgrupos la colecistitis crónica y el pólipo vesicular según el índice de Kappa Cohen tienen una concordancia de moderada fuerza en los casos evaluados.
- La colecistitis crónica es la patología vesicular más frecuente de acuerdo al diagnóstico quirúrgico de las colecistectomías realizadas en el HN. LNS. PNP durante el año 2016.
- La colecistitis crónica es la patología vesicular más frecuente de acuerdo al diagnóstico anatomopatológico de las colecistectomías realizadas en el HN. LNS. PNP durante el año 2016.
- La presentación según sexo y edad más frecuente de las colecistectomías realizadas en el HN. LNS. PNP durante el año 2016 fue el rango comprendido entre 50 – 59 años de edad siendo dentro de esta categoría el sexo que prevaleció el sexo masculino.
- El abordaje quirúrgico de predilección para las colecistectomías realizadas en el HN. LNS. PNP durante el año 2016 es laparoscópica.
- El tiempo operatorio promedio de las colecistectomías realizadas en el HN. LNS. PNP durante el año 2016 es entre 60 – 100 minutos.

RECOMENDACIONES:

- Se recomienda a los cirujanos especialistas y residentes de cirugía general ser más precisos al momento de emitir un diagnóstico y ayudarse de exámenes auxiliares para que describan adecuadamente los hallazgos de la intervención quirúrgica.
- Analizar cuidadosamente la vesícula en sala de operaciones, por el cirujano, observando los hallazgos macroscópicos; con el fin de afinar el diagnóstico quirúrgico.
- Realizar otros estudios sobre el tema realizado; ya que hay pocos estudios similares.
- Concientizar a la población sobre las patologías vesiculares y las posibles complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional. Elsevier. 2006; séptima edición: 932-940
2. Lorenzo de la garza-villaseñor. Aspectos históricos de la anatomía quirúrgica de las vías biliares y la colecistectomía. Rev. gastroenterol mex. 2001; vol. 66, núm. 4.
3. Ministerio de salud del Perú– sis. Estudio epidemiológico de distribución y frecuencia de atenciones preventivas, recuperativas y de morbilidad en zonas aus- Perú 2011.
4. F. Charles Brunicaudi, Dana K. Andersen, Timothy Billiar, David I. Dun, John g. hunter, Jeffreyb. Matthews, Et al. Schwartz. Principios de Cirugía. 2011; novena edición: 1135-1166.
5. Ceramides Almora, Yanin Arteaga, Tania Plaza, Yulka Priet, Zoraida Hernandez. Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. Revisión bibliográfica. Revista ciencias médicas. 2012; 16(1) 200 – 214.
6. Estepa p., j. y et. al. Colecistectomía convencional abierta en el tratamiento quirúrgico de la litiasis vesicular. 1, cienfuegos-cuba : s.n. Medisur. 2015 vol. 13.
7. Kurinchi Selvan, Jessica Vaughan, Rajarajan Ramamoorthy, Giuseppe Fusai, Brian Davidson. Miniports versus standard ports for laparoscopic cholecystectomy. Cochrane hepato-biliary group. 2013; issue 8. art. no.: cd006804.
8. [Stanisić v](#), [bakić m](#), [magdelinić m](#), [kolasinac h](#), [vlaović d](#), stijović b. A prospective evaluation of laparoscopic cholecystectomy in the treatment of chronic cholelithiasis--a five-year experience. 2011;64(1-2):77-83.
9. Almeria Panduro. Causas de conversión de la colecistectomía laparoscópica, departamento de cirugía, hospital III Iquitos - Essalud, octubre 2013 a octubre 2014. Universidad Nacional de la Amazonia peruana. 2015.
10. Paula Marcela Vilela Castro , Denise Akerman, Carolina Brito Munhoz, Iara do Sacramento, Mônica Mazzurana, Guines Antunes Alvarez. Colecistectomia laparoscópica versus minilaparotômica na colelitíase: revisão sistemática e metanálise. abcd arq bras cir di. 2014;27(2):148-153

11. Ministerio de salud del gobierno de Chile. guías clínicas auge colecistectomía preventiva en adultos de 35 a 49 años. Minsal. 2014.
12. Danilo Romaguera Barroso, Saint-Surín Kénol, Walter Lizardo León Goire, Zenén Rodríguez Fernández, Guido Lozada Prado. Algunas especificidades en torno a las neoplasias primarias del segmento hepatobiliopancreático. *Medisan*. 2015;19(11):1373.
13. Rodrigo Murillo Alvarez, Estefan Navarro claros, Lorena Núñez Mendivil, Bárbara V. Murillo Maldonado. Correlación diagnóstica postquirúrgica y anatomopatológico de colecistectomía laparoscópica. *Revistas bolivianas*. 2006; 4 (4).
14. Tejedor, M. Enfermedad litiásica biliar. *medicine*, 2012. vol. 8, págs. 481 - 488.
15. Fiorella Molina Coto. Colecistitis calculosa aguda: diagnóstico y manejo. *Revista médica de costa rica y centroamerica*. 2016; (618) 97-99.
16. César José Chávez Segura. Factores clínicos-epidemiológicos para la conversión de la colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta del hospital nacional arzobispo loayza. lima-perú 2013. Universidad nacional mayor de San Marcos. 2015.
17. Kiriya s et al. TG13 guidelines for diagnosis and severity grading of acute cholangitis 2013. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2013; 20: 1-7.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

CORRELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO Y ANATOMOPATOLOGICO DE COLECISTECTOMÍA EN EL HN. LNS. PNP DURANTE EL AÑO 2016

01. Ficha:

02. Historia Clínica:.....

03. Fecha:

04. Tiempo operatorio:

05. Paciente:

06. Sexo: (M) (F)

07. Edad:años

08. Diagnóstico quirúrgico:

09. Diagnóstico Anatomopatológico:

10. Tipo de abordaje quirúrgico:

Laparoscopia ()

Abierta ()

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	TIPO DE RESPUESTA	ESCALA	CRITERIOS DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Edad	Tiempo de vida expresado en años, desde el nacimiento hasta la actualidad.	Años cumplidos en el momento del diagnóstico. Se expresa en años.	Cuantitativa Continua	14-19 20-29 30-39 40-49	Politómica	De intervalo	Porcentaje (%)	Ficha de recolección de datos
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Se definirá por masculino y femenino.	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino	Dicotómica	Nominal	Porcentaje (%)	Ficha de recolección de datos
Diagnóstico quirúrgico	Diagnóstico que realiza el cirujano luego de extraer la pieza operatoria.	Se obtendrá de la reportes operatorios, diagnósticas después de la intervención quirúrgica	Cualitativa Nominal	1. Colelitiasis 2. Colecistitis aguda 3. Colecistitis crónica 4. Piocolecisto 5. Hidrocolecisto	Politómica	Ordinal	Porcentaje (%)	reporte operatorio Ficha de recolección de datos
Diagnóstico anatomopatológico	Diagnóstico que realiza el patólogo al describir macroscópica y microscópicamente la pieza operatoria.	El registrado en el informe anatomopatológico	Cualitativa Nominal	1. Colelitiasis 2. Colecistitis aguda 3. Colecistitis crónica 4. Piocolecisto 5. Hidrocolecisto	Politómica	Ordinal	Porcentaje (%)	Informe anatomopatológico Ficha de recolección de datos
Tiempo Operatorio	Duración de Operación.	Tiempo que dura el acto operato	Cuantitativa	<60 minutos 60 - 90 minutos >90 minutos			Porcentaje (%)	Ficha de recolección de datos
Tipo abordaje quirúrgico	Procedimiento de elección para la intervención quirúrgica	Es el tipo de operación que elige el cirujano para la colectectomía	cualitativa	Laparoscópica Abierta	Dicotómica	Nominal	Porcentaje (%)	Informe de reporte operatorio Ficha de recolección de datos



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

"Formamus viros humanos para una cultura de Paz"

Facultad de Medicina Humana

Oficio N° 0726-2017-FMH-D

Surco, 02 de marzo de 2017

Señor
JOHN SMITH SAAVEDRA CURI
Presente

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "CORRELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO Y ANATOMOPATOLÓGICO DE LA COLECISTECTOMÍA EN EL HNLNS.PNP DURANTE EL AÑO 2016", presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha 01 de marzo del 2017.

Por lo tanto queda usted expedito a fin de que prosigan con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,



Hilda Jurupé Chico
Mg. Hilda Jurupé Chico
Secretaría Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

SEÑOR GENERAL MEDICO PNP. LUIS ROSSEL ALVARADO, DIRECTOR EJECUTIVO DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU.

ASUNTO: Solicitud de autorización para revisión de reportes operatorios y anatomopatológicos.

YO, JOHN SMITH SAAVEDRA CURI, con DNI: 45077151, habiendo realizado internado de Medicina Humana en el año 2016, en el hospital que usted dirige, me presento ante usted y expongo:

Que, para efectos de realizar el desarrollo de mi tesis, con el título: CORRELACIÓN DIAGNOSTICA POSTQUIRURGICA Y ANATOMOPATOLOGICA DE COLECISTECTOMIA EN EL HN. LNS. PNP EN EL AÑO 2016. Requero acceder a revisión de reportes operatorios y anatomopatológicos para este fin. Por tal motivo; solicito tenga a bien autorizar mi pedido por las razones antes expuestas.

Atentamente.



JOHN SMITH SAAVEDRA CURI

DNI: 45077151

Jesús maria, 16 de Febrero de 2017

06 FEB 2017

POLICIA NACIONAL DEL PERU	
DIRECCION PNP	
Unidad de	SO-36104297B Archivo
Fecha:	GABRIELA YOCOMAVELANUEVA GONZALEZ
Hora:	SOB. PNP
Recibido por:	

CORRELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO Y ANATOMOPATOLÓGICO DE COLECISTECTOMÍA EN EL HN. LNS. PNP DURANTE EL AÑO 2016

INFORME DE ORIGINALIDAD

23%	23%	2%	%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.revistasbolivianas.org.bo Fuente de Internet	4%
2	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	3%
3	www.medigraphic.com Fuente de Internet	2%
4	eusalud.uninet.edu Fuente de Internet	2%
5	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	2%
6	www.scielo.org.mx Fuente de Internet	2%
7	es.scribd.com Fuente de Internet	1%
8	bases.bireme.br Fuente de Internet	1%
9	West, W.; James, K. and Brady-West, D..	1%

"Ultrasound Detected Asymptomatic Cholelithiasis: An Age-based Protocol for Management", West Indian Medical Journal, 2012.

Publicación

10	dspace.esPOCH.edu.ec Fuente de Internet	1%
11	scielo.sld.cu Fuente de Internet	1%
12	docplayer.es Fuente de Internet	1%
13	www.cancer.org Fuente de Internet	1%
14	doaj.org Fuente de Internet	1%
15	www.creoslt-da.com Fuente de Internet	1%

EXCLUIR CITAS

ACTIVO

EXCLUIR

< 1%

EXCLUIR

ACTIVO

COINCIDENCIAS

BIBLIOGRAFÍA