



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Correlación entre el resultado histopatológico y el score obtenido para el diagnóstico de colecistitis aguda según la guía de Tokio 2018 en el Hospital Regional de Huacho en el periodo enero – julio 2021

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Cirugía General

AUTOR

Estupiñan Puerta, Juan Manuel

(ORCID: 0000-0002-6884-8054)

ASESOR

García Antunez De Mayolo, Erick

(ORCID: 0000-0002-1258-2832)

Lima, Perú

2022

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Estupiñan Puerta, Juan Manuel

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 44984483

Datos de asesor

García Antunez de Mayolo, Erick

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 15726875

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Jáuregui Francia, Filomeno Teodoro

DNI: 08738668

Orcid: 0000-0002-0101-8240

SECRETARIO: Medrano Samamé, Hector Alberto

DNI: 08248487

Orcid: 0000-0002-5211-0368

VOCAL: Aranzabal Durand, Susana

DNI: 40320678

Orcid: 0000-0001-9115-8599

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.11

Código del Programa: 912199

ÍNDICE

Índice.....	4
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	5
1.2 Formulación del problema.....	6
1.3 Objetivos	6
1.4 Justificación.....	7
1.5 Limitaciones	7
1.6 Viabilidad.....	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 Antecedentes de la investigación.....	9
2.2 Bases teóricas.....	11
2.3 Definiciones conceptuales.....	17
2.4 Hipótesis	18
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	19
3.1 Diseño.....	19
3.2 Población y muestra.....	19
3.2.1 Población	19
3.2.2 Tamaño de la muestra	19
3.2.3 Selección de la muestra	20
3.3 Operacionalización de variables	21
3.4 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos	23
3.5 Técnicas para el procesamiento de la información	24
3.6 Aspectos éticos.....	25
CAPÍTULO IV: RECURSOS Y CRONOGRAMA.....	26
4.1 Recursos.....	26
4.2 Cronograma	26
4.3 Presupuesto.....	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
ANEXOS	33
1. Matriz de consistencia.....	33
2. Instrumentos de recolección de datos.....	35
3. Solicitud de permiso institucional	37
4. Reporte de Turnitin (Mínimo <25%, Ideal: <10%	39

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La colecistitis aguda está catalogada como uno de los problemas de salud pública más importantes de la sociedad coetánea, debido a su tendencia creciente de casos y serias implicancias médicas, financieras y sociales que suponen sus complicaciones (1–3).

Según el estudio multicéntrico e internacional “CHOLECOVID”, entre el 12 de marzo y 12 de mayo del 2020 se reportaron 4278 casos de colecistitis aguda en 247 hospitales del mundo (43.7%), 1674 fueron moderados y graves (39.1%), 1998 se sometieron a colecistectomía (39.3%) y 370 a colecistostomía (46.2%); además 183 experimentaron complicaciones relacionadas a los procedimientos (8%) y 13 murieron a los 30 días (0.6%) (4).

En América Latina no está exenta, pues las estadísticas del Hospital Vicente Corral Moscoso de Ecuador, demuestra que en un periodo de 12 meses informó 149 casos de colecistitis aguda, 94.6% de tipo litiásica y 5.4% alitiásica. Entre las complicaciones locales destacaron la colecistitis enfisematosa (29.5%), piocolecisto (28%), absceso vesicular (14.1%), fistulización (10%), necrosis (7.4%), plastrón (7.4%) y perforación vesicular (3.4%) (5).

En Perú, el Hospital María Auxiliadora registró en el 2021, 103 casos de colecistitis aguda, entre los cuales 37 requirieron con urgencia una intervención quirúrgica (6). Por su parte, el Hospital Regional de Huacho atiende cada año alrededor de 500 pacientes con síndrome doloroso abdominal y 300 con colecistitis aguda; además exterioriza una problemática creciente, pues al no existir pruebas individuales concluyentes, el diagnóstico de colecistitis aguda se ve inmerso en una cantidad significativa de falsos negativos y positivos.

Sobre la base de dicha información, la comunidad médica en el afán de diagnosticar precozmente la patología y reducir la severidad y número de complicaciones, decidió analizar los criterios diagnósticos de las guías de Tokio, que, a pesar de su utilidad y actualización constante, continúan siendo poco difundidos.

Numerosos estudios de validación han otorgado una elevada sensibilidad (83.1 a 91.2%) y especificidad (38% a 96.9%) a los criterios de colecistitis aguda de las guías Tokio 2013, y un buen rendimiento diagnóstico (aprox 94%) si se coloca como patrón de oro a la evaluación histopatológica; por ello, en las guías Tokio 2018 (TG18) no se han realizado modificaciones en dicha sección. No obstante, en la actualidad se están evaluando otros parámetros, como los neutrófilos, procalcitonina, gammagrafía hepatobiliar, entre otros, y desestimando algunos criterios por su bajo rendimiento diagnóstico, como la sonografía o también denominada ecografía (7). En ese marco, es esencial ejecutar una pesquisa que permita establecer la correspondencia y utilidad de los criterios de TG18 para colecistitis aguda, empleando como estándar al resultado histopatológico.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la correlación entre el resultado histopatológico y el score obtenido para el diagnóstico de colecistitis aguda según la guía de Tokio 2018 en el Hospital Regional de Huacho en el período enero – julio 2021?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar la correlación entre el resultado histopatológico y el score obtenido para el diagnóstico de colecistitis aguda según la guía de Tokio 2018 en el Hospital Regional de Huacho en el período enero – julio 2021.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar la sensibilidad del score obtenido para el diagnóstico de colecistitis aguda según la guía de Tokio 2018.

Establecer la especificidad del score obtenido para el diagnóstico de colecistitis aguda según la guía de Tokio 2018.

Determinar el valor predictivo positivo del score obtenido para el diagnóstico de colecistitis aguda según la guía de Tokio 2018.

Identificar el valor predictivo negativo del score obtenido para el diagnóstico de colecistitis aguda según la guía de Tokio 2018.

1.4 Justificación

La justificación de la presente investigación se cimienta en la utilidad de los criterios diagnósticos de colecistitis aguda de las guías TG18, empleando como estándar de oro al resultado histopatológico, pues su constitución permitiría mejorar el proceso de detección, reducir las tasas de complicaciones y aminorar los costos per cápita y sanitarios.

Así mismo, permitirá disminuir las brechas de conocimiento, contrastar resultados e implementar protocolos institucionales que faciliten la toma de decisiones clínicas en escenarios que exijan subsidios o paradigmas teóricos de confianza.

Finalmente, la publicación del estudio servirá como modelo teórico, metodológico y estadístico en próximos estudios estructurados bajo el enfoque temático.

1.5 Limitaciones

Demoras administrativas retrasarían el inicio de la recolección de datos, por tanto, se prevé solicitar con antelación los permisos respectivos.

Así mismo los resultados a obtener no podrán ser extrapolados a otras instituciones, considerando que cada entidad tiene su propia realidad.

1.6 Viabilidad

Se prevé contar con la autorización del Hospital Regional de Huacho para realizar la presente investigación y también con el apoyo del personal de

archivo y de la oficina de estadística para acceder a los registros de pacientes con sospecha de colecistitis aguda. Se cuenta con los recursos materiales, económicos y humanos necesarios para la ejecución del estudio; este será autofinanciado.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes Internacionales

Cantos M y Orozco S, en 2021, en Ecuador, establecieron la correlación entre los criterios diagnósticos de TG18e histopatología en pacientes con colecistitis aguda atendidos en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Metodología correlacional y transversal, evaluaron 459 casos. La confirmación histopatológica fue en 31.4% de pacientes positivos a colecistitis aguda según criterios diagnósticos de las guías Tokio 2018 y discordancia en el 68.6% de los casos (colecistitis aguda vs colecistitis crónica). Así mismo, se confirmó la utilidad diagnóstica de la guía Tokio 2018, pues exteriorizó una especificidad de 86%, valor predictivo positivo de 31.4% y valor predictivo negativo de 81.6% (8).

Luna C, en 2021, en Ecuador, correlacionó los criterios TG18 e histopatología en colecistitis aguda en el Hospital Manuel Ygnacio Montero. Método descriptivo y retrospectivo, evaluando a 127 casos. La confirmación histopatológica en 45 casos positivos a colecistitis aguda según criterios TG18 y discordancia en 13 casos (positivo - negativo). Además, se corroboró la utilidad de la guía de Tokio 2018, pues exteriorizó una sensibilidad (S) de 80.36%, especificidad (E) de 81.69%, VPP de 77.59%, VPN de 84.06%, razón de verosimilitud positiva de 4.39 y razón de verosimilitud negativa de 0.24 (9).

Panamito D, en 2021, en Ecuador, validó los criterios de Tokio 2018 con la histopatología en colecistitis aguda. Método descriptivo, retrospectiva, analizando 182 casos. La confirmación histopatológica fue en 36 casos positivos a colecistitis aguda según criterios TG18 y discordancia en 41 casos (definitivo-sospechoso). Por otro lado, al evaluar la utilidad diagnóstica de las guías TG18 se reportó una S y E baja (72 y 63.06%), VPP de 46.75%, VPN de 83.33%, razón de verosimilitud positiva de 1.95 y razón de verosimilitud negativa de 0.44 (10).

Echegaray B, en 2020, en Ecuador, estableció la validación histopatológica del score de colecistitis aguda litiásica de la TG18. Método descriptivo y retrospectivo, evaluó 500 casos. La confirmación histopatológica fue en 58.6% de pacientes positivos a colecistitis aguda litiásica según las guías TG18 y discordancia en el 41.4% de los casos (positivo – negativo). Al evaluar la utilidad diagnóstica de la TG18 se informó un rendimiento malo, pues a pesar de presentar una sensibilidad de 100%, la especificidad, VPP y razón de verosimilitud positiva fueron bajas (0%, 58.6% y 1.00) (11).

Antecedentes Nacionales

Pérez M, en 2020, en Cajamarca, evaluó la efectividad de los criterios TG18 para colecistitis aguda. Método descriptivo, retrospectivo, evaluó 66 casos. La confirmación anatomopatológica fue en 83.3% de pacientes positivos según criterios TG18 y discordancia en el 10.6% de los casos (positivo – negativo). Los indicadores de efectividad diagnóstica de las TG18 reportaron una S de 94.83%, E de 12.50%, VPP de 88.71%, VPN de 25% (12).

Chirinos A, en 2020, en Lima, llevó a cabo una investigación que tuvo como finalidad evaluar la aplicabilidad de la TG18 en el diagnóstico de colecistitis aguda. Método descriptivo y longitudinal, analizando 218 casos. Halló confirmación anatomopatológica en el 91.4% de pacientes positivos a colecistitis aguda según TG18 y discordancia en el 8.6% de los casos (positivo – negativo). Además, la TG18 resultó válida y útil, pues exteriorizó una S de 91%, E de 94%, VPP de 94% y VPN de 92% (13).

Lira I, en 2020, en Arequipa, publicó un estudio que tuvo como objeto comparar el diagnóstico actual de colecistitis aguda con TG18 en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Método descriptivo, retrospectiva evaluando 174 casos. Halló confirmación histopatológica en 97 pacientes positivos a colecistitis aguda según TG18 y discordancia en 4 casos (positivo-

negativo). Además, los indicadores diagnósticos corroboraron la eficacia de la TG18: S 91%, E 94%, VPP 96% y VPN 86% (14).

Churata M, en 2019, en Cusco, evaluó el desempeño de la TG18 para colecistitis aguda. Método comparativo y retrospectivo, evaluó 111 casos. Confirmación histopatológica en 39 pacientes positivos a colecistitis aguda según TG18 y discordancia en 28 casos (colecistitis aguda- no colecistitis aguda). Además, los indicadores diagnósticos corroboraron la eficacia y desempeño de la TG18 para colecistitis aguda: S 75%, E 53%, VPP 58.2%, VPN 70.5% (15).

Simbala G, en 2018, en Piura, determinó los indicadores diagnósticos de TG18 para colecistitis aguda. Método analítico, retrospectiva, evaluando 130 casos. Mostraron confirmación anatomopatológica en 58 pacientes positivos según criterios de TG18 y discordancia en 12 casos (positivo-negativo). Además, los indicadores de TG18 fueron favorables: S 80.56%, E 789.31%, VPP 82.85%, VPN 76.67%, índice de verosimilitud positivo 3.89, índice de verosimilitud negativo 0.25, índice de concordancia 0.60 y exactitud diagnóstica 80% (16).

2.2 Bases teóricas

Colecistitis aguda (CA)

Entidad clínica caracterizada por presencia de inflamación en paredes de vesícula biliar. Este proceso se asocia con asiduidad a la obstrucción del conducto cístico o menoscabo en el vaciamiento del órgano, y se manifiesta mediante el dolor en el abdomen, fiebre y sensibilidad a nivel del hipocondrio derecho (17,18).

Según las TG18 esta afección se puede clasificar en 3 (7):

- CA grado I o leve: no debe cumplir con criterios grado II y III, y se conceptualiza como la presencia de CA en individuo sano, sin menoscabo orgánico y modificaciones inflamatorias leves en vesícula biliar, garantizando seguridad y bajo riesgo del manejo quirúrgico (7).

- CA grado II o moderada: se relaciona a cualquiera de las condiciones que se presentan a continuación (7):
 - o Cantidad de glóbulos blancos mayor a 18 000 / mm³ (7).
 - o Masa dolorosa a la palpación en el hipocondrio derecho del abdomen (7).
 - o Duración de las molestias mayor a 72 horas (7).
 - o Inflamación localizada y marcada, que se asocia a un absceso pericolecístico, colecistitis gangrenosa, peritonitis biliar, absceso hepático y colecistitis enfisematosa (7).

- CA grado III o severa: se relaciona la alteración de algunos sistemas u órganos (7):
 - o Alteración cardiovascular (hipotensión que precisa de dopamina mayor o igual a 5 ug/kg por min o cualquier dosificación de norepinefrina (7).
 - o Alteración a nivel neurológico (reducción de la conciencia) (7).
 - o Alteración respiratoria (razón PaO₂ / FiO₂ <300) (7).
 - o Alteración a nivel renal (oliguria y creatinina superior a 2.0 mg/dl) (7).
 - o Alteración hepática (Prueba de tiempo de protombina e índice internacional normalizado superior a 1.5) (7).
 - o Alteración hematológica (conteo de plaquetas inferior a 100 000 mm³) (7).

Etiología

La colecistitis aguda puede ser obstructiva o inflamatoria, de ellas la de mayor asiduidad es la obstructiva, en particular aquella que acontece por la presencia de litos en el conducto cístico. Este escenario daría paso a la retención de sales o jugos al interior de dicho órgano y respectiva irritación, inflamación y crecimiento bacteriano al interior del pequeño saco muscular (19).

Fisiopatología

La bilis se genera en el órgano hepático y recorre el conducto biliar y se aglomera en el pequeño saco muscular. Posterior al consumo de algunos alimentos, en particular grasosos o picantes, se estimula la vesícula para vaciamiento de bilis por conducto cístico, biliar y duodeno, proceso que contribuye con la digestión (20).

La vesícula biliar almacena y concentra la bilis; por ello, las probabilidades de precipitación cuando se restringe la homeostasis son altas y por ende de la formación de cálculos por saturación de colesterol, estasis biliar, lípidos hepáticos y restricción del proceso de concentración y nucleación de cristales de colesterol (20).

El conducto cístico usualmente se obstruye por la presencia de un lito, a lo que se denomina colecistitis calculosa aguda. Es fundamental saber, que a lo largo del tiempo los individuos pueden sentir dolor por obstrucción temporal, a lo que se conoce como cólico biliar. Este último evoluciona hacia colecistitis aguda cuando el dolor perdura por más de 6 horas; así mismo, es necesario precisar que si el proceso acontece en ausencia de cálculos el nombre correcto de la patología es colecistitis aguda alitiásica (20).

Independiente del origen de la obstrucción, la edematización de las paredes de la vesícula biliar dará paso a la isquemia y gangrena. Esta última puede infectarse con agentes formadores de gas, lo que generaría colecistitis enfisematosa aguda. Condiciones que podrían acarrear ruptura y muerte (20).

Cuadro clínico

- Signos y síntomas: Dispepsia a las grasas, dolor en el hipocondrio derecho del abdomen, postprandial, súbito, de evolución constante y duración mayor a 6 horas o incluso días, irradiación del dolor a la escapula derecha y epigastrio, náuseas y vómitos biliosos, fiebre superior a 38 °C y otras manifestaciones menos frecuentes, como la distensión del abdomen, eructos e hiporexia (21).

- Examen físico: Palpación dolorosa a nivel del epigastrio e hipocondrio derecho del abdomen, signo de Murphy positivo (dolor en el abdomen que se intensifica a la inspiración profunda y palpación en el hipocondrio derecho), rigidez de músculos a la palpación en el hipocondrio derecho, palpación de masa en mismo hipocondrio e ictericia (coledocolitiasis o síndrome de Mirizzi) (21,22).

Diagnóstico

- Criterios diagnósticos: Según TG18 los criterios son:
 - A. Signos localizados de inflamación, como de Murphy y sensibilidad en hipocondrio derecho (7).
 - B. Signos sistémicos de inflamación, como PCR, fiebre y leucocitosis (7).
 - C. Hallazgos imagenológicos, como pared de la vesícula superior a 4 milímetros, incremento de las dimensiones de la vesícula biliar (longitud superior a 8 centímetros y diámetro superior a 4 centímetros), imagen en doble halo y presencia de líquido perivesicular (7,23).

La interpretación de estos criterios es la siguiente: Sospecha diagnóstica 1 ítem de A más 1 ítem de B, y diagnóstico definitivo un ítem de A más 1 ítem en B+C (7).

- Exámenes auxiliares: La solicitud de exámenes auxiliares estará subyugada a las manifestaciones que presente el paciente e incluye al hemograma completo, examen de orina completa, glucosa, úrea y creatinina, bilirrubinas totales y fraccionadas, fosfatasa alcalina, gamaglutamiltransferasa y proteína C reactiva. También se pueden solicitar exámenes imagenológicos, como la ecografía de abdomen (especificidad 94% y sensibilidad 90%), radiografía simple de abdomen (evalúa otras causas de abdomen agudo), tomografía de abdomen y colangiografía magnética (21).
- Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda, esofagitis, cólico renal, colangitis, gastritis, úlcera péptica perforada, isquemia mesentérica, reflujo

gastroesofágico, isquemia miocárdica inferior, neumonía basal derecha y pancreatitis aguda (20,21).

- Examen histopatológico: Este examen es considerado el estándar de oro diagnóstico de la colecistitis aguda. Las muestras tisulares son recibidas en formalina tamponada al 10% y se envían para su procesamiento en parafina. Posteriormente se cortan secciones tisulares de 4 a 5 micrómetros de espesor, para teñirlas con hematoxilina y eosina, montarlas en DPX y examinarlas bajo microscopio. Este último contribuirá en la identificación de inflamación, colesteroles, metaplasia intestinal y pilórica, polipo, adenomiosis y carcinoma (24,25).

Para el diagnóstico histopatológico final usualmente se toman en consideración las siguientes características (25):

- Colesteroles: Presencia de macrófagos espumosos en la lámina propia y agregación de colesterol con estrías teñidas de color amarillento (25).
- Metaplasia pilórica: Escasas glándulas pilóricas en la lámina propia (25).
- Metaplasia intestinal: Presencia de células calciformes en la lámina (25).
- Adenomiosis: Escasas glándulas en la lámina propia (25).
- Pólipo: Detritos polipideos en las paredes internas de la vesícula biliar (25).
- Xantogranulomatoso: Se observan macrófagos llenos de lípidos. Estos últimos responsables de la formación de nódulos o estrías en las paredes de la vesícula biliar (25).
- Carcinoma: Infiltración del epitelio glandular maligno en la capa muscular (25).

Además, esta evaluación permite establecer una clasificación histológica para las vesículas biliares extirpadas (26):

- Colecistitis edematosa aguda: Dilatación de las paredes de la vesícula biliar y congestión vascular, ambas acompañadas de edematización intersticial y subserosa con regiones dispersas de sangrado extenso a nivel del intersticio (26).
- Colecistitis crónica: Paredes de la vesícula biliar engrosadas por la hiperplasia y fibrosis muscular, infiltrado de células inflamatorias intersticiales, senos epiteliales revestidos y modificaciones metaplásicas en el epitelio (26).
- Colecistitis crónica activa: Presenta las mismas características de la colecistitis crónica más infiltrados mucosos neutrofílicos (26).
- Colecistitis necrosante aguda: Presenta las mismas características de la colecistitis edematosa más una respuesta inflamatoria aguda y necrosis a nivel de la mucosa (26).
- Colecistitis gangrenosa aguda: Sustitución amplia de la mucosa y la musculatura propia, con neutrófilos, restos necróticos y tejido de granulación (26).
- Colecistitis supurativa aguda: Regiones necróticas a nivel del tejido y segregación que sobrepasa la mucosa, dirigiéndose a las paredes de la vesícula biliar (26).

Manejo

Según TG18 depende de la severidad del cuadro (27):

- Grado I: Si el índice de comorbilidad de Charlson (ICC) es mayor o igual a 6 y/o ASA \geq III se deben prescribir antibióticos y observar al paciente, para posteriormente ejecutar una colecistectomía laparoscópica; sin embargo, si el ICC es menor o igual a 5 y/o ASA \leq II se realizará inmediatamente la intervención quirúrgica (27).
- Grado II: Prescripción inicial de antibióticos y soporte general. Si antibioticoterapia y cuidados son exitosos, el ICC menor o igual a 5 y/o ASA-PS \leq II (riesgo bajo) se debe realizar tempranamente y de forma urgente una colecistectomía laparoscópica; sin embargo, si antibioticoterapia y cuidados son exitosos, ICC mayor o igual a 6 y/o ASA-

PS \geq III (riesgo no bajo) es válido retrasar la intervención quirúrgica y realizar una colecistectomía laparoscópica electiva. Por otro lado, si los antibióticos y cuidados generales no logran controlar la inflamación, se debe realizar drenaje urgente y precoz, para finalmente llevar a cabo una colecistectomía laparoscópica electiva (27).

- Grado III: Prescripción inicial de antibióticos y soporte general. Si no se presentan factores predictivos negativos, el fallo del sistema orgánico es reversible, el estado funcional bueno y el centro avanzado está disponible se realizará una colecistectomía laparoscópica temprana; sin embargo, si el estado funcional es pobre y no existe disponibilidad del centro avanzado realizar drenaje urgente y precoz de vesícula biliar. Este último también es el siguiente paso si hay factores predictivos negativos y fallo orgánico no favorable. Si se logra recuperar el estado funcional se puede retrasar u optar por la colecistectomía laparoscópica y si el estado funcional es pobre el paciente entrará a observación (27).

2.3 Definiciones conceptuales

- Colecistitis aguda: Inflamación de la vesícula biliar, que se caracteriza por la presencia de dolor en el abdomen, fiebre y leucocitos elevados (28).
- Guía de Tokio: Escritos médicos que orientan a los profesionales de salud en diagnóstico y manejo de CA (29).
- Resultado Histopatológico: Hallazgos tisulares anómalos (30).
- Sensibilidad: Proporción de verdaderos positivos (31).
- Especificidad: Posibilidad de establecer de forma correcta la ausencia de un evento o afección (31).
- Valor predictivo positivo: Posibilidad de que un individuo presente la patología si la prueba es positiva (32).
- Valor predictivo negativo: Posibilidad de que un individuo no presente la patología si la prueba es negativa (32).
- Razón de verosimilitud positiva: Razón de sensibilidad / 1 – especificidad (32).

- Razón de verosimilitud negativa: Razón de $1 - \text{sensibilidad} / \text{especificidad}$ (32).

2.4 Hipótesis

H1: Existe correlación entre el resultado histopatológico y el score obtenido para el diagnóstico de colecistitis aguda según la guía de Tokio 2018.

H0: No existe correlación entre el resultado histopatológico y el score obtenido para el diagnóstico de colecistitis aguda según la guía de Tokio 2018.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Diseño

Enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo, de prueba diagnóstica. Proyección retrospectiva y de acuerdo al control de la variable observacional. De estadística inferencial.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

500 pacientes con sospecha de CA atendidos en el servicio de emergencias del Hospital Regional de Huacho desde enero a julio de 2021.

3.2.2 Tamaño de la muestra

Para el cálculo de la muestra se empleará la fórmula por “Población finita”, dado que se tiene acceso y conocimiento a la totalidad exacta de la población. (N=500).

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

Parámetros:

N = 500 : Pacientes con sospecha de CA atendidos en emergencia del Hospital. Regional de Huacho

$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$: Nivel de confianza de 95%.

p = 0.50 : Proporción de correlación entre el resultado histopatológico y el score obtenido.

q = 1- p = 0.50 : Proporción de no correlación entre el resultado histopatológico y el score obtenido.

d = 0.05 : Error de precisión.

n = 218 : Tamaño de la muestra.

Entonces decimos que, el tamaño de la muestra lo estarían conformando 218 pacientes con sospecha de colecistitis aguda atendidos en el servicio

de emergencias del Hospital Regional de Huacho para el periodo enero a julio de 2021.

Tipo y técnica de muestreo

Se trabajará con muestreo de tipo probabilístico, mientras que la técnica será el aleatorio simple, por ende, se escogerá a cada paciente de la población en estudio de manera al azar hasta completar el tamaño de muestra requerida.

3.2.3 Selección de la muestra

Criterios de inclusión

Pacientes > 18 años.

Pacientes con sospecha de CA.

Pacientes con historia clínica completa, exámenes de laboratorio, ecográficos, diagnóstico en departamento de emergencias, reporte operatorio e histopatología completa.

Criterios de exclusión

Pacientes gestantes.

Pacientes referidos a otras instituciones de estudio.

Pacientes con historia clínica extraviada.

Pacientes con colecistitis aguda alitiásica.

Pacientes con resultado histopatológico de neoplasia de la vesícula biliar.

Pacientes con resultado histopatológico de pólipo vesicular.

3.3 Operacionalización de variables

VARIABLES		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
Diagnóstico de colecistitis aguda según la guía de Tokio 2018		Criterios de diagnóstico y clasificación de la gravedad de la colecistitis aguda.	Score obtenido para diagnóstico CA según guía Tokio 2018 en el paciente en estudio.	Nominal	Cualitativo	Definitivo Negativo
Resultado histopatológico		Estudio de las características de una muestra de tejido donde se definirá la presencia o ausencia de una afección.	Evaluación del informe histopatológico por colecistitis aguda en el paciente en estudio.	Nominal	Cualitativo	Positivo para colecistitis aguda Negativo para colecistitis aguda
Características sociodemográficas	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la enfermedad	Edad en años del paciente en estudio	Razón	Cuantitativo	Años
	Sexo	Cualquiera de las dos categorías principales (masculino y femenino) en las que se dividen las personas.	Pacientes de sexo masculino o femenino en estudio.	Nominal	Cualitativo	Femenino Masculino
	Procedencia	Lugar de residencia	Procedencia rural o urbana del paciente en estudio.	Nominal	Cualitativo	Rural Urbana
	Paridad	Número de partos	Número de partos de la paciente en estudio.	Nominal	Cualitativo	Nuliparidad Primiparidad Multiparidad
	Estado nutricional	Condición del cuerpo en aquellos aspectos influenciados por la dieta	Estado nutricional del paciente en estudio según índice de masa corporal (IMC).	Ordinal	Cualitativo	Delgadez Normal Sobrepeso Obesidad
Característica	Signo de Murphy	Maniobra durante un examen físico como parte del examen abdominal.	Dolor a la compresión del hipocondrio derecho en inspiración profunda.	Nominal	Cualitativo	Positivo Negativo

	Dolor abdominal	Síntoma inespecífico de comienzo gradual o súbito y frecuentemente con afectación general.	Malestar originado de la vesícula biliar a nivel de cuadrante superior derecho.	Nominal	Cualitativo	Si No
	Masa palpable	Tumoración que se percibe en la exploración física.	Masa palpable en paciente en estudio a nivel de cuadrante superior derecho.	Nominal	Cualitativo	Si No
	Rigidez	Aumento de la resistencia al estiramiento pasivo de un músculo.	Resistencia en cuadrante superior derecho del abdomen del paciente en estudio.	Nominal	Cualitativo	Si No
	Fiebre	Elevación de la temperatura corporal.	Paciente con temperatura corporal elevada ($\geq 38^{\circ}$)	Nominal	Cualitativo	Si No
	Conteo leucocitario	Evaluación de la cantidad de glóbulos blanco en la sangre.	Recuento de leucocitos en el paciente en estudio	Razón	Cuantitativo	/ml
	Nivel PCR	Nivel de PCR	Valores de PCR en el paciente en estudio.	Razón	Cuantitativo	mg/dl
	Ecografía abdominal	Tipo de prueba de imagen empleada para examinar los órganos del abdomen.	Hallazgos registrados de la vesícula biliar en la ultrasonografía	Nominal	Cualitativo	Positivo Negativo

3.4 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos

Técnica será la documentación.

Instrumento será la ficha de recolección, que tendrá la siguiente estructura:

- I. Características sociodemográficas
- II. Características clínicas
- III. Diagnóstico de CA según TG18: los criterios diagnósticos se describen en la tabla 1.

Tabla 1. Criterios diagnósticos para la colecistitis aguda TG18

Criterios	Descripción
A	Signos locales de inflamación
	(1) Signo de Murphy, (2) Cuadrante superior derecho: Masa, dolor o resistencia
B	Signos sistémicos de inflamación
	(1) Fiebre, (2) PCR elevada, (3) Leucocitosis
C	Hallazgos imagenológicos
	Hallazgos imagenológicos de colecistitis aguda
	Diagnóstico sospechoso: 1 ítem A + 1 ítem B
	Diagnóstico definitivo: 1 ítem A + 1 ítem B + C

Fuente: (33).

La severidad se determinará mediante la escala de severidad para la CA de TG18, descritas en la tabla 2.

Tabla 2. Escala de severidad para la Colecistitis Aguda–TG18

Colecistitis aguda grado III (severa)	
El “grado III” de colecistitis aguda está asociado a disfunción de alguno de los siguientes órganos o sistemas:	
1	Disfunción cardiovascular: Hipotensión que requiere tratamiento con dopamina $\geq 5\mu\text{g}/\text{Kg}$ por minuto, o cualquier dosis de norepinefrina.
2	Disfunción neurológica: Nivel de conciencia disminuido.
3	Disfunción respiratoria: Relación $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$
4	Disfunción renal: Oliguria, creatinina $> 2.0 \text{ mg/dL}$
5	Disfunción hepática: TP-INR > 1.5
6	Disfunción hematológica: Conteo de plaquetas $< 100,000/\text{mm}^3$
Colecistitis aguda grado II (moderada)	
El “grado II” de colecistitis aguda está asociado a una de las siguientes condiciones:	

1	Conteo elevado de leucocitos (>18,000/mm ³)
2	Masa palpable en el cuadrante superior derecho
3	Duración de las molestias >72 horas
4	Marcadores de inflamación local (colecistitis gangrenosa, absceso pericolecístico, absceso hepático, peritonitis biliar, colecistitis enfisematosa)
Colecistitis aguda grado I (leve)	
El "grado I" de colecistitis aguda no cumple con los criterios de "Grado III" o el "Grado II" para la colecistitis aguda. Puede definirse, también, como la colecistitis aguda que se presenta en pacientes sanos, sin disfunción orgánica y cambios inflamatorios leves; haciendo que la colecistectomía sea un procedimiento seguro y de bajo riesgo quirúrgico.	

Fuente: (33).

IV. Resultado histopatológico

3.5 Técnicas para el procesamiento de la información

Toda la información obtenida a través de la ficha de recolección de datos será llevada al programa SPSS-25, en donde cada registro pasará por un control de calidad, es decir, cada dato será seleccionado en base a criterios de inclusión como también en la operacionalización de variables. Posteriormente se aplicarán análisis estadísticos según la determinación de los objetivos.

Para determinar la correlación entre el resultado histopatológico y el score obtenido para el diagnóstico de colecistitis aguda según la guía de Tokio, este se calculará por medio del coeficiente Kappa (Landis y Koch).

Tabla 1.

Categorización del coeficiente Kappa

Valor de K	Correlación
<0.2	Pobre
0.21 – 0.40	Débil
0.41 – 0.60	Moderada
0.61 – 0.80	Buena
0.81 – 1.00	Muy buena

Nota: Medidas de acuerdo a datos categóricos
(Landis y Koch, 1977).

Los cálculos para sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo, serán calculados por una tabla de 2x2 en la cual de identificarse valores superiores a 0.70 estarán considerados como altos.

Tabla 2.

Cálculo de Sensibilidad, Especificidad, Valor Predictivo Positivo y Valor Predictivo Negativo en el indicador T.

Diagnóstico de colecistitis aguda	Resultado histopatológico	
	Positivo	Negativo
Definitivo	a	b
Negativo	c	d
Total	a + c	b + d

Donde:

$$\text{Sensibilidad} = a / (a + c)$$

$$\text{Especificidad} = d / (b + d)$$

$$\text{Valor Predictivo Positivo} = a / (a + b)$$

$$\text{Valor Predictivo Negativo} = d / (c + d)$$

Finalmente, los resultados estarán manifestados por tablas, como también la elaboración de gráficos estadísticos (barras y/o circular). Los diseños se crearán en el programa Microsoft Excel 2019.

3.6 Aspectos éticos

Se solicitará por escrito al nosocomio autorización para acceso a historias clínicas, por tal no se pedirá consentimiento informado pues toda información será extraída de estas.

Todos datos serán colocados en el instrumento, el cual estará codificado para por identificarlo, así se mantendrá el anonimato.

CAPÍTULO IV: RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos

Humanos

- Investigador(es)
- Asesoría Estadístico
-

Materiales

Bienes:

- Material de oficina e impresión

Servicios:

- Digitación del estudio
- Fotocopias, anillados y empastados
- Gastos imprevistos

4.2 Cronograma

ETAPAS	AÑO 2021			AÑO 2022			
	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR
Elaboración del proyecto							
Presentación del proyecto							
Revisión bibliográfica							
Trabajo de campo y captación de información							
Procesamiento de datos							
Análisis e interpretación de datos							
Elaboración del informe							
Presentación del informe							

4.3 Presupuesto

RECURSOS	TOTAL
- Asesor estadístico.	S/. 950.00
- Recolector de datos	S/. 350.00
- Digitador	S/. 400.00
- Útiles de escritorio	S/. 500.00
- Internet	S/. 100.00
- Papel bond a4.	S/. 75.00
- Fotocopias	S/. 100.00
- Anillados	S/. 20.00
- Folder	S/. 14.00
- Tablero	S/. 20.00
- USB- 8 GB	S/. 35.00
- Otros gastos	S/. 500.00
Total	S/3,064.00

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tan E, Friesen J, Friesen B. Acute Cholecystitis: Computed Tomography (CT) versus Ultrasound (US). *Open J Radiol.* 2018;8(2):131-9.
2. Doherty G, Manktelow M, Skelly B, Gillespie P, Bjourson A, Watterson S. The Need for Standardizing Diagnosis, Treatment and Clinical Care of Cholecystitis and Biliary Colic in Gallbladder Disease. *Medicina (Mex).* 2022;(58):1-18.
3. Sánchez M, Cabezas M, Gualán T. Concordancia diagnóstica de la ultrasonografía e histopatología en pacientes con colecistitis aguda. *J Am Health.* 2022;5(2):1-8.
4. CHOLECOVID Collaborative. Global overview of the management of acute cholecystitis during the COVID-19 pandemic (CHOLECOVID study). *BJS Open.* 2022;6(3):1-13.
5. Ordoñez J, Calle A, Vázquez M, Vicuña Y, Sarmiento V, Jaramillo A, et al. Colecistitis aguda y sus complicaciones locales en pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso. *Arch Venez Farmacol Ter.* 2019;38(1):18-23.
6. Hospital María Auxiliadora. Compendio estadístico - 2021 [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2933569/RESUMEN%20COMPENDIO%20ESTADISTICO2021.pdf.pdf>
7. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg S, Asbun H, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepato-Biliary-Pancreat Sci.* 2018;25(1):41-54.
8. Cantos M, Orozco S. Correlación criterios diagnósticos de Tokio 2018 con examen histopatológico postcolecistectomía. Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba, 2019-2021. [Internet] [Tesis de Grado]. [Ecuador]: Universidad Nacional de Chimborazo; 2021. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/8923/1/7.-Orozco%20V%2c%20Cantos%20A%20%282022%29%20Correlaci%c3%b3n%20criterios%20diagn%c3%b3sticos%20de%20tokio%202018%20con%20examen%20histopatol%c3%b3gico%20postcolecistectomia.%20Hospital%20Instituto%20Ecuatoriano%20de%20Seguridad%20Social.%20Riobamba%2>

c%202019%20%e2%80%93%202021%28Tesis%20de%20pregrado%29%20Univ.pdf

9. Luna C. Correlación de las Guías de Tokio con el examen histopatológico en el diagnóstico de colecistitis aguda en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros [Internet] [Tesis de Grado]. [Ecuador]: Universidad Nacional de Loja; 2021. Disponible en: https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/24094/1/CamiloJosue_LunaMerino.pdf.pdf
10. Panamito D. Validación de los Criterios de Tokio 2018 en el diagnóstico de colecistitis aguda en pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía General del Hospital José Carrasco Arteaga enero a diciembre 2019 [Internet] [Tesis de Especialidad]. [Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2021. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/36224/6/TESIS.pdf>
11. Echegaray B. Validación histopatológica del score diagnóstico de colecistitis aguda litiasica de las guías TG-18 en pacientes del Hospital San Francisco de Quito, en el periodo de enero 2018 - diciembre 2019 [Internet] [Tesis de Especialidad]. [Ecuador]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2020. Disponible en: <http://201.159.222.35/bitstream/handle/22000/19329/TESIS%20DR%20BECQUER%20ECHEGARAY%20CIRUGIA%20GENERAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Pérez M. Análisis de efectividad de la guía de Tokyo 2018 (TG18) en el abordaje diagnóstico de colecistitis aguda, en el Hospital EsSalud II Cajamarca, enero-diciembre del 2019 [Internet] [Tesis de Grado]. [Cajamarca]: Universidad Nacional de Cajamarca; 2020. Disponible en: https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/3850/T016_76362878_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Chirinos A. Aplicación de la guía de Tokio 2018 para el diagnóstico de colecistitis aguda en el servicio de emergencia de cirugía durante el periodo 2019 en el Hospital Rezola de Cañete [Internet] [Tesis de Grado]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2020. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/3314/MED-T030_73470250_T%20%20%20ANA%20ZOILA%20CHIRINOS%20CASTRO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

14. Lira I. Comparación actual del diagnóstico y manejo de la Colecistitis Aguda con las Guías de Tokio 2018 en pacientes del servicio de Cirugía General del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, periodo enero a diciembre del 2019 [Internet] [Tesis de Grado]. [Arequipa]: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2020. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10923/MClipoia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Churata M. Desempeño de la guía Tokio 2018 para el diagnóstico de colecistitis aguda en pacientes colecistectomizados en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco EsSalud Cusco en el año 2018 [Internet] [Tesis de Grado]. [Puno]: Universidad Nacional del Altiplano -Puno; 2019. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11092/Churata_Turpo_Miguel_Angel.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Símbala G. Indicadores de desempeño diagnóstico de las guías de Tokio 2018 para colecistitis aguda en el Hospital III José Cayetano Heredia - Piura durante el periodo enero a diciembre 2017 [Internet] [Tesis de Grado]. [Piura]: Universidad Nacional de Piura; 2018. Disponible en: <https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1221/CIE-SIM-JAL-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Vollmer C, Zakko S, Afdhal N. Treatment of acute calculous cholecystitis [Internet]. 2022 [citado 6 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis>
18. Jones M, Genova R, O'Rourke M. Acute Cholecystitis [Internet]. StatPearls Publishing LLC. 2022. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459171/#_NBK459171_pubdet_
19. Hospital de Emergencias «José Casimir Ulloa». Guía de práctica clínica: Diagnóstico y manejo de la colecistitis [Internet]. Lima: Ministerior de Salud; 2021. Disponible en: https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/RD_N290-2021-DG-HEJCU-_GUIA_PRACTICA_COLECISTITIS.PDF

20. Jones M, Genova R, O'Rourke M. Acute Cholecystitis [Internet]. StatPearls Publishing LLC. 2022. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459171/#_NBK459171_pubdet_
21. Hospital de Emergencias Ate Vitarte. Guía de práctica clínica de colecistitis aguda en pacientes COVID-19 [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2776137/2.GUIA%20DE%20PRAC%20CLI%20DE%20COLISCISTITIS%20RD%20N%C2%B0%20097-2021.pdf.pdf>
22. Rojas M, Marinkovic B. Cirugía en Medicina General: Manual de Enfermedades Quirúrgicas [Internet]. Chile: Universidad de Chile; 2020. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/libro%20web55.pdf>
23. Yegros C, Feltes S, Duarte D, Fretes N. Aplicación de criterios de Tokio para el diagnóstico de colecistitis aguda en el Departamento de Urgencia Adultos del Hospital Nacional, Itauguá. *Rev Nac Itauguá*. 2021;13(1):31-40.
24. Syn E, Friesen J, Friesen B. Acute Cholecystitis: Computed Tomography (CT) versus Ultrasound (US). *Open J Radiol*. 2018;(9):131-9.
25. Pathak R, Gupta M, Poudel P, Khadka K. Histopathological Evaluation of Gall Bladder In Cholecystectomy Specimens in a Tertiary Health Care Centre of Nepal. *Nepal Med Coll J*. 2020;22(4):233-7.
26. Beliaev A, Angelo N, Booth M, Bergin C. Histology-based classification of acute cholecystitis severity: Surgical Implications. *Klin Khirurgiia*. 2019;86(8):59-66.
27. Okamoto K, Suzuki K, Takada T, Strasberg S, Asbun H, Endo I, et al. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. *J Hepato-Biliary-Pancreat Sci*. 2018;25(1):55-72.
28. Organización Panamericana de la Salud. Colecistitis Aguda [Internet]. 2020 [citado 6 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
29. Ramos C, Mendoza J, Ponce J. Aplicación de la guía de Tokio en colecistitis aguda litíásica. *Rev Med Paz*. 2018;24(1):19-26.
30. Organización Panamericana de la Salud. Histopatología [Internet]. 2020 [citado 6 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>

31. Organización Panamericana de la Salud. Sensibilidad y Especificidad [Internet]. 2020 [citado 6 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
32. Díaz-García L, Medina-Vera I, García-de la Puente S, González-Garay A, Murata C. Estudios de exactitud diagnóstica. *Acta Pediatr Mex.* 2019;406:342-57.
33. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepato-Biliary-Pancreat Sci.* 2018;25(1):41-54.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
¿Cuál es la correlación entre el resultado histopatológico y el score obtenido para el diagnóstico de colecistitis aguda según la guía de Tokio 2018 en el Hospital Regional de Huacho en el período enero – julio 2021?	<p>Determinar la correlación entre el resultado histopatológico y el score obtenido para el diagnóstico de colecistitis aguda según la guía de Tokio 2018 en el Hospital Regional de Huacho en el período enero – julio 2021.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar la sensibilidad del score obtenido para el diagnóstico de colecistitis aguda según la guía de Tokio 2018.</p> <p>Establecer la sensibilidad del score obtenido para el diagnóstico de colecistitis aguda según la guía de Tokio 2018.</p> <p>Determinar el valor predictivo positivo del score obtenido para el diagnóstico de colecistitis</p>	<p>H1: Existe correlación entre el resultado histopatológico y el score obtenido para el diagnóstico de colecistitis aguda según la guía de Tokio 2018.</p> <p>H0: No existe correlación entre el resultado histopatológico y el score obtenido para el diagnóstico de colecistitis aguda según la guía de Tokio 2018.</p>	<p>Variable 1 Diagnóstico de colecistitis aguda según la guía de Tokio 2018</p> <p>Variable 2 Resultado histopatológico</p>	<p>Enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo, de prueba diagnóstica. Proyección retrospectiva y de acuerdo al control de la variable observacional. De estadística inferencial.</p>	<p>Población 500 pacientes con sospecha de colecistitis aguda atendidos en el servicio de emergencias del Hospital Regional de Huacho desde enero a julio de 2021.</p> <p>Muestra 218 pacientes con sospecha de colecistitis aguda</p>	<p>Técnica Documentación</p> <p>Instrumento Ficha de recolección de datos</p>	<p>Media o mediana, desviación estándar o rango intercuartílico, frecuencias absolutas y relativas, coeficiente Kappa, sensibilidad, especificidad, valore predictivo positivo y valor predictivo negativo.</p>

	<p>aguda según la guía de Tokio 2018.</p> <p>Identificar el valor predictivo negativo del score obtenido para el diagnóstico de colecistitis aguda según la guía de Tokio 2018.</p>						
--	---	--	--	--	--	--	--

2. Instrumentos de recolección de datos

Correlación entre el resultado histopatológico y el score obtenido para el diagnóstico de colecistitis aguda según la guía de Tokio 2018 en el Hospital Regional de Huacho en el periodo enero – julio 2021

Fecha: ___/___/___

ID: _____

I. Características sociodemográficas

Edad: _____ años

Sexo: () Femenino

() Masculino

Procedencia: () Rural

() Urbana

Paridad: _____

() Nuliparidad

() Primiparidad

() Multiparidad

Estado nutricional

() Delgadez

() Normal

() Sobrepeso

() Obesidad

II. Características clínicas

Signo de Murphy: () Positivo

() Negativo

Dolor abdominal: () Si () No

Masa palpable: () Si () No

Rigidez: () Si () No

Fiebre: () Si () No

Conteo leucocitario: _____/ml

Nivel PCR: _____ mg/dl

Ecografía abdominal:	<input type="checkbox"/>	Positivo	<input type="checkbox"/>	Negativo
Signo de Murphy ecográfico:	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Pared >4mm:	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Vesícula agrandada:	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Líquido pericolecístico:	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Presencia de cálculos biliares:	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Colecistitis gangrenosa:	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Absceso pericolecistito:	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Absceso hepático:	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Peritonitis biliar:	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Colecistitis enfisematosa:	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No

III. Diagnóstico de colecistitis aguda según la guía de Tokio 2018

Definitivo

Negativo

Gravedad de severidad de la Colecistitis aguda según TG18:

Severa

Moderada

Leve

IV. Resultado histopatológico

Positivo para colecistitis aguda

Negativo para colecistitis aguda

3. Solicitud de permiso institucional

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

SOLICITO: AUTORIZACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION

Señor:

DIRECTOR DEL HOSPITAL HUACHO HUAURA OYON SBS

Yo JUAN MANUEL ESTUPIÑÁN PUERTA, identificado con DNI N° 44984483, domiciliado en Av Paseo de la Republica 4644 4649 dpto 902 Miraflores, LIMA, con CMP N°67980, ante usted con el debido respeto, me presento y expongo:

Alumno de post grado de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma, residentado de CIRUGIA GENERAL del año 2019 – 2022 en la sede: Hospital Regional de Huacho, debo presenta mi proyecto de universidad a la escuela de Resientado Médico, motivo por el cual solicito la autorización de mi proyecto de investigación por la jefatura de la oficina de capacitación, investigación y docencia (comité de ética de la sede) de su hospital.

Se adjunta proyecto de investigación.

Se agradece de antemano su gentil atención.

Huacho, 9 de Noviembre del 2022





GOBIERNO REGIONAL DE LIMA

UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA	
DOC.	3984321
EXP.	2485620

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

Huacho, 10 de Noviembre del 2022.

OFICIO N°551 -2022-GRL-DIRESA-HHHO-SBS/UDEI

DRA. BURGA UGARTE INDIRA GIOVANNA
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION
Presente.-

ASUNTO : AUTORIZACIÓN DE REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICAS

REF. : DOC N° 3979613 - EXP. 2485620

De nuestra consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, para saludarla cordialmente y a su vez remitirle la opinión favorable en la revisión de las Historias Clínicas del Proyecto de Investigación del estudiante **ESTUPIÑAN PUERTA JUAN MANUEL**, identificado con DNI N° **44984483** para la realización de Tesis

Las coordinaciones se harán directamente con el interesado sobre los días viables para la revisión de Historias Clínicas.

Sin otro particular, es todo cuanto informo a Usted para su conocimiento y fines que estime pertinentes.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD LIMA
HOSPITAL HUACHO - RED HUACHA OYON 5 B

ING. SIST. MILTON CHUMBEZ CHAFALOTE
C. P. 000000000
FE DE LA UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE LIMA
HOSPITAL HUACHO - RED HUACHA OYON 5 B

Dra. INDIRA BURGA UGARTE
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION



MCHCH /
cc: Archivo

Unidad de Estadística e Informática

infomaticahosh@gmail.com

4. Reporte de Turnitin (Mínimo <25%, Ideal: <10%)



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Juan Manuel Estupifan Puerta
Título del ejercicio:	Proyectos de investigación Residentado
Título de la entrega:	Correlación entre el resultado histopatológico y el score obt...
Nombre del archivo:	Proyecto_URP_Juan_Estupi_an_v.enviado_13_12_22_1.docx
Tamaño del archivo:	1.16M
Total páginas:	37
Total de palabras:	6,558
Total de caracteres:	39,300
Fecha de entrega:	14-dic.-2022 11:07a. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre...	1981179328



Correlación entre el resultado histopatológico y el score obtenido para el diagnóstico de colecistitis aguda según la guía de Tokio 2018 en el Hospital Regional de Huacho en el periodo enero - julio 2

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	4%
2	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	2%
3	core.ac.uk Fuente de Internet	2%
4	repositorio.puce.edu.ec Fuente de Internet	2%
5	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unp.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	consum.gencat.cat Fuente de Internet	1%

repositorio.unheval.edu.pe

8	Fuente de Internet	1 %
9	www.reeme.arizona.edu Fuente de Internet	<1 %
10	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
11	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía

Activo